

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIAS EN SALUD**

Atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital México, durante el periodo del 2013 – febrero 2015.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA

Proponentes

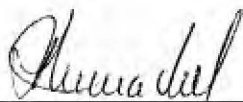
Mary Cruz Garro Espinoza

Silvia Gómez Gutiérrez

Junio, 2015.

Hoja de Aprobación

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado por la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de licenciatura en Terapia Física., el día 23 de Junio del 2015.



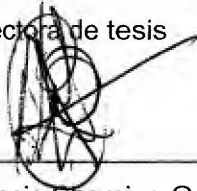
M.Sc. Xinia Alvarado Zeledón

Presidente



M.Sc. Rosibel Zelaya Orozco

Directora de tesis



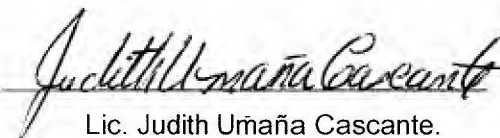
Dr. Horacio Chamizo García

Lector



Dra. Flory Morera González

Lectora



Lic. Judith Umaña Cascante.

Profesa invitada

Derechos de propiedad intelectual.

Este documento es propiedad de Mary Cruz Garro Espinoza cédula 6 0372 0968 y Silvia Elena Gómez Gutiérrez cédula 1 1384 0206. Se prohíbe su reproducción parcial o total sin el consentimiento de las autoras.

DEDICATORIA

Mientras seamos persistentes en nuestra búsqueda de un destino más profundo, seguiremos creciendo. No podemos escoger el día o el momento en que floreceremos plenamente; eso ocurrirá en su propio tiempo.

Denis Waitley.

En primer momento quiero dedicar este proyecto final a Dios, por regalarme en cada día de mi vida y en especial durante mi carrera, una ilusión y motivación para mantenerme en el camino. Por no dejarme desistir en los momentos más difíciles cuando mis fuerzas flaqueaban. Gracias Padre por permitirme llegar hasta aquí.

A mis padres, Xinia Espinoza y Danilo Garro por entregarme la mejor herencia, el estudio. Por enseñarme a luchar por lo que se quiere a pesar de las adversidades, por mostrarme que la batalla no cuenta por las veces que caes si no por las veces que te has puesto de pie. Gracias por ser mis mayores motivos de orgullo, por su amor incondicional, a mis hermanos y sobrinos, esto es de ustedes.

A Emanuel, porque a pesar de la distancia fuiste un gran apoyo. Por mostrarme que las cosas son más livianas cuando se disfrutan y se llevan entre los dos. Gracias por mostrarme que la vida es de valientes, por enseñarme a ser fuerte en las cosas más difíciles. Sos un campeón y esta prueba que ahora pasas solo es una muestra de lo fuerte que podemos ser. Gracias por permitirme estar a tu lado.

A mis amigas, compañeras de la vida y colegas ahora, Yurita, Shir y Valdi, gracias por ser mi apoyo incondicional, por enseñarme a ver en cada cosa lo divertido y hermoso que es la vida. Gracias por esas tardes y saliditas que más que des estrés, disfrutamos y celebramos nuestra amistad. Gracias por estar y por continuar, espero por muchos años de vida, siendo las mimas.

A mi compañero Luisdi, siendo el único, fue el mejor. Por aguantar por tantos años la difícil tarea de entender a tantas fisioterapeutas a la vez. A todas mis compañeras, por hacer de la generación, la mejor. Siempre les estaré eternamente agradecida.

A mi compañera de la vida, amiga y hermana del alma. Gracias Sil, de verdad que hoy puedo decir que Diosito se lució cuando nos cruzó en el camino, gracias por emprender el camino a esta investigación, donde cada paso por difícil que fuera, una estuvo para la otra. Gracias por tanta comprensión, apoyo y cariño. Por adoptarme como una más en tu familia, gracias a Mami Ofe y Papi Pigos, de verdad que siempre sentí un calor de hogar hermoso, gracias por sus chineos.

Mary Cruz

DEDICATORIA

Concluyo este arduo trabajo no en mi tiempo, sino en el suyo. Dedico mis logros, pasados, presentes y futuros a Dios y a la Virgencita de los Ángeles, quienes bajo su amparo y protección he podido llegar y ser quien soy hasta el día de hoy. Por ser mi fuerza y mi fortaleza en momentos lindos y difíciles. Porque sé, que tienen grandes cosas para mí, toda mi honra y honor sean a Él.

A mis padres Ofelia y Luis Alfredo, que han sido mi ejemplo de lucha, amor y humildad. Ustedes, que desde siempre han confiado en mí, que sin reserva alguna lo han dado todo y que con el sacrificio de su trabajo me han permitido ser hoy la mujer que soy.

A mis hermanas y hermano Maureen, Esteban, Gaby y Paula, ustedes que han sido mi apoyo incondicional en todo. Por estar siempre pendientes y orgullosos de mis logros, por cuidarme, amarme y chinearne como su hermana menor. Maureen y Gaby, gracias por darme el maravilloso regalo de ser tía, esto también es para Jime, Noelia y Luciana.

A esos angelitos que están en el cielo, principalmente a mi Abue, porque de ella aprendí cosas que la universidad no me enseñó, por ser un roble y mi ejemplo de mujer. Por cuidarme desde el cielo y por enseñarme hasta el último momento a luchar con todas mis fuerzas, siempre de la mano de Dios.

A Dennis, porque a pesar del tiempo sacrificado, hemos sabido estar incondicionalmente juntos. Porque Dios nos cruzó en el camino para complementar con amor nuestras vidas. Gracias por estar para mí.

A mis amigas de la vida Valdi, Shir y Yurita, quienes más que amigas son mi familia y mis hermanas. Ustedes conocen nuestro proceso y siempre han estado para nosotras. Les dedico a ustedes también este logro, sé que lo sienten como suyo porque han estado desde el primer día con nosotras.

A mis compañeras y compañero por compartir alegrías, tristezas y triunfos durante toda la carrera, por ser esas maravillosas personas que aman la Terapia Física y que día a día nos convencemos más que estamos en la profesión correcta.

A mis profesores (as) porque gracias a sus conocimientos, su pasión y su formación hoy puedo sentirme verdaderamente una Terapeuta Física. Por enseñarme siempre que esta carrera se elige y se desempeña por vocación.

Y finalmente, pero no menos importante, le dedico y le agradezco este logro a mi compañera de batalla, mi hermana, mi amiga y mi colega Marita. Porque no nos equivocamos al elegirnos. Por ser ambiciosa conmigo, por tu responsabilidad y compromiso desde el principio, por ser mi soporte y mí yunta perfecta. Le agradezco infinitamente a Dios por ponerte en mi vida.

Silvia

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por permitirnos concluir satisfactoriamente nuestro trabajo, porque una vez más, su plan fue perfecto en nosotras.

A nuestras familias, porque su amor y apoyo hacia nosotras siempre fue sentido durante todo nuestro tiempo como estudiantes.

A nuestras compañeras (o), profesores (as) por emprender junto a nosotras un viaje de conocimiento y amor hacia esta profesión.

A nuestro comité asesor, M.Sc. Rosibel Zelaya Orozco por ser la primera en decirnos que sí, por siempre estar pendiente y comprometida con nuestro trabajo, Dr. Horacio Chamizo García gracias por sus aportes en todo el desarrollo metodológico, por impulsarnos a innovar en temas de investigación, Dra. Flory Morera Gonzáles gracias por su confianza y apoyo como lectora y tutora institucional. Les estamos muy agradecidas por su guía, tiempo y dedicación para que nosotras podamos alcanzar esta gran meta.

Al Hospital México, especialmente al CLOBI de esta institución, por confiar en nosotras y darnos su aprobación para emprender este trabajo. Agradecer de manera particular, al personal de la Consulta de Electroestimulación y del Archivo Clínico, por siempre estar anuentes a contribuir con el desarrollo de esta investigación.

A la Dra. Linda Liu, Dra. Nancy Larios, Lic. Berta Álvarez y M.Sc. Viviana Pérez por sus aportes durante el desarrollo de la investigación. Por su tiempo para compartir con nosotras sus opiniones y su experiencias.

A las usuarias que participaron de esta investigación, porque desde el principio fueron nuestra inspiración para desarrollar este proyecto. Gracias a ustedes y sus experiencias podemos hoy entregar y concluir esta investigación.

Silvia y Mary Cruz.

Tabla de contenido.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema de investigación.	1
1.2. Objetivos	6
1.2.1. Objetivo general	7
1.2.2. Objetivos Específicos.....	6
1.3. Justificación.	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	10
2.1. La salud como producto social.	10
2.1.2. La Salud de la mujer	12
2.2. Generalidades de la Incontinencia Urinaria	12
2.2.1 Anatomía y fisiología del piso pélvico.....	13
2.2.2. Clasificación y etiología de la Incontinencia Urinaria	14
2.2.3. Factores de riesgo de la Incontinencia Urinaria	16
2.3. Valoración y diagnóstico de la incontinencia urinaria.	18
2.4. Abordaje General de la Incontinencia Urinaria.	20
2.5. Abordaje fisioterapéutico en los Servicios de Salud en el ámbito internacional.	24
2.6. Proceso de interacción profesional – usuario.	26
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	29
3.1 Descripción general de la estrategia metodológica	29
3.2 Diseño de la investigación	29
3.3 Población de interés	30
3.4. Tipo de muestreo	31
3.5. Unidad de análisis	32
3.6. Criterios de inclusión.	33
3.8. Objeto de estudio.....	34
3.9. Validez Instrumental.	34
3.10. Alcances del diseño propuesto.	34
3.11. Procedimientos de recolección de datos.	35
3.12. Procedimiento, técnicas de análisis de datos y presentación de la información.	37
3.12 Consideraciones éticas	40
3.13. Cronograma de actividades.....	42
CAPITULO IV: Descripción, análisis y discusión de los resultados de investigación.....	43

4.1. Caracterización de las usuarias	43
4.1.1. Caracterización Sociodemográfica	45
4.1.2. Caracterización según los antecedentes en salud.....	48
4.1.3. Caracterización según la condición específica de IUE	50
4.2. Descripción y análisis la atención en salud en relación al tratamiento conservador. .	55
4.2.1. Resultados de las observaciones a la Consulta de Electroestimulación.....	56
4.2.2. Análisis de la percepción de la atención a partir de las experiencia vividas por las mujeres con diagnóstico de IUE atendidas en la Consulta de Electroestimulación.	68
4.3. Vinculación de los resultados y el análisis de datos.....	104
CAPÍTULO V. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA.....	107
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	182
6.1. Conclusiones.	182
6.2. Recomendaciones	186
Bibliografía	191

Índice de cuadros.

Cuadro 1. Operacionalización de variables cuantitativas.....	27
Cuadro 2. Operacionalización de categorías cualitativas; ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
Cuadro 3. Criterios teóricos para la selección de la muestra de informantes claves desde el enfoque cualitativo para el análisis de la atención de la IUE en el servicio de ginecología de la consulta de electroestimulación. Hospital México. Diciembre 2014 a febrero 2015.....	32
Cuadro 4. Distribución de las usuarias de acuerdo a la ocupación. Hospital México, enero – febrero, 2015.	45
Cuadro 5. Distribución de las usuarias de acuerdo a los rangos de edad. Hospital México, enero – febrero, 2015.....	46
Cuadro 6. Distribución de las usuarias de acuerdo a lugar de residencia según la provincia. Hospital México, enero – febrero, 2015.....	47
Cuadro 7. Distribución de las usuarias de acuerdo a los antecedentes patológicos en salud. Hospital México, enero – febrero, 2015.....	48
Cuadro 8. Distribución de las usuarias de acuerdo a los antecedentes no patológicos personales en salud. Hospital México, enero – febrero, 2015.....	50
Cuadro 9. Distribución de usuarias de acuerdo a la gravedad de IUE. Hospital México, enero – febrero, 2015.....	52
Cuadro 10. Técnicas conservadoras aplicadas a usuarias con IUE. Hospital México, enero – febrero, 2015.	53
Cuadro 11. Asistencia de las usuarias a la aplicación de electroestimulación en el protocolo de 12 sesiones. Hospital México, diciembre 2014– febrero, 2015.....	54
Cuadro 12. Número de sesiones a las que asistieron los diferentes profesionales a la consulta de electroestimulación del Hospital México para el periodo de diciembre 2014 - febrero 2015	58
Cuadro 13. Parámetros de electroestimulación aplicados en cada fase según la cantidad de sesiones recibidas. Hospital México, enero – febrero, 2015.....	62
Cuadro 14. Aplicación de ejercicios de contracción voluntaria, para el tratamiento de IUE, según revisión bibliográfica.	67
Cuadro 15. Distribución de informantes claves de acuerdo a las categorías de análisis. Hospital México, marzo 2015.....	69

Cuadro 16. Exploración y valoración de los músculos abdominales en usuarias con IUE. 150	150
Cuadro 17. Situaciones del tono de la musculatura perineal, valorada durante la palpación.	153
Cuadro 18. Escala de Oxford modificada para la musculatura del suelo pélvico.	154
Cuadro 19. Prueba perfect para el piso pélvico.....	155
Cuadro 20. Parámetros aplicados a la electroestimulación con corriente bifásica simétrica para el tratamiento de iue, según revisión bibliográfica.	163
Cuadro 21. Presentación grafica de los principios técnicos para la aplicación de la GAH .	166
Cuadro 22. Presentación gráfica de ejercicios de relajación postural diafragmática	168
Cuadro 23. Presentación gráfica de ejercicios de activación tónica del periné y de la faja abdominal	168
Cuadro 24. Presentación gráfica de ejercicios de estabilización lumbo – pélvica.....	170

Índice de tablas

Tabla 1. Relación de categorías y subcategorías en la muestra de informantes claves desde el enfoque cualitativo para el análisis de la atención de la IUE.	39
Tabla 2. Planteamiento de la fase de seguimiento para la aplicación de tratamiento conservador a usuarias con IUE que asisten a la consulta de electroestimulación del Hospital México.	172

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de expedientes revisados según el tipo de diagnóstico uroginecológico. Hospital México, enero – febrero, 2015.	44
Gráfico 2. Distribución de la cantidad de usuarias de acuerdo a la evolución en años de presentar IUE. Hospital México, enero – febrero, 2015.	51

Índice de Figuras

Figura 1. Proceso de atención con referencia al servicio de ginecología de hospital México para usuarias con IUE.	56
Figura. 2. Implicaciones de la IUE en la vida de la mujer.	105
Figura 3. Atención de la IUE en el Hospital México.	106
Figura 4. Mapa conceptual para el desarrollo de la propuesta de intervención fisioterapéutica.....	0
Figura 5. Presentación gráfica de la anatomía y funciones del piso pélvico.	117
Figura 6. Presentación gráfica de generalidades de la IUE.	118
Figura 7. Presentación gráfica de posturas para realizar el fortalecimiento muscular.	121
Figura 8. Técnica de aplicación para el fortalecimiento muscular	121
Figura 9. Representación gráfica de la educación postural	122
Figura 10. Valoración del tono del diafragma.	149

ABREVIATURAS

AVD: Actividades de la Vida Diaria.
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.
CVRS: Calidad de Vida relacionada con la Salud.
EBAIS: Equipos Básicos de Atención en Salud.
HM: Hospital México
HTA: Hipertensión Arterial
ICS: International Continence Society.
IMC: Índice de Masa Corporal
IU: Incontinencia Urinaria.
IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
IUM: Incontinencia Urinaria Mixta
IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia.
INAMU: Instituto Nacional de la Mujer.
KHQ: King's Health Questionnaire
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PIA: Presión intraabdominal.
SAPP: Sin antecedentes patológicos personales

RESUMEN

Garro, M y Gómez, S. (2015). Atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en área de Uroginecología del Hospital México, durante el periodo del 2013 – febrero 2015. Tesis para optar al grado de licenciatura en Terapia Física. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Directora: M.Sc. Rosibel Zelaya Orozco.

Palabras clave: Terapia Física, Incontinencia Urinaria, Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Tratamiento Conservador, Percepción, Atención en Salud, Enfoque Cuantitativo, Enfoque Cualitativo, Hospital Mexico.

La Incontinencia Urinaria (IU) afecta significativamente las estructuras y funciones corporales así como las actividades de la vida diaria, aspectos sociales, psicológicos, familiares y en efecto la calidad de vida de quien lo presenta. Esta patología, se refiere a la pérdida involuntaria de orina como consecuencia de la debilidad de los músculos abdominales inferiores que sostienen la vejiga, útero y parte del intestino; estos en conjunto también llamados, piso pélvico. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) por su parte, es aquella que se ve asociada a esfuerzos físicos como toser, reír o hacer alguna actividad física. Esta se ha descrito como el tipo de incontinencia más frecuente que padecen las mujeres en edades perimenopáusicas.

En Costa Rica, las mujeres que presentan IU son referidas al Tercer Nivel de Atención en el cual se les ofrece una solución mediante tratamientos quirúrgicos y farmacológicas. Algunos centros médicos como el Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva, el Hospital Raúl Blanco Cervantes y El Hospital México han incursionado en tratamientos conservadores. Este último centro hospitalario, ofrece su tratamiento en la Consulta de Estática Pélvica, en ella se decide el abordaje que se le dará a la usuaria. Este abordaje puede ser quirúrgico o conservador, referido a la Consulta de Electroestimulación la cual es la estudiada en la presente investigación.

Para este fin, se planteó una investigación de tipo transversal, descriptiva y llevada a cabo mediante un enfoque mixto. Tiene como objetivo general, analizar la atención en salud que reciben las mujeres con IUE atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital México, desde el punto de vista clínico de la Terapia Física.

Desde un enfoque cuantitativo se desarrolló una caracterización de datos sociodemográficos y en salud de las usuarias que asistieron a la consulta de Electroestimulación y una observación de las sesiones donde se aplica tratamiento conservador. Para esto se utilizó el programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics. Por otro lado, mediante el enfoque

cualitativo, se pretendió obtener un análisis basado en la percepción de las usuarias que habían concluido su tratamiento, así como la experiencia de diferentes profesionales involucrados en la rehabilitación del piso pélvico. Se utilizó el Software Atlas.ti para análisis de citas textuales.

Como resultado de la caracterización, se encontró que la mayoría de usuarias viven en San José, son amas de casa, con edades en un rango de 50 a 60 años, presentan principalmente HTA y patologías ginecológicas asociadas a la IUE, no consumen sustancias nocivas para la salud, tienen más de 4 años de presentar diagnóstico de IUE. Un alto porcentaje de ellas reciben tratamiento quirúrgico, además de tratamiento conservador en los cuales la aplicación de electroestimulación y prescripción de ejercicios de Kegel son los más utilizados.

A través de la observación se pudo identificar, que las usuarias que reciben tratamiento conservador son referidas a la Consulta de Electroestimulación. El médico a cargo, aplica un protocolo con corriente bifásica en 12 sesiones semanales por 20 minutos con un cambio en los parámetros a la mitad del tratamiento. En esta consulta, no se realizan evaluaciones perineales, no hay un proceso de educación a la usuaria ni un trabajo de fortalecimiento complementario a la electroestimulación.

Basado en las experiencias de las usuarias, se encontró que el nivel de educación y el tiempo de evolución de su IUE influyen significativamente en la percepción que ellas tienen de su salud. Además, todas las entrevistadas coinciden en que su calidad de vida se ve afectada tras padecer IUE. Los profesionales, consideran que la IU es una patología poco abordada en Costa Rica por parte del Sistema de Salud y que el o la profesional en Terapia Física es indispensable en el equipo interdisciplinario que atiende a estas usuarias.

Finalmente, se plantea una propuesta de intervención dirigida a profesionales en Terapia Física, la cual tiene como finalidad ofrecer lineamientos teóricos para un abordaje integral de la IUE. En ella se desarrolla una intervención clínica grupal y otra individual.

Se concluye que la atención en salud de la usuaria con IUE debe darse de manera integral bajo la supervisión de un equipo interdisciplinario, donde el o la profesional en Terapia Física cumpla su rol en las fases de educación, diagnóstico, aplicación de tratamiento y seguimiento de la patología. Esto con el fin de ofrecer a la usuaria un servicio que mejore su condición patológica y por consiguiente su calidad de vida.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema de investigación.

La presencia de una enfermedad puede determinar significativamente la calidad de vida de las personas, ya que no solo se afectan las estructuras y funciones corporales; entre ellos el suelo o piso pélvico, sino también se modifican o alteran sus actividades de la vida diaria, afectando el bienestar físico, psicosocial, económico y familiar (Vinaccia, Tobón y Cadena, 2005), (Velázquez, Bustos, Rojas, Oviedo, Neri y Sánchez, 2007).

Según Pena, Rodríguez, Villodres, Mármol y Lozano (2007), el piso pélvico se define como “el conjunto de músculos que sustentan la porción abdominal inferior y sirven de apoyo a la vejiga, el útero y una porción del intestino” (p.719). Los mismos autores señalan que “es fundamental que esta musculatura mantenga una buena función, ya que la debilidad del suelo pélvico es causa de incontinencia urinaria de esfuerzo, cisto y rectocele, prolapsos genitales y disfunciones sexuales” (p.719).

Para García, De La Calle y Moreno (2007), uno de los problemas más frecuentes en salud pública y que afecta a la población femenina, es la incontinencia urinaria (IU), entendida por la International Continence Society como la pérdida involuntaria de orina. Pueden diferenciarse varios tipos de incontinencia, Berghmans (2006), refiere que en mujeres, la forma más prevalente es la incontinencia de esfuerzo (IUE) ya que representa un 48% de todos los casos. “Después de la incontinencia de esfuerzo, la hiperactividad del detrusor es la segunda causa más prevalente de incontinencia (17%)” (p.111). Para Velázquez et al. (2007) la IUE es la más frecuente en las mujeres entre los 25 y 65 años de edad.

Se estima que en España, “la incontinencia afecta a más de dos millones de personas, de las cuales el 75% son mujeres. La prevalencia aumenta con la edad, de manera que si al principio de la vejez existe un predominio de la incontinencia femenina, a partir de los 80 años las cifras tienden a equipararse” (p.50) en ambos sexos (Igual, Valverde, López y Sánchez. 2003), (Martínez, Salinas, y Jiménez, 2008).

En el 2001 en Gran Bretaña, los costos económicos para el tratamiento de los problemas de la vejiga fueron altos, sin embargo Sharma (2010) señala que una pequeña

parte se administra en almohadillas “toallas, pañales” y productos farmacéuticos, mientras que una parte importante es utilizado en la atención secundaria y tratamiento quirúrgico.

...teniendo esto en mente, es lógico pensar que el médico general es el lugar ideal para detectar y manejar estos pacientes en la atención primaria. No es necesario hacer referencia todos los pacientes a la atención secundaria (Sharma, 2010, p.48).

Tarnary y Bathia (2007), muestran la situación en Estados Unidos e indican que la IU afecta a más de 13 millones de mujeres adultas. Se estima que los costos de atención superan los \$19.5 mil millones al año, dos terceras partes de las mujeres no buscan ayuda para la incontinencia, debido a la desaprobación y crítica social o porque no saben que existe ayuda disponible.

En América Latina, no han sido muchos los estudios que se han realizado sobre la incidencia y prevalencia de la IU. En México se sabe que cerca de un 15 o 30% de las mujeres mayores de 60 años la sufren (Quintana, Fajardo, Rodríguez, Aguilera y Martínez, 2009).

Sin embargo, a pesar de que la incontinencia no implica un pronóstico de gravedad, limita la autonomía, reduce la autoestima y deteriora sensiblemente la calidad de vida (Espuña, 2003). En un estudio realizado por Martínez et al. (2008) para valorar la calidad de vida de las mujeres con IU, concluyen que los aspectos en los que más se ven afectadas, son las actividades físicas, la imagen corporal y las relaciones personales, afectando una parte importante de su actividad social.

Asimismo la calidad de vida de las pacientes con incontinencia empeora conforme avanza la edad de las mismas, un mayor grado de incontinencia, mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria (Martínez et al., 2008. p.210)

Otro aspecto importante es la afectación de la actividad sexual de las mujeres que lo sufren. En sus estudios, Handa, Harvey, Cundiff, Siddique y Kjerulff (2004) y Stach, Hakala, Laippala, Lehtinen, Metsänoja y Kujansuu (2003) mencionan que las mujeres sexualmente activas se ven afectadas de distintas maneras en relación a su función sexual, ya que presentan baja en la lívido por miedo al escape de orina durante el acto sexual.

No obstante, para Tannenbaum, Corcos y Assalian (2006), la IU no deteriora la vida sexual por sí misma, pero se asocia a un número de factores tal como la edad, la salud física y mental. Otros señalan que aunque la incontinencia tiene un efecto negativo sobre la función sexual, pocas pacientes reciben información y tratamiento especializado.

Por su parte, Modroño, Sánchez, y Gayoso (2004), indican que la IU se trata de un problema de alta prevalencia, donde las mujeres en la mayoría lo aceptan como “algo que hay que sufrir”, y que además consultan tarde o poco. Ellos sugieren la necesidad de mejorar en la captación, el diagnóstico y el manejo inicial de esta afección. Autores como Manrique, Altez, Medina y Sabana (2010) mencionan: “La Incontinencia Urinaria es una de las enfermedades más comunes en la mujer. Su existencia lleva a la ansiedad, alterando el desarrollo de una vida normal que impulsó a urólogos y ginecólogos a buscar diferentes alternativas de tratamiento” (p.11).

En el ámbito de las especialidades médicas, son frecuentes las aplicaciones prácticas y/o quirúrgicas; estas a su vez, han buscado a través de los años una menor invasión y la disminución de efectos adversos posterior a las intervenciones quirúrgicas. Según Soriano y Vidal (2007) el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina, ha ido evolucionando con el paso de los años.

Sin embargo, no todas las personas con IU requieren de una intervención quirúrgica, muchas de ellas pueden ser tratadas mediante técnicas no invasivas que incluso son importantes aun cuando ya se ha realizado una cirugía, con el fin de lograr una rehabilitación post-operatoria más eficiente. Como bien menciona Napal et al. (2004), las opciones no invasivas o conservadoras y de bajo riesgo deben ser consideradas como la primera línea de tratamiento para proporcionar resultados con calidad de vida.

La Sociedad Española de Fisioterapia en Pelviperrineología (2011), hace referencia al papel que ha adquirido la disciplina en la última década, e indican que la presencia del terapeuta físico es una realidad indispensable en los equipos multidisciplinarios para el tratamiento de las disfunciones pelvi-perineales.

Napal et al. (2004), considera que las técnicas de rehabilitación y otras pautas para el tratamiento de la disfunción perineal constituyen un apartado muy amplio y específico a desarrollar en las unidades del suelo pélvico. Señalan además, que un fisioterapeuta debe

trabajar en estrecha relación con la unidad urológica, con el fin de ajustar al máximo las pautas de tratamiento rehabilitador según el tipo de disfunción existente.

Autores como Rodas y García (2010) y Berghmans (2006), coinciden en que la contribución de Terapia Física a la rehabilitación de la IU es muy significativa, mientras que Igual et al. (2003), señalan que el diagnóstico y tratamiento de la sintomatología es muy efectivo si se lleva a cabo con prontitud y correcta dirección del fisioterapeuta.

En Costa Rica, la mayor parte de la atención de las afecciones del sistema genitourinario, se realiza en la Red de Establecimientos en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). El Hospital México (H.M) específicamente el área de Uroginecología de la sección de Ginecología, posee estadísticas de las pacientes que fueron atendidas con electroestimulación en la Consulta de Estática Pélvica. Dichas estadísticas fueron facilitadas por el personal a cargo mostrando que en el año 2011 se atendieron 154 pacientes, 121 pacientes para el 2012 y a marzo del 2013 se habían atendido 72 mujeres con diagnóstico de IU.

Como resultado de la indagación sobre el abordaje de la IU en los Hospitales Nacionales de la CCSS, se identificó que los hospitales Raúl Blanco Cervantes, Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva y Hospital México son los que actualmente están dando respuesta conservadora a la afección genitourinaria.

En este último centro hospitalario, se maneja un protocolo de atención que inicia desde el momento en que la paciente es referida a la consulta de Estática Pélvica.

Según Morera (2013), médico especialista del centro hospitalario

...la usuaria es clasificada de acuerdo al tipo de IU y la severidad del caso, posteriormente bajo criterios médicos, se decide si es candidata a cirugía o a manejo conservador que involucra únicamente electroestimulación (Morera. Comunicación Personal. Marzo 19, 2013).

Sin embargo, el manejo conservador es considerado por esta misma especialista como un problema para las usuarias que lo reciben, debido a que

...en el manejo conservador se le da 12 citas una vez a la semana por 20 minutos a cada usuaria, utilizando electroestimulación intravaginal y biofeedback con programas predeterminados para IUE, vejigas mixtas, vejigas hiperactivas, problemas de esfínter etc. aplicados por médicos residentes o enfermeras del servicio [...] en la consulta no se realizan ejercicios ni nada complementario a la estimulación [...] no se está

brindando una integralidad en el servicio y no hacen referencia de Terapia Física a otros hospitales (Morera. Comunicación Personal. Marzo 19, 2013).

Considerando que este centro hospitalario no cuenta con la prestación de servicios de un profesional en Terapia Física en el departamento de Ginecología, específicamente en el área de Uroginecología, que contribuya directamente con el tratamiento conservador de las usuarias con IUE y considerando el papel que podría cumplir la Fisioterapia con aportes significativos para el tratamiento de dicha afección, se plantean las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cuáles son las características de la atención en salud que reciben las mujeres que presentan diagnóstico de Incontinencia urinaria de Esfuerzo (IUE) en el Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital México?

¿Cómo podría el abordaje fisioterapéutico contribuir en el proceso de rehabilitación de mujeres con diagnóstico de IUE en el mismo centro hospitalario?

1.2. Objetivos

1.2.2. Objetivos Específicos

Caracterizar a las mujeres con diagnóstico de IUE, según su condición socio-demográfica y antecedentes de salud.

Describir la atención en salud en relación al tratamiento conservador que reciben las mujeres con diagnóstico de IUE.

Diseñar una propuesta de intervención fisioterapéutica que contribuya con el proceso de rehabilitación de las usuarias con IUE.

1.2.1. Objetivo general

Analizar la atención en salud que reciben las mujeres diagnosticadas con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital México, desde el punto de vista clínico de la Terapia Física, durante el periodo 2013 - febrero 2015.

1.3. Justificación.

La incontinencia urinaria (IU) en el pasado fue de naturaleza íntima y personal, muy pocas personas se animaban a hablar de su padecimiento y en la mayoría de los casos era considerado un proceso más de la vida donde no era precisa la intervención médica (Napal et al., 2004). No obstante, la situación ha venido cambiando, la preocupación e interés, así como el número de consultas sobre los problemas relacionados con el aparato genitourinario ha mostrado un aumento importante.

La presente investigación surge de la necesidad de analizar la atención recibida por las mujeres con IUE y su relación con la Terapia Física en Costa Rica. Esto motivó a realizar un estudio de caracterización de las usuarias que consultan por IUE, la atención que reciben en relación al tratamiento conservador que se les aplica y con ello diseñar una propuesta de abordaje fisioterapéutico que contribuya con el proceso de rehabilitación en esta población.

De esta forma, se brindarán aportes importantes a los diferentes actores involucrados, a saber: el Ministerio de Salud, la Red de Establecimientos en Salud de la CCSS, el equipo interdisciplinario en el área de uroginecología, profesionales en Terapia Física, así como las usuarias atendidas en la consulta externa de Estática Pélvica del servicio de Ginecología del Hospital México.

El Ministerio de Salud como ente regulador, dedicado a garantizar y mejorar el estado de salud de la población costarricense, podrá disponer de referencias y líneas estratégicas de atención en salud de la mujer y la afectación por IU como una necesidad real partiendo de un enfoque de promoción de la salud.

Asimismo, la situación mostrada en este proyecto de investigación, podrá ser considerada como parte de los problemas de salud en la agenda de actuación de esta institución. Se espera con ello, promover la formulación de nuevas normas generales,

técnicas de prevención y/o rehabilitación y políticas públicas en salud para la prevención y control de la Incontinencia Urinaria en la mujer.

De la misma manera, la situación de la atención en salud de la Incontinencia Urinaria puede ser visto como un área de intervención dentro de los diferentes proyectos y líneas de acción del Ministerio de Salud como los es, el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología y proyectos de Buenas Prácticas en Salud, que suscitan el enriquecimiento en la investigación en salud.

En el caso de la Red de Establecimientos en Salud de la CCSS, la investigación contribuye con el aporte de un material de referencia, mostrando la situación del servicio en relación al tratamiento que reciben las mujeres con IUE en uno de los hospitales nacionales, propiamente el H.M. La investigación no está orientada a realizar una crítica, sino por el contrario, a ofrecer aportes significativos desde la Terapia Física con el objetivo de complementar los servicios prestados a las usuarias en relación al tratamiento conservador que reciben.

Se pretende rescatar además, las opiniones de las usuarias del servicio y los profesionales en salud vinculados al tratamiento de la IU, y con ello dar a conocer las perspectivas y necesidades que tienen las usuarias con respecto a su padecimiento y el abordaje que se le ha ofrecido en dicho servicio.

Asimismo, podrá ser un insumo para el mejoramiento de la atención de dicha afección a nivel institucional, conociendo nuevas opciones de tratamiento y rehabilitación conservadora de las alteraciones del piso pélvico, sin dejar de lado el abordaje desde la prevención y con esto poder favorecer directamente a las usuarias atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del H.M.

Tomando como referencia la situación de la atención de la IU en el contexto internacional, se considera que la presente investigación puede ofrecer una opción que impulse la apertura de la atención de la IU desde un primer y segundo nivel de atención en Costa Rica con equipo interdisciplinario incluido dentro de éste al profesional en Terapia Física.

Por su parte, las diferentes especialidades en salud que intervienen en la atención de las personas con IU, tendrán acceso a un documento de referencia, el cual podrá facilitar la

creación de nuevas alternativas de intervención para la IUE. Esto origina apertura hacia el cambio en las diferentes consultas de estática pélvica, al permitir la introducción de innovaciones y acciones creativas frente a la realidad compleja de la IU que debería idealmente ser tratada de manera multidisciplinaria.

Por cuanto el profesional en Terapia Física, podrá conocer cuál es el rol que puede desempeñar como parte del equipo de profesionales en salud que ofrece tratamiento conservador a las usuarias del servicio como parte de una atención integral a las necesidades que presenta la población en estudio. Asimismo, se dispone de una propuesta de intervención fisioterapéutica que servirá de orientación para la rehabilitación de la IUE, la cual podría eventualmente ser aplicada por un profesional en el campo.

En el caso de los estudiantes de Terapia Física y la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, cuentan ahora con un material de consulta para profundizar en el papel del fisioterapeuta pélvico y las posibilidades de acción junto con otros profesionales en salud que participan en el tratamiento de la IUE.

Finalmente, mediante esta investigación y las recomendaciones ofrecidas al finalizar el proceso, se insta a los profesionales afines a las Ciencias de la Salud a investigar, estudiar y actualizarse en aspectos relacionados al manejo de la IU con el objetivo de mejorar el servicio y tratamiento que se brinda a las mujeres que presentan esta afección del tracto urinario inferior.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El siguiente capítulo comprende la discusión teórica en la que se fundamenta la presente investigación, por lo tanto se discuten diferentes conceptos iniciando por la Salud y sus determinantes sociales, con especial énfasis en los aspectos que involucra la salud de las mujeres.

De igual manera, se describen aspectos básicos sobre la incontinencia urinaria, destacando los tipos, la etiología y los factores de riesgo predisponentes con el objetivo de conocer a fondo las particularidades de la patología. Finalmente, se expone lo que los diferentes autores opinan en relación a la atención de mujeres con Incontinencia Urinaria dando especial énfasis al abordaje fisioterapéutico y sus tratamientos, considerándolo como parte del Sistema de atención en salud de Costa Rica.

2.1. La salud como producto social.

En el Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York se define a la salud “como el completo bienestar físico, mental y social y no simple ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 1948, p. 1).

A esta definición, se vincula el concepto de Salud Pública que es descrita por Martínez, Castellanos y Mermet (1998), como el abordaje de los problemas de salud desde la perspectiva colectiva. Actualmente, el panorama se ha ampliado y diversos autores han propuesto sus definiciones desde diferentes enfoques, entre ellas se destaca la siguiente:

La Salud de las personas es el resultado de la oposición de un conjunto de fuerzas contradictorias que experimentan en su vida: unas que la protegen y otras que la deterioran y destruyen. Ninguna persona, de ningún estrato social, escapa de esa contradicción entre las fuerzas de la vida y las de la muerte, lo que sucede es que en las distintas clases sociales; la forma y la magnitud de esos procesos son distintas (Gómez, Rojas, Sancho y Herrera, 2005. p.7).

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece el goce del grado máximo de salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de ideología política, raza, condición económica o social, religión (Pineda y Alvarado, 2008).

La salud es el resultado de la interacción de múltiples factores de orden político, económico, social, cultural y de género, entre otros, y no solamente por los factores biológicos y fisiológicos. La salud es un aspecto de la vida de las personas y las colectividades que se da en forma dinámica, en contextos histórico-sociales particulares, contradictoria y determinada, en gran medida, por las condiciones materiales de vida (Instituto Nacional de las Mujeres, 2009. p.5).

En Costa Rica, existen disposiciones estipuladas en La Ley General de Salud (1973), en su artículo 1º señala que “la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”, además el artículo 3º señala que “todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen”.

Como respuesta a la organización de la atención en salud, la CCSS plantea una organización de atención con características de integralidad propiciado por la actual política de salud en el Modelo de Atención de los Servicios de Salud (Castillo, Quirós y Sancho, 2003).

La atención integral a la salud se refiere a la acción interdisciplinaria, intersectorial e ínter-organizacional, que implica la responsabilidad del Estado, el gobierno y la sociedad civil, en el abordaje de los determinantes de la salud. Por su parte, los servicios de salud contribuyen a esa respuesta social organizada para atender los problemas de salud de la población (Castillo et al., 2003, p.48).

En el año 2001, se presenta una propuesta para la construcción de un Modelo de Atención Integral de la Salud de la Mujer en el que se plantea como la atención integrada “al conjunto de actividades que realiza el equipo de salud o uno de sus miembros, para tener una lectura global que determine la situación de salud de un individuo, grupo o comunidad: facilitando la toma de decisiones conjuntas” (p 33.).

Desde esta perspectiva, la Terapia Física como disciplina de las ciencias de la salud, puede considerarse como parte del equipo interdisciplinario que brinde una atención integral a las mujeres que presentan afecciones del tracto urinario inferior. Asimismo, este profesional es un promotor de la salud que busca potenciar las capacidades físicas, independencia en las actividades de la vida diaria y mejorar la calidad de vida de las mujeres que presentan esta condición.

2.1.2. La Salud de la mujer

Según la OMS (2014), la salud de la mujer es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada debido a factores socioculturales.

El Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) señala que “la salud de las mujeres abarca desde cómo éstas se visualizan con respecto a su propio cuerpo y las posibilidades que tienen para desarrollar su autonomía y autodeterminación, en aras de una mayor participación en la toma de decisiones individuales y colectivas, orientar más asertivamente sus prácticas en salud con una mayor conciencia del auto cuidado, hasta la interiorización de la salud como un derecho humano” (INAMU, 2009. p.6).

Autores costarricenses entre ellos Achío (2003) y Quirós (1997/1998) refieren que la situación de salud de las mujeres ha mejorado en las últimas décadas, debido al fortalecimiento de las condiciones sanitarias y a la disminución de los riesgos obstétricos, así como el aumento de la cobertura sanitaria materno-infantil y los avances en la escolaridad de la población femenina.

2.2. Generalidades de la Incontinencia Urinaria

La incontinencia urinaria (IU) según la International Continence Society (ICS), “es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social e higiénico para el individuo que la padece”. Es una disfunción que se presenta tanto en personas sanas como asociada a diversas enfermedades y que responde a etiologías diversas (Espuña, 2003).

Autores como Robles (2006); Uriona, Escobar y Méndez (2010) y Amóstegui, Ferri, Lillo y Sierra (2004) se refieren a la incontinencia como un trastorno del suelo pélvico por debilidad de la musculatura de la región, por lo tanto es necesario conocer cada una de las partes que lo conforman, desde la musculatura, tejidos de sostén, sensibilidad, así como los órganos afectados.

2.2.1 Anatomía y fisiología del piso pélvico

El suelo pélvico “es un conjunto de estructuras que cierran en forma de rombo el estrecho inferior de la cavidad abdomino-pelviana” (Cambra, 2006. p1). La continencia en la mujer es por lo tanto el resultado de la combinación de la actividad normal de todas las estructuras que lo conforman, el cuello vesical y la uretra, así como la correcta función del suelo pélvico.

El mecanismo de continencia se basa en diferentes acciones, la primera es el cierre en el tercio superior de la uretra, las funciones compresoras de la uretra y uterovaginal y la constitución del tejido fibroso. Por tanto, este mecanismo no puede funcionar de forma eficaz sin un sistema de sostén íntegro.

Se exponen a continuación los principales componentes del Piso Pélvico:

– Huesos y articulaciones de la pelvis

La pelvis ósea se compone de cuatro huesos, el sacro y el coxis ubicados posteriormente, dos huesos ilíacos ubicados en los laterales y parte anterior que a su vez poseen tres secciones principales: ilion, isquion y el pubis. Así mismo, cuenta con cuatro articulaciones, 2 sacro-ilíacas, la articulación sacro-coxígea y por último la sincondrosis que une los dos huesos púbicos (Pernoll, 2003).

Estas estructuras junto con la fascia endopélvica cumplen una función vital; esta se trata de un revestimiento conjuntivo laxo y denso, de elasticidad variable, que consolida y soporta unida a la función de los ligamentos; la cual es ayudar a suspender el útero, la vejiga, el recto y la vagina, a la misma vez que actúan como punto de anclaje para los músculos (Lombardia y Fernández 2007).

– Músculos del piso pélvico

El suelo pélvico posee un conjunto de músculos y fascias que trabajan en conjunto para proveer soporte a las vísceras pélvicas.

El suelo pélvico está formado en un 70% por tejido conjuntivo y en un 30% por musculatura, de ese porcentaje el 80% corresponde a fibras tipo I y el 20 % restante a fibra tipo II. Los músculos del periné son parietales es decir, de inserción blanda. (Cambra, 2006.)

En el plano superficial se encuentra el músculo bulbo-cavernoso el cual tiene la función de mantener la erección del clítoris, por otro lado el músculo isquiocavernoso quien también mantiene la erección, el músculo transverso superficial y por último el esfínter estriado del ano el cual es importante para el control anal.

En el plano medio se encuentra el esfínter estriado de la uretra, este tiene la función de cierre activo y pasivo, el musculo transverso profundo encargado de sujetar el núcleo fibroso con el isquion.

El plano profundo, está conformado por los músculos pubovaginal, el elevador del ano e isquiococcígeo, encargados de mantener el peso del contenido pélvico y evitar la presión abdominal que producen el estiramiento de las estructuras ligamentosas.

Es necesario aclarar, la importancia que tienen los músculos abdominales y las repercusiones que estos poseen en la incontinencia urinaria ya que en algunos tipos de incontinencia, la pérdida de orina se ocasiona por el aumento de la presión intraabdominal (PIA), entendida ésta como:

...la presión en estado pasivo de la cavidad abdominal, con cambios durante la ventilación mecánica o espontánea, los cuales pueden causar aumento durante la inspiración (contracción del diafragma) o disminución durante la espiración (relajación diafragmática). (Carrillo y Garnica, 2010, p.175)

– Inervación del piso pélvico

La pelvis esta inervada principalmente por los nervios espinales, sacros y coxígeos, y la parte pélvica del sistema nervioso autónomo. Los dos nervios principales que emergen del plexo sacro son el ciático y el pudendo, este último es el principal nervio del periné y el nervio sensitivo responsable de los genitales externos.

2.2.2. Clasificación y etiología de la Incontinencia Urinaria

España (2003) hace referencia a la estandarización de terminología que realiza la ICS en el cual se considera que la incontinencia y las disfunciones miccionales en general pueden clasificarse de acuerdo con criterios sintomáticos o urodinámicos, siendo compatibles con la OMS y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), facilitando la comunicación entre diferentes profesionales y la comparación de resultados.

Según Morales (2000) la clasificación se puede hacer de dos maneras, la transitoria la cual desaparece en el momento en que la enfermedad o la condición que la está provocando son revertidas y la incontinencia urinaria persistente que se mantiene en el tiempo. La etiología por su parte va a depender de las manifestaciones clínicas y es específica para cada una de la IU, una visión general acerca de su origen podría ser la que mencionan Bravo y Cano (1999):

Para que se mantenga la IU, es condición necesaria que la presión intrauretral sea mayor que la presión intravesical. Sí, durante la fase de llenado vesical, la continencia está asegurada por el músculo liso y estriado de la uretra proximal, que mantiene una presión más elevada que la existente en la vejiga (p. 150)

Las clasificaciones y su etiología son diversas, por lo que para este apartado se seleccionan las más recurrentes se subdivide en:

- *Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU)*

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar que se denomina “urgencia”. Se relaciona con sistemas de frecuencia (más de 8 micciones al día) y necesidad imprecisa de orinar. En esta categoría se incluye el término de vejiga hiperactiva el cual es definido como la frecuencia miccional de urgencia, con o sin incontinencia.

Sallgueiro, Salvatierra y Calderón (2005) menciona que la IUU se debe a la función anormal del músculo detrusor presentándose una hiperreflexia o disfunción esfinteriana y que es más frecuente en procesos inflamatorios, infecciones urinarias frecuentes y trastornos neurógenos.

- *Incontinencia Urinaria de esfuerzo (IUE)*

La literatura coincide en que es la forma de IU más frecuente en mujeres. Schorge et al. (2008) señalan que aparece en 50% al 70% de los casos de IU. Se diagnostica cuando la fuga en la uretra se ve con aumento de la presión abdominal, en ausencia de la presión del detrusor.

El esfínter debe permanecer cerrado cuando hay un aumento repentino de la presión intraabdominal, tal como toser o estornudar, en algunas mujeres puede aparecer al ponerse

de pie, al caminar o alzar pesos; la obesidad y la tos crónica puede contribuir también a su aparición, esto se debe a la insuficiente fuerza de los músculos del suelo pélvico.

La IUE aparece cuando el cuello vesical y la uretra son incapaces de mantenerse cerrados en condiciones de aumento de la presión abdominal (Trejos, 2013). Por su parte Sallgueiro et al. (2005) describen que se produce por insuficiencia de los esfínteres uretrales y por una laxitud de la musculatura del piso de la pelvis. Esta última señala que las mujeres con incontinencia por esfuerzo después de un parto, tienen desplazamiento de la uretra hacia abajo de la posición normal por encima del diafragma urogenital. Los aumentos repentinos de la presión intrabdominal se transmiten a la vejiga, con funcionamiento normal de esta manera hay un escape de orina.

- *Incontinencia Mixta (IUM)*

El diagnóstico de incontinencia mixta se basa en la presencia de IUE así como de la IUU (vejiga hiperactiva). Cerca del 50% y el 60% presentan este tipo de incontinencia el cual es más frecuente en mujeres jóvenes (Burrows y Cundiff, 2005).

2.2.3. Factores de riesgo de la Incontinencia Urinaria

Un estudio realizado en Costa Rica por Rodríguez y Esquivel (2010) señalan que existen factores de riesgo que predisponen a las mujeres desarrollar IU entre ellos se destacan la edad, la paridad, la ruta de parto (vaginal) y la obesidad. Considerando otro número de factores que se asocian con menor frecuencia como menopausia, tabaquismo, tos crónica, constipación y cirugía pélvica previa.

Sin embargo, la etiología común según Rodríguez et al. (2010) son principalmente los daños que sufre el soporte anatómico o la inervación de los músculos, tejido conectivo de la fascia endopélvica y su contenido (útero, vagina, vejiga e intestinos) debido principalmente a:

- **La edad:** Como se ha descrito durante este proceso, la incontinencia puede aparecer a cualquier edad, sin embargo se acrecienta durante la misma.

- **La paridad:** Durante el parto, el suelo pélvico soporta la cabeza del feto mientras que el cuello del útero se dilata para permitir el alumbramiento. El periné, el elevador del ano y la fascia pélvica pueden sufrir lesiones durante el parto, esto siendo de gran

importancia porque rodean y sujetan la uretra, la vejiga y el conducto anal, esta debilidad resultante del estiramiento o desgarro durante el parto puede llegar a modificar la posición del cuello de la vejiga y de la uretra, cambios que pueden causar incontinencia urinaria de esfuerzo.

- **El embarazo:** Porter (2009) explica el aumento de laxitud de los músculos durante la gestación debido al incremento de las concentraciones de estrógenos, progesterona y relaxina, lo que es habitual que durante el embarazo y el parto se produzca una separación de hasta 1 cm, en la sínfisis del pubis.

- **El estreñimiento:** “Importante por su gran incidencia, no tanto en el ritmo o frecuencia como sí en la mecánica evacuatoria que es casi siempre es altamente lesionante” (Napal et al., 2004, p.10).

- **Alteraciones morfológicas:** La hiperlordosis lumbar, es un elemento de riesgo para el periné que conviene corregir desde edades tempranas, para evitar la sobrecarga del periné anterior, agudizado por los esfuerzos. Floristán (2011) señala que “anteversión pélvica y la hiperlordosis lumbar proyectan el peso de las vísceras abdominales hacia el canal urogenital en vez de hacia la región sacrococcígea, dificultando la contención” (p.693).

- **La obesidad:** Los trastornos alimentarios que producen aumentos y pérdidas de peso de forma brusca, debilitan sensiblemente los tejidos de colágeno pélvicos, no teniendo éstos la capacidad de los músculos estriados de poderse trabajar y por tanto recuperar (Napal et al., 2004) (Velázquez et al., 2007).

- **Afecciones respiratorias:** Son cada vez más frecuentes en la sociedad y se originan principalmente por alergias y tabaquismo. Ambos problemas causan síntomas (estornudos y tos) reiterados, lo cual perjudica a medio y largo plazo al suelo pélvico (Zunzunegui et al., 2007).

- **Actividad física y deporte:** La literatura muestra que hay una relación entre la actividad física de impacto y las lesiones de la musculatura pélvica. Existe prevalencia entre el 20 y 50% de las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 45 años que practican actividades deportivas (Lone, Cruz, Martínez, Cánovas y Gómez. 2006).

Existe una correlación entre la fatiga y/o disfunción de la musculatura del suelo pélvico y la pérdida de orina. Esta fatiga puede deberse, entre otras causas, a un excesivo aumento de la presión intraabdominal y al agotamiento del soporte muscular durante las actividades de alto impacto. Algunas de las actividades habituales en los centros de fitness así como los saltos, las carreras y los empujes reúnen ambas condiciones (Rial, Chulvi y Pinsach, 2012. p.412).

2.3. Valoración y diagnóstico de la incontinencia urinaria.

Para definir un diagnóstico de IU, éste debe fundamentarse mediante la evaluación y valoración del piso pélvico. En el ámbito internacional, las mujeres referidas al fisioterapeuta pélvico, precisan de un diagnóstico médico lo más exacto posible para determinar el impacto de las molestias de la paciente y para estimar los aspectos de éxito o fracaso de la fisioterapia pélvica (Berghmans, 2006).

Según Petros (2006), existen dos formas diagnósticas de la incontinencia urinaria fundamentadas según la teoría integral de la continencia: evaluación clínica y la evaluación estructurada.

Esta teoría utiliza un sistema diagnóstico interactivo:

...considera básicamente que la incontinencia a los esfuerzos, urgencia y alteraciones del vaciamiento vesical derivan de las alteraciones del tejido de los elementos de soporte suburetral, de los ligamentos y de los músculos del piso pélvico. (...) considera que tales síntomas son interdependientes, centro de un proceso fisiopatológico común. (Petros y Cássio, 2010. p.18).

Para la vía de evaluación clínica o exploración vaginal, Petros (2006), utiliza un algoritmo diagnóstico ilustrado, el cual es utilizado como base para interrogar a la mujer acerca de sus síntomas, como guía para la exploración y como método para verificar distintas posibilidades de intervención.

Por otro lado, la vía de evaluación estructurada está constituido por tres fases: recolección y correlación de los datos, análisis de los datos y verificación del diagnóstico provisional. Otros autores como Rioja, González y Estévez (2005), realizan una exposición detallada de las pruebas de valoración de la función del esfínter de la uretra y de los músculos del suelo pélvico en pacientes con incontinencia urinaria. Dentro de estas pruebas se mencionan:

- Mediciones cuantitativas: éstas permiten determinar cuanta pérdida de orina se está presentando en determinados momentos y cuanto esfuerzo se requiere para que se presente el escape de orina.

- Mediciones cualitativas: Éstas hacen referencia a la valoración obtenida mediante hallazgos radiológicos y urodinámicos.

- Valoración del equilibrio perineal: Rioja et al. (2005) señalan que esta valoración puede realizarse mediante dos formas, una de ellas es la manual, la cual considerada una valoración más subjetiva o la valoración instrumental considerándose esta una valoración más objetiva.

- ✓ Valoración manual

Se efectúa a través del tacto vaginal, con el objetivo de medir la resistencia del músculo a la fatiga. Existen varias escalas para este tipo de valoración, una de ellas es la escala de Oxford presentada por Teixeira y Almeida (2010), los cuales consiste en evaluar la fuerza muscular del piso pélvico en una escala de 0 a 5 grados, donde cero es ausencia de contracción y cinco es una máxima contracción.

- ✓ Valoración instrumental

Se utiliza un perineómetro, el cual es un instrumento sensible a la presión que provee valores numéricos para la contracción muscular y su resistencia a la fatiga, siendo hasta la actualidad utilizado como método de valoración (Teixeira et al., 2010).

- ✓ Evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la salud

El termino Calidad de Vida ha sido descrito por diversos autores, sin embargo fue hasta en 1994 que la OMS la define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (Botero y Pico 2007. p11).

Al hablar de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) Andrade (2013) la describe como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (p. 19) y señala que en las mujeres incontinentes tiene un impacto negativo en diferentes aspectos de la vida

diaria, como: entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento) físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama).

Es por esto que se han creado cuestionarios para medir el impacto que tiene la IU en la CVRS de las mujeres. Badía, Castro y Sagrañes (2000), validaron la versión española del King's Health Questionnaire (KHQ) el cual es un cuestionario específico para evaluación de la calidad de vida en pacientes con IU. Consta de 21 ítems distribuidos en 9 apartados: percepción del estado de salud general (1 ítem); impacto de la IU en su vida (1 ítem), limitación en las actividades diarias (2 ítems); limitaciones sociales (2 ítems); limitaciones físicas (2 ítems); relaciones personales (3 ítems); emociones (3 ítems); sueño/energía (2 ítems); impacto de la incontinencia (5 ítems). Cada ítem del KHQ tiene una escala de respuesta con 4 posibles opciones. El rango de puntuaciones de cada apartado va de 0 (mejor CVRS) a 100 (peor CVRS). Este cuestionario fue diseñado para ser autoadministrado.

2.4. Abordaje general de la incontinencia urinaria.

Se han evidenciado de manera general tres opciones de tratamiento para la incontinencia urinaria, los cuales van desde el tratamiento quirúrgico como la colocación de mallas de sostén, farmacológico como las terapias de remplazo hormonal hasta el conservador como el ejercicio y técnicas no invasivas. Las dos primeras son tratadas desde la parte médica, Sánchez y Cervillos (2006) consideran que estas no son de elección definitiva, sin dejar de lado los posibles efectos secundarios que estos pueden generar.

No todas las mujeres con IU requieren de las tres opciones o una única como elección, por lo que es necesaria una evaluación y diagnóstico temprano para conocer cuál será su tratamiento específico.

Ferri, Melgarse, Avendaño, Puchades y Torres (2003) revelan que la utilización de tratamientos conservadores, han sido un importante factor de reducción de la prevalencia de algunos tipos de incontinencias. Estos tratamientos se justifican tanto por la reducción de costes al disminuir el uso de medicamentos, paliativos e intervenciones quirúrgicas, como sobre todo, por la mejora que se consigue en la calidad de vida de los pacientes.

A partir del diagnóstico que el médico remite, el fisioterapeuta debe comenzar su propio proceso diagnóstico, con el objetivo de valorar, analizar y evaluar la naturaleza e intensidad del problema de incontinencia urinaria y determinar si puede ser eficaz y en qué medida, una intervención fisioterapéutica y conservadora (Berghmans, 2006).

En la Teoría Integral de la Continencia Urinaria, Petros (2006) considera que el tratamiento de la IUE debe ser abarcado junto con los otros síntomas (de urgencia, nicturia, frecuencia, disfunción del vaciamiento vesical y dolor pélvico) que se presentan anudados a las disfunciones del piso pélvico.

Se introducen técnicas especiales de fortalecimiento muscular y/o ligamentoso, combinando además la electroterapia, cinesioterapia y lo adecua por completo de forma natural a la vida diaria de la mujer, siendo el objetivo primordial en cada una, la restauración y equilibrio de la estática pelviana y con ello, devolver las propiedades de contractilidad en la musculatura y la disminución de la incontinencia urinaria.

El mismo refiere que cada uno de los lineamientos propiamente expuestos, difieren de las teorías tradicionales e individuales, los cuales se deben de aplicar de manera conjunta, con el fin de provocar una modulación de los circuitos neuronales de inhibición desde corteza a centros inhibidores, consiguiendo la mayor eficacia.

Rehabilitación muscular del suelo pélvico:

El entrenamiento muscular del suelo pelviano, es el tratamiento de fisioterapia más frecuentemente utilizado para las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, según Hay-Smith y Domoulin (2008), se popularizó por Arnold Kegel en 1948, asimismo el uso de este tratamiento se basó en dos funciones del músculo del piso pelviano: el apoyo de los órganos pelvianos y una contribución al mecanismo de cierre esfinteriano de la uretra. A continuación se exponen algunas técnicas que son utilizadas como medidas conservadoras para la rehabilitación muscular.

– Ejercicios de Kegel

Son ejercicios isotónicos que consisten en la contracción repetida de los músculos pubococcígeos para fortalecer la musculatura débil del piso pélvico.

Para Igual et al. (2003) refieren mejorías a la técnica para facilitar la ejecución de la contracción; mediante la utilización de conos vaginales con peso gradual, perineómetros y espejos. Estos autores evidencian los primeros resultados principalmente en el tratamiento de la IUE, con el 77-80 % de resultados positivos.

Estos ejercicios se han descrito y utilizado en varios estudios a nivel internacional para mejorar la presión de transmisión al cuello vesical y a la uretra reconociendo la importancia de los mismos y con pocos efectos secundarios (Pena et al., 2007).

-Ejercicios abdominales hipopresivos

Son ejercicios de aspiración diafragmática realizados en apnea espiratoria y en determinantes posturas facilitadoras de la relajación del diafragma. Ferri y Amóstegui (2004), consideran que cumplen una triple función, los mismos provocan el descenso de la presión intrabdominal durante su realización lo que conlleva por vía refleja a la contracción y tonificación de la faja abdominal y de la musculatura perineal.

Estos ejercicios además de ser hipopresivos a nivel de la cavidad abdominal, como consecuencia del ascenso del diafragma, generan una succión sobre las vísceras pélvicas disminuyendo con ello la tensión ligamentosa. Mediante la repetición diaria de estos ejercicios, a largo plazo crea redes neuronales o circuitos autoexcitadores en situación postural y respiratoria, mejorando la estática pélvica. (Rial, Villanueva y Fernández, 2011)

-Estimulación eléctrica

Referente a la corriente eléctrica, Galvani (1791) mencionado por, Nina (2010) verificó que esta puede generar un potencial de acción y provocar contracciones musculares, por lo que a través de los años ha sido utilizada para tratar individuos que presenten parálisis muscular.

Para disfunciones del tracto urinario inferior, la estimulación eléctrica se aplica particularmente a los músculos del piso pélvico, de la vejiga y de las raíces nerviosas sacras, mediante electrodos vaginales o utilizando la estimulación periférica mediante parches de electrodos; aunque de una manera menos activa (Espino, De la Parra, Carvajal, Castillo y Juárez, 2007).

Berghmans (2006) menciona que la restauración de la actividad refleja que se busca mediante la estimulación de las fibras del nervio pudendo, conducen a la respuesta motora en los pacientes en los que no es posible una contracción voluntaria, esto siempre y cuando el nervio este intacto.

La electroestimulación es una técnica muy útil en pacientes con IUE, y en menor medida IUU e IUM, la cual, según Igual et al. (2003) pretende por mediación de una corriente farádica o interferencial, a través del electrodo intravaginal, suprimir las contracciones involuntarias de la musculatura pélvica y recuperar el control de la micción.

Tomando como referencia a Berghmans (2007), se puede concluir que la estimulación eléctrica restaura la continencia debido a que:

- Se fortalece y brinda soporte estructural a la uretra y el cuello de la vejiga.
- Asegura el cierre activo y pasivo de la uretra.
- Ayuda en el fortalecimiento del piso pélvico.
- Inhibe los reflejos de las contracciones de la vejiga.
- Modifica la vascularización de los tejidos de la uretra y la vejiga.

– Biofeedback

Referido a la actividad biológica en general utilizando la retroalimentación; esta se refiere a la posibilidad de responder de acuerdo a algún método de entrenamiento dirigido al control de una función corporal (Espino et al., 2007) (Rodríguez, 2004).

La biorretroalimentación consiste en aplicar detectores de la bioactividad explorada mediante la sensibilidad emitida por conos vaginales, procesar la información electronicamente y presentarla de forma visual, auditiva, sensorial, etc, para así objetivarla a nivel voluntario (Rodríguez, 2004).

No obstante es necesario comprender que la técnica según varios estudios no mide la fuerza muscular, sino que sencillamente controla una tendencia.

2.5. Abordaje fisioterapéutico en los Servicios de Salud en el ámbito internacional.

La IU, al igual que muchas otras patologías, no cuenta con líneas de intervención universales. Alrededor del mundo se conocen diferentes formas de organización de los servicios en salud y con ello, la ubicación de la consulta donde se brinda atención a usuarias con IU. El abordaje es llevado a cabo mediante la intervención de diferentes profesionales especialistas y la utilización de diversos procedimientos, técnicas y protocolos para su manejo.

Papanicolaou, Espuna, Hampel, Monz y Quail (2005) en un estudio realizado, según la experiencia de los países como Alemania, España y el Reino Unido / Irlanda, evidencia la consulta de la IU, tanto a nivel público como privado. Se indica que en España como en el Reino Unido, las prácticas se realizan en mayor medida en el sector público. En este último, el acceso a la atención secundaria se considera limitada por las listas de espera, llevando a la mayor parte de las mujeres a visitar a un médico general en un primer momento, sólo una pequeña proporción consulta a un ginecólogo u otro especialista, entre ellos Terapia Física.

Por otro lado, en Alemania, la mayoría de las prácticas en IU se realizan en una combinación entre el seguro social de salud y las consultas a nivel privado, donde los pacientes tienen igualdad de acceso a médicos generales o especialistas, mientras que en España, se fomenta la atención primaria y se observaron que las mujeres visitan en similar proporción a especialistas y médicos.

El Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2010) señala que el Sistema Nacional de Salud se organiza mediante dos entornos o niveles: Atención Primaria y Atención Especializada. En el primero, los principales dispositivos asistenciales son los Centros de Salud que están compuestos por equipos interdisciplinarios, en el cual el terapeuta físico posee responsabilidades desde la educación, promoción de la salud y la prevención de las enfermedades tales como la IU. En la Atención Especializada, se lleva a cabo en centros de mayor complejidad tecnológica, donde el terapeuta es también protagonista en la rehabilitación de las afecciones del piso pélvico.

Referente a las guías de atención de la incontinencia urinaria, la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (2004) construyó mediante un grupo interdisciplinario una de ellas, dirigida a la atención de la enfermería. En esta guía se explican diferentes normas

generales de tratamiento, entre ellas, técnicas conductuales, electroestimulación, cinesioterapia, etc, siendo la mayoría prácticas fisioterapéuticas.

Ahora bien, en el uso de protocolos, González, Blázquez, Romo y Rioja (2003), realizaron un estudio en el Servicio de Rehabilitación de Valladolid (1997-2002), mediante la colaboración de los Servicios de Ginecología, Urología y Terapia Física, el cual consistía en la aplicación de conos vaginales, cinesioterapia del suelo pélvico, electroestimulación y biofeedback-EMG obteniendo excelentes resultados clínicos de hasta el 60 a 85% de los casos con 20 sesiones de tratamiento.

De este modo, se crea la Unidad de Incontinencia en el mismo centro, la cual funciona mediante un protocolo de atención que coordina la actuación de los tres servicios, con los mismos se logran hacer las evaluaciones, el diagnóstico y posteriormente la valoración de los tratamientos conservadores, quirúrgicos, así como la aceptación de las pacientes a los mismos.

En México, se conocen diferentes guías de práctica clínica, entre ellas, la elaborada en el 2009, donde participaron las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, mediante equipos multidisciplinarios, en la cual se plantean recomendaciones generales, no una línea única de tratamiento. Lo que se plantea en la guía, deberá basarse en el juicio de profesional según prioridades. Se prioriza la prevención y con ello la promoción de la salud; detección, diagnóstico y tratamiento, siendo el conservador un protagonista de excelentes resultados.

De la misma manera que en España, en México, la IU es atendida en el primer nivel de atención o atención primaria, con un equipo médico y fisioterapéutico, sin embargo se justifica el envío al segundo nivel; (a los servicios de medicina interna, ginecología, urología o geriatría) considerando el tipo de IU que se presente, el contexto y los recursos con que se dispongan (García, Espinosa, Vladislavovna, Peña y Reyes, 2008).

Ahora bien, en Costa Rica, la IU se aborda desde un tercer nivel de atención, en la consulta de Estática Pélvica brindada en Hospitales Nacionales y en Hospitales de Atención Especializada; las consultas por IU, en un primer o segundo nivel de atención son referidas hasta este nivel. Por consiguiente, el abordaje y organización de la consulta por IU a nivel internacional, se puede tomar como modelo para analizar los procesos en Costa Rica y con ello poder obtener recomendaciones favorables a la atención, así como los profesionales que

incursan en ella, conformando equipos multidisciplinarios en el que sea parte el profesional de Terapia Física.

2.6. Proceso de interacción profesional – usuario.

Muchos autores coinciden con la importancia de una buena comunicación e información al paciente de forma que el mismo logre una comprensión de su padecimiento y se motive a realizar todo lo recomendado por el profesional. Es indispensable que los profesionales en salud que atiendan a las mujeres con IU, mantengan una actitud empática durante la atención, propiciando un espacio de respeto y comprensión que fomente una comunicación efectiva entre ambas partes.

Ostaszkievicz, Johnston y Roe (2008) en su estudio de revisión bibliográfica refieren que el reentrenamiento de hábitos en las terapias conductuales o conservadoras se promueven como los primeros pasos aceptables en el tratamiento, estas incluyen el entrenamiento del piso pelviano, entrenamiento vesical y asistencia en el uso del baño.

Mediante el estudio se promueve tres tipos de programas de asistencia en el uso del baño: reentrenamiento de hábitos, vaciamiento motivado y vaciamiento cronometrado o uso del baño habitual. Los mismos se combinaban con educación, motivación del uso del baño, el refuerzo contingente, el apoyo, las modificaciones ambientales o la manipulación de líquidos logrando una mejoría en la percepción de su patología.

La modificación de conductas fue estudiada por Glowacki (2009), mediante un estudio de revisión del Programa para Reducir la Incontinencia por medio de Dieta y Ejercicio (PRIDE), el cual se basó en la evaluación de un programa médico quirúrgico y el conductual o de educación, en ambos redujo la frecuencia de los episodios de incontinencia hasta en un 50%, los cuales fueron auto-reportados por las mujeres con sobre peso en comparación con el grupo control.

Cabe reconocer que desde la Terapia Física, como lo indican la mayoría de los autores expuestos, se puede realizar una intervención dirigida al tratamiento así como a la prevención y promoción de la salud genitourinaria de las mujeres, mejorando los trastornos funcionales de la región abdominal, pélvica y lumbar asociados a la Incontinencia Urinaria.

Cuadro 1. Operacionalización de variables cuantitativas.

Análisis de la atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en área de Uroginecología del Hospital México, durante el periodo del 2013 -2015.					
OBJETIVO	VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR O DIMENSIÓN	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	FUENTE
Caracterizar a las mujeres con diagnóstico de IUE atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Uroginecología del Hospital México, según su condición socio-demográfica y antecedentes de salud.	Mujeres con diagnóstico de IUE.	Mujeres mayores de 18 años diagnosticadas con IUE y atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Uroginecología del Hospital México.	-Edad. -Lugar de residencia. - Antecedentes patológicos personales. -Antecedentes no patológicos personales. -Condición específica de IUE.	Usuaris del servicio de la Consulta de Estática Pélvica del Hospital México.	Expedientes de Salud.
Describir la atención en salud que reciben las mujeres con diagnóstico de IUE atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Uroginecología del Hospital México.	Atención en Salud.	Son todas aquellas actividades involucradas en la atención en salud de las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE).	- Lugar de referencia. -Diagnóstico. -Número de Sesiones programadas. -Tratamiento conservador. -Recurso Humano: Disciplinas y rol que desempeña.	Protocolo de atención Ginecóloga (o). Terapeuta Físico Expedientes de salud de las usuarias.	Expedientes de Salud. Observaciones del servicio. Entrevistas.
			Motivo de consulta.		

Fuente: Elaboración propia, 2013.

Cuadro 2. Operacionalización de categorías cualitativas

Análisis de la atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en área de Uroginecología del Hospital México, durante el periodo del 2013 -2015.					
OBJETIVO	CATEGORÍA DE ANÁLISIS	CONCEPTO	PREGUNTAS INDUCTORAS	INFORMANTES CLAVES	FUENTE
Describir la atención en salud que reciben las mujeres con diagnóstico de IUE atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Uroginecología del Hospital México. Elaboración propia, 2013.	Percepción del padecimiento de IUE de las usuarias según grado de escolaridad y evolución.	Son todas aquellas opiniones a partir de su percepción que puedan ofrecer las usuarias con diagnóstico de IUE que han sido atendidas con tratamiento conservador en la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Uroginecología del Hospital México.	<p>¿Considera usted que la IUE es un problema para su salud?</p> <p>-¿Conoce con exactitud cuál ha sido su situación con respecto su padecimiento?</p> <p>-¿Considera usted que la IUE posee solución? ¿Por qué?</p> <p>-¿Ha percibido cambios desde antes de la intervención hasta el día de hoy? ¿Cuáles cambios?</p> <p>-¿Considera usted que el tratamiento que ha recibido en la consulta, se ajusta a su situación?</p> <p>-¿Ha recibido otras opciones de tratamiento? ¿Cuáles?</p>	Usuarias del servicio.	Entrevistas a usuarias. (9)
	Percepción de la atención de la IUE de las usuarias y profesionales según su experiencia en el abordaje.	Opiniones a partir de la percepción de médicos ginecólogos que trabajan para la Consulta y profesionales en Terapia Física que cuentan con experiencia en la atención de la IU.	<p>-¿Considera usted que la IUE es un problema de salud pública? ¿Por qué?</p> <p>-¿Cuál es el tratamiento que usted aplica a las mujeres con Dx de IUE?</p> <p>-¿Considera usted que el tratamiento brindado es el que más se ajusta a las necesidades de la población? -¿Conoce de otras técnicas, procedimientos u otras disciplinas que también dan solución a la IUE? ¿Cuáles?</p>	Ginecólogo (a). Terapeuta Físico.	Entrevista a personal de salud. (3)

Fuente: Elaboración propia, 2013.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Descripción general de la estrategia metodológica

En este apartado se describe cada uno de los componentes del diseño de la investigación desarrollada, entre ellos, el tipo de estudio, la población que forma parte, la unidad de análisis, asimismo se desarrolla una breve descripción de los métodos que se utilizaron para la recolección de la información y posteriormente el análisis y la presentación de los resultados obtenidos. Por último, se presentan las consideraciones éticas que fueron tomadas en cuenta para la participación de las personas involucradas durante el proceso de investigación.

3.2 Diseño de la investigación

El presente proyecto de investigación parte de una caracterización de las mujeres con diagnóstico de IUE, atendidas en la consulta de Estática Pélvica del Hospital México, para el periodo 2013 - febrero 2015, mediante un estudio de tipo descriptivo. El análisis que se presenta se basa en la atención en salud que les ha sido brindada, conociendo la percepción de las usuarias del servicio en relación al tratamiento conservador que han recibido, así como la experiencia de los profesionales en salud que ofrecen los servicios a las usuarias en estudio.

La investigación se ejecutó de manera transversal, esto debido a que la información obtenida mediante observación, revisión de expedientes y entrevistas, se realizó en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Esta a su vez, posee un enfoque mixto, ya que según Hernández et al. (2006) este es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio y refiere a su vez, una mejor comprensión y análisis de lo estudiado.

La investigación por su parte, desde el enfoque cuantitativo permitió la recolección, análisis y estudio de la relación entre las variables cuantitativas que presentan las mujeres en estudio. Se presenta una caracterización mediante aspectos socio demográficos y en salud, así como una descripción de la atención en relación al tratamiento que reciben.

Desde el enfoque cualitativo se proyectó examinar la naturaleza general de la población en estudio así como la de la atención que esta recibe desde sus propias opiniones. Según Balcázar, González, Gurrola y Moysén (2005) se entiende como

investigación cualitativa aquella que tiene la finalidad de comprender e interpretar la realidad tal y como es, entendida por los sujetos en los contextos estudiados.

Para Pineda y Alvarado (2008) la investigación desde el enfoque cualitativo “busca analizar y comprender los procesos y los fenómenos en forma más integral y profunda, tomando en cuenta el contexto que los rodea, así como la percepción que los involucrados tienen de su propia realidad” (p. 73).

Por tanto, se procedió a emplear la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002), la cual tiene como objetivo generar nuevas teorías, descubrir conceptos y relacionar datos, a partir de la interpretación de significados desde la percepción y experiencia de las usuarias atendidas en la consulta de Estática Pélvica que recibieron tratamiento de electroestimulación como parte del tratamiento conservador, así como del profesional involucrado en brindar atención a mujeres con diagnóstico de IUE.

Ahora bien, como parte de un estudio propositivo, se elaboró un plan de intervención fisioterapéutico orientado a informar y a su vez mejorar el conocimiento por parte de los profesionales en salud, sobre las características de las mujeres que presentan IUE, el cual da a conocer líneas de atención desde la Terapia Física para lograr establecer criterios de tratamiento y brindar una atención más interdisciplinaria a las mujeres que la presenten.

3.3 Población de interés

La población que formó parte de la investigación se dividió en tres grupos:

- Mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico definitivo de IUE que fueron atendidas en el servicio de Ginecología del área de Uroginecología, específicamente en la consulta de Electroestimulación del Hospital México y que al mismo tiempo recibieron tratamiento conservador como parte de la intervención que se les ofrece.
- Profesionales que laboran para la consulta de Estática Pélvica en el Hospital México.
- Profesionales en Terapia Física que tenga conocimiento y experiencia en el tratamiento y la atención de mujeres con diagnóstico de IUE.

3.4. Tipo de muestreo

Se describe en este apartado la metodología utilizada para seleccionar a las participantes de la presente investigación de acuerdo a los enfoques.

Método bajo el enfoque cuantitativo

Se trabajó con la totalidad de la población por lo que no se realizó un cálculo muestral. A continuación se explican los procedimientos para cada una de las etapas:

- Para la caracterización de las usuarias, se incluyó en la revisión de expedientes la totalidad de usuarias que fueron atendidas en el periodo 2013 a Febrero 2015 con diagnóstico de Incontinencia Urinaria, las cuales recibieron algún tratamiento conservador, para esto se procedió a realizar una revisión de 213 expedientes.

- Para la observación, se acudió a la consulta de Electroestimulación durante el periodo del 3 de diciembre del 2014 al 16 de febrero del 2015, tiempo asignado para la recolección de datos de la investigación. Estas observaciones corresponden a la totalidad de usuarias con diagnóstico de IUE que se encontraban recibiendo tratamiento conservador, para una totalidad de 40 observaciones de aplicación de tratamiento con electroterapia.

- Método bajo el enfoque cualitativo

Por su parte, la muestra necesaria para conocer la percepción de las opiniones de las usuarias y de los profesionales que se encuentran inmersos en el tratamiento de la IUE, se basó considerando la Teoría Fundamentada descrita por Strauss y Corbin (2002). Mediante esta selección de muestra no se pretendió generalizar ni hacer inferencias de carácter cuantitativo hacia la población de usuarias del servicio, sino por el contrario se seleccionaron informantes claves de acuerdo a criterios teóricos que permitían comprender el universo de las percepciones sobre la IUE y los tratamientos que se han recibido.

Se realizó un muestreo teórico mediante el proceso de relaciones y variables, el cual, según Strauss y Corbin (2002) se desarrolla con base en los conceptos teóricamente importantes o también llamados categorías (Ver Cuadro 3). Una categoría según los mismos

autores, representa un fenómeno, problema o acontecimiento que se precisa como definitivo para las entrevistadas.

El número de participantes o tamaño de la muestra fue de 11 personas la cual fue definida en el momento en que la información se volvió repetida o redundante (saturación teórica). Según Strauss y Corbin (2002) hasta que no se encuentren datos nuevos se habrá conseguido la muestra necesaria, como lo indica la metodología bajo enfoque cualitativo mediante el muestreo teórico.

Los profesionales que participaron del estudio, son médicos ginecólogos que poseen experiencia en la atención de personas con diagnóstico de IUE y que laboran en la Red de Establecimientos de la CCSS, asimismo se incluyeron a profesionales en Terapia Física que han obtenido experiencia en la atención de las mujeres con incontinencia urinaria y/o que han realizado investigación en el campo.

En el siguiente cuadro se muestran los criterios teóricos planteados por las investigadoras para seleccionar las usuarias y los profesionales como informantes claves.

Cuadro 3. Criterios teóricos para la selección de la muestra de informantes claves desde el enfoque cualitativo para el análisis de la atención de la IUE en el servicio de Ginecología de la consulta de Electroestimulación. Hospital México. Diciembre 2014 a febrero 2015.

	Mujeres con IUE	Personal Médico	Terapeutas Físicos
Criterios	- Escolaridad - Años de evolución	Experiencia en la atención de la IUE en hospitales la Red de Establecimientos de la CCSS	Experiencia en la atención de la IUE Investigación en el campo

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Unidad de análisis

Desde un enfoque cuantitativo, la unidad de análisis corresponde a las características sociodemográficas, los antecedentes en salud de las usuarias con diagnóstico de IUE así como el tratamiento conservador con el que fueron atendidas las usuarias en estudio.

En el enfoque cualitativo, la unidad de análisis corresponde a la percepción que poseen las usuarias con respecto a la atención que recibieron en relación al tratamiento conservador en la consulta de Estática Pélvica del Hospital México. Además, se incluyeron las opiniones que poseen los profesionales involucrados en procesos de rehabilitación de la IU.

3.6. Criterios de inclusión.

Criterios de inclusión del estudio en general:

- Mayor de 18 años.
- Expediente debidamente completo y legible.
- Presentar diagnóstico definitivo de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
- Haber recibido tratamiento conservador como parte de su atención.

Para la caracterización de la población en estudio:

- Haber sido atendidas durante el periodo de 2013 – febrero 2015 en la consulta Estática Pélvica del Hospital México y recibido tratamiento conservador.

Para la observación de la consulta:

- Anuencia a firmar el consentimiento informado.

Para las mujeres que participan de la entrevista:

- Anuencia a firmar el consentimiento informado.
- Autorizar a las investigadoras la revisión de su expediente clínico.
- Haber finalizado el protocolo de 12 sesiones de tratamiento conservador en la Consulta de Electroestimulación.
- Anuencia a ser reclutada para la entrevista en los días previos a la finalización del periodo de recolección de datos.

Criterios de exclusión

- Expedientes médicos que sean poco legibles y/o incompletos
- Mujeres que no cumplan con alguno de los criterios de inclusión.
- Se excluyen como informantes claves para la entrevista a las usuarias que hayan faltado a más de tres sesiones de tratamiento conservador.

3.8. Objeto de estudio

El objeto de estudio en la presente investigación, fueron las mujeres con diagnóstico de IUE, usuarias del servicio de Ginecología en el área de Uroginecología, atendidas en la Consulta de Estática Pélvica del HM para el periodo del 2013 - Febrero 2015.

3.9. Validez Instrumental.

Para la caracterización de las usuarias se utilizó un instrumento que poseía los datos básicos que los expedientes en salud contienen como parte de un historial clínico, por lo tanto se garantiza que todos los espacios fueron completados con información veraz.

El instrumento que se utilizó para realizar la observación de la consulta y el protocolo de atención para la aplicación del tratamiento conservador, fue validado por la opinión de 4 profesionales en salud (1 médico ginecólogo y 3 terapeutas físicos) que dieron su opinión y aprobación al mismo, considerando que este medía efectivamente los componentes del tratamiento conservador aplicado durante la consulta a las usuarias del servicio, mediante ciertas modificaciones.

3.10. Alcances del diseño propuesto.

- Caracterización de la totalidad de la población diagnosticada con IUE, que recibieron atención durante el periodo 2013 – febrero 2015 en la consulta de Estática Pélvica del HM mediante tratamiento conservador.
- Descripción de la atención en relación al tratamiento conservador que reciben las pacientes con IUE ofrecida en la consultada de Estática Pélvica del Hospital México, desde la perspectiva de las usuarias, personal médico y profesionales en Terapia Física.
- Propuesta de lineamientos de atención que ayuden en la elaboración de criterios profesionales para la atención de las mujeres con diagnóstico de IUE, mediante la elaboración de una propuesta fisioterapéutica.
- Facilitación de lineamientos de atención que ayuden en la elaboración de criterios profesionales para la atención de las mujeres con diagnóstico de IUE, mediante la elaboración de una propuesta fisioterapéutica.
- Aporte de resultados, conclusiones y recomendaciones desde la disciplina de Terapia Física, que complementen la atención ofrecida a las usuarias del servicio.

3.11. Procedimientos de recolección de datos.

Para la recolección de los datos, se requirió contar con el aval del Comité Local de Bioética del HM y del médico de cabecera que voluntariamente aceptó colaborar en la presente investigación, una vez explicados claramente los objetivos de la investigación.

Estos procedimientos fueron aplicados en tres etapas concurrentes. En un primer momento, se realizó una revisión de expedientes dentro del archivo clínico del hospital mediante la guía de llenado, en un espacio que permitió manipular los expedientes de salud con total privacidad. Para obtener el acceso a los expedientes, se solicitó a la jefatura del servicio la base de datos que proporciona el Informe de Citas Programadas a partir de enero del 2013 a febrero del 2015, obtenidos del propio registro que se maneja de las mujeres que han sido atendidas en la consulta bajo tratamiento conservador, específicamente en la Sección de Electroestimulación.

Se presentó una lista de 213 expedientes fragmentada en 7 sub-listas al archivo clínico donde se facilitaron los documentos para su posible revisión en los días asignados por las investigadoras. De esta revisión se extrajo únicamente la información de las usuarias que poseen IUE lo cual se logró obtener una población de 104 expedientes.

En una segunda etapa, se solicitó el debido permiso para la observación y la recolección de datos en las instalaciones del Hospital México. Se asistió al servicio de Electroestimulación durante los días jueves (consulta ordinaria), viernes y lunes (consulta de recargo) en los cuales se logró observar 40 consultas de mujeres con IUE que recibieron tratamiento conservador y las cuales firmaron el consentimiento informado.

En dicho momento a las usuarias que se encontraban finalizando el tratamiento conservador, se les solicitó la colaboración para participar de la entrevista, la cual se aplicó en una tercera etapa. La entrevista a usuarias se realizó una vez que concluyeron el tratamiento conservador y la de los profesionales se realizó igualmente en la etapa final de la recolección de datos.

A continuación se detallan los instrumentos utilizados para la recopilación de la información, los cuales fueron diseñados por las investigadoras:

▪ *Guía de llenado para expedientes médicos:* Se utilizó únicamente para obtener la información referente a variables cuantificables previamente establecidas, las cuales corresponden a la caracterización de las mujeres con diagnóstico de IUE, esto a partir de la revisión de los expedientes médicos de las usuarias que fueron atendidas durante el periodo del 2013 – febrero 2015, y posteriormente codificados. (Ver anexo 2).

▪ *Guía de observación del servicio:* Este instrumento fue utilizado mediante el método de observación directa durante las sesiones de tratamiento conservador. El propósito del mismo fue lograr una descripción de la atención en salud, centrado específicamente en la aplicación de tratamiento conservador a las usuarias con IUE (Ver anexo 3).

Consiste en una guía de preguntas cerradas realizadas por las investigadoras bajo fundamentos bibliográficos así como consideraciones aportadas por expertos. La guía fue sometida a validación de expertos: 1 Médico y 3 Fisioterapeutas.

▪ *Entrevista abierta para informantes claves (usuarias):* Con respecto a la descripción de la atención en salud y la percepción de la atención que reciben las usuarias del servicio, se pretendió obtener las variables cualitativas por medio de fuentes primarias o entrevistas. Se utilizó la modalidad de entrevista abierta, que es descrita por Hernández et al. (2006) como aquella en la que se fundamenta en una guía de contenido, pero el entrevistador cuenta con toda la flexibilidad para manejar el orden, el ritmo y la estructura del contenido.

Se reclutaron las usuarias que finalizaron tratamiento conservador y que al mismo tiempo hayan sido observadas durante la consulta por las investigadoras. Se les hizo entrega del consentimiento informado donde autorizaron la revisión de su expediente y con ello seleccionar los criterios teóricos establecidos en la investigación. Posteriormente, fueron contactadas vía conversación telefónica en el periodo previo a la finalización del proceso de recolección de datos, para realizar la entrevista.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial e individual a las usuarias. Fueron grabadas en audio y estos a su vez, se resguardan en un periodo de 5 años en caso de ser consultados con la debida autorización de las investigadoras. La guía de preguntas

consta de 9 preguntas o ejes de contenido (Anexo 4) que fueron realizadas por una de las investigadoras mientras, la otra investigadora realizó notas de los detalles.

- *Entrevista abierta para informantes claves (profesionales):* Este instrumento fue diseñado con el propósito de obtener la percepción, experiencia y opiniones de profesionales que se encuentran involucrados en el tratamiento de la IU desde diferentes disciplinas en salud mediante el método de entrevista. Se realizó una entrevista abierta (Ver anexo 5) a los profesionales que laboran dentro de las consultas de Estática Pélvica inmersos en el tratamiento conservador, esto con el fin de conocer las distintas perspectivas que tiene el personal con respecto a la atención que ofrecen a las mujeres con IUE.

De la misma forma, se entrevistaron terapeutas físicos que poseían experiencia en el tratamiento e investigación en el campo. Los profesionales fueron contactados mediante una visita por parte de las investigadoras, en la cual se convinieron las fechas y espacios en los que se les realizaron las entrevistas de forma individual.

Para la aplicación de las entrevistas, se utilizó la guía de preguntas y en un mismo orden para todos los profesionales, aplicado por las investigadoras. Las respuestas ofrecidas fueron grabadas para obtener de forma literal sus opiniones y luego analizadas.

3.12. Procedimiento, técnicas de análisis de datos y presentación de la información.

Una vez concluido el proceso de recolección de datos, se procedió a realizar el análisis de las distintas categorías obtenidas de los instrumentos utilizados. Se expone a continuación, los procedimientos que se utilizaron de acuerdo a cada enfoque.

Análisis de variables cuantitativas

Corresponde a las características sociodemográficas y aspectos de salud que presentan las mujeres con IUE, además incluye los resultados obtenidos de las observaciones directas referentes al protocolo de atención que recibieron las usuarias en la Consulta de Estática Pélvica. Se realizó una descripción estadística de los datos obtenidos en los expedientes de salud de las usuarias, se presentan cuadros de frecuencia con los indicadores en escala nominal u ordinal (edad, tipo de incontinencia, gravedad, protocolo de

atención etc.) utilizando Microsoft Excel 2010 y el Software IBM SPSS versión 22, el cual es un paquete de datos estadístico para tal fin. Además se presentarán las medidas de dispersión y tendencia central, en el caso de las variables medidas en escala continua.

Análisis de las categorías cualitativas

Mediante este análisis se pretendió comprender los procedimientos de la atención brindada en la Consulta de Electroestimulación desde la perspectiva de las propias usuarias, personal médico que las atiende y fisioterapeutas con experiencia en la atención de la Incontinencia Urinaria. Se utilizó el sistema Atlas.ti. que permite el análisis de datos textuales basados en la percepción que poseen dichos informantes.

La percepción se estudió a partir de la comprensión de los significados que los informantes le asignaron a los conceptos que se exponen en la tabla 1 de categorías. Para el análisis de las respuestas obtenidas, se tomaron como referencia lo planteado en la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002). Estos autores plantean el procedimiento de Codificación Axial como un medio para construir de manera sistemática las subcategorías de análisis y relacionarlas entre sí. Este método se utilizará para el análisis de la percepción de las opiniones de las usuarias tras haber recibido tratamiento conservador, así como las opiniones que ofrecieron los profesionales.

Se realizaron memorandos como la tabla 1, que permitieron observar cómo se vinculan las categorías y las subcategorías entre sí, esto permitió realizar comparaciones en las opiniones de las informantes claves que se desarrollaran en el análisis. Según Strauss y Corbin (2002) un diagrama se refiere a un “mecanismo visual que presentan las relaciones entre categorías y un memorando es un registro escrito del análisis que puede variar en tipo y forma”. (p.236)

A continuación se muestra como se relacionan las categorías (Escolaridad y Evolución) con las subcategorías (Salud Pública, calidad de vida etc.) con el fin de analizar las opiniones expresadas por las informantes claves (Ver anexo 6).

Tabla 1. Relación de categorías y subcategorías en la muestra de informantes claves desde el enfoque cualitativo para el análisis de la atención de la IUE.

Informantes claves	Sub-Categorías	Salud pública	Calidad de vida	Abordaje y limitaciones de la atención	IUE: Condición patológica	Tratamiento de la IUE	Percepción del tratamiento recibido	Adherencia al tratamiento	Rol de profesionales involucrados
	Categorías								
Usuaris	Grado de escolaridad: Baja Media Alta								
	Evolución: Poca Avanzada								
Profesionales	Experiencia del médico ginecólogo								
	Experiencia del Terapeuta Físico								

Fuente: Elaboración propia. 2013.

Para el análisis de las opiniones ofrecidas por parte de los profesionales en salud involucrados en el tratamiento de la IUE, se tomó como categoría análisis la experiencia en el abordaje conservador a usuarias con IUE.

Por lo tanto, el proceso que se llevó a cabo fue el siguiente:

1. Se entrevistaron a las informantes claves (usuarias y profesionales).
2. Las usuarias fueron divididas de acuerdo a su escolaridad y su evolución.
3. Los profesionales fueron divididos en médicos ginecólogos y terapeutas físicos.
4. Se realizó una transcripción textual de sus opiniones.
5. Las opiniones se codificaron y se agruparon tomando como referencia las subcategorías.
6. Se desarrolló un análisis comparando similitudes y diferencias de opiniones entre: usuarias con diferente escolaridad y diferente tiempo de evolución, entre profesionales con diferentes experiencias en el abordaje conservador y entre usuarias y profesionales.

Vinculación de métodos cuantitativos y cualitativos:

El propósito del análisis de los resultados obtenidos a partir del enfoque mixto, es construir conclusiones para ofrecer recomendaciones que favorezca la atención que se brinda a las usuarias con IUE. Se construyeron esquemas con información cuantitativa y cualitativa a manera de síntesis, con el fin de integrar la información más relevante del proceso de análisis. Los datos obtenidos sirvieron como fundamento para la elaboración de la propuesta de intervención fisioterapéutica.

3.12 Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica y el Comité Local de Bioética del Hospital México, quienes dieron fe que los procedimientos empleados para la recolección de datos no exponían la integridad física de las usuarias. Respetando el principio de autonomía se tomó en cuenta el criterio de libre decisión de las usuarias que se entrevistaron, se les entregó un consentimiento informado en el que se detalló información del estudio, su objetivo, riesgos y beneficios posibles durante el proceso de investigación. Las usuarias tuvieron la oportunidad de realizar cualquier consulta que tuvieran al respecto, siendo estas atendidas con información clara y veraz (Ver Anexos 7 y 8).

El principio de privacidad fue considerado, mediante la completa confidencialidad de la información brindada, estableciendo que los datos utilizados fueron únicamente para los fines informados, además, se preserva la intimidad de las usuarias asignando un código que las identifica durante el proceso, presentación y divulgación final de resultados, no se utilizaron sus nombres.

Mediante el cumplimiento del principio de beneficencia se buscó ser insumo para el mejoramiento de la atención de la IUE y con esto poder favorecer a las usuarias atendidas en la Consulta de Estática Pélvica, conociendo nuevas opciones de carácter conservador, aunado a la posibilidad de que los resultados obtenidos podrán ser utilizados en investigaciones similares que busquen el bienestar de las usuarias. Mediante el cumplimiento del principio de no maleficencia, las investigadoras declararon de forma abierta que no incurrirán de forma voluntaria en gestionar de forma incorrecta o inadecuada en la presente investigación.

Las investigadoras estuvieron anuentes a cada consideración ética antes expuesta y a la vez comprometidas a permanecer durante todo el proceso de entrevistas procurando que no se presentaran inconvenientes de difícil solución. Referente a la cooperación voluntaria, las participantes estaban en la posibilidad de negarse a su participación en cualquier momento del proceso, incluso ya iniciado el mismo.

Por último, una vez realizado el análisis de los resultados y finalizado el proceso de investigación, los instrumentos utilizados, entre ellos grabaciones, guía de observación y documentos de carácter privado, fueron resguardados por un periodo de 5 años en caso de ser consultados con la debida autorización de las investigadoras.

3.13. Cronograma de actividades

Año Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2014		Entrega de Anteproyecto a la comisión de TFG de la ETS	Realizar Correcciones sugeridas por el comité de TFG de la ETS Presentar Anteproyecto al Comité de Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica.			Realizar Correcciones sugeridas por el Comité de Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica.		Presentar Anteproyecto al Comité Local de Bioética de la CCSS 04 agosto 2014: I Sesión			Presentación de modificaciones y/o aclaraciones al protocolo solicitadas por el Comité Local de Bioética de la CCSS. Sesión 17/2014.	Recolección de datos
2015	Recolección de datos: -Aplicación de entrevistas -Observaciones de la aplicación al tratamiento conservador. -Recolección de datos de expedientes -Tabulación y análisis de resultados. -Entrega 1° Avance al Comité Local de Bioética de la CCSS 2015: I Sesión del mes		Elaboración de propuesta de intervención	Revisión y correcciones finales		-Defensa del TFG (UCR) Presentación de resultados finales a la CCSS	Entrega Informe Final al Comité Local de Bioética de la CCSS.					

Fuente: Elaboración Propia, 2013.

TFG: Trabajo Final de Graduación
ETS: Escuela de Tecnologías en Salud
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social
UCR: Universidad de Costa Rica.

CAPITULO IV: DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

En el siguiente apartado, se desarrollan los resultados obtenidos a partir de la recolección de datos en el periodo de estudio. Este se encuentra dividido principalmente en tres segmentos, en primer lugar y bajo el enfoque cuantitativo se presentan los resultados obtenidos a partir la revisión de expedientes y observación directa a la consulta de las usuarias, lo cual promovió mediante un análisis simple, la caracterización de usuarias seguido de una descripción de la atención que reciben en el servicio de Electroestimulación de la consulta de Estática Pélvica del Hospital México durante el periodo asignado a la investigación.

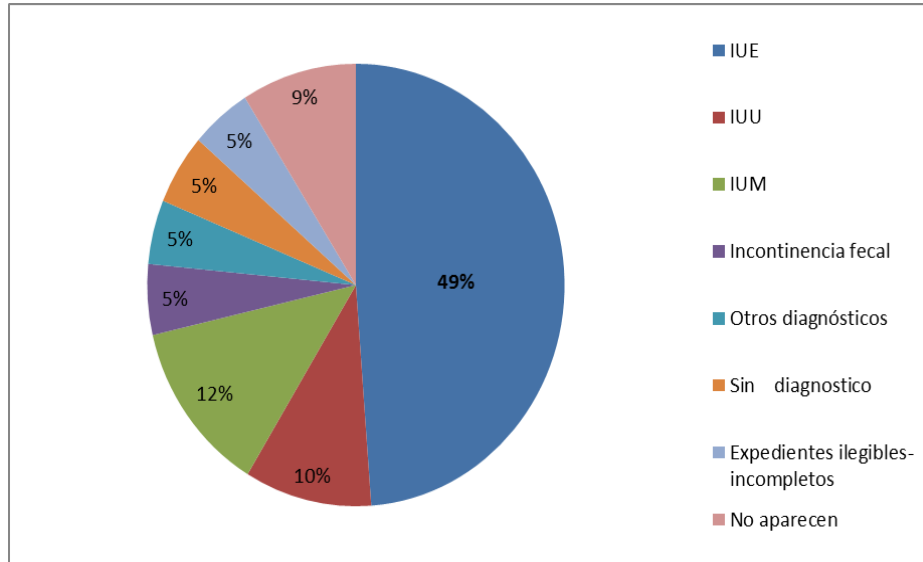
Bajo el enfoque cualitativo se incluyen las opiniones ofrecidas por las informantes claves así como por los profesionales entrevistados. Estas opiniones se detallan mediante el análisis de relación entre categorías y variables, dando a conocer la percepción a partir de la comprensión de los significados que poseen las principales protagonistas tras recibir atención conservadora, según su grado de escolaridad y evolución, así como de quien lo ofrece.

4.1. Caracterización de las usuarias

Se caracterizó a las usuarias de acuerdo a datos sociodemográficos (ocupación, edad y lugar de procedencia), antecedentes en salud (patológicos y no patológicos personales) y aspectos específicos sobre su condición de usuaria con IUE así como por cantidad de sesiones que asistieron a tratamiento conservador, esto con la finalidad de desarrollar el primer objetivo específico. Los datos que se presentan a continuación fueron extraídos de la revisión de expedientes correspondientes a las usuarias que asistieron a la Consulta de Electroestimulación en el período Enero 2013 – Febrero 2015.

Se solicitaron 213 expedientes en el archivo del hospital, de los cuales 104 corresponden a usuarias que tienen diagnóstico definitivo de IUE y que recibieron algún tipo de tratamiento conservador, este dato representa un 49% del total de expedientes revisados. En el gráfico 1 se muestra la cantidad de los expedientes de acuerdo a los resultados encontrados.

Gráfico 1. Distribución de expedientes revisados según el tipo de diagnóstico uroginecológico. Hospital México, enero – febrero, 2015.



Fuente: Elaboración Propia.

Como se muestra en este gráfico, la IUE sobresale con respecto a los otros diagnósticos encontrados. Esta realidad coincide con lo encontrado en el estudio realizado por Rebassa, Taltavull, Gutiérrez, Ripoll, Esteva y Miralles (2013) el cual fue hecho con una población de 155 casos de IU en mujeres que acudían a una consulta hospitalaria en España. En ese estudio se encontró que un 45,2% representaban a IUE, seguido de IUU con un 19,4% y la IUM con un 29%.

Es evidente que a nivel internacional, tomando en cuenta las condiciones de atención en un centro de salud público, la tendencia se mantiene, por lo tanto, es de esperar que las usuarias con IUE sean las que con más frecuencia se encuentren en consulta en el área de Estática Pélvica. Por esta razón, es importante orientar tratamientos específicos que den respuesta a las necesidades de esta población.

4.1.1. Caracterización Sociodemográfica

Según la ocupación en la que se desempeñan las usuarias, se distribuyó en diferentes categorías y se encontró que un 48.1% de las usuarias son amas de casa, siendo la más frecuente. Por el contrario, las usuarias ya pensionadas son las menos frecuentes. En el cuadro 4 se muestran los datos encontrados.

Cuadro 4. Distribución de las usuarias de acuerdo a la ocupación. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Ocupación	Cantidad de usuarias	Porcentaje
Ama de casa	50	48,1
Trabajo como no profesional	16	15,4
Trabajo como profesional	13	12,5
Pensionada	9	8,7
No especifica	16	15,4
Total	104	100

Fuente: Elaboración Propia.

El ser ama de casa, puede verse alterada principalmente en el momento de realizar las tareas domésticas, esto debido a los esfuerzos que conlleva realizar estas actividades. En estudios como el de Carneiro et al (2010) se señala que las limitaciones en actividades sociales, ocupacionales y domésticas influyen de forma negativa en el estado emocional.

Asimismo, Andrade (2013) realizó una investigación con 30 mujeres que presentan IU, 18 indicaron que sus tareas domésticas se encuentran afectadas. Esto puede darse por los constantes movimientos que se realizan durante los quehaceres del hogar que implican levantar pesos, bajar o subir gradas, hacer esfuerzos físicos entre otros, que exacerben los escapes de orina constantes.

Con respecto a la edad de las usuarias, se dividió la categoría en rangos de acuerdo a las décadas que van desde los 18 hasta más de 70 años. En el cuadro 5 se muestra en detalle la cantidad de usuarias de acuerdo a la edad.

Cuadro 5. Distribución de las usuarias de acuerdo a los rangos de edad. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Rango de edad	Cantidad de usuarias	Porcentaje
18-29	3	2,9
30-39	5	4,8
40-49	22	21,2
50-59	38	36,5
60-69	22	21,2
70 o más	14	13,5
Total	104	100

Fuente: Elaboración Propia.

Los hallazgos encontrados, demuestran que la mayoría se encuentran en un rango de 50 a 59 años (36.5%) seguidas de las mujeres en edades entre 40 a 49 y 60 a 69, ambos rangos representan un 21.2%. Se observa que el predominio de mujeres se encontraban en etapas perimenopáusicas y postmenopáusicas por lo que las hace estar en una condición especial dado a los cambios hormonales presentes en esta etapa. Autores como Menezes, Pereira y Hextall (2010) concuerdan que la disminución de estrógenos durante la menopausia puede causar cambios “atróficos en la mucosa de la uretra, y que esta sea la probable causa del aumento de la debilidad en los músculos del piso pélvico empeorando así la incontinencia urinaria” (p. 164).

Además, Sánchez, Mabel y Barrera (2013) señalan que la prevalencia de la IU incrementa con la edad. Sin embargo, García, Pinto y Laguna (2014) indican también que “hay un pico de máxima frecuencia entre los 50 y 60 años” (p. 2) el cual coincide con los resultados de la presente investigación. De igual forma, en un metanálisis realizado por Legendre, Fritel, Ringa, Lesavre y Fernández (2012) encontraron que la prevalencia de la IU era proporcional a la edad y en varios estudios hallaron que el número de casos aumentaba en el momento de la menopausia. Los mismo autores concluyen que la IUE se presenta en su mayoría durante los 50 años y luego disminuye dando paso al aumento de la IUM.

Esto explica la razón por la cual en esta investigación el mayor número de casos de usuarias con IUE se registran en mujeres entre 50 y 59 años y conforme aumenta la edad

va disminuyendo los porcentajes. Se debe aclarar que en esta investigación no se realizaron comparaciones entre prevalencias de los diferentes tipos de incontinencia urinaria, por lo que no es posible indicar si efectivamente hay una correlación entre el aumento en los casos de IUM con respecto a la disminución en los casos de IUE.

Además se caracterizó a las usuarias de acuerdo a la provincia en la cual vivían. No aparecen datos de las provincias de Cartago y Limón pues no se reportaron usuarias provenientes de estas zonas. En el siguiente cuadro se muestra la distribución por provincia.

Cuadro 6. Distribución de las usuarias de acuerdo a lugar de residencia según la provincia. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Provincia	Cantidad de usuarias	Porcentaje
San José	45	43.3
Alajuela	27	26.0
Heredia	14	13.5
Puntarenas	12	11.5
Guanacaste	6	5.8
Total	104	100

Fuente: Elaboración Propia.

Se destaca del cuadro anterior, que aunque sean pocos los casos de mujeres con IUE que provienen de provincias alejadas como Guanacaste (5.8%) y Puntarenas (11.5%), son usuarias que se desplazan largas distancias para obtener un tratamiento a su padecimiento.

Este es un aspecto importante de resaltar, ya que muchas usuarias pueden desistir de acudir a las sesiones de tratamiento conservador semanales por los inconvenientes que se presentan durante su traslado al hospital, ya sea por el costo económico que esto conlleva, así como por la cantidad de tiempo invertido.

Se plantea la idea de incluir tratamientos conservadores en el primer y segundo nivel de atención en salud en los establecimientos de la red de la CCSS incluyendo aspectos de

atención clínica como programas para la detección y prevención de la IU a las usuarias de los servicios.

4.1.2. Caracterización según los antecedentes en salud

En este apartado, se consultó en el expediente cuáles eran las condiciones en salud más relevantes de las usuarias en estudio. Cabe señalar que esta pregunta era de múltiple opción por lo que cada usuaria podía presentar más de una patología, es por esto que, en el total de cantidad de casos se muestra un número mayor a la cantidad de expedientes revisados. Los resultados que se presentan en cuadro 7, muestra el detalle de lo encontrado.

Cuadro 7. Distribución de las usuarias de acuerdo a los antecedentes patológicos en salud. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Antecedente Patológico	Cantidad de casos	Porcentaje
HTA	47	21,9
Patología Ginecológica	38	17,7
Diabetes	25	11,6
Dislipidémias	15	7,0
Obesidad o sobrepeso	10	4,7
Asma	10	4,7
Cardiopatías	9	4,2
Patología Neurológica	9	4,2
Cáncer	7	3,3
Artritis	4	1,9
Estreñimiento	4	1,9
Otro	22	10,2
SAPP	15	7,0
Total	215	100

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró relevante, que la hipertensión arterial (HTA) y las patologías ginecológicas asociadas tales como prolapsos uterinos, cisto y rectocele entre otros, como las más frecuentes entre las usuarias, las menos frecuentes son la artritis y el estreñimiento con un 1,9% respectivamente.

En el estudio realizado por Gavira, Walker, Ridríguez y Gavira (2013) sobre factores que aumentan la probabilidad de ser incontinente, encontraron que el asma y la HTA son factores que influyen en la aparición de la IU a lo que señalan lo siguiente

El mecanismo principal por el cual el asma puede provocar IU es el aumento de la PIA que provoca la tos crónica, lo que lleva a cambios en el control motor de los músculos del tronco. Tampoco hay que olvidar los cambios que se producen en el metabolismo aerobio y anaerobio en el asma, lo que puede afectar al metabolismo muscular y comprometer su función. El segundo factor relacionado con la IU es la HTA, para el que no encontramos ninguna explicación fisiopatológica. Pensamos que la medicación antihipertensiva puede afectar a los mecanismos de la continencia (p.7).

En relación con las patologías ginecológicas, entre las más recurrentes se encontraron los prolapsos uterinos, cisto y rectocele, este grupo de patologías se encuentra como segundo antecedente patológico más frecuente en las usuarias estudiadas. Estas patologías son multifactoriales, no obstante, Vírseda, Gómez, Salinas, Fuentes y López (2012) realizaron un estudio donde median la asociación de los prolapsos pélvicos en la fase de micción y encontraron una relación estadísticamente significativa entre las alteraciones en la zona anterior de la pelvis y la IUE por hipermovilidad uretral.

En esta investigación, aparece en quinto lugar la presencia de obesidad y sobrepeso. Se considera importante documentar en todas las usuarias si hay alteraciones en sus Índices de Masa Corporal (IMC) que indiquen un estado de obesidad o sobrepeso dentro del historial ginecológico, ya que según Menezes et al. (2010) este es un “factor predictor para padecer IU y específicamente la IUE debido a que el peso adicional en los tejidos pélvicos puede causar una tensión crónica, estiramiento y debilitamiento de los músculos, los nervios y otras estructuras del suelo pélvico” (p. 169).

En el estudio realizado por García et al. (2014) sobre factores de riesgo asociados a la IU, encontraron que el estreñimiento es uno de los principales causantes ya que durante la acción pueden haber esfuerzos defecatorios en maniobra de valsava (exhalar aire con nariz y boca cerradas) los cuales “pueden dañar el nervio pudiendo al someterlo a un estiramiento excesivo con el descenso del periné” (p. 10). Sin embargo en este estudio, se observa que el estreñimiento fue uno de los menos recurrentes.

En relación con los antecedentes no patológicos personales se consultó por el consumo de del tabaco, alcohol o drogas y se encontró que no son hábitos usuales en las usuarias caracterizadas. Sin embargo hay un alto porcentaje de expedientes que no lo indican. Igual que en caso anterior, esta era una pregunta de múltiple opción por lo que en el total de casos se observa un número mayor con respecto a la cantidad de expedientes revisados. El cuadro 8 muestra lo encontrado.

Cuadro 8. Distribución de las usuarias de acuerdo a los antecedentes no patológicos personales en salud. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Antecedente No Patológico	Cantidad de casos	Porcentaje
Uso de Fumado	6	5,6
Uso de Alcohol	1	0,9
Uso de Drogas	0	0,0
No Especifica	41	38,6
SANPP	58	54,7
Total	106	100

Fuente: Elaboración Propia.

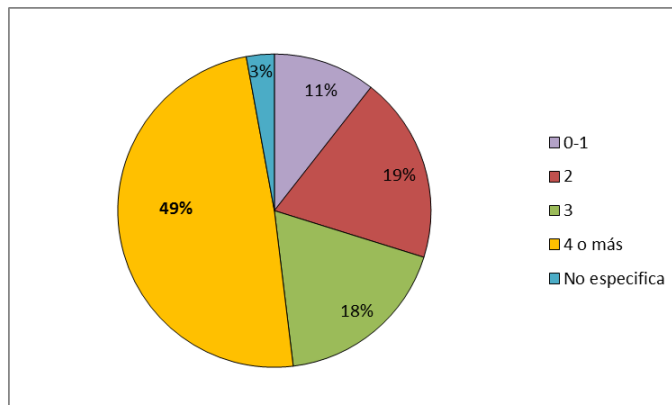
Se destaca, el hecho que la mayoría de las usuarias no reportan antecedentes no patológicos personales lo cual se podría considerar como un factor protector, debido a que el consumo de tabaco, alcohol y drogas predisponen a las usuarias a padecer otras enfermedades crónicas como la HTA o la Diabetes. Es importante además, siempre consultar dentro de la anamnesis por estos antecedentes ya que se muestra que una gran cantidad de expedientes no lo contemplaban como parte de la historia clínica.

4.1.3. Caracterización según la condición específica de IUE

Para desarrollar este apartado, se consultó en los expedientes específicamente la historia clínica ginecológica de la paciente, en el cual el médico anota aspectos propios del padecimiento tales como la evolución, la gravedad, el tipo de tratamiento que recibió. A continuación se exponen los datos encontrados.

La evolución del padecimiento se muestra en el gráfico 2, el cual fue dividido en años. Se muestran los datos obtenidos.

Gráfico 2. Distribución de la cantidad de usuarias de acuerdo a la evolución en años de presentar IUE. Hospital México, enero – febrero, 2015.



Fuente: Elaboración Propia.

Se destaca que la mayoría de las usuarias tienen más de cuatro años de presentar IUE, el cual representa un 49% de la totalidad de las usuarias. Se muestra, que los dos años de caracterización (2013 y 2014) únicamente un 11% de las usuarias llegaron a consulta en etapas iniciales.

De acuerdo con Orna, Artero, Caldentey, Usieto, Cuadra, y Isanta, (2011) es importante un diagnóstico precoz de la IU pese a que “es una enfermedad con un buen pronóstico” (p. 348). Un diagnóstico temprano podría beneficiar a la usuaria pues su abordaje podría manejarse de modo conservador y evitar así posibles cirugías. Sin embargo, aunque esta sería la situación idónea, muchas tardan incluso años en acudir a una consulta por esta patología. Se debe considerar que, entre más tiempo se tarde en dar solución al padecimiento, es probable que las mujeres se vean afectadas en mayor medida en diferentes aspectos de la vida teniendo repercusiones a nivel social, económico, emocional y hasta sexual.

Por su parte, la especificación de la gravedad de la IUE no fue un dato recurrente en los expedientes médicos, pese a que es relevante para la orientación del tratamiento. El cuadro 9 muestra los resultados encontrados.

Cuadro 9. Distribución de usuarias de acuerdo al grado de afección de IUE. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Grado de afección	Cantidad de Usuarias	Porcentaje
Grado 1	8	7.7
Grado 2	4	3.8
Grado 3	3	2.9
NE	89	85.6
Total	104	100

Fuente: Elaboración Propia.

Es evidente, que un 85.6% no especificó (NE) cual era el grado en que se encontraban las usuarias en el momento de realizar la valoración perineal. Según Gómez (2008) el diagnóstico de la incontinencia femenina depende del tipo de incontinencia que presenta, de la edad y del tipo de terapia que se le ofrecerá. La misma autora indica que se debe hacer una historia clínica exhaustiva, que ayude a realizar una “presunción diagnóstica bastante certera” (p.67).

Las investigadoras consideran pertinente en un primer lugar, definir el tipo de incontinencia para posteriormente establecer (bajo criterios teóricos) la gravedad tomando en cuenta todos los estudios previos al diagnóstico, con el fin de darle una orientación al tratamiento y medir avances objetivos en el proceso de rehabilitación.

En cuanto al tratamiento recibido, se dividió en tratamiento quirúrgico que en la mayoría hacía referencia a la colocación de mallas o cabestrillos (Sling) y en tratamiento conservador, el cual estuvo presente en la totalidad de las usuarias caracterizadas, ya que era un criterio de inclusión de la presente investigación. Cabe señalar que las intervenciones quirúrgicas estuvieron presentes en un 46.2% de las usuarias.

No hay duda que las intervenciones quirúrgicas son hoy en día una opción muy válida en aquellas mujeres que por sus condiciones y gravedad ameritan ser intervenidas, sin embargo las investigadoras coinciden con Meldaña (2004) en que:

...La intervención quirúrgica, debe plantearse sólo en aquellos en los que el tratamiento conservador haya fracasado o cuando el diagnóstico médico no tenga ninguna duda de que la gravedad de los signos y síntomas que presenta la paciente

hacen imprescindible la operación. La fisioterapia es la opción preventiva sin duda pero su campo de actuación es mucho más amplio, sus características como tratamiento eficaz, sin riesgos, sin efectos secundarios y restablecedor de la funcionalidad hacen que incluso en pacientes candidatas a cirugía sea muy importante su indicación como complemento a la misma (p. 304).

Con respecto al tratamiento conservador, se establecieron categorizaciones propias de las aplicaciones fisioterapeutas considerando previamente que en la consulta se estaban aplicando técnicas como electroterapia y prescripción de ejercicios de fortalecimiento pélvico, por lo que se consideró oportuno identificar si se estaban utilizando como medidas conservadoras algunas otras aplicaciones que eventualmente un fisioterapeuta podría ofrecer. En el cuadro 10 se muestran cuáles son las aplicaciones conservadoras utilizadas.

Cuadro 10. Técnicas conservadoras aplicadas a usuarias con IUE. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Técnica	Cantidad de aplicaciones	Porcentaje
Electro estimulación	90	35,9
Ejercicios de Kegel	90	35.9
Modificación de conducta	27	10.7
Recomendaciones al hogar	23	9.2
Biofeedback	13	5.2
Abdominales hipopresivos	0	0
Resistencia progresiva	0	0
Técnica de Rood	0	0
Otro	8	3,1
Total	---251	100

Fuente: Elaboración Propia.

Como se muestra en el cuadro anterior, la aplicación de electroestimulación y prescripción de ejercicios de Kegel son las más utilizadas en un 35,9% de los casos, y como es de esperar las técnicas más específicas son inutilizadas medidas conservadoras.

Es claro que cada usuaria tiene necesidades particulares por lo que el tratamiento que se le aplique debe adecuarse a sus especificaciones. Sin embargo, no existe un único protocolo de atención ni un seguimiento de técnicas, sino que estas se deben utilizar en la medida que la usuaria lo necesite. En el caso de la consulta de Estática Pélvica el

tratamiento conservador se basa en prescripción farmacológica, aplicación de electroestimulación, ejercicios de Kegel, modificaciones de conducta y recomendaciones al hogar.

En relación a esto Richter y Burgio (2008) señalan que el tratamiento óptimo de la incontinencia urinaria depende de varios factores, tales como tipo de intensidad de la incontinencia, presencia de afecciones como prolapso u otros procesos pélvicos abdominales, tratamiento quirúrgico o conservador previo, estado médico de la paciente, así como su capacidad y disposición a cooperar con el tratamiento.

Más adelante se detallará el protocolo a seguir para la atención conservadora con aplicación de electroestimulación en el hospital donde, se les asigna a las usuarias un ciclo de 12 sesiones en el que las pacientes deben acudir una vez a la semana. Cabe señalar que este dato fue tomado del registro de citas diarias ya que en los expedientes de salud son pocos los casos que se especifica la asistencia de la usuaria a consulta y los resultados obtenidos inmediatamente después de haber terminado en el protocolo de 12 sesiones.

En el cuadro 11 se muestra la frecuencia con la que las usuarias asisten a dichas consultas.

Cuadro 11. Asistencia de las usuarias a la aplicación de electro estimulación en el protocolo de 12 sesiones. Hospital México, diciembre 2014– febrero, 2015.

Asistencia a citas	Frecuencia	Porcentaje
Todas	47	45.2
Ninguna	9	8.7
Menos de 6	10	9.6
Más de 6	22	21.2
Continúa en tratamiento	14	13.5
NE	2	1.9
Total	104	100

Fuente: Elaboración Propia.

Se encontró que un 45,2% de las usuarias asisten a todas las sesiones y un 21,6% asisten al menos a más de la mitad del tratamiento. En este aspecto es necesario destacar

la importancia que tiene la adherencia y el compromiso de la usuaria con el tratamiento que está recibiendo. La asistencia puntual a las citas y el compromiso de seguir las indicaciones y recomendaciones al hogar son fundamentales para el éxito del tratamiento. Autores como Donizeti y Bertotto (2010) señalan además que el soporte y motivación que brinde el personal de salud mejoran los índices de adherencia y, por consiguiente, aumentan el éxito del tratamiento.

En resumen, considerando las características más sobresalientes de las usuarias se crea un perfil en el que se destaca lo siguiente: son usuarias en su mayoría de San José, amas de casa, con edades en un rango de 50 a 60 años, que presentan principalmente HTA y patologías ginecológicas asociadas a la IU, no consumen sustancias nocivas para la salud, tienen más de 4 años de presentar diagnóstico de IUE, un alto porcentaje de ellas reciben tratamiento quirúrgico además de tratamiento conservador, el cual la aplicación de electroestimulación y prescripción de ejercicios de Kegel son los más utilizados por las usuarias que asisten con mayor frecuencia en las sesiones de tratamiento conservador.

4.2. Descripción y análisis la atención en salud en relación al tratamiento conservador.

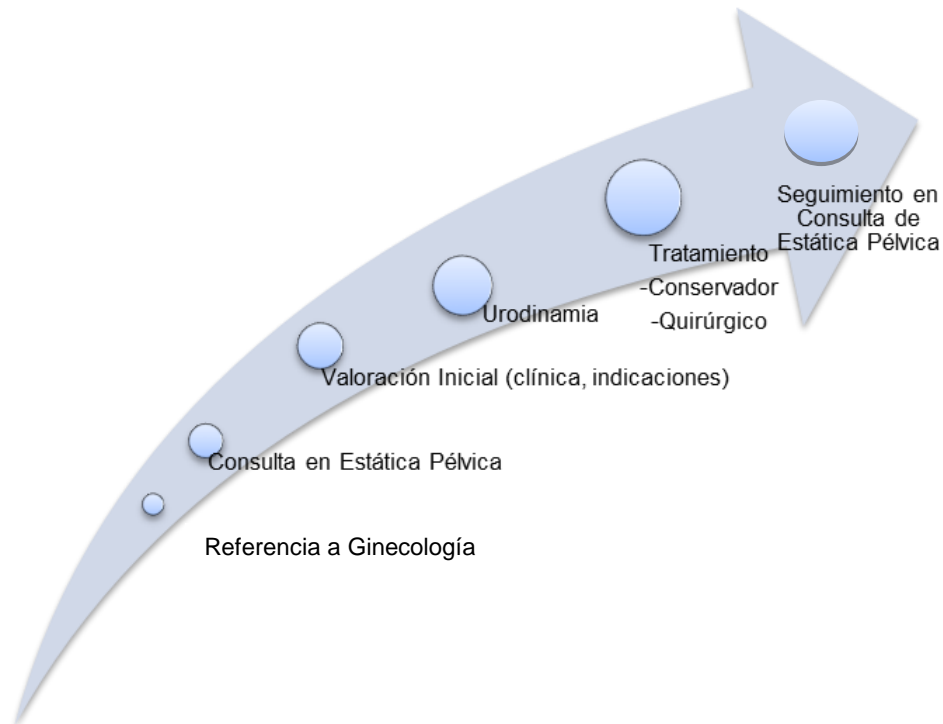
El Hospital México es uno de los tres hospitales nacionales de la red de establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) a los cuales las y los usuarios son vistos en consulta por referencia de otros centros de salud sean regionales o clínicas. En el caso específico de las usuarias con IUE, estas son referidas a la consulta de Ginecología donde es derivada a la consulta de Estática Pélvica o Uroginecología.

En esta consulta, la usuaria es valorada por un médico ginecólogo o uno en formación (residente de especialidad de ginecología) el cual valora clínicamente, indica exámenes de gabinete, prescribe medicamentos en los casos necesarios y hace referencia para la realización de una urodinamia, la cual es utilizada como examen diagnóstico para determinar el tipo de incontinencia urinaria que presenta la paciente.

Una vez realizado esto, se orienta el tratamiento ya sea quirúrgico o conservador. En ocasiones las usuarias son candidatas a ambas opciones de tratamiento. En el caso del tratamiento conservador, se le ofrece recomendaciones generales al hogar, enseñanza de

ejercicios de Kegel y aplicación de electroestimulación con un protocolo de aplicación de 12 sesiones (una por semana), una vez finalizado la aplicación son vistas nuevamente en la consulta de Estática Pélvica para valorar los resultados. En el siguiente diagrama se ejemplifica el proceso a seguir.

Figura 1. Proceso de atención con referencia al Servicio de Ginecología de Hospital México para usuarias con IUE.



Fuente: Elaboración propia, 2015

Con el fin de desarrollar el segundo objetivo específico, se procedió a realizar dos procedimientos metodológicos, los cuales consisten en una observación de las consultas de electroestimulación, donde se utilizó un instrumento para registrar el procedimiento o protocolo que se aplicaba a las usuarias atendidas con IUE, y finalmente se realizaron entrevistas a usuarias y profesionales para conocer sus opiniones acerca de los tratamientos que se ofrecen en dicho centro de salud. A continuación se presentan los resultados obtenidos con su respectivo análisis.

4.2.1. Resultados de las observaciones a la Consulta de Electroestimulación.

Durante el periodo de observación fueron atendidas 36 mujeres con distintos diagnósticos ginecológicos en el Servicio de Electroestimulación a la cual asisten usuarias que ya fueron previamente diagnosticadas en la Consulta de Estática Pélvica por medio de una urodinamia. Esta consulta es llevada a cabo durante 3 días de la semana con un aproximado de 8 a 10 consultas por día. Las usuarias asisten una vez a la semana a las sesiones de tratamiento con electroestimulación por 12 semanas.

Para fines de esta investigación, se observaron únicamente a las mujeres que presentaban diagnóstico de IUE definitivo, las cuales fueron un total de 18 mujeres lo que representa el 50% del total de usuarias atendidas y con ello se obtuvieron 40 observaciones durante el periodo establecido.

La consulta es protocolizada para todas las usuarias, es decir hay una única forma de aplicación de tratamiento ya establecida. Para efectos de esta investigación, se observaron 7 consultas iniciales (mujeres que asistían por primera vez a tratamiento conservador), 30 consultas de seguimiento y 3 consultas de finalización, todas con un tiempo aproximado de 30 minutos.

El tratamiento recibido es determinado según la cantidad de sesiones recibidas, es decir, todas las usuarias con IUE reciben los mismos parámetros establecidos de la sesión 1 a la 6, y luego son modificados a partir de la sesión 7 utilizando los mismos hasta la sesión 12. En relación con esto, otros autores consideran que es la severidad y el estado mostrado en las evaluaciones periódicas lo que influyen en las decisiones del tratamiento. (Lacimaa y Espuña, 2008) (Pérez y Vargas, 2010) (Martínez, 2014)

A continuación se presentan los puntos que fueron parte de cada observación:

▪ **Profesionales a cargo:**

Durante las observaciones estuvieron presentes únicamente profesionales en el área de la medicina. Cabe señalar, que estos profesionales a cargo son los responsables tanto de programar el tratamiento como de aplicarlo. En el cuadro 12 se muestra la distribución de acuerdo a la cantidad de veces que estuvieron presentes en la consulta.

Cuadro 12. Número de sesiones a las que asistieron los diferentes profesionales a la Consulta de Electroestimulación del Hospital México para el periodo de diciembre 2014 - febrero 2015

Profesional	Frecuencia	Porcentaje
Médico especialista en Ginecología	36	80
Médico residente de Ginecología	7	15.6
Médico de otra especialidad (Medicina Familiar)	1	2.2
Médico General	1	2.2
Total:		100

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, dentro del Hospital México, la consulta está abordada de forma completa por el médico ginecólogo, a diferencia de lo propuesto en numerosos estudios, los cuales señalan que esta disfunción debe de ser evaluada y tratada de forma interdisciplinaria. Martínez (2014) por ejemplo señala que esta patología produce serias complicaciones desde lo social, higiénico y psicológico, sumado a un complejo aparato anatómico por lo que en este se debe de tomar en cuenta varias opciones, desde el enfermero (a) especializado (a), el tratamiento médico, quirúrgico y fisioterapéutico, así como el seguimiento a sus consecuencias por medio de la psicología. Casal y Martínez, (2010) mencionan que es desde un enfoque integrativo que se logran un diagnóstico y tratamiento personalizado y más integral a los pacientes, de ahí que su manejo sea interdisciplinario.

Por otro lado, Miralles (2011) indica que la intervención de diferentes especialistas puede diferir en función del entorno asistencial, distintos circuitos, recursos que se disponen, líneas de tratamiento, sin embargo no duda que la aproximación de la IU requiere un enfoque interdisciplinar, existiendo principalmente una gran coordinación entre las diferentes especialidades tanto en el proceso diagnóstico, organización y planificación de tratamiento.

En el caso del profesional en Terapia Física, Fuentes y Venegas (2013) consideran que un fisioterapeuta especializado en piso pelviano, adquiere un rol bien definido dentro del grupo de profesionales que aportan en el abordaje a la IU, desde un diagnóstico fisioterapéutico a su posible rehabilitación, la cual se considera como tratamiento de primera línea desde la educación e información al paciente, reeducación de la musculatura perineal, estimulación eléctrica, es toda una amplia gama de técnicas y procedimientos vinculados a la mejoría de la disfunción así como en primera instancia un abordaje desde la prevención.

▪ **Evaluación de la IUE:**

Dentro del tiempo de tratamiento establecido para cada usuaria, no se realizaron evaluaciones manuales, instrumentales o electrónicas en ninguna consulta de electroestimulación observada, según los mismos profesionales a cargo del servicio estas evaluaciones se realizan una vez finalizadas las 12 sesiones que le corresponde a cada usuaria dentro de la Consulta de Estática Pélvica. Sin embargo el progreso de las sesiones de electroestimulación va a estar dado mediante la opinión subjetiva de la paciente indicando: leve mejoría, mejoría o no presenta mejoría. Lo que indique la usuaria al médico él lo anota en el registro de asistencia que posee la usuaria dentro del ítem de síntomas.

Por el contrario, las investigadoras consideran que para una mayor efectividad de los tratamientos que se ofrecen en los centros médicos para las disfunciones del piso pélvico, es necesaria una evaluación constante del estado de las usuarias con IUE, con el objetivo de poseer un registro que ayude en la dosificación y toma de decisiones en el tratamiento ofrecido, considerando las particularidades de cada usuaria.

Diferentes autores coinciden en este aspecto con las investigadoras, Fuentes y Venegas (2013) señalan que la evaluación es fundamental en el abordaje a la patología, esta no solo cumple el objetivo de obtener una evaluación clínica de la usuaria si no que por medio de ella se establece la primera relación del profesional con su paciente lo cual aumenta la posibilidad de éxito durante el proceso.

Del mismo modo, en un estudio observacional realizado en la Ciudad de Cali por Rodas y García (2010) en el que se revisaron la historia clínica de 100 mujeres que ingresaron a la consulta de terapia de piso pélvico con diagnóstico de IU, muestra la

necesidad de una historia clínica y examen físico completo y con ello justificar la necesidad o no de otras pruebas complementarias, así como conocer el progreso de la usuaria antes, durante y después del tratamiento propuesto.

Pellín, Martínez, Toro, Sánchez y Briceño (2013) comparten esta idea, estos señalan que luego de una anamnesis completa y una evaluación del estado general de la usuaria se debe continuar con una exploración ginecológica, valoración del trofismo de los tejidos, presencia de cicatrices, evaluación de la movilidad uretral y demostrar la pérdida de orina durante maniobras de Valsalva en decúbito y de pie, siendo estos resultados necesarios para la planificación periódica de la intervención.

Otros estudios sugieren principalmente el uso rutinario de la perineometría como parte de la evaluación, indicando el registro diario de contracción muscular de una manera objetiva medida en unidades de centímetros cúbicos de agua. Al mismo tiempo esta evaluación fue utilizada por Pérez y Vargas (2010) para demostrar los cambios sufridos por la mujer múltipara después del acto del parto y la existencia de una relación directa a la frecuencia de la IUE.

Del mismo modo, Martínez (2014) en su estudio realizado en Cuba, demuestra la efectividad de la intervención conservadora mediante los cambios reportados por medio de la realización del test muscular según la escala de Oxford modificada como prueba funcional para valorar la musculatura del piso pélvico, dentro del mismo estudio se logró evaluar a las pacientes tanto al inicio como al final.

Estos mismos autores insisten en la evaluación y el registro periódico ya que es la forma más objetiva de ir midiendo los cambios presentados por las usuarias y con ello ajustar el tratamiento, de ahí que la metodología de sus estudios inicie con una valoración como esta y de la misma forma, finalicen (Pérez y Vargas, 2010), (Martínez, 2014) y (Rodas y García, 2010).

Por otro lado, Chirlaque, (2013) realiza una aproximación al tratamiento y estado de la IU en los adultos mayores mediante una revisión bibliográfica, los cuales miden diferentes variables antes y después del tratamiento que recibieron. Esto se realizó por medio de diferentes cuestionarios, test, pruebas de la musculatura perineal, pruebas urodinámicas,

los cuales son los que permiten mostrar las mejorías y cambios recibidos por parte de las usuarias.

Sin embargo, pese a que en la Consulta de Estática Pélvica del Hospital México es donde se realiza la valoración general y estado físico de la usuaria, a la consulta de Electroestimulación las usuarias no llegan con estos registros puesto que son atendidas sin la observación del expediente médico o evaluaciones previas, es decir, únicamente se basan en el diagnóstico general de la usuaria y no se utilizan variables como las que señala la bibliografía consultada.

▪ **Aplicación de tratamiento:**

- Electroestimulación:

El tratamiento conservador ofrecido a las mujeres con IUE en el Hospital México es basado en la aplicación de un electroestimulador mediante el Sistema Confident, el cual posee 2 canales que trabajan de forma independiente. Este posee tanto electroestimulación por medio de una corriente continua como mediante biofeedback, ambos de utilización dentro de la consulta.

La electroestimulación es una técnica de tratamiento conservador utilizada básicamente para provocar una contracción muscular y mejorar la misma por medio de los impulsos eléctricos intravaginales. Según el manual de manejo que posee el centro médico se menciona que:

...El electroestimulador posee salida en corriente constante con una amplitud variable en forma continua entre 0 y 80 miliamperes. Proporciona pulsos bifásicos simétricos de 300 microsegundos de duración separados por una pausa de 500 microsegundos entre pulso positivo y negativo.

Así el complejo de Pulso positivo / Pausa / Pulso Negativo, posee una duración total de 1.1 milisegundos que se repetirán a las frecuencias de 12.5 Hz, 50 Hz y 100 Hz (p. 9).

Por consiguiente, la referencia para la aplicación de estos parámetros de electroestimulación adecuados según el Sistema Confident, está dada por el protocolo que divide a la usuaria con diagnóstico de IUE en Fase 1 y Fase 2, siendo la primera aplicable para usuarias que se encuentren entre la sesión 1 a la 6, y Fase 2 entre la sesión 7 y 12.

Cada usuaria se coloca en una camilla inicialmente en posición ginecológica para posteriormente introducir el electrodo vaginal, posteriormente se le indica que extienda sus extremidades inferiores y las cruce. A continuación en el cuadro 13, se exponen los parámetros aplicados según la fase en que se encuentre la usuaria con diagnóstico de IUE:

Cuadro 13. Parámetros de electroestimulación aplicados en cada fase según la cantidad de sesiones recibidas. Hospital México, enero – febrero, 2015.

Incontinencia Urinaria Fase 1	Incontinencia Urinaria Fase 2
Sesiones: 1 a 6	Sesiones: 7 a 12
Frecuencia: 200 Hz	Frecuencia: 50 Hz
Tiempo: 20 min	Tiempo: 20 min
Tiempo on: 2 seg	Tiempo on: 5 seg
Tiempo off: 5 seg	Tiempo off: 3 seg
Intensidad: Según usuaria tolere	Intensidad: Según usuaria tolere
“Hasta que aguante”	“Hasta que aguante”

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, las diferencias entre cada fase se encuentran en la frecuencia aplicada y el tiempo de estimulación/descanso, siendo en una primera fase mayor la frecuencia en un tiempo menor de estimulación (paso de la corriente) en comparación al descanso: 2:5 seg, por el contrario en la fase 2, se aplica una frecuencia menor en un menor tiempo de estimulación en relación al descanso 5:3 seg, es decir este protocolo considera la necesidad de mayor descanso en una primera fase, debido a que el músculo está poco entrenado, la usuaria podría tener un menor reconocimiento en comparación al progreso del tratamiento y principalmente se evita la fatiga en la musculatura del piso pélvico.

En diferentes estudios consultados se han aplicado parámetros similares a los utilizados en la consulta en estudio pero con diferente sistema de programación (Sistema Confident utilizado en el Hospital México), es decir una corriente bifásica con frecuencia de 20-50Hz por 20 min, lo que corresponde a la aplicada en la fase 2 de la presente investigación (50 Hz), seguido de una intensidad máxima tolerable por la usuaria durante 12

sesiones (Beuttenmuller et al., 2011) (Terlikowski, Dobrzycka, Kinalski, Kuryliszyn y Terlikowski, 2013) (Herrmann, Potrick, Rodrigues, Zanettini y Marques, 2003).

No obstante es importante señalar que la mayoría de la bibliografía consultada demuestra la efectividad de la electroestimulación en la afección de la IUE. Sin embargo indican que el uso de la misma no supera la efectividad de otros tratamientos como es la cinesioterapia (Esandi, 2015) (Schreiner, Guimaraes, Borba, Campani y Gómez, 2013).

En el caso del estudio realizado por Beuttenmuller et al. (2011) se muestra comparación entre la efectividad de la electroestimulación y los ejercicios de suelo pélvico, utilizando una relación de 2 veces el tiempo de descanso/estimulación, 12/6 seg, relación utilizada en la fase 1 del presente estudio pero con una frecuencia igual a la utilizada en la fase 2 (50Hz).

Estos autores encontraron una importante efectividad en el tratamiento aplicado, pero no señalan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió electroestimulación/ejercicios de suelo pélvico en comparación al que recibió únicamente electroestimulación, empero, si demuestran una diferencia importante en relación al tercer grupo que no recibió tratamiento.

En un estudio costarricense realizado por Castro, Chacón y Liu-Lin (2013), se estudió un grupo de 66 usuarias de la Consulta de Ginecología Urológica del Servicio de Ginecología que recibieron electroestimulación pre y post cirugía percibiendo cambios significativos de un 81.81% en la calidad de vida mediante mejorías subjetivas a partir de la sexta semana, utilizando la escala análoga visual de mejoría subjetiva. En este estudio se realizó una evaluación muscular antes de la intervención, sin embargo, no así durante y después de la misma, por lo que no posee una justificación para el cambio en la frecuencia de la corriente eléctrica a la sexta sesión.

Esto podría verse justificado con la opinión de varios autores y la de las investigadoras, que consideran que es a partir de las evaluaciones tanto iniciales como periódicas que se deben de tomar las decisiones a la hora de la utilización y dosificación de la electroestimulación.

Del mismo modo se menciona que las mejorías percibidas por las usuarias luego de su aplicación, se pueden encontrar después de la sesión doce, a pesar de que la mayor evidencia es demostrada cuando se combina con otras técnicas fisioterapéuticas y la supervisión del profesional en las mismas (Silva, Moura, Fonseca, Spinassé y Oliveira, 2013).

Pese a todo lo antes descrito, la mayoría de los estudios concluyen con que sigue siendo fuerte la discrepancia en cuanto a la estandarización de los parámetros eléctricos ideales para la estimulación del suelo pélvico, del tiempo de tratamiento, y los métodos utilizados para analizar mejor los resultados, sin embargo no deja de ser un método eficaz.

Chirlaque (2013) lo confirma en su estudio de revisión sistemática, el cual señala que es la estimulación eléctrica el segundo método de aplicación de tratamiento o intervención más frecuente en 23 de los estudios analizados, con un 17,6% seguido del fortalecimiento del suelo pélvico con un 52,9%, asimismo, destaca que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de control cuando se comparaba con otras técnicas, al contrario de cuando se valoraban inicialmente en el mismo grupo que recibía la electroestimulación en comparación al finalizar la intervención.

- Biofeedback:

Durante las observaciones realizadas, únicamente en una observación se aplicó biofeedback como parte del tratamiento, a pesar que la referencia de la usuaria indicaba estimulación/biofeedback, alternados por semana. Al igual que con la electroestimulación la paciente se coloca en una camilla para la aplicación del perineómetro en este caso.

Después de insuflar el perineómetro se le solicita a la usuaria que se relaje completamente para luego “Calibrar” utilizando el máximo esfuerzo de la usuaria con su periné y con esto se logra obtener el parámetro de contracción que deberá alcanzar la usuaria en cada ciclo, siendo esta su meta visual. A diferencia de la electroestimulación, este método es activo, la usuaria tendrá un estímulo, táctil, visual y auditivo que le indicará los periodos de contracción mantenida o de relajación entre cada contracción.

Esta aplicación es útil en Terapia Física para el tratamiento de las mujeres con IUE debido a que no solo le da un mayor reconocimiento de su propia musculatura sino que también ayuda hacer conciencia del progreso en tiempo y presión de la contracción muscular. Estudios como el realizado por Faní et al. (2012) mediante una importante revisión bibliográfica, demuestran que el entrenamiento con biofeedback se reduce la inestabilidad y la hipertonía de la musculatura, mejora el estado de conciencia y al mismo tiempo motiva los esfuerzos del paciente durante el entrenamiento.

Estos autores refieren que este método no posee una efectividad estadísticamente significativa cuando se aplica como único método en comparación de cuando se aplica junto a electroestimulación, situación que difiere Silva et al. (2013) y Terlikowski et al. (2013), los cuales concluyen que la retroalimentación biológica asociada con estimulación eléctrica proporciona mayores beneficios logrando un importante cumplimiento y rendimiento en el tratamiento que cuando alguno se aplique aislado.

- Fortalecimiento muscular:

Cabe destacar que a pesar que el objetivo del tratamiento en la IUE es el fortalecimiento del piso pélvico, dentro de esta consulta únicamente está dado por la electroestimulación, es decir no se observó la práctica de ejercicios activos por parte de las usuarias. Se les consultó, si conocían alguna técnica, dando las mismas una respuesta positiva específicamente con los ejercicios de Kegel, sin embargo, cuando se les preguntaba cuál era su indicación se podía observar inseguridad y poca familiarización con la técnica.

La mayoría de los estudios de tratamiento conservador de la IUE revisados para la presente investigación son basados en el fortalecimiento de la musculatura perineal mediante la cinesioterapia, mostrando estos resultados favorables y resultados estadísticamente significativos, aunado a ser una terapia económica y efectiva cuando se es bien indicada.

Silva et al (2013) y Hatzimouratidis, Konstantinidou y Hatzichristou (2006) concluyen en sus estudio de revisión bibliográfica que no existe un consenso sobre el número de repeticiones, el tiempo de las contracciones o la frecuencia y duración del tratamiento con ejercicios de fortalecimiento pélvico. Los mismos sugieren una oscilación entre 8 a 12

repeticiones, una duración variada entre 4 a 40 segundos, 3-4 series, 4 veces al día, 3-4 veces a la semana, en diferentes posturas (sentado, de rodillas, de pie y/o en decúbito) y con una duración de semanas, meses e inclusive años.

Específicamente Hatzimouratidis et al. (2006), consideran que las contracciones máximas y la duración del período de ejercicio son los factores más importantes en el mantenimiento muscular, estos señalan que de 15 a 20 semanas es lo recomendado para observar cambios, debido a que las primeras 6 a 8 semanas se produce principalmente la adaptación neural (aumento de la frecuencia de excitación).

Walker (2013) quien es una reconocida fisioterapeuta especialista en Obstetricia y Uroginecología propone como referencia el programa creado y probado científicamente por Kari Bo (1990). Este programa, está compuesto por 8-12 contracciones de intensidad máxima mantenidas de 6 a 8 segundos con 6 segundos de pausa entre cada contracción y añadir 3 o 4 contracciones rápidas al finalizar cada serie. Walker (2013) además indica que una vez a la semana debe realizarse un entrenamiento de 45 min bajo la supervisión de un fisioterapeuta, en el que se combine ejercicios del piso pélvico en diferentes posiciones.

Kruger, Luz y Virtuoso (2011), realizaron un estudio en mujeres un año después de haber recibido tratamiento para la IUE mediante ejercicio y electroestimulación y señalan que es necesario que estos ejercicios se realicen de forma periódica con el fin de mantener sus beneficios. En este estudio se demostró mejores resultados en las mujeres que llevaron a cabo ejercicios más de una vez por semana a los resultados obtenidos con ejercicios menos frecuentes, ($p=0,001$).

Es importante reconocer la cantidad de autores que concluyen en que los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico deben ser la primera opción de tratamiento para las mujeres con IUE, ya que es un método seguro, eficaz y económico, aunado a las diferencias estadísticamente significativas encontradas en los diferentes estudios cuando se compara con otras técnicas. Además, el efecto de estos ejercicios presenta mejores resultados cuando las sesiones son supervisadas por un fisioterapeuta, ya que las mujeres aprenden a realizar una correcta contracción del suelo pélvico, poseen mayor conciencia, motivación y satisfacción tanto objetiva como subjetiva (Silva et al., 2013) (Sjöström et al., 2013) (Hay-Smith et al., 2012).

Así mismo cabe recalcar que la mayoría de los estudios expuestos durante este apartado, consideran el empleo de los ejercicios basados en los principios de entrenamiento muscular: sobrecarga, especificidad, mantenimiento, individualidad y reversibilidad, lo que conlleva a una evaluación periódica de la musculatura para cumplir con los objetivos propuestos. Se muestra a continuación el cuadro 14 donde se ejemplifican diversos protocolos para la aplicación de los ejercicios de contracción voluntaria (Kegel).

Cuadro 14. Aplicación de ejercicios de contracción voluntaria, para el tratamiento de IUE, según revisión bibliográfica.

	Especificaciones		
Autor	Silva et al (2013)	Walker (2013)	Botelho et al. (2010)
Fuerza	-	Intensidad máxima	Contracción máxima
Duración	4 a 40 seg	6 a 8 seg	5 seg
Descanso	-	6 seg entre cada contracción	10 seg entre cada contracción
Velocidad	-	Lentas y rápidas	-
Postura	Decúbito, sedente, de rodillas, bípedo	Decúbito, cuadrupedo, sedente y bípedo.	Decúbito dorsal, sedente y bípedo
Cantidad de repeticiones	8 a 12	8 a 12 lentas 3 a 4 rápidas (al final)	30 a 200 por día
Cantidad de series	3 a 4	-	4 a 15
Cantidad de veces al día	4	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Botelho et al.(2010), Silva et al. (2013) y Walker (2013).

- Recomendaciones al hogar:

Del mismo modo, las indicaciones al hogar son escasas dentro de esta consulta, de las 40 observaciones solo en 13 de ellas fueron mencionadas a grandes rasgos, siendo estas en las últimas. Como parte de la caracterización se encontró que las recomendaciones son dadas en la Consulta de Estática Pélvica en algunas de las usuarias. Se considera pertinente recordarlas durante las sesiones de electroestimulación para que la usuaria las mantenga presentes en todo su proceso rehabilitador.

Terlikowski et al. (2013) señalan en su estudio controlado, que la educación y la enseñanza de habilidades y estrategias para la prevención de la afección son de vital importancia en la intervención. A pesar de que la misma puede tomar más tiempo dentro de la consulta, los autores consideran que se logra un mayor éxito a largo plazo haciendo que el paciente sea más responsable y menos pasivo respecto a su condición, situación que es atribuida al éxito de su investigación.

En conclusión, dentro de la consulta de Electroestimulación del Hospital México se realiza una intervención que va de la mano a lo descrito en la bibliografía consultada, no obstante, se considera que posee deficiencias en cuando a los registros, evaluaciones manuales e instrumentales, empleo de cinesioterapia, utilización de biofeedback y la educación a las usuarias. Así mismo, es importante reconocer el papel que cumple el terapeuta físico en la intervención conservadora de la IUE, tanto en la prevención y tratamiento pre y post operatorio, al mismo tiempo se debe de evaluar la posibilidad de tratamiento de esta afección desde un primer nivel de atención, considerando los ejercicios del suelo pélvico como primera línea de tratamiento.

4.2.2. Análisis de la percepción de la atención a partir de las experiencias vividas por las mujeres con diagnóstico de IUE atendidas en la Consulta de Electroestimulación.

Como parte de la descripción de la atención en salud en relación al tratamiento conservador que reciben las mujeres con diagnóstico de IUE, se procedió a realizar entrevistas a usuarias del servicio que hayan recibido tratamiento con electroestimulación en su proceso de rehabilitación. Asimismo, se entrevistaron profesionales en el área de la salud (médicos ginecólogas y terapeutas físicos) que tengan experiencia en el abordaje de esta patología.

Se establecieron códigos para identificar a las informantes claves con el propósito de proteger su identidad. Se entrevistaron en total, seis usuarias que cumplían con los criterios de inclusión que se establecieron previamente para ser entrevistadas. Estas usuarias fueron codificadas utilizando las abreviaturas: US01 – US02 – US03 – US04 – US05 – US06. De igual forma, se entrevistaron dos médicas ginecólogas que laboran en el Hospital México y Hospital San Juan de Dios respectivamente utilizando las abreviaturas Med 01 y Med 02 así como dos terapeutas físicos que laboran en consulta privada y ofrecen sus servicios como docentes universitarias codificadas como TF 01 y TF 02.

Se seleccionaron dos categorías de análisis para clasificar a las usuarias: el nivel académico (dividido en escolaridad alta, media y baja) y la evolución (poca y avanzada), que corresponde a la cantidad de años que tiene la usuaria de padecer IUE. En el cuadro 15 se mostrará la distribución. Esta clasificación busca comparar los segmentos de texto que a su vez reflejan las percepciones de los informantes, con el propósito de comprender las distintas perspectivas a partir de las posiciones de los informantes. Se anexan los segmentos de texto agrupados por categorías mediante cuadros (Anexo 6).

Cuadro 15. Distribución de informantes claves de acuerdo a las categorías de análisis. Hospital México, marzo 2015.

Tipo de informante Clave	Categorías de análisis	Código de informante clave
Usuarías del servicio	Escolaridad baja	US 01
	Primaria incompleta	US 03
	Escolaridad media	
	Secundaria incompleta y	US 04
	Educación técnica	US 05
	Escolaridad alta	US 02
	Educación superior	US 06
	Poca evolución	US 02
	(0 a 10 años)	US 03
		US 06
	Avanzada evolución	US 01
	(15 a 30 años)	US 04
		US 05
Profesionales	Experiencia en el tratamiento	TF 01
		TF 02
		Med 01
		Med 02

Fuente: Elaboración propia.

Las categorías expuestas en el cuadro anterior (escolaridad y evolución), indican la forma en la que se desarrollará el análisis. Las ocho subcategorías expuestas en el apartado de metodología (Ver tabla 1) serán analizadas con base a estas.

Mediante este análisis se busca hacer recomendaciones para la atención sanitaria empoderando a las usuarias en este proceso e incorporando el punto de vista de las mismas en el diseño de los procesos. Según Pezoa (2010), en un informe presentado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de Chile señala que el consumidor de servicios de

salud ha evolucionado en sus preferencias, expectativas y demandas, así como en el protagonismo en la atención en salud en el que el deseo de participar más activamente es cada vez mayor. El mismo autor menciona que, muchos de los atributos que determinan la percepción de los usuarios no siempre son conocidos por los profesionales de los hospitales.

Por tanto, se utilizarán segmentos de texto representativos proporcionados por las informantes claves para ejemplificar con sus opiniones de acuerdo a la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002). Se exponen a continuación las ocho subcategorías pertinentes a esta investigación.

1. Incontinencia Urinaria como un problema de salud pública.

Se les consultó únicamente a los profesionales si consideraban que la IU en la mujer era un problema de salud pública, a lo que todos coincidieron en que esta patología afecta en gran medida diferentes aspectos la salud de la mujer. Por ejemplo, los terapeutas opinan que ha sido abandonada y que no se toma en cuenta dentro del perfil de atención de salud, asimismo recalcan que

“...no deja de ser una cosa acongojante, hace una limitación por lo tanto hace un problema de Salud Pública porque además involucra a muchas personas y es bastante amplia la cantidad de gente que padece de incontinencia” (TF 02)

Por su parte, los médicos opinan que la IU afecta la calidad de vida de las usuarias e indican que es un problema muy frecuente

“Sí, la incontinencia es un problema muy frecuente, que de pronto está muy sub diagnosticado en el país, entonces de hecho van a ver algunas mujeres, más de un 50% de gente que pueden tener algún problema de incontinencia, entonces, yo si lo considero un problema de salud pública porque la cantidad de la población que lo padece es importante y a pesar que no pasa a mortalidad causa mucha morbilidad” (Med 02)

Ferri et al. (2003) señalan que la IU puede afectar a todos los grupos de población, no obstante es más frecuente en las mujeres convirtiéndolo en un problema sanitario, social y económico. Los mismos autores rescatan que a pesar que esta patología no causa gravedad, afecta en gran manera la vida cotidiana de las personas que las padece, limitando sus actividades individuales y disminuyendo la autoestima.

Por lo tanto, siendo la IU una condición que en muchos casos no es considerada como prioritaria en la atención en salud pues no es causa de mortalidad, no se puede obviar el hecho que afecta a gran cantidad de mujeres a nivel mundial y por lo tanto se convierte en un problema que afecta directamente la salud de la mujer. Costa Rica no es la excepción, pese a que no hay estudios encontrados sobre incidencia, al menos en este estudio, se encontraron registrados 104 casos nuevos de mujeres con IUE en los años 2013 y 2014 en el HM para la caracterización de usuarias de la presente investigación.

2. Impacto de la IU en la calidad de vida de la mujer.

Se quiso conocer que opinan las informantes claves acerca de cómo la IU ha afectado su vida en diferentes ámbitos. Todas las usuarias independientemente del grado de escolaridad o la cantidad de años de padecer IUE y los profesionales coinciden en que la calidad de vida de las mujeres se ve disminuida. Las mujeres con baja y media escolaridad corresponden a usuarias que tienen avanzada evolución y opinan que se les afecta el sueño pues se tienen que levantar varias veces a orinar durante la noche.

“Voy cuatro veces en la noche a orinar, en la noche, después de que me acuesto en la noche, unas 4 veces” (US 01)

Señalan que su vida sexual se ha visto afectada pues hay dolor posterior al acto, hay limitaciones al ingerir gran cantidad de líquidos y es común que indiquen que su vida social se ha visto afectada pues se les imposibilita realizar viajes de gran distancia. Algunas de las opiniones fueron las siguientes:

“Cuando tengo por ejemplo una reunión me da pena ir porque me da eso, aunque casi siempre ando con toallas sanitarias, aunque aun así, hay veces que es tanto que se pasa y me genera pena, mucha pena verdad”. (US 04)

“Ya yo no me veo en la libertad de ir a un paseo largo, de ir a quedarme a otra parte, porque me da miedo” (US 05)

La US 03 tiene baja escolaridad y poca evolución e indica que se ve afectada su vida sexual así como su vida social. Este último coincide con las de alta y media escolaridad así como las de avanzada evolución, ella expresó lo siguiente

“Cuando yo tengo las relaciones yo me pongo fatal, otro día yo amanezco mal mal mal con mucho dolor ahí abajo”. (US 03)

“Yo para salir no tengo derecho a tomar ni un poco de agua, nada, ningún líquido” ...no me puedo dar el lujo como de darme un paseo porque no puedo, yo no puedo hacer desplazamientos largos, yo tengo un hermano en Guanacaste que se enoja porque yo no voy y le digo - Alex pero como voy a ir si cada vez que yo me monto en el bus le digo tengo que andar como un chiquito jalando pañales, jalando todo porque un día a mí me agarró las ganas de orinar... y tengo que buscar donde ir a orinar” (US 03)

Una de las usuarias con escolaridad alta y que a su vez tiene poca evolución, señaló que de igual forma se ve afectada en su vida social, económica y en las AVD.

“Sí, claro que sí, tanto física como emocionalmente, ya uno no tiene la misma libertad de salir, de hacer las actividades que muchas veces uno estaba acostumbrado...yo uso protectores, entonces estármelos cambiando y todo eso genera un gasto económico pero principalmente en las actividades de la vida diaria...Ha sido una experiencia que incluso, pienso que emocionalmente me afecto mucho” (US 02)

Las profesionales en salud son conscientes de la magnitud con que afecta a las usuarias indicando lo siguiente

“Implica que la paciente tiene que comprar pañales, cambio de ropa, tiene afectación a nivel psicológico, de pareja, pueden tener afecciones inclusive a nivel laboral en el paciente, entonces, si es un problema importante.” (Med 02)

“Tan solo vayan a un supermercado y ven cuantas toallas TENA se venden, es una respuesta lógica de la necesidad.” (TF 01)

Como se puede observar en las experiencias compartidas por las informantes claves, de alguna u otra manera a todas en diferentes ámbitos de su vida, la IU las ha afectado. Se debe aclarar que este estudio no se utilizó ningún cuestionario para medir cuanto se han visto afectadas, sin embargo tomando como base sus opiniones se puede ver claramente las implicaciones que ha tenido para estas mujeres el padecer esta patología.

En el estudio realizado por Ferri et al. (2003) encontraron de acuerdo a la experiencia de las mujeres con IU, que esta patología afecta la calidad de vida de la mujer llevando a cambiar hábitos de vida, reducir el círculo de relación social o evitar realizar ciertas actividades. Estos autores realizaron un grupo de discusión en Toledo, España en el cual obtuvieron información similar a la ofrecida por las informantes claves entrevistadas en este estudio. Ellos indican que las participantes de su grupo de discusión debían utilizar

extrategias extremas de higiene íntima, reducir la ingesta de líquidos o aumentar las visitas al servicio sanitario para la prevención de posibles escapes.

Con esto se puede observar que las mujeres tanto en Costa Rica como en otros países como España, expresan opiniones similares en cuanto a la afectación en su calidad de vida. Específicamente con la IUE, Herrera, Arriagada, González y Leppe (2008) realizaron un estudio comparativo en relación a la calidad de vida y función sexual en mujeres con todos los tipos de IU y encontraron que

Las mujeres con IUE presentaron un menor deterioro en su calidad de vida, ya que, serían capaces de adaptar su forma de vida para evitar situaciones que provoquen la pérdida involuntaria de orina, por ejemplo, actividades que impliquen ejercicio físico, cargar peso, etc. Es importante destacar que este tipo de IU, presentó menor limitación de roles, dentro y fuera del hogar, debido a que la mayoría señaló no sentirse limitadas físicamente en las tareas hogareñas, puesto que contaban con ayuda en el hogar (p. 627)

Pese a los resultados obtenidos por estos autores en este estudio, se destaca el hecho que a todas las mujeres independientemente del tipo de IU igualmente se ven afectadas, sin embargo considerando las experiencias de las informantes claves de esta investigación, si es posible notar el deterioro en su calidad de vida a causa de su padecimiento y que ellas si refieren limitaciones en sus AVD. A pesar que ellas han modificado sus conductas sociales para evitar escapes de orina, esta acción si les ha afectado en su cotidianidad.

3. Abordaje y limitaciones de la atención de la IUE en el Sistema de Salud.

En este aspecto se consultó, acerca del proceso por el cual las usuarias tienen que pasar para ser atendidas y recibir algún tipo de tratamiento (quirúrgico o conservador), así como las limitaciones que han presentado al recibirlo. El proceso que se utiliza en el Sistema Nacional de Salud de referencias y el manejo interno de los centros de salud ha sido resaltado por las usuarias. Entre las principales limitaciones se mencionan la situación económica, de salud, la atención recibida y la forma de aplicación de tratamiento.

Las usuarias de baja escolaridad comentan que tienen citas cada año o cada seis meses para darles seguimiento, además la falta de respuesta por parte del hospital en cuestión de medicamentos fueron unas de sus principales quejas.

“Me dijeron que me iban a mandar medicamentos, vea que hasta eso vengo a ver si puedo subir al primer piso porque aquí estoy esperando la respuesta que me iban a llamar” (US 03)

Las mujeres de media escolaridad opinan que los gastos que le genera con el uso de toallas sanitarias son muy altos, así como las otras enfermedades que puedan padecer que hacen que su IUE se vea agravada. Una usuaria hace hincapié en el hecho de vivir lejos del hospital el cual es una dificultad para ella trasladarse. Otra usuaria mencionó que el hecho de vivir sola a tan avanzada edad le hace difícil atenderse a ella misma en caso de ser intervenida quirúrgicamente. Mencionaron no sentirse satisfechas con algunos médicos debido a su trato.

“Me genera gastos porque en realidad no he tenido que dejar las toallas sanitarias verdad, a pesar de que ya soy una mujer grande no las uso para la menstruación, pero diay tengo que usarlas para este otro problema que tengo... Un día me dio asma, otro día me dio cistitis, entonces por eso no pude asistir algunas citas... Por el problema de vivir tan largo y estar yendo allá a las 8 de la mañana se me hacía problema” (US 04)

“Inclusive ahora yo vivo actualmente sola entonces no tendría quien me atendiera en ese momento” (US 05)

Las mujeres de alta escolaridad, se refieren principalmente a las experiencias en la consulta de electroestimulación. Expresan no sentirse satisfechas con el trato que reciben del personal que se encuentra en ese momento programando el equipo, además, recalcan el hecho de querer saber más acerca de su patología y no tienen respuesta al respecto, algunas de sus expresiones fueron las siguientes

“En electroestimulación no ha sido así como el 100% porque por ejemplo en 2 ocasiones me conectaron toda la electricidad de un solo, en vez de ir graduando, entonces eso me llevo a generar cierta ansiedad inclusive, entonces cuando voy a recibir el tratamiento me da susto...” (US 02)

“Lo único es que hay algunos médicos que son muy conchos y no explican nada, yo consulte con una doctora que fue bastante grosera conmigo, que no explicaba nada y no me gustaría que fuera así con las otras pacientes, porque diay a ellos se les está pagando para que hagan su trabajo no para que traten mal a la gente” (US 06)

Con respecto a la evolución las usuarias que tiene menos de 10 años de padecer IUE principalmente alegan sobre el trato recibido por el hospital de salud y la los atrasos con las respuestas a sus tratamientos, mientras que las de mayor evolución (más de 15 años) presentan sus principales limitaciones indicando que los gastos económicos por el

uso de toallas, la distancia para trasladarse al hospital y las dificultades para atenderse ellas mismas en sus casas.

En cuanto a los médicos ginecólogas, ellas hablan de sus dificultades para ofrecer un tratamiento más integral, expresan la necesidad de contar con un equipo de personal de piso pélvico incluido el terapeuta físico, por lo que en ocasiones les es más factible optar por tratamiento quirúrgico que conservador, ya que consideran que la paciente no tendría una respuesta positiva al tratamiento.

“Pero como no los tenemos, al personal de piso pélvico a veces decidimos mejor de una vez el manejo quirúrgico, porque sabemos que la paciente en la casa no lo va hacer, no va a tener respuesta” (Med 01)

También recalcan la falta de apoyo del Sistema de Salud, pues consideran que está poco incorporado el tratamiento conservador para la IU, debido a que no hay proyectos actuales que incluyan aspectos como la prevención. Comentan que hay poca fluidez en el proceso de atención, ya que en caso que una paciente vuelva a recaer van a pasar meses para que vuelva a ser atendida. Presentan como una limitación muy grande al tratamiento conservador el tiempo que tarda para dar una respuesta y consideran que para la paciente puede ser tedioso.

“Bueno realmente lo que pasa es que en el sistema de salud está muy poco incorporado el tratamiento conservador para incontinencia urinaria... Entonces no hay ningún proyecto ni siquiera de prevención, de detección, de educación, ni siquiera hay un programa de fisioterapia para que la gente pueda ir a hacer ejercicios. Realmente hay muy poco, incluso en este hospital ni siquiera tenemos equipo para estudiar. Entonces yo no sé, siento como que estamos en pañales o menos... Lo que si tiene el problema es que a veces la paciente siente un poco tedioso porque es un poquito más prolongado el tratamiento conservador.” (Med 02)

Según la experiencia de los terapeutas físicos, estos coinciden con los médicos en que el Sistema de Salud no contempla la IU en el perfil de atención como parte de la salud de la mujer y que son muy pocos los centros hospitalarios que ofrecen tratamiento, se refieren a todo el proceso que tiene que pasar una persona para recibir la atención, desde ir a un EBAIS hasta llegar a un hospital nacional como el Hospital México para recibir su tratamiento. Consideran que a nivel de consulta privada es más viable recibir la atención ya que en el sistema público es poco el acceso que tienen las usuarias.

“Bueno en realidad no hay atención. Verdad. Si lo vemos es muy pocos los servicios de salud que uno encuentra o que tal vez se ha podido visualizar... El manejo a veces no es el mejor por parte del seguro social, me parece a mí, humildemente y con todo respeto, además de eso me parece que las vías de información por parte de los centros de salud públicos están realmente disminuidos.” (TF 01)

“La población que pueda llegar a tener acceso a ese tratamiento es muy escasa porque la persona primero tiene que ir al EBAIS, de ahí lo tiene que mandar al hospital general y de ahí al hospital nacional” (TF 02)

Hacen especial énfasis en el papel que cumple un terapeuta físico en el abordaje de la atención y consideran que debería de haber una mayor participación de estos profesionales en los equipos interdisciplinarios. Así mismo consideran que el personal médico ha tomado el protagonismo en la atención de la usuaria y describen una “rivalidad” entre médicos y terapeutas

“Lo está acaparando el médico y no quiere que el terapeuta lo haga, es una cuestión de rivalidad que hace que la persona tenga menos acceso” (TF 02)

“Conozco muy poco, ni con una mano los fisioterapeutas que trabajan en esto y que uno diga es bueno, o no está bateando o están probando a ver cómo le va, que hayan tenido una formación; muy pocos, y me parece que eso es una cuestión que hay que reforzarlos” (TF 01)

En cuanto al abordaje de la atención, se puede observar que las usuarias alegan sobre la relación médico-paciente pues consideran que no reciben un trato amable en algunas ocasiones. Al contrario de los profesionales, las usuarias no muestran acotaciones relevantes acerca del proceso burocrático para la atención a su padecimiento. Es por esto que las investigadoras consideran importante mantener un buen flujo de comunicación y brindar información a la paciente de forma que, la usuaria logre una comprensión de su padecimiento y se motive a realizar todo lo recomendado por el profesional.

Según Martín, del Cura, Gómez, Fernández, Pajares y Moreno (2010) mencionan que el estilo y el nivel de comunicación entre el médico y paciente es un hecho fundamental que determina la calidad de su relación. Recalcan que mantener una comunicación más empática, ofrecer seguridad y apoyo a la usuaria se asocian con mejores resultados en salud. Tomando en cuenta que, para las usuarias entrevistadas este aspecto es importante, se considera pertinente que dentro de las consultas ginecológicas los médicos especialistas y residentes de ginecología propicien un ambiente de comunicación y empatía hacia la usuaria con IU.

Las profesionales en cambio, si rescatan la falta de apoyo del Sistema de Salud Nacional para ofrecer un tratamiento más oportuno y completo a la usuaria con IU. Todas coinciden en que la atención es pobre y la falta de un equipo interdisciplinario es necesaria en los centros de salud. En la bibliografía consultada a nivel nacional, no se encuentran hallazgos sobre proyectos que tenga la CCSS para el abordaje de la IU ni tampoco para su prevención. Las autoridades sanitarias, no han visualizado como prioritario ofrecer una atención integral a la población costarricense que padece de IU ya que incluso hospitales nacionales como el Hospital México no cuentan con el equipo humano necesario para una atención integral.

En relación a las limitaciones expuestas por las usuarias, las mujeres de media escolaridad rescatan el hecho de tener gastos económicos altos por la compra de toallas, así como la distancia de sus hogares al hospital. Estas mujeres son parte de la caracterización de usuarias y representan las situaciones que podrían vivir las 18 usuarias que se trasladan al HM provenientes de la provincia de Puntarenas y Guanacaste y las 27 que viajan desde Alajuela de lugares como San Carlos o Grecia por mencionar algunos, considerando que están a gran distancia.

Esta es una limitante, ya que tomando en cuenta que la mayoría tienen que utilizar toallas o pañales diariamente y deben trasladarse hasta el hospital nacional para recibir tratamiento, los costos pueden ser elevados para algunas de estas mujeres. Se evidencia una necesidad por ampliar la oferta de los servicios en el segundo nivel de atención y ofrecer programas de prevención para la IU en el primer nivel de atención.

4. La IUE como condición patológica.

El conocimiento que tienen las usuarias en relación a su condición patológica es muy relevante ya que en la medida en que ellas lo conciben, así será la importancia que le asignen a la patología. Se les consultó acerca de su diagnóstico y sobre la sintomatología que presentaban con el fin de conocer si ellas lograban identificar aspectos importantes de su condición.

Las usuarias en general asumen que su problema de incontinencia viene a consecuencia de un daño principalmente en la vejiga y las describen como “vejiga baja” a

consecuencia infecciones urinarias, embarazos, post cirugías y cáncer, algunas indican que nunca les han mencionado o explicado la realidad de su condición.

Por ejemplo las usuarias de baja escolaridad y que tienen una avanzada evolución consideran que su padecimiento es a consecuencia de las cirugías como la histerectomía, además especulan que ahora la IUE es causada por infecciones del tracto urinario debido a que presentan síntomas como prurito, ardor entre otros, lo expresan de esta manera

“Me da picazón y resequedad en el vientre, yo pienso que es que tengo alguna cosita rota ahí, la vejiga rota, un poquitito..., pero puede ser una infección de mucho tiempo o que la vejiga estaba demasiado baja... como eso pica tanto y arde” (US 01)

Las usuarias de media escolaridad y de avanzada evolución igualmente lo asocian a una “vejiga baja” a causa de los embarazos ya que posterior a eso cada vez que hace algún esfuerzo presenta escapes de orina involuntarios, además otra usuaria opina que la incontinencia se ve agravada por la edad, algunas de sus expresiones fueron estas

“Sí, la vejiga baja, eso es lo que me han dicho que tengo la vejiga baja por tantos embarazos, se me bajó la vejiga... Digamos se me salen los orines cuando río, toso o estornudo... Es un problema realmente y aparte de eso que se va saliendo más y más la vejiga o sea que se va cayendo más” (US 04)

“Bueno y además entre más edad tenga uno más problema”. (US 05)

Las usuarias de alta escolaridad y de poca evolución tienen más conciencia de la realidad de su padecimiento, pese a que una no conocía con exactitud su diagnóstico, si lograban identificar cuáles de sus síntomas eran específicos de la IUE, lo expresan de la siguiente manera

“Si, bueno, yo soy paciente de cáncer en tratamiento entonces el tratamiento me provocó un tumor en la matriz, al quitarme la matriz y todos los órganos reproductores entonces la vejiga bajó y entonces ahí fue donde comenzaron esas complicaciones... Bueno, yo me imagino que eso es un musculo perezosillo entonces que hay que irlo trabajando” (US 02)

“En realidad no, nunca me han dicho, pero siempre me orinaba cuando caminaba, cuando tosía, cuando me reía” (US 06)

Los profesionales consideran que entre más temprano las usuarias tengan conocimiento y conciencia de su patología será menos el tiempo que transcurra para acudir a recibir atención, piensan que en Costa Rica está muy sub diagnosticada y que en muchas

ocasiones la IUE puede venir acompañada de otras afecciones como las que expusieron las usuarias. Sus opiniones fueron estas:

“Son alrededor de 7, 5 años de atraso que llevamos contra la patología o contra la disminución de la fuerza” (TF 01)

“La incontinencia es un problema muy frecuente, que de pronto está muy sub diagnosticado en el país...Porque incontinencia no solamente viene con pura incontinencia, sino vienen incontinencias con incontinencia con dolor o incontinencia con incontinencia anal, o incontinencia con algún grado de anismo vaginismo” (Med 02)

La concepción que tenga cada una de ellas va a depender de diversos factores, por ejemplo se observa que aquellas que tienen alta escolaridad podrían tener mayor facilidad para obtener información y consultar más acerca de su padecimiento, mientras que aquellas que tienen un nivel educativo bajo tenderán a crear sus propias teorías acerca de su padecimiento y por temor a consultar y evacuar dudas pueden asociar su IU a sintomatologías adyacentes.

Autores como Higa, Baena y Ribeiro, (2008) opinan que el desconocimiento y el no poder comprender la IU como una enfermedad así como las vivencias frente a los diversos significados construidos genera que las mujeres tengan diferente formas de autocuidado, rechazando en algunas ocasiones la atención del profesional en salud.

Y es que esta situación produce el llamado “atraso contra la patología” que mencionó la informante clave TF 02, el cual hace que las usuarias consulten tarde o simplemente no consulten dado a que no la conciben como una patología. Cabe señalar, que la mayoría de las usuarias de baja y media escolaridad presentan una avanzada evolución por lo que la consulta tardía al personal de salud de sus síntomas pueden generar un peor pronóstico para su IU.

5. La IUE y su tratamiento.

En este apartado se exponen las opiniones ofrecidas por las usuarias y los profesionales en relación al tratamiento conservador que incluye el uso de implementos de higiene y protección, tratamiento de fortalecimiento, indicaciones de tratamiento, recomendaciones al hogar y otras alternativas de tratamiento así como el tratamiento médico que incluye el farmacológico y el quirúrgico.

5.1. Tratamiento conservador:

En cuanto a la percepción del tratamiento conservador recibido por parte de las mujeres con IUE y el que los profesionales proponen para el seguimiento y posible solución de la misma, se logra obtener diferentes aspectos:

➤ Uso de implementos de higiene y protección:

Las usuarias entrevistadas señalan que parte de su tratamiento ha sido utilizar ya sea pañales, toallas sanitarias y/o protectores, sin importar la evolución que posean, esta situación es percibida por las usuarias como incómoda y costosa a pesar de su escolaridad, como se mencionó anteriormente.

“Me mandan las toallas porque yo me orino...
Si, uso dos toallas o tres, y... me las da el hospital, el hospital manda la receta...” (US 01)

De igual forma los profesionales en salud involucrados han señalado estos implementos de higiene como una gran demanda comercial.

Tan solo vayan a un supermercado y ven cuantas toallas TENA se venden es una respuesta lógica de la necesidad... (TF 01)

➤ Tratamiento de fortalecimiento:

El tratamiento aplicado se basa principalmente en la utilización de electroestimulación como se indicará en la siguiente categoría de percepción del tratamiento recibido y los cambios ocurridos, así como la indicación de ejercicios de fortalecimiento mediante la técnica de Kegels, la cual las usuarias señalan que les fueron indicados ejercicios del piso pélvico.

Por parte de las usuarias de baja escolaridad perciben el ejercicio como de “apretar” ahí abajo, mientras que las de escolaridad media y alta poseen una mejor comprensión del ejercicio y lo señalan como una contracción de los músculos, a ambos grupos no se les fue aplicado durante la consulta pero verbalmente se les fue indicado por parte del médico,

“Al principio sí, yo no sé adónde, que ahora no me acuerdo... como hacer un ejercicio haciendo así, así, (usuaria levantaba los hombros y retenía la respiración) pero yo no lo volví hacer más.” (US 01)

“Digamos, a uno lo mandan a contraer. Usted está sentada y empieza a contraer, a uno siempre lo mandan a contraer y eso,...” (US 05)

Como se puede observar las usuarias de baja escolaridad no poseen claridad en la realización de los ejercicios al mismo tiempo que perciben pocas mejorías, por lo que caen en duda de realizarlos o no.

“Estar haciendo el ejercicio que el doctor manda que eso desde hace años me lo mandan hacer, pero no se...” (US 03)

Pese a esta situación, los médicos indican que dentro de la consulta de electroestimulación resulta difícil practicarlo, por lo que opinan que,

“Si el paciente tiene un buen reconocimiento y es un paciente muy apto, a veces aprende con simplemente dar indicaciones verbales...” (Med 02)

No obstante no resulta igual para todas las mujeres. Esta situación es más marcada en las usuarias que poseen baja escolaridad y evolución avanzada, mientras que las usuarias de alta escolaridad y poca evolución refieren continuar con los ejercicios sin indicar una mejoría o no.

Los terapeutas no consideran que el tratamiento conservador se base únicamente en las indicaciones verbales del ejercicio de Kegels y la aplicación de electroestimulación para el fortalecimiento muscular, esto debido a que las mejorías son notables cuando se fusionan o se le da mayor importancia al ejercicio activo.

“Debe ir acompañado de todo un programa de ejercicio, la parte de electro es como la pequeña ayuda pero realmente lo que lo va a ser efectivo es la contracción pero para eso se deben usar los aditamentos para que la persona aprenda hacer la verdadera contracción, no solo del esfínter sino de toda la musculatura pelviana ya que debe saber cuánto y cómo lo está contrayendo... la contracción muscular es la que va realmente ayudar” (TF 02).

Esta consideración es compartida por parte de los médicos, reconociendo que la consulta es específicamente de electroestimulación.

“...la parte de electro se aplica para gente que digamos que tenga por ejemplo falta de reconocimiento de piso pélvico o sea que no lo logran reconocer, que tengan más bien una fuerza muscular muy disminuida entonces tal vez ocupen un apoyo extra para lograr mejorar.” (Med 01)

Pese a la opinión anterior, esta indicación de tratamiento es llevada a cabo sin una evaluación muscular previa, como se indica en el análisis cuantitativo de la presente

investigación, en el cual se encontró que no se realizaron evaluaciones manuales, instrumentales o electrónicas en ninguna consulta de electroestimulación observada.

Lopes, Filho, Moura, da Fonseca, Spinassé y Oliveira (2013), responden a esta situación señalando que el profesional tratante debe asegurarse que el paciente esté contrayendo correctamente, considerando esencial esta verificación antes del comienzo del tratamiento, ya que alrededor del 30% de las mujeres no son capaces de contraer la musculatura del piso pélvico en la primera evaluación.

➤ Indicaciones de tratamiento

Durante las entrevistas se logró obtener diferentes versiones en cuanto a la realización de los ejercicios, todas las usuarias señalaron series y repeticiones muy distintas, por ejemplo,

“...era de apretar y soltar, de apretar y soltar lo que es el útero, sí los hago, inclusive todavía los mantengo haciendo, cuando estoy sentada, bueno a cualquier hora. Si me habían dicho que trecientas veces, pero yo no puedo hacerlas tantas veces, entonces lo hacía setenta y cinco veces, cincuenta. Por ejemplo hago una sesión de cincuenta, paro y después vuelvo hacer otras cincuenta, como cien veces maso menos.” (US 04)

“Hacer 20 veces así, yo creo que fue en el... en otro lugar, en el hospital de ancianos que me mandaron eso de hacer así, 20 veces... como apretar la vejiga o el vientre, así, es 20 veces.” (US 01)

Esta realidad se observó indistintamente del grado de escolaridad y la evolución que poseen las usuarias, por lo que se puede atribuir al poco reconocimiento, las indicaciones dadas y la práctica de los mismos, muestra de ello es la poca evaluación manual muscular o mediante biofeedback (apartado de Observación de la consulta, análisis cuantitativo) y la no coincidencia de las indicaciones dadas por los médicos durante la entrevista en comparación a las referidas por las usuarias.

“Si ya ella reconoce entonces me enfoco únicamente en pedirle que contraiga una rutina de al menos unos 30 ejercicios rápidos, si la paciente es buena, 10 lentos, 3 veces al día.” (MED 02).

Para Lopes et al. (2013) en su estudio de revisión, no existe un consenso en los datos de la literatura sobre el número de repeticiones, el tiempo de las contracciones o la frecuencia y duración del tratamiento para los ejercicios del suelo pélvico. El número de

contracciones informadas en los estudios oscila entre 8 a 12, 3 veces al día, a 20 contracciones, 4 veces al día, y la duración de la contracción varía de 4 a 40 segundos, sin embargo las indicaciones referidas por parte de los informantes en el presente estudio no coinciden con estos rangos.

Es preciso reconocer que estas oscilaciones van a depender de la condición de cada mujer, por lo que resulta de vital importancia realizar una correcta evaluación para identificar las indicaciones específicas que cada usuaria requiere.

Por otro lado, es importante analizar este apartado desde el análisis cuantitativo en las observaciones realizadas, donde se muestra que las indicaciones al tratamiento de la electroestimulación son mínimas.

➤ Recomendaciones al hogar

Las investigadoras durante todo el proceso de investigación especialmente en la revisión bibliográfica, han percibido que las recomendaciones al hogar que se brindan a las usuarias podrán tomar un papel importante en la rehabilitación, estas refieren que pueden llegar a verse reflejadas desde todos los niveles afectados cuando se presenta la IUE en las mujeres, es decir, las recomendaciones deben de estar dirigidas a mejorar las relaciones interpersonales, el nivel social, físico y psicológico de la mujer.

Sin embargo, cuando se les consultó a las usuarias sobre las recomendaciones al hogar, únicamente las que poseían poca evolución indicaron haberlas recibido, refiriéndose estas a la práctica de algún ejercicio físico. Esta condición no se relaciona con el grado de escolaridad que poseen debido a que las respuestas fueron diversas en esta categorías de análisis.

“Si claro. A parte de ir haciendo esos ejercicios hago actividad física, camino y voy al gimnasio.” (US 02)

“No lo único que estoy haciendo es terapia de piscina que me dijeron que eso me ayudaba mucho tanto para la columna como para la vejiga porque ahí hay ejercicios que se hacen y le ayudan” (US 03)

Pese a lo anterior, los médicos durante la entrevista señalaron aspectos importantes para el conocimiento de las usuarias, a pesar de que ellas no señalaron haberlos recibido.

“siempre da uno primero educación de piso pélvico y hace terapia conductual, entonces micción frecuente, control y distribución de líquidos, evitar estreñimiento, bajar de peso y una rutina de ejercicios de piso pélvico... Educaciones en cuanto a vida cotidiana y como aplicar el ejercicio.” (Med 02)

➤ Otras alternativas de tratamiento:

Las usuarias no refieren haber recibido otras alternativas de tratamiento a parte del proceso quirúrgico, indicación de ejercicios de Kegels y la electroestimulación que habían recibido.

5.2. Tratamiento Médico: Farmacológico y quirúrgico.

➤ Farmacológico y quirúrgico

El tratamiento médico recibido por las usuarias entrevistadas se basa principalmente en una cirugía mediante la colocación de mallas o Sling, además del tratamiento farmacológico.

Sobre este último, las usuarias expresaron muy poco, en las usuarias de escolaridad baja, una de ellas que presenta avanzada evolución, no poseía claridad de la funcionalidad y efectividad de los medicamentos al igual que otra usuaria de alta escolaridad y poca evolución. Otras usuarias mencionaron que los medicamentos indicados no fueron tolerados por su organismo debido a otras patologías cardiovasculares que presentaban, US 03 y US 04, ambas con diferencias en las categorías de análisis.

De forma general, las usuarias que poseen una baja y media escolaridad con avanzada evolución, perciben el tratamiento médico como deficiente o sin buenos resultados a su patología, mientras que las de poca evolución y de escolaridad alta señalan que están a la expectativa de una nueva operación si el tratamiento recibido no conlleva a buenos resultados. Al mismo tiempo, los médicos señalan que,

“... a veces la cirugía no es, tal vez no va a satisfacer en un 100% del resultado.”
(Med 01)

Esta situación puede verse relacionada por las complicaciones de la cirugía o tratamiento que han recibido, viéndolo desde una forma individualizada, es decir según sus

características y condiciones físicas (edad, cicatrización, grado de prolapso y de IU, cuidados post operatorio, etc) y/o patologías asociadas en cada mujer, por lo que las investigadoras pueden inferir que los tratamientos deben de ser enfocados a cada paciente, según la evaluación realizada, resultados obtenidos y gravedad de la IUE.

En un estudio que pone en evidencia estas complicaciones de las cirugías para la IUE y los prolapsos de órganos púbicos mencionan que, la colocación de mallas según análisis recientes, pueden llegar a mejorar los resultados anatómicos pero no ha mostrado ser un beneficio claro en cuanto a la calidad de vida y satisfacción de la paciente. (Bacsu y Zimmern. 2013).

Estos autores señalan que pesar de los avances tecnológicos, la colocación de las mallas protésicas para el tratamiento de IUE puede igualmente tener complicaciones leves como graves, muchas de ellas mencionadas por las usuarias entrevistadas:

- Obstrucción infravesical y/o disfunción miccional, como resultado de la tensión de las cintas o mallas, por la contracción del tejido y por fibrosis como reacción a la cicatrización secundaria.
- Extrusión vaginal con síntomas asociados de sangrado vaginal, flujo vaginal, o dolor en las relaciones sexuales de la paciente o su pareja (hispareunia o dispareunia)
- Erosión del tracto urinario que involucra muy frecuentemente la vejiga y/o la uretra presentándose como frecuencia urinaria, urgencia, disuria, infecciones frecuentes al tracto urinario, o cálculos.

En cuanto a las cirugías de reparación por prolapsos de órganos pélvicos transvaginales mediante la colocación de mallas, las consecuencias son principalmente prolapsos recurrentes, infecciones, daño neuromuscular, retracción vaginal, problemas psicológicos y muerte. Esto coincide con la percepción de las usuarias entrevistadas las cuales refieren que podría existir una nueva cirugía, es decir pudieron haber tenido una cirugía de corrección por prolapso y podrían requerir una nueva cirugía por IUE a consecuencia del daño muscular o alguna de las antes mencionadas.

“Bueno me operaron pero no sirvió la operación, tuve... exactamente al mes de haberme operado una infección y siempre la incontinencia. Cuando me vio me dijo que para que no tuviera problemas más adelante me iban a hacer la operación, para

que no me tuviera la incontinencia, pero la incontinencia siempre me siguió...” (US. 05)

Así mismo, Gómez, Abuín, Criado, Yaguez y Avisrro (2008), mencionan que durante el tratamiento quirúrgico se debe de considerar que las alteraciones anatómicas y disfunciones del suelo pélvico femenino implican simultáneamente a más de un órgano o aparato hasta en un 61% de los casos, por lo que se recomienda que el tratamiento sea aún más integral.

No obstante, dentro de la consulta en estudio, los especialistas basan el tratamiento médico en la cirugía, considerando que es difícil o de poca resolución utilizar en un primer momento el tratamiento conservador, quizás siendo la razón por la que las usuarias refieren no haber recibido indicaciones claras en cuanto a la realización de ejercicios para el piso pélvico u otras recomendaciones.

“...El personal de piso pélvico a veces decidimos mejor de una vez el manejo quirúrgico, porque sabemos que la paciente en la casa no lo va hacer, no va a tener respuesta.” (Med 01)

-¿Le dieron otras recomendaciones a parte de los ejercicios?

-No nada, solo me daban medicamento que eso no sirve para nada. (US 01)

Pese a lo anterior es importante validar la opinión de Miralles (2011) cuando señala que:

La cirugía, la fisioterapia —tanto general como específica del suelo de la pelvis—, las terapias de conducta y los fármacos anticolinérgicos forman parte de un rompecabezas complejo en el que se debe encajar cada pieza en el lugar adecuado, o lo que es lo mismo, cada tipo de tratamiento con el tipo de incontinencia que se corresponda (pp. 5-6).

6. Percepción de tratamiento recibido.

Se quiso conocer las opiniones acerca de lo que piensan del tratamiento de electroestimulación recibido, los cambios que han presentado y conocer si ellas consideran el tratamiento recibido, una posible solución a su patología. Esta variable permite dar a conocer la opinión que poseen las usuarias acerca de su condición de salud, los factores influyentes en el proceso, identificados por las mismas, así como analizar cómo perciben su patología de IUE en relación del tratamiento ofrecido y respecto a estudios realizados.

Por cuanto, las usuarias de baja escolaridad sin importar su grado de evolución no han observado cambios positivos, consideran que el tratamiento no se ha ajustado a su situación y describen que necesitan un “tratamiento especial”, consideran que la cirugía es la opción que necesitan para darle solución a su patología, pues la ven como más eficaz, algunas de sus opiniones fueron

“Usted me perdona verdad, pero sentí que no me funciona, que el mal estaba en otra parte, puede ser una infección de mucho tiempo o que la vejiga estaba demasiado baja... Necesito un tratamiento especial ahí” (US 01)

“Dígame yo siento que si hay oportunidad de otra operación yo prefiero que me operen porque cuando a mí me operaron la primera vez de la vejiga yo duré varios meses muy tranquila” (US 03)

Las usuarias de media escolaridad también presentan una avanzada evolución, y aun así, si han visto cambios positivos con el tratamiento conservador recibido, indican que los escapes de orina son menos frecuentes, sin embargo al igual que las usuarias de baja escolaridad, estas consideran que la cirugía es lo único que va solucionar su IUE.

“Sí puedo tener un poquito mejor, puedo sostener un poco más la orina, ya me da tiempo de ir rápido al baño, lo que antes no, antes sentía ganas e inmediatamente me orinaba ya ahora no... Pero me dijeron que lo que más quitaba esto era la operación, eso me lo dijo la doctora” (US 04)

“Digamos que ya no voy, o que necesito ir al baño tan tan rápido, si no que ya aunque tome bastante líquido, porque tengo que tomar bastante líquido, puedo durar hasta hora, hora y resto, pero si estornudo se me salen, si toso se me salen, si hago un esfuerzo o digamos que yo voy a coger el bus y corro rápido se me salen.” (US 05)

Las usuarias de alta escolaridad presentan poca evolución y ellas si consideran una notoria mejoría con su tratamiento conservador y quirúrgico. Coinciden que a pesar de que no es un 100% de mejoría si han visto cambios significativos por ejemplo ellas mencionan

“¿En una escala del 1 al 10, cuál sería su percepción en este momento? Ahora es un 6, antes era un cero, vea ya la incontinencia ya no es tan frecuente, solo que si yo en casos de estornudo, que tengo gripe o algo una cosa así, pero ya no, pues como antes, digamos que caminaba un poquito y ya sentía la vejiga un poquito tenía incontinencia, ahí vamos, pienso que ha mejorado.”(US 02)

“Si para mí sí, yo al principio necesitaba estar usando toallas porque yo me orinaba constantemente y ahora después de la operación y de la terapia que me dieron yo considero que mejoré en un 80%” (US 06)

Los profesionales en salud tanto terapeutas como ginecólogas, si han visto cambios en las pacientes que ellas han atendido, sin embargo coinciden en que este es un proceso

donde la participación de la usuaria es fundamental y que no debe ser un tratamiento pasivo. Opinan que hay nuevos tratamientos para la atención de IUE como técnicas manuales. Las terapeutas consideran que se debe medir el avance de las pacientes de forma objetiva midiendo la fuerza de contracción y con ellos plantear un programa de ejercicios, por el contrario una de los médicos opina que los ejercicios no son nunca una cura. Algunas opiniones fueron las siguientes

“Yo he tenido pacientes que resuelven su patología en 3 sesiones, verdad y he tenido pacientes que resuelven en 15, 20 sesiones, pero de que he logrado rehabilitar a las pacientes lo he logrado hacer... Actualmente se cuenta con diferentes tipos de equipo que pueden medir en hecto pascales, milímetros de mercurio, etc., que nos pueden dar más objetivo el tratamiento” (TF 01)

“Si claro que sí, pero como les decía eso debe ir acompañado de todo un programa de ejercicio” (TF 02)

“Realmente los ejercicios vas a ver que generalmente no son nunca una cura”. (Med 02)

Determinar el grado de satisfacción de un servicio y la autopercepción del estado de salud es una tarea compleja. Para Lobos, Cardemil, Loézar, González y Ortega (2012), la satisfacción en salud se refiere a principalmente tres aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por el personal implicado. Por otro lado, desde la perspectiva del paciente, la satisfacción respecto a la atención médica puede dividirse en dos áreas: técnica empleada en la atención y la relación interpersonal que se crea entre el profesional y el paciente

Analizando las experiencias ofrecidas por las informantes claves, se observa que aquellas que tienen un grado de escolaridad menor y una alta evolución tienden a tener una mala percepción de su estado de salud y poca satisfacción con el tratamiento ofrecido. En cambio, se percibe que, conforme vaya aumentado el nivel de escolaridad y menor sea la evolución, las opiniones serán más positivas y su grado de satisfacción será mejor.

Esta situación lo explica Vargas, Gutiérrez y Carreón (2006) quienes observan la relación entre la escolaridad y su percepción en salud al inferir que, las personas estudiadas o de un nivel de educación superior procuran tener un mejor cuidado de su salud y por lo tanto perciben mejor su estado general de salud. Por el contrario, las

personas con poca actividad laboral y baja escolaridad perciben como “más grave” lo que en realidad sucede.

Agudelo, Giraldo y Romero (2012) coinciden en que la relación educación y percepción de salud se podría explicar porque los individuos que estudian o tienen un nivel superior de educación son más conscientes del auto-cuidado y, por lo tanto, perciben mejor su estado de salud. En esta investigación, se muestra claramente como la US 06 y la US 02 que tienen un nivel superior de educación y poca evolución pueden percibir cambios posterior al tratamiento conservador, mientras que las usuarias US 01 y US 03 no expresan ninguna manifestación de mejoría y consideran que la cirugía es la única opción de tratamiento que podrá darle solución a su padecimiento.

Tomando en cuenta esta situación, el personal de salud (médico y terapeutas físicos) que atiende a las mujeres con IU, deben explicar a sus pacientes claramente cuales son las manifestaciones clínicas características de su patología, para que las usuarias puedan comprender e identificar en que momento hay mejoría o no de sus síntomas y asimismo puedan detectar otros síntomas concomitantes a la IU.

“Es necesario empeñarse con gran esfuerzo, en especial por parte de los profesionales de salud, para conocer lo que cada persona siente sobre su condición, para saber cómo enfrentar el problema de forma cotidiana, asimismo para conocer cómo el problema se establece según los significados simbólicos dados.” (Higa, et al., 2008. p. 785).

7. Adherencia al tratamiento por parte de la usuaria con IUE.

Parte importante del éxito de un tratamiento, corresponde a la participación activa y el compromiso que tenga la usuaria al tratamiento que está recibiendo. Las usuarias expresaron algunas acciones que demuestran cuanto están involucradas con su proceso de rehabilitación y la ejecución de las recomendaciones en relación al ejercicio de Kegel prescrito por el médico. Se observan diferencias en las opiniones, por ejemplo, las usuarias de baja y media escolaridad muestran una menor adherencia con respecto a las de alta escolaridad expresando lo siguiente

“Muchas veces lo hice, después ya no lo hice más, yo seguía orinándome... - ¿Y porque ya no lo hacía? - No, diay, es que no me hace nada” (US 01)

“Como le digo si uno es bien puntual; que es parte de lo que a mí me ha costado y no he asistido, pues por la parte económica se me hace un poco difícil” (US 04)

Las usuarias de alta escolaridad muestran un mayor compromiso con el tratamiento ya que indican realizar las recomendaciones ofrecidas por el personal de salud, lo expresan de la siguiente manera

“Entonces, si yo sigo haciendo ciertos ejercicios y otro tipo de tratamiento, claro que puedo mejorar. ¿Usted ha hecho los ejercicios y recomendaciones que le han dado? Si claro.” (US 02)

“Si siempre los he hecho desde que me los recomendó el Ginecólogo” (US 06)

Con respecto a la evolución, las usuarias que tienen menos años de padecer parecen ser las que mayor adherencia al tratamiento tienen pues dos de ellas indican hacer los ejercicios y llevar a cabo las recomendaciones. En el caso de las usuarias que tiene más de años de padecer IUE indican que han dejado de seguir las recomendaciones pues consideran que no surten efecto en ellas, incluso indica haber faltado a varias sesiones de tratamiento conservador

“No asistí a 3 o a 4 citas” (US 04)

“Sí, Pero yo no lo volví hacer más...Muchas veces lo hice después ya no lo hice más, yo seguía orinándome” (US 01)

Los profesionales, insisten en la importancia del compromiso que debe tener la usuaria con su tratamiento, el personal médico considera que las pacientes no siguen las indicaciones en el hogar, opinan que el tratamiento conservador al ser un tratamiento prolongado la usuaria va a terminar no realizándolo. Algunas de sus opiniones fueron

“Sabemos que la paciente en la casa no lo va hacer” (Med 01)

“...la paciente tiende a mejorar importantemente pero no se cura en el aspecto que los hace un tiempo y ya se les quita, siempre va a mantenerse haciendo ejercicios toda la vida, con el ciclo de electroestimulación es lo mismo, les hacemos un ciclo de electroestimulación, mejoran, y si ya ellas vuelven a dejar todo, vuelven a recaer nuevamente” (Med 02)

Las terapeutas opinan que el tratamiento va a depender de la participación y del interés que tenga la usuaria en mejorar, además recalcan la importancia de un abordaje más interdisciplinario donde aquellas que tengan un impacto emocional puedan irlo solucionando, para que la rehabilitación muscular tenga un buen efecto. Señalan sobre la

empatía y el respeto que debe tener el terapeuta en el trato con la usuaria ya que se está exponiendo y debe sentirse lo más cómoda posible durante el tratamiento.

“Lo que pasa es que si eso tiene que quedar muy claro que debe de haber una participación extrema por parte de la paciente, porque como les digo yo, si usted no hace los ejercicios que yo les estoy pidiendo, no le a funcionar para nada el tratamiento” (TF 01)

“Mucha empatía con las persona porque la persona está llegando a exponerse demasiado entonces debe haber mucha empatía y mucho respeto para que la persona pueda hacerlo” (TF 02)

“Si la persona no tiene un cambio psicológico al problema que está teniendo no tiene una seguridad en su cuerpo entonces la persona no logra realmente avanzar en su tratamiento, porque mucho de la incontinencia se sigue presentando no solo por el esfuerzo sino por el mismo temor de no hacer una buena contracción entonces tiene que trabajar en conjunto, muy a la par, para que el tratamiento de una respuesta mucho mayor “(TF 02)

La correcta adhesión de la paciente a su tratamiento es esencial para su éxito. Para Martín y Grau (2004) aseguran que en cuanto el paciente se involucre activamente en su proceso de rehabilitación, hace que este pueda alcanzar un mejor control de su enfermedad y pueda aumentar o preservar su calidad de vida.

Como se ha descrito anteriormente, las usuarias de un nivel académico superior y poca evolución son las que mejor expresan haber estado involucradas activamente en su rehabilitación pélvica. Cabe señalar, que estas mismas usuarias tienen un mejor conocimiento de su patología y perciben resultados positivos con su tratamiento. Por el contrario, las usuarias de baja escolaridad y avanzada evolución, han expresado poca adherencia a su tratamiento, un vago conocimiento de su patología y resultados negativos de su tratamiento para la IUE.

Se puede observar, que se crea una relación directa entre el conocer la patología, la adherencia a su tratamiento con los resultados obtenidos. Las investigadoras consideran que, aumentar el conocimiento que tiene la paciente de su patología ayuda a que ella pueda entender las causas que pueden producir la IU, con esto puedan identificar síntomas propios de la IUE y determinar si hay cambios o no en su condición. Se espera que al entender el trasfondo de su patología y la importancia de cumplir con las indicaciones de tratamiento (farmacológico, ejercicio, modificaciones de conducta y recomendaciones al hogar) hará que las usuarias se identifiquen con su condición, puedan adherirse de una

mejor manera a su tratamiento y con ello alcanzar una buena evolución y mejorar su calidad de vida.

8. Papel del profesional en salud en el abordaje de la IUE.

8.1. Rol del médico

Todos los profesionales coinciden en que el médico ginecólogo es el profesional que en un primer momento tiene relación con las usuarias que presentan IUE. Al mismo tiempo, consideran que el médico realiza una primera evaluación y diagnóstico para decidir una posible cirugía o tratamiento,

“Entonces lo que hace uno es principalmente es, valorar la incontinencia y definir el tratamiento inicial si es para manejo conservador o para manejo quirúrgico...” (Med 02)

“...pero el ginecólogo llega hasta la cirugía, nosotros tenemos que tratar antes de la cirugía y después de la cirugía.” (TF 01)

Sin embargo, para la Consulta de Estática Pélvica, no se disponen de más profesionales aparte del médico ginecólogo, por los que ellos perciben su rol como el principal,

“Nos corresponde a nosotras los médicos de piso pélvico hacer parte de todo, tanto en la atención en la consulta, como en la tratamiento, en la parte quirúrgico y además en la parte de manejo conservador.” (Med 01)

En cuanto a la percepción que poseen las mujeres entrevistadas sobre el rol médico durante el tratamiento de su patología, todas refieren que después de la consulta inicial se decide en una primera instancia la intervención quirúrgica, mostrándose dudosas del proceso, principalmente las de escolaridad baja y media, así como las de evolución avanzada.

“Yo le expuse a la doctora que me vio ese problema, me mandaron primero a operarme...” (US 04)

Esta situación posee relación con las opiniones de usuarias en el estudio de Siddiqui, Levin, Phadtare, Pietrobon y Ammarell (2014) en el cual varias mujeres manifestaron que inicialmente iban a un médico por asesoramiento, muchas veces

consideraban que el médico no sabía lo que realmente le estaba sucediendo, los síntomas no fueron tomados en serio por parte de los proveedores de salud y era difícil la comunicación con los mismos.

Pese a lo anterior no se encuentran grandes diferencias en las opiniones de las mujeres, pocas señalan haber realizado ejercicios por recomendación médica principalmente las de avanzada evolución y la posibilidad o duda de una nueva operación es un dato que comparten las mujeres.

“Ya fui intervenida quirúrgicamente y ahora estamos en este tratamiento para ver si me funciona y no tengo que volver a cirugía nuevamente. (US. 02)
Di ellos dijeron que me tenían que volver a operar, fue porque que se soltó la malla.”
(US 05)

Por tanto las investigadoras opinan que es necesario una activa relación-comunicación entre el médico-tratamiento-usuaria, en el caso de la Consulta de Electroestimulación del HM, con el fin de lograr más participación y satisfacción por parte de las usuarias consultantes.

Ejemplo de ello es lo mostrado en un informe del Observatorio Nacional de Incontinencia Urinaria en España para el año 2009, en el cual se realizaron encuestas a mujeres sobre la percepción que poseían con respecto a su patología, este estudio muestra que la mayoría de los pacientes se encuentran adecuadamente valorados y atendidos (66,3%), sin embargo, existen ámbitos de mejora, ya que un 32,6%, es decir, un tercio de los incontinentes, se muestran disconformes con la atención recibida (Salinas, Cuenllas y García. 2009), por tanto siempre se deben considerar mejoras en la atención.

En este estudio se menciona que a la hora de cubrir las expectativas de los pacientes disconformes, un 23% demandan una mejor información sobre la soluciones para tratar la IU, un 22% una mayor consideración e interés por su patología y un 20% una mayor información y discusión de la misma, situación que coincide con las investigadoras.

8.2. Rol del terapeuta físico

Si bien Terapia Física no es un servicio de la Consulta de Electroestimulación y Estática Pélvica del Hospital México, se considera este parte del tratamiento ofrecido (electroestimulación y ejercicios del piso pélvico), con la consideración que es únicamente

aplicado por los médicos ginecólogos y residentes en el mismo campo. Sin embargo los terapeutas físicos consideran que,

“...es el fisioterapeuta el que tiene que estar a cargo, es el que tiene que dirigir el programa, verdad en la parte de rehabilitación, yo no estoy hablando de la parte diagnóstica que eso sería una parte médica combinado con fisioterapia.” (TF 01)

Para esto se les consultó a las usuarias si poseían conocimiento del papel que cumple la fisioterapia en el tratamiento de su afección y si habían recibido servicios por parte de otro profesional, coincidiendo la mayoría en que no, únicamente una de las usuarias de escolaridad media lo ha considerado, siendo esta de evolución avanzada, por otro lado, una usuaria de escolaridad alta y poca evolución, considera que el tratamiento recibido dentro de la consulta en estudio es un servicio de Fisioterapia.

“No, bueno yo he preguntado y el otro día la muchacha (la doctora de electroestimulación) que opciones habían y me dice, eso ya es con el médico definitivamente por que no se sabe si será otra sesión de estimulación o cirugía” (US 03)

“Yo considero que terapia física es lo que estoy recibiendo ahorita, una manera de hacer un tipo de ejercicio. Yo pienso que sí.

Claro, es una opción importante, válida...” (US 02)

Tomando en cuenta estas opiniones, se percibe un desconocimiento de las usuarias acerca del papel que podría tener la Terapia Física como parte de la solución a su patología, por lo que ellas no lo consideran una opción para su tratamiento. Asimismo, no está bien justificado en relación a las categorías de análisis (escolaridad y evolución) debido a que las respuestas obtenidas fueron muy distintas en relación a las mismas. Esta situación se puede ver generalizada en este estudio, como lo mencionan los profesionales:

“El proceso de rehabilitación, me parecen que las pacientes no saben, no conocen, verdad no es una situación en la cual es de vos populi que la terapia física o los procesos de rehabilitación del piso pélvico sean comunes” (TF 01)

Lo anterior se puede relacionar al estudio realizado por Siddiqui et al. (2014), los cuales señalan que menos de la mitad de las mujeres afectadas buscan atención para la IU sin importar los grupos raciales y étnicos, sin embargo, entre las que si consultan si llegan a presentar diferencias a la hora de buscar el tratamiento.

A diferencia del presente estudio, estos autores señalan la educación y la gravedad de los síntomas como factores importantes a la hora de considerar opciones de tratamiento. Otros factores que influyen en el comportamiento de búsqueda y la percepción de las mujeres que se mencionan en el mismo estudio son:

- Percepciones sobre las condiciones de salud.
- El nivel de incertidumbre acerca de los síntomas.
- Opciones de los conocimientos y tratamientos.
- Costo del tratamiento.
- Conocimiento de la Salud.
- Influencias culturales en la búsqueda de ayuda

De igual forma, los profesionales coinciden en que es una necesidad involucrar aún más la Terapia Física dentro del tratamiento conservador de las mujeres con IUE,

“...hace falta un terapeuta físico, porque di, uno lo puede dar pero el terapeuta es el que va a estar con ella guiándolo...”

...ya sea que vamos a escoger un tratamiento a nivel conservador guiarlas en ese proceso, igual en la parte pre operatoria para la educación de la pacientes y luego post operatoria también en la parte de manejo conservador y también manejo pos operatorio o pre operatorio porque muchas veces la paciente podría llegar a mejorar con rehabilitación de piso pélvico antes de llegar a una cirugía. (MED 01)

Para Lopes et al. (2013), la idea para indicar Terapia Física como adyuvante en el tratamiento de la IUE, se basa en el hecho de que las cirugías para el prolapso de los órganos pélvicos, y los síntomas que poseen, pueden provocar o aumentar la disfunción de los músculos de la pelvis siendo muchas veces los causantes de los trastornos. Además, también coinciden en que el tratamiento conservador podría reducir los síntomas residuales o los que aparecerían después de la cirugía.

Otro aspecto a considerar, es hacer del conocimiento a las usuarias de las diferentes opciones que poseen, aunque bien se puede estar limitado económicamente el acceso a este servicio si no es brindado por la CCSS, siendo el costo del tratamiento un factor limitante que mencionaba el autor Siddiqui et al. (2014).

Por otro lado, en el estudio realizado por Salinas et al. (2009), mencionan que las mujeres que manifestaron su percepción en cuanto al tratamiento recibido para la IU, señalaron entre otras cosas, que hace falta mejorar la información y discusión sobre su patología frente al profesional así como mayor información sobre la solución que esta

posee, situación que coincide con lo expresado por las usuarias en la presente investigación:

“Díay yo pienso que si hubieran otros tratamientos más diferentes si me gustaría recibirlos.” (US 06)

Con forme a lo anterior se puede concluir que, el tratamiento fisioterapéutico está enfocado en disminuir las probabilidades de una cirugía por debilidad de los músculos del piso pélvico o la preparación a la misma, por tanto, los profesionales mencionan durante las entrevistas algunos campos que pueden incurrir en el tratamiento. Considerando sus opiniones, se mencionan los siguientes:

➤ Evaluación fisioterapéutica:

Dentro de este apartado, los médicos señalan que los terapeutas físicos se han mantenido al margen de las evaluaciones invasivas, es decir, la evaluación manual muscular y la palpación, situación que coincide con lo dicho por los mismos terapeutas físicos los cuales señalan que:

„... por supuesto si me parece a mí que tanto las evaluaciones verdad son determinantes, eso tiene que ser, lo que pasa es que nosotros nos cuesta eso, somos muy tímidos.” (TF 01)

Sin embargo, Lopes et al. (2013) consideran que con el progreso en la investigación relativa a la fisiología del tracto urinario inferior y con la mejora de las técnicas de diagnóstico, Terapia Física ha alcanzado un papel importante en la rehabilitación de los pacientes con IUE.

García y Aboitiz (2012), mencionan diferentes métodos de evaluación y valoración de la paciente con IUE los cuales son encaminados principalmene a tener valores más subjetivos para medir la efectividad de los tratamientos aplicados, entre ellos: el perineómetro o manómetro vaginal el cual mide la fuerza de las contracciones voluntarias de los músculos del suelo pélvico, cuestionarios de la calidad de vida, cuestionarios de síntomas urinarios en los que se mide la severidad de la IU valorando aspectos como el uso de protectores, cantidad de episodios. Sin embargo, estos autores admiten al igual que las investigadoras que la mayor importancia se encuentra en una buena exploración física, en

la cual se evalúe la fuerza de los músculos del suelo pélvico mediante la palpación bidigital intravaginal recurriendo a escalas como las de Oxford.

Además, los profesionales en Terapia Física entrevistados mencionaron la utilización de puntos gatillo o triggers points de los cuales no se obtuvieron evidencia científica que respaldara la valoración de la IUE mediante estos puntos, sin embargo, muchos estudios mencionan que estos están muy ligados a los síntomas que la IU presenta, por lo que se podría considerar una opción para el tratamiento de otras afecciones del piso pélvico entre ellas el dolor o síndrome miofascial del suelo pélvico y con mayor importancia evitar subdiagnósticos.

Itzaa et al. (2010) se refieren a este síndrome miofascial del suelo pélvico como un trastorno doloroso regional que afecta los músculos y fascias, de forma que estos presentan puntos gatillos como componentes asociados. La exploración física se realiza mediante la palpación digital tanto superficial como profunda por lo que se considera importante una buena evaluación para un diagnóstico más preciso. Los mismos pueden presentarse posterior a traumas repetitivos, estreñimiento, infecciones urinarias de repetición, lesiones agudas como inflamación de órganos pélvicos, vaginitis, cistitis uretritis, entre otros, siendo varios de estos mencionados por las usuarias entrevistadas.

➤ Tratamiento fisioterapéutico:

El tratamiento propuesto por los mismos profesionales se basa principalmente en:

– Ejercicios activos:

Para estos, los profesionales coinciden en que se debe de fortalecer toda la musculatura involucrada en la estabilidad del suelo pélvico y estabilidad postural de la mujer:

“de que hay que fortalecer cadenas extensoras, hay que hacerlo, de que hay que fortalecer cadenas aductoras hay que hacerlo, verdad...” (TF 01)

“hacer otros ejercicios que le pueden co-ayudar como por ejemplo toda esa parte de cómo mejorar postura, mejorar abductores, abdominales bajos, que también pueden tener algún efecto de co-activación con el piso pélvico.” (MED 02)

- Terapia manual en el suelo pélvico:

Incluyendo en ella el tratamiento de las fascias tanto superficial y profundas.

- Electroterapia:

En la cual los profesionales coinciden en su mayor efectividad se encuentra cuando la usuaria posee un buen reconocimiento al mismo tiempo que emplea los ejercicios activos como rutina diaria.

- Pilates o yoga:

Ramírez et al, (2011) menciona que los ejercicios mediante la técnica de Pilates en el ámbito de la ginecología se ha venido estudiado para valorar su efectividad al aumentar la fuerza de la musculatura del suelo pélvico en mujeres con disfunción de la misma, resultando efectivo en muchos de los estudios.

Este mismo autor señala que mediante la práctica se logra aumentar la flexibilidad, fuerza muscular, especialmente en la musculatura abdominal, paravertebral y glúteos, aumentando el control de la musculatura de la espalda y extremidades y con ello las mujeres pueden obtener mayor conciencia de su postura, aumento de la coordinación muscular y el equilibrio. Asimismo, se puede obtener una relajación de la musculatura de los hombros, cuello, parte superior de la espalda y por último aumento de la confianza y autoestima.

Un aspecto importante en esta técnica es que la misma logra una mayor estabilidad de la columna vertebral y de los músculos abdominales como se mencionó, los cuales desempeñan un papel muy importante en la rehabilitación de las mujeres con IUE, entre ellos el oblicuo interno y el transverso del abdomen los cuales resultan difíciles de potenciar.

- Reeduación en la postura:

Este aspecto ha sido considerado de mucha importancia especialmente por los fisioterapeutas entrevistados, que señalan:

“la persona anda muy encogida, anda semiflexionada porque es una forma para que no salga el olor, entonces la persona cambia la postura que eso conlleva que haya una disminución del fortalecimiento de la musculatura pélvica porque esa posición me lleva a que no lleva a que tenga una buena contracción” (TF 02)

Por ende se recomienda practicar ejercicios de fortalecimiento y control postural de las mujeres que presentan esta patología, al mismo tiempo es preciso utilizar tratamientos y técnicas de relajación especialmente en la musculatura de los hombros cuando se presentan cifosis dorsales, hombros ante versos, hiperlordosis lumbar entre otros como se ha venido mencionando en este estudio.

➤ Terapias grupales:

Las terapias grupales fueron mencionadas en varias ocasiones por parte de los terapeutas físicos así como los médicos ginecólogos,

“Tener grupos de terapias grupales para pacientes, entonces es como un primer nivel de shock, siento yo, para la que tenga un problema leve, con buen reconocimiento y que sean funcionales, sería una forma de acaparar.” (MED 02)

En relación a esto, las investigadoras coinciden en que esta metodología podría resultar efectiva siempre y cuando no se le disminuya importancia al tratamiento individualizado debido a que el terapeuta físico debe de evaluar y acompañar en cada consulta a la usuaria, reconociendo que el objetivo de la intervención va a depender de la condición muscular de la paciente.

Lopes et al. (2013) en su estudio mencionan una comparación entre la técnica de tratamiento individualizado versus el grupal, observó que después de 12 semanas ambos grupos obtuvieron reducciones significativas en la percepción de los síntomas y una mejor calidad de vida.

Del mismo modo, realizan una comparación similar y menciona que algunos fisioterapeutas abogan por el uso de tratamientos de grupos en los que se ha logrado incrementar el apoyo entre pares, autoayuda y mutua, dar y compartir la información, reducción de la depresión y el aislamiento, el aumento de la motivación y el cumplimiento del tratamiento, sin embargo no se encontraron diferencias significativas a la hora de su implementación, a la vez la llegan a considerar una técnica muy válida, coincidiendo con la opinión de las investigadoras.

Ahora bien, como se ha mencionado durante el proceso de análisis de la presente investigación, varios estudios de percepción demuestran la necesidad de una mejor comunicación, mayor información y conocimiento de la patología por lo que estos espacios

podrían resultar aptos para mejorar estos aspectos, brindar recomendaciones e indicaciones importantes, sin dejar de lado la práctica de ejercicios de la musculatura externa asociada, ejercicios posturales, entre otros aspectos.

Salinas et al (2009), recalcan la necesidad de mayor información sobre la patología y sus tratamientos en un 66,7% de la población que ellos consultaron, además señalan que los usuarios y usuarias demandan que esto se realice en los mismos centros de salud a través de charlas informativas en una primera instancia, seguida de campañas de información públicas como en otras patologías y por medio de consejos escritos en forma de folletos.

Se considera importante, reconocer que todos los profesionales piensan que el papel del terapeuta físico debe ser lo más activo posible, incluso coinciden que es el profesional que posee más contacto con la usuaria,

“... y además como uno termina viendo más a la paciente, más veces se crea una confianza entonces uno puede dar un plan educacional mucho mayor.” (TF 02)

8.3. Formación Profesional

Referente a la formación profesional que deben de tener los terapeutas físicos en la atención de las afecciones del sistema uroginecológico y en especial a la IUE, no se obtuvieron opiniones por parte de las usuarias entrevistadas, estas no habían tenido experiencia en esta área para su patología.

Por otro lado, los profesionales entrevistados coinciden en que el terapeuta físico ha tenido poca participación en la atención de esta patología, considerando que son muy pocos los que incursionan en esta área a nivel privado y aún menos a nivel estatal, los mismos lo relacionan con la falta de formación a nivel nacional, y consideran una gran necesidad un cambio en ello. Es por ello que los médicos especialistas mencionan que:

“Mucha gente en fisioterapia tiene mucho desconocimiento en cuanto al manejo de incontinencias urinarias...” (Med 02).

“...para los congresos cuesta un montón encontrar alguien que de esa parte, de ustedes porque nadie conoce mucho del tema, entonces si hace falta.” (Med 01)

“Entonces hay que hacer un llamado para que haya una mejor formación, a que haya más profesionales.” (TF 01)

Se puede considerar que esta formación es limitada desde los planes de estudio, los terapeutas físicos entrevistados son también docentes formadores en diferentes universidades y los mismos consideran que esto se ve limitado por la infraestructura de los centros de práctica y laboratorio, espacios privados, equipo de exploración ginecológica y falta de equipo de tratamiento, pero principalmente docentes especializados en el campo, por lo que las clases se basan en metodología magistral y se limita la práctica.

“...ninguna de las universidades tiene estas condiciones, entonces no tiene la formación y lo empieza hacer a prueba y error. En la parte magistral se aborda muy levemente, porque muchas veces uno lo puede decir pero son muy difíciles de imaginar, entonces lo mismo da que usted lo lea de un libro a que se lo diga así, porque sí, la persona se lo tiene que imaginar...” (TF 02)

Pese a lo anterior, los profesionales coinciden que un terapeuta físico debe de realizar cursos de especialización no solo en el tratamiento de la incontinencia urinaria sino en todo lo asociado, debe de poseer profundización en el sistema genitourinario, manejo del piso pélvico en mujeres embarazadas, adultos mayores, mujeres de mediana edad con diferentes patologías:

“...debería hacer un curso de especialización o uno internacional donde sí se centralice principalmente lo que es anatomía, fisiología, neurofisiología, un poquito de neurodinamia, y neuro urodinamias, para poder entender las partes fisiológicas y neurofisiológicas del control de los esfínteres, de la vejiga, y de todas las patologías que hay, definitivamente toda una formación especializada en esa área, en lo que es evaluación, en lo que es tratamiento...” (TF 01)

Al mismo tiempo:

“...ser una persona muy preparada para pensar más en la parte de un tratamiento completo, no en un tratamiento curativo sino que es una cosa a más largo plazo y abordar la parte preventiva no solo cumplir con la parte de tratamiento.” (TF 02)

La exploración física y la evaluación son medidas en las que los profesionales coinciden en que se debe enfatizar, reforzar y mejorar en la intervención por medio de Terapia Física,

“...aprender a explorar el paciente no solamente desde la parte externa sino también con exploración en la parte interna...” (Med 02)

“Y yo creo que es en la evaluación lo que determina esto...” (TF 01)

Todas estas razones expuestas coinciden en la escasa educación especializada e interés por parte del terapeuta físico así como la necesidad de una correcta formación de estos profesionales en el área de la IU (Medicina, Enfermería, Terapia Física) tanto en el diagnóstico, como en el seguimiento y tratamiento de los pacientes, lo cual resulta esencial para así evitar tanto el infra-diagnóstico, como el infra-tratamiento existente. (Salinas et al., 2009)

Esta consideración es expresada por los mismos pacientes en el estudio, cuando señalan que hace falta mejor formación del profesional sanitario sobre los aspectos físicos/psíquicos/sociales de la IU.

Otro aspecto importante de señalar es que en nuestro país así como en muchos otros, las usuarias consultan poco sobre este problema o acuden primero a la atención primaria por lo que los mismos autores señalan que esta formación se hace imprescindible en todos los niveles de atención, considerando que menos de la mitad de los pacientes que acuden a consulta, lo hacen en la atención especializada.

8.4. Abordaje interdisciplinario

Es interesante como todos los profesionales entrevistados en este estudio consideran que su rol es el primordial dentro de un equipo de intervención, sin embargo durante el desarrollo de las entrevistas se logra ver como cada profesional tiene bien definida su función en la intervención de la IU y esto no interfiere con el trabajo en otras áreas.

Dentro del personal involucrado en un equipo interdisciplinario sugerido por los entrevistados se mencionan: personal urología, ginecología, geriatría, enfermería, psicología y terapia física, sin embargo dentro la consulta en estudio, únicamente participan médicos ginecólogos.

Gómez et al. (2008) coinciden con lo anterior al señalar algunas de las alternativas terapéuticas para la IU: el tratamiento conservador, mediante fármacos o mediante el tratamiento del comportamiento, el tratamiento quirúrgico y, estas muchas veces de manera

simultánea, sin dejar de lado un procedimiento mínimamente invasivo, que es la neuroestimulación como la aplicada en la consulta en estudio.

No obstante, ningún informante indica haber participado en algún equipo interdisciplinario, o haber recibido tratamiento de uno, esto en una misma institución, únicamente se menciona el trabajo multidisciplinario por parte de los profesionales,

“El médico me manda el paciente aquí, yo hago la terapia y luego se lo devuelvo al médico... el urólogo revisa, revisa el ginecólogo, nosotros revisamos como terapeutas y se devuelve...” (TF 01)

“No se trata interdisciplinariamente, el médico le da tratamiento con medicamentos para supuestamente disminuir el problema, y es referido mucho después a un terapeuta físico...” (TF 02)

Para Miralles (2011):

Aun que la intervención de los diferentes especialistas puede variar en función del entorno asistencial y los distintos circuitos y recursos que se dispongan, no queda ninguna duda de que la aproximación al problema de la incontinencia urinaria requiere un enfoque interdisciplinar, siendo absolutamente necesaria la coordinación entre los diferentes especialistas, tanto en el proceso del diagnóstico, como en la organización y planificación del tratamiento (p.6).

Referente a la línea de seguimiento y, todos los informantes dentro de la presente investigación coinciden en una misma, el médico realiza una primera exploración y evaluación para obtener posibles diagnósticos principalmente, descartar patologías asociadas, intervenciones quirúrgicas, catalogar a la usuaria según el tipo de incontinencia por medio de una urodinamia y luego ser referido a electroestimulación, aun así deberá de continuar un seguimiento por parte de ginecología, situación que concuerda con el estudio realizado por Gómez et al. (2008).

“...tanto el urólogo como el ginecólogo serian dos personas obviamente que ayudan en el proceso diagnostico pero también en la parte estructural, porque por ejemplo si tenemos una paciente que nos llega con incontinencia de esfuerzo recurrente por una histerectomía, definitivamente tiene que venir relacionada con lo que es el ginecólogo después de lo que paso (TF 02)

Los terapeutas físicos coinciden en que es importante realizar una evaluación en conjunto con ginecología para obtener el diagnóstico y la gravedad de la patología y luego plantear el posible tratamiento.

“Debería de haber una evaluación en conjunto para saber en realidad que es lo que tiene la realmente...
La parte diagnóstica que eso sería una parte médica combinado con fisioterapia...”
(TF 02)

Por otro lado, los informantes coinciden en la necesidad de un terapeuta físico dentro del equipo interdisciplinario en la consulta de Electroestimulación, según los mismos, se complementarían el equipo, reduce gastos económicos tanto a nivel institucional como para la paciente, así como un complemento a la atención.

“Hace falta un terapeuta físico, porque di, uno lo puede dar pero el terapeuta es el que va a estar con ella guiándolo... Considero que podrían ser mucho mejor aún más si tuviéramos el personal en terapia física.” (Med 01)

“...pero el ginecólogo llega hasta la cirugía, nosotros tenemos que tratar antes de la cirugía y después de la cirugía para que no haya una secuela de ese tipo como lo estamos viendo (desequilibrio muscular)...” (TF 01)

Todo lo anterior se podría ver relacionado con las consecuencias o los efectos secundarios de cada usuaria según su tratamiento recibido, es decir, las disciplinas deberán de trabajar en conjunto para lograr un tratamiento integral a la usuaria, situación que se relaciona con lo mencionado por Gómez et al. (2008) en un estudio de aplicación de tratamiento conservador por parte de terapeutas físicos, cuando señala:

“Por lo tanto, un abordaje multidisciplinar coordinado en este tipo de patología, tanto en el aspecto diagnóstico como terapéutico, parece el más apropiado, aunando el conocimiento más exhaustivo y especializado de la Urología, la Ginecología y la Cirugía.” (p.633)

Cabe resaltar por último, que hay pacientes que consultan a varios profesionales por su mismo problema, por lo que Salinas et al. (2009), tras un informe de percepción de los pacientes con IU señala que resulta vital una buena coordinación entre ellos y una coherencia en sus aportaciones, siendo necesario tener en cuenta que los criterios de derivación y los protocolos de tratamiento, estén consensuados entre los profesionales de atención primaria, secundaria y los especialistas.

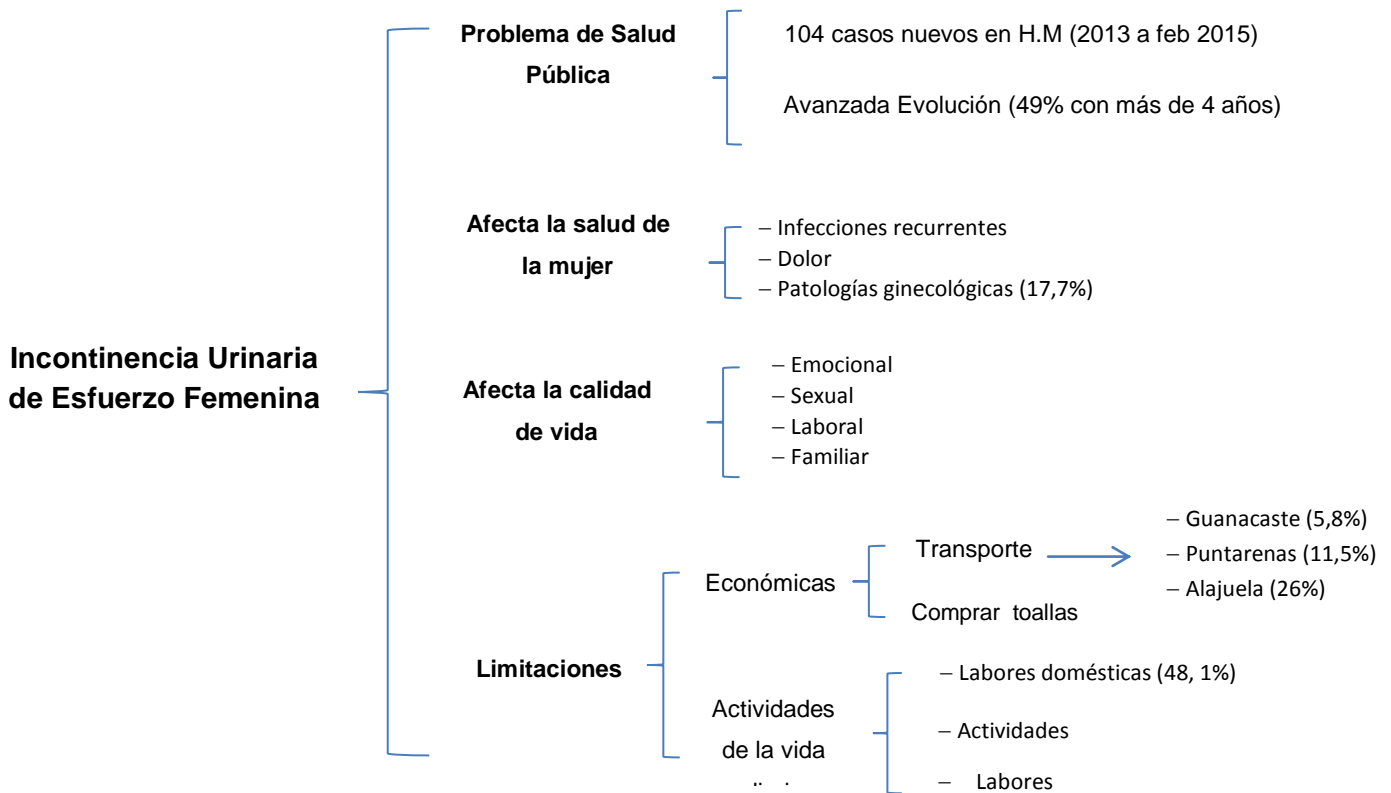
4.3. Vinculación de resultados y análisis de datos cualitativos y cuantitativos.

Durante el desarrollo del análisis se ha observado como las diferentes categorías han tenido relaciones y como las opiniones de las informantes claves coinciden con la

realidad obtenida a partir de la caracterización de usuarias y la observación. A continuación, se muestran una síntesis a manera de esquemas, de los resultados más sobresalientes, con el fin de integrar la información recopilada durante el proceso de análisis.

En la siguiente figura, se muestra la relación que existe entre la caracterización edificada en la presente investigación con respecto a los factores influyentes en el proceso de atención de la patología, esto se muestra desde una generalidad como problema de salud pública que afecta una gran parte de la población femenina y al mismo tiempo, la frecuencia de la IUE dentro de un servicio público. Seguido a lo más específico, se muestra los diferentes ámbitos de afectación en la calidad de vida y las limitaciones que se generan para recibir atención en el centro de estudio.

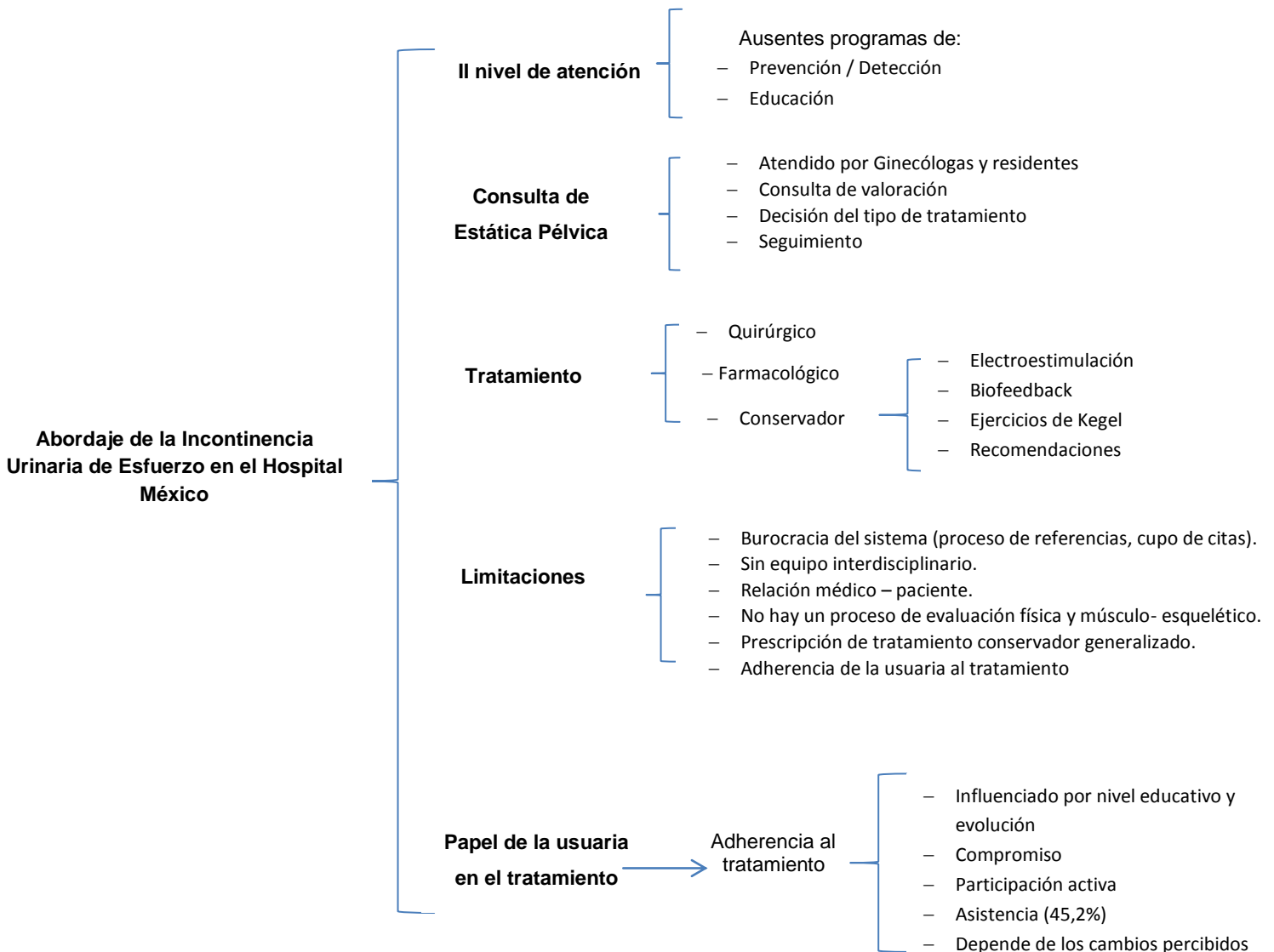
Figura. 2. Implicaciones de la IUE en la vida de la mujer.



Fuente: Elaboración propia, 2015.

Por otro lado, en la siguiente representación se muestra el abordaje que ha tenido la IUE en un centro hospitalario de III nivel de atención como lo es el Hospital México. Se muestran los diferentes protagonistas involucrados, las limitaciones que se presentan en el proceso, así como las necesidades según los resultados y análisis de la presente investigación, como lo es la necesidad de más y mejores programas de prevención, detección, evaluación y tratamiento de la IUE, la intervención de equipos interdisciplinarios y la participación activa de la usuaria durante su rehabilitación.

Figura 3. Atención de la IUE en el Hospital México.



Fuente: Elaboración propia, 2015.

CAPÍTULO V. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA.

Propuesta de intervención fisioterapéutica para la atención integral de las mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital México.



Elaborado por:
Bach. Mary Cruz Garro Espinoza
Bach. Silvia Gómez Gutiérrez

Agradecimientos

A cada una de las personas que laboran en el Hospital México en la consulta de Estática Pélvica quienes estuvieron anuentes a colaborar con la investigación que da pie a esta propuesta de intervención; administrativos, residentes de Ginecología, a la Dra. Larios y en especial a la Dra. Flory Morera quién desde un inicio nos brindó su ayuda y nos motivó a tomar como campo de trabajo esta institución.

A la Dra. Linda Liu del Hospital San Juan de Dios, M. Sc. Viviana Pérez, Lic. Berta Álvarez y M.Sc. Rosibel Zelaya, quienes gracias a su experiencia y preocupación por brindar cada día una mejor atención a la salud de la mujer, nos mostraron una visión de la realidad nacional y la necesidad de más y mejores profesionales en la atención de las afecciones del piso pélvico. Todos sus aportes se encuentran plasmados dentro de esta propuesta. Al Dr. Horacio Chamizo quien fue pilar en el desarrollo de la investigación, por su entrega y disponibilidad incondicional, nos ayudó a obtener la mejor base para la presente entrega.

Por último y no menos importante, queremos agradecer en gran medida a todas las usuarias de la Consulta de Electroestimulación quienes permitieron ser parte de esta investigación, fueron ellas las que nos motivaron a realizar una propuesta como esta con base a sus propias condiciones y características, lo cual permitió enriquecimiento al conocimiento y posibles mejoras a su atención.

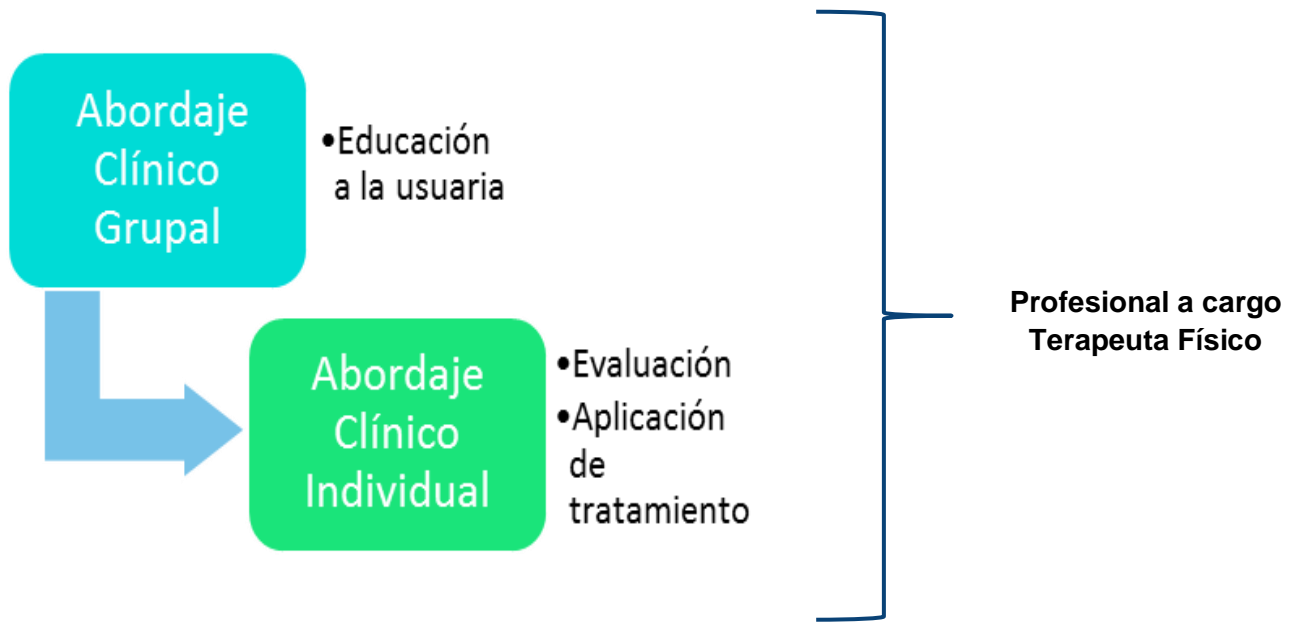
Prólogo

Considerando la IUE como un problema de salud actual que genera un gran impacto tanto económico como social en el Sistema Nacional de Salud, así como físico y psicológico del que lo padece, se ha visto la necesidad de incursionar en busca de una posible línea de mejora basado en la evidencia internacional desde el área de Terapia Física, donde muchas veces es reconocido como toda una especialidad. En nuestro país por el contrario, aún se considera un área como poco explorada lo que motivó a las investigadoras a considerarlo como una necesidad en la atención recibida del Sistema Nacional de Salud.

La presente propuesta surge a partir de la preocupación por esta patología y la realidad que se vive en nuestro país referente a su atención y la poca participación de terapeutas físicos en la misma, con el fin de mostrar la necesidad que en ella impera así como facilitar una herramienta desde la Terapia Física que ayude en la buena toma de decisiones de estos profesionales, por tanto, se toma como referencia la atención ofrecida un hospital nacional, específicamente el Hospital México. Esta propuesta está basa en el análisis realizado a partir de los resultados de la caracterización de usuarias con IUE, las observaciones realizadas en la consulta de Electroestimulación y las percepciones obtenidas de las informantes claves mediante las entrevistas hechas a usuarias y profesionales involucrados en la atención clínica de la IU.

Está orientada a la Consulta de Electroestimulación que se brinda como parte de la atención a las mujeres con IUE en el centro hospitalario. Su contenido se basa, en lineamientos teóricos facilitados a un profesional en Terapia Física de manera que obtenga una herramienta de información útil para cumplir su rol como parte de un equipo interdisciplinario en el abordaje conservador de dicha patología, además brinda información veraz y sencilla que puede ser entregada a la usuaria del servicio con el fin de hacer más unificadas las recomendaciones que se deben brindar en dicha consulta.

Consta de dos apartados:

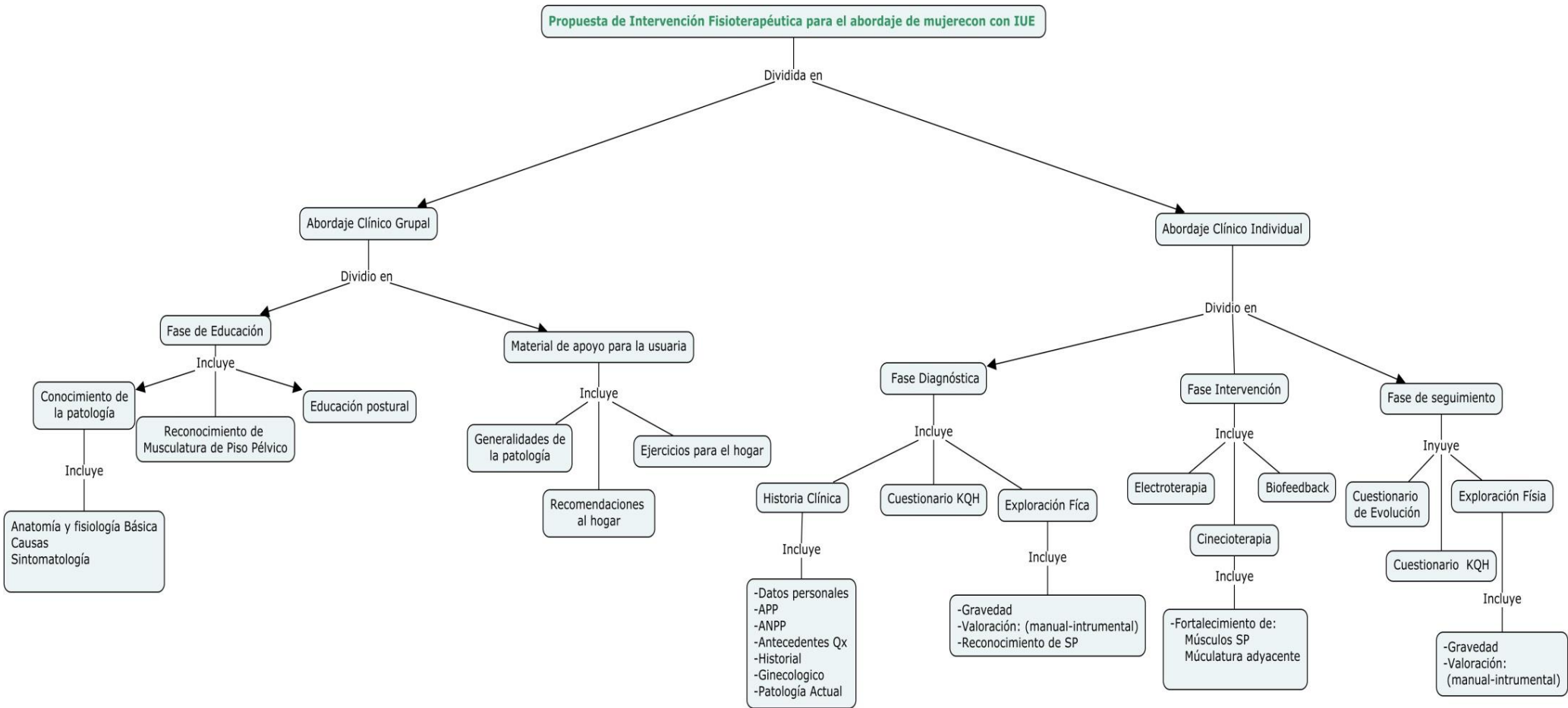


El siguiente mapa conceptual (Figura 4) muestra de forma detallada la estructura en la que fue diseñada la presente propuesta. Esta fue dividida inicialmente en dos abordajes, como se menciona anteriormente. En primer lugar el abordaje grupal, el cual se basa en la educación a la usuaria con respecto a su padecimiento, incluye: conocimiento de la patología, conocimiento de la anatomía y fisiología básica del suelo pélvico, recomendaciones al hogar y AVD, ejercicios básicos y un folleto para la usuaria con información básica y precisa.

Seguido de un abordaje clínico individual, que se presenta mediante una guía clínica que incluye 3 fases: una fase diagnóstica, fase de intervención y una fase de seguimiento.

Este mapa posee la secuencia y el desarrollo de cada uno de los apartados y el contenido de los mismos:

Figura 4. Mapa conceptual para el desarrollo de la propuesta de intervención fisioterapéutica.



Fuente: Garro y Gómez (2015)

Tabla de Contenido

Agradecimientos.....	ii
Prólogo.....	iii
Abordaje Clínico Grupal	113
Fase de Educación.....	116
<i>Conocimiento de la patología.....</i>	<i>117</i>
<i>Reconocimiento de la musculatura del piso pélvico.....</i>	<i>118</i>
<i>Educación Postural.....</i>	<i>122</i>
Información para la usuaria.....	124
Abordaje Clínico Individual.....	¡Error! Marcador no definido.
Fase diagnóstica	134
<i>Historia Clínica.....</i>	<i>136</i>
<i>Cuestionario KHQ: Impacto en la calidad de vida</i>	<i>143</i>
<i>Exploración física:.....</i>	<i>147</i>
<i>Exploración global.....</i>	<i>148</i>
<i>Valoración de la postura:.....</i>	<i>148</i>
<i>Exploración del piso pélvico</i>	<i>151</i>
<i>Diagnóstico fisioterapéutico:.....</i>	<i>156</i>
Fase de intervención	160
<i>Información a la usuaria:</i>	<i>161</i>
<i>Reeducación postural y automatismo perineal.....</i>	<i>161</i>
<i>Técnicas Manuales.....</i>	<i>162</i>
<i>Técnicas instrumentales.....</i>	<i>162</i>
<i>Cinesioterapia</i>	<i>164</i>
Fase de seguimiento	171
Bibliografía	175

Abordaje Clínico Grupal

Objetivo:

Facilitar un proceso de comunicación y educación con las usuarias que presentan diagnóstico de IUE, propiciando una participación más activa en su proceso de rehabilitación.

El proceso de educación surge de la necesidad que tienen las usuarias del servicio de la Consulta de Electroestimulación por conocer información veraz y precisa sobre su padecimiento. Se encontró como parte de la investigación realizada, que las usuarias de baja, media y alta escolaridad desconocen certeramente las generalidades de su diagnóstico.

Por ejemplo, usuarias de baja escolaridad y avanzada evolución confunden síntomas de infección urinaria con su incontinencia y consideran que esas infecciones son la causa fundamental de la incontinencia que presentan hace más de 15 años. Las de media y alta escolaridad logran identificar algunos síntomas específicos de la IUE, sin embargo no tienen claridad sobre su patología. Todas coinciden en que nunca han recibido un proceso de educación en el cual se les haya explicado generalidades, síntomas, causas de su padecimiento.

Durante el análisis de experiencias de informantes claves, se encontró una relación directa entre el conocer la patología y la adherencia que la usuaria pueda tener a su tratamiento. Se consideran que, aumentar el conocimiento que tiene la paciente de su patología ayuda a que ella pueda entender las causas que pueden producir la IU. Con esto ellas puedan identificar síntomas propios de la IUE y determinar si hay cambios o no en su condición. Se espera que al entender el trasfondo de su patología y la importancia de cumplir con las indicaciones de tratamiento, hará que las usuarias se identifiquen con su condición, puedan adherirse de una mejor manera a su tratamiento y con ello alcanzar una buena evolución y mejorar su calidad de vida.

Martín y Grau (2004), aseguran que en cuanto el paciente se involucre activamente en su proceso de rehabilitación, hace que este pueda alcanzar un mejor control de su enfermedad y pueda aumentar o preservar su calidad de vida. Autores como Higa, Baena y Ribeiro (2008) opinan que el desconocimiento y el no poder comprender la IU como una enfermedad así como las vivencias frente a los diversos significados construidos, genera que las mujeres tengan diferentes formas de autocuidado, rechazando en algunas ocasiones la atención del profesional en salud.

Es por esto que Berghmans (2006), hace referencia al modelo de Van der Burgt y Verhulst (1996), el cual fue creado para profesionales sanitarios como herramienta para la educación del paciente. Este modelo está basado en tres etapas: pensar, sentir y hacer. En pacientes con incontinencia urinaria, puede transformarse en un intercambio de información y explicación (pensar), en conciencia y sensación del suelo pélvico, la postura y el movimiento (sentir) y en entrenamiento del suelo pélvico y promoción del cumplimiento a corto y largo plazo (hacer).

A partir de esto, se crea un abordaje clínico grupal el cual consiste en un proceso de educación y transferencia de la información hacia las usuarias del servicio de la Consulta de Electroestimulación. Si bien es cierto, el proceso de educación en el Sistema de Salud en Costa Rica debe iniciar en el primer nivel de atención, se considera pertinente que el Hospital México cuente con este espacio educativo, ya que actualmente el abordaje de la IUE se está dando en el tercer nivel de atención.

Este abordaje grupal consiste en un “Taller sobre Incontinencia Urinaria”, el cual es una sesión educativa de intercambio de conocimientos y dudas entre los profesionales que la dirigen así como las mismas participantes. Este apartado está desarrollado para ser dirigido por un profesional en Terapia Física, sin embargo se considera importante que otros profesionales sean parte de este espacio mediante el aporte específico de cada área (ginecología, psicología, enfermería, geriatría entre otros) con el fin de ofrecer una atención de manera interdisciplinaria.

Este taller está planteado para ofrecerse:

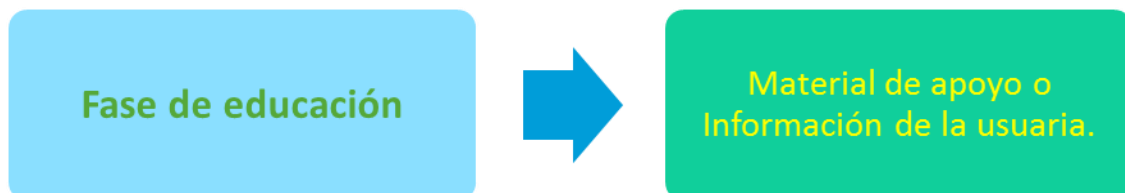
- Al menos una vez al mes.
- Con una duración aproximada de una hora.
- Para un máximo de 30 personas por sesión.

Para ofrecer esta charla, es necesario contar con instalaciones apropiadas que permitan a las usuarias sentirse cómodas y en confianza de expresar sus comentarios. Debe ser un lugar que cuente con el equipo electrónico y mobiliario necesario (computadora, proyector, pizarra, mesas, sillas, etc.) para presentar y desarrollar los contenidos del taller.

Se recomienda:

- Programarse después de la evaluación y valoración general en la consulta de estática pélvica por el médico ginecólogo y previo a la primera cita en la consulta de electroestimulación.
- Las usuarias que asistirán a las sesiones grupales deben de tener como diagnóstico definitivo la IUE.

Este taller consta de los siguientes apartados:



1

Fase de Educación



Contenido:

- Conocimiento de la patología
- Reconocimiento de la musculatura del piso pélvico
- Educación postural

Objetivos

- ✓ Propiciar un espacio de comunicación con las usuarias en temas de anatomía de piso pélvico, causas y síntomas de la IUE.
- ✓ Informar a las usuarias en el reconocimiento de la musculatura perineal.
- ✓ Mostrar técnicas de higiene postural específicos para usuarias con IUE.

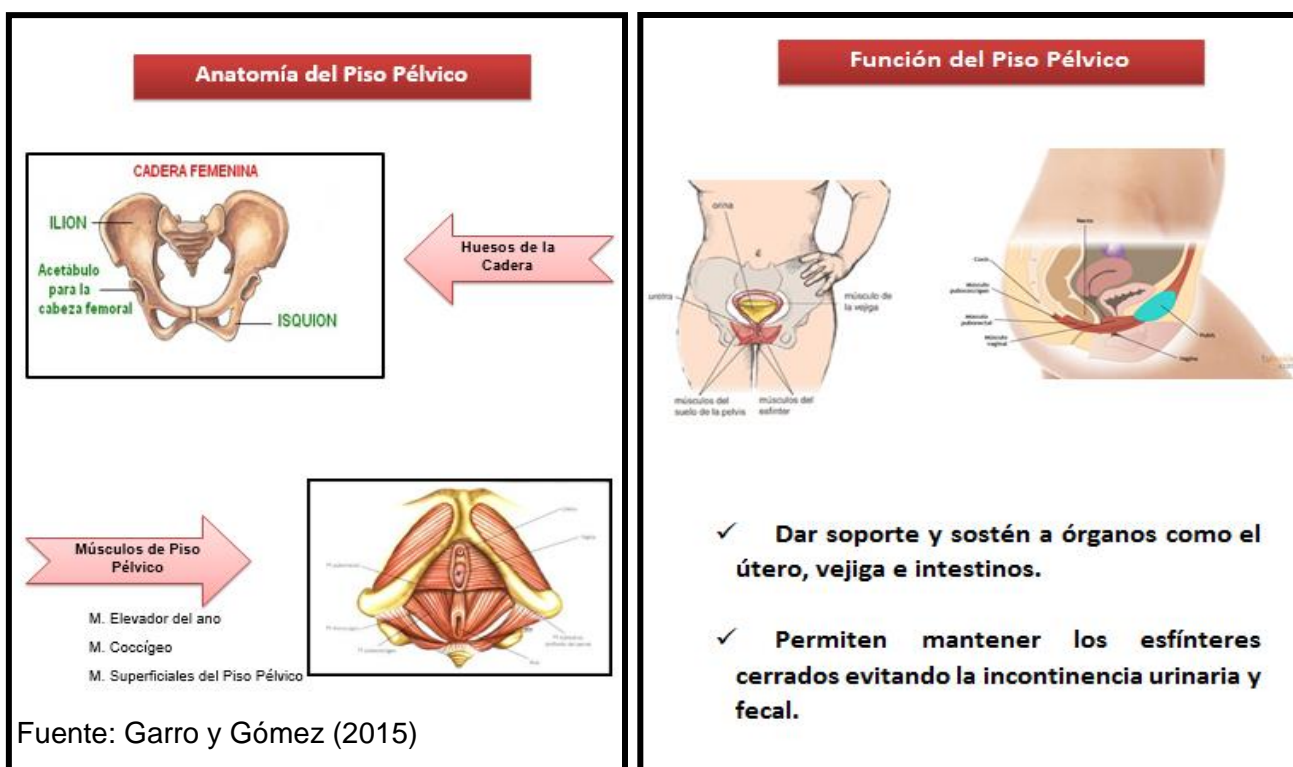
¹ Imagen obtenida de: Teruel (2015)

❖ Conocimiento de la patología

En este apartado se les exponen a las usuarias de manera clara, sencilla y precisa aspectos anatómicos y fisiológicos de la musculatura del piso pélvico (Fig. 5), así como concepto, causas y síntomas de la IUE (Fig. 6). Se recomienda el uso de material audiovisual tales como: presentaciones con programas como Microsoft PowerPoint, Prezi, carteles con imágenes explicativas, pizarras formativas, modelos anatómicos o videos.

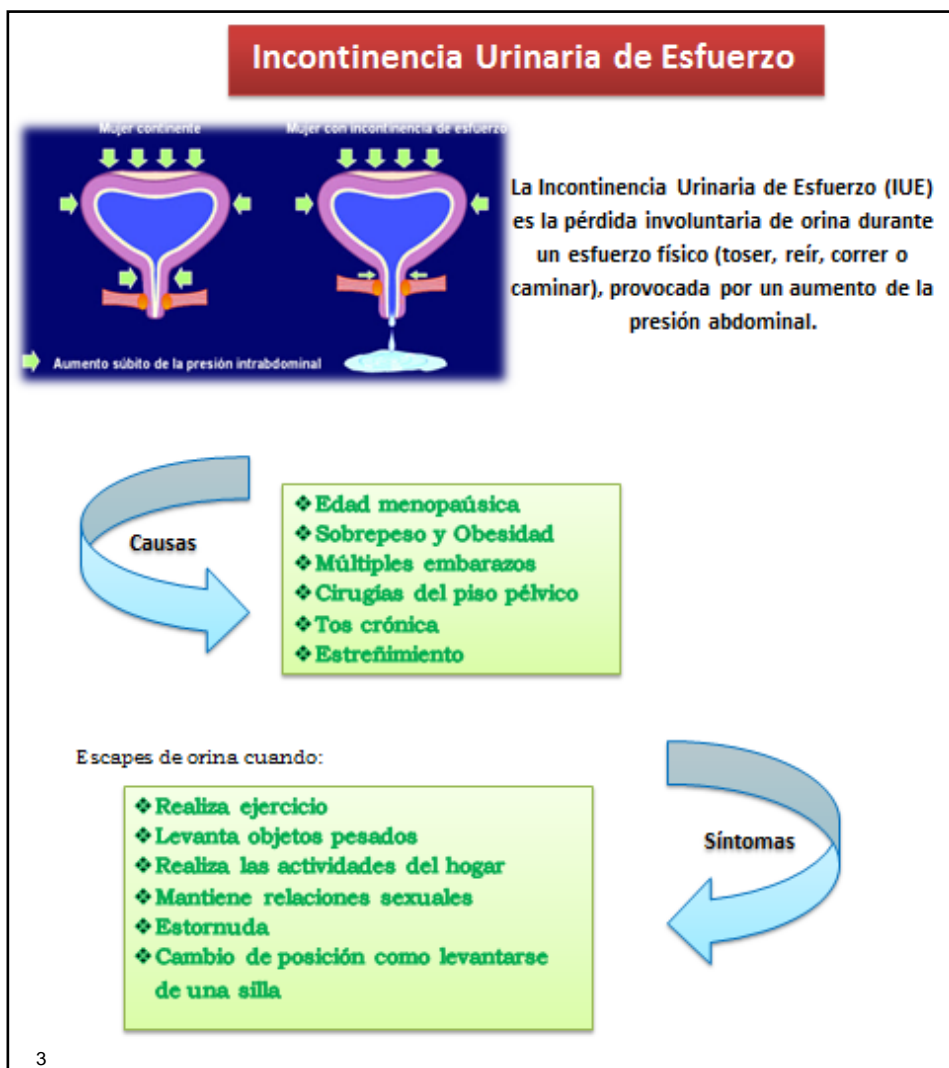
Este material de apoyo debe ser de fácil comprensión, utilizando terminología que pueda ser entendida por usuarias de baja, media y alta escolaridad. El conocer las estructuras anatómicas y su función, ayudan en el proceso de toma de conciencia o reconocimiento del piso pélvico, de ahí la importancia de que las usuarias comprendan los conceptos básicos y logren identificarlas. El terapeuta que dirige la sesión, puede mostrar las siguientes figuras y asegurarse de la comprensión por parte de las usuarias.

Figura 5. Presentación grafica de la anatomía y funciones del piso pélvico².



² Imágenes obtenidas de: Cambra (2006), Healthwise (2014), Tulesión.com (2013), Ciencias Biológicas y Educación para la Salud (2015).

Figura 6. Presentación grafica de generalidades de la IUE.



Fuente: Garro y Gómez (2015)

❖ Reconocimiento de la musculatura del piso pélvico

- Fase de reconocimiento

Diversos autores coincide, en que el entrenamiento de la musculatura perineal es una medida efectiva de tratamiento para el fortalecimiento del piso pélvico (Díaz, Medrano y Suárez, 2013), (Martínez et al., 2012). Es indispensable que la usuaria comprenda y tome conciencia de su musculatura. Para Walker (2013), la toma de conciencia del piso pélvico es el aprendizaje de la contracción de estos músculos, actividad que a muchas mujeres se les dificulta concretar. Es por esto que, el proceso

³ Imagen obtenida de: Clínica de Urología. Dr. Ruiz Serrano (2015)

de aprendizaje de la usuaria debe ir acompañado de un profesional en Terapia Física que ofrezca indicaciones correctas y verifique que la usuaria efectivamente ha comprendido e integrado la acción, ya que de esto va a depender que el entrenamiento muscular sea exitoso.

El o la terapeuta debe tener especial cuidado en el momento de explicar la orden verbal: “Imagine que detiene el flujo de la orina”, debido a que se podría malinterpretar. No es extraño, que las usuarias pueden incurrir en el error de realizarlo durante la micción, provocándose problemas mayores en el tracto urinario. Se proponen dos maneras para identificar la musculatura, según Pena, Rodríguez, Villodres, Mármol y Lozano (2007) y Lucas et al. (2013):



→ **Por contracción voluntaria:** una vez que la usuaria haya comprendido su anatomía y funciones del piso pélvico, se le explica claramente cómo debe contraerla. La manera más simple de explicarlo, es solicitándole a la paciente que simule interrumpir el flujo de la orina, así como la utilización de balones terapéuticos mantener la correcta postura durante su ejecución. En este apartado, se puede hacer uso de videos o sugerirlos a las usuarias del servicio para una mejor comprensión. Se

presenta como ejemplo el siguiente video <http://www.fisioterapia-online.com/videos/como-localizar-y-sentir-los-musculos-del-suelo-pelvico> obtenido de la página web fisioterapiaonline el cual esta gratis en internet.



→ **Por autopalpación⁴:** Otra forma de reconocimiento es la autopalpación. En esta técnica se le sugiere a la usuaria realizarla en el hogar utilizando un espejo para mirar la contracción. Consiste en colocar un dedo en el canal de la vagina para sentir la contracción de la musculatura.

4

⁴ Imágenes obtenidas de: Guerra (2015)

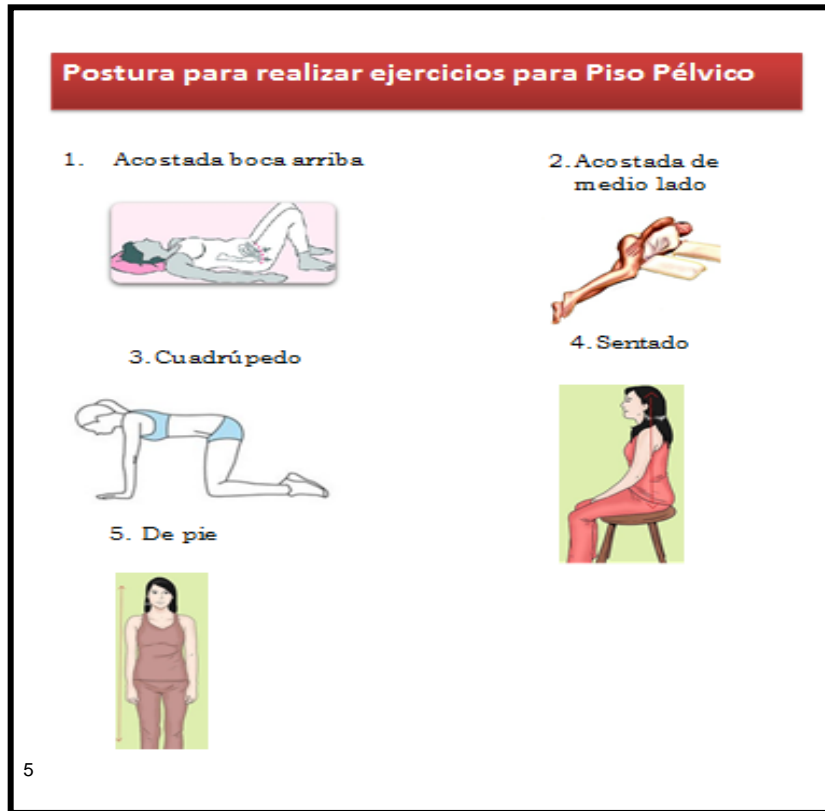
- Fase de enseñanza para el fortalecimiento muscular.

Si bien es cierto, la prescripción del ejercicio del piso pélvico debe ser dada posterior a una evaluación, se cree conveniente ofrecer algunas medidas que las usuarias puedan realizar en el hogar, mejorando su fuerza muscular previo a las sesiones de tratamiento con electroestimulación. El o la terapeuta debe dar especial énfasis en la postura para la ejecución de los ejercicios y la técnica para realizarlos.

→ **Postura:** La postura que adopte la paciente en el momento de realizar los ejercicios, va a depender de la fuerza muscular que tenga el piso pélvico. Walker (2013), recomienda hacer los ejercicios en este orden (decúbito supino, decúbito lateral, cuadrúpedo, sedente y bípedo) e ir cambiando la posición conforme va aumentando la fuerza muscular. Se sugiere explicar a las usuarias de forma gráfica y vivencial estas posiciones, de tal forma que puedan identificar las diferentes sensaciones de la contracción de acuerdo a la posición en la que se encuentran. Es necesario contar con colchonetas y material visual para la demostración. En la figura 7 se muestra un ejemplo gráfico.

→ **Técnica:** Los diferentes estudios han concluido que no existe una única forma de prescribir los ejercicios de Kegel o de fortalecimiento de la musculatura perineal. Botelho, Marques y Carvalho (2010) describen que no hay una “receta única”. Sin embargo existe una gran cantidad de protocolos, los cuales han sido aplicados consiguiendo resultados positivos. Se debe aclarar que para determinar la frecuencia y la intensidad del ejercicio debe haber previamente una evaluación. Para presentarlo a las usuarias se seleccionaron los protocolos utilizados por Silva, Moura, Fonseca, Spinassé y Oliveira. (2013), Hatzimouratidis, Konstantinidou y Hatzichristou (2006) y Walker (2013). Ver figura 8.

Figura 7. Presentación grafica de posturas para realizar el fortalecimiento muscular.



Fuente: Garro y Gómez (2015)

Figura 8. Técnica de aplicación para el fortalecimiento muscular

Fuerza de contracción:

Se recomienda combinar contracciones máximas y contracciones submáximas.

Frecuencia:

3 series: cada una de 8 a 12 contracciones pausadas. Añadir de 3 a 4 contracciones rápidas.

Duración de la contracción:

6 a 8 segundos durante la fase de espiración.

Descanso:

6 segundos entre cada contracción.

Repetir de 3 a 4 veces al

Fuente: Silva et al. (2013), Hatzimouratidis, Konstantinidou y Hatzichristou (2006) y Walker (2013)

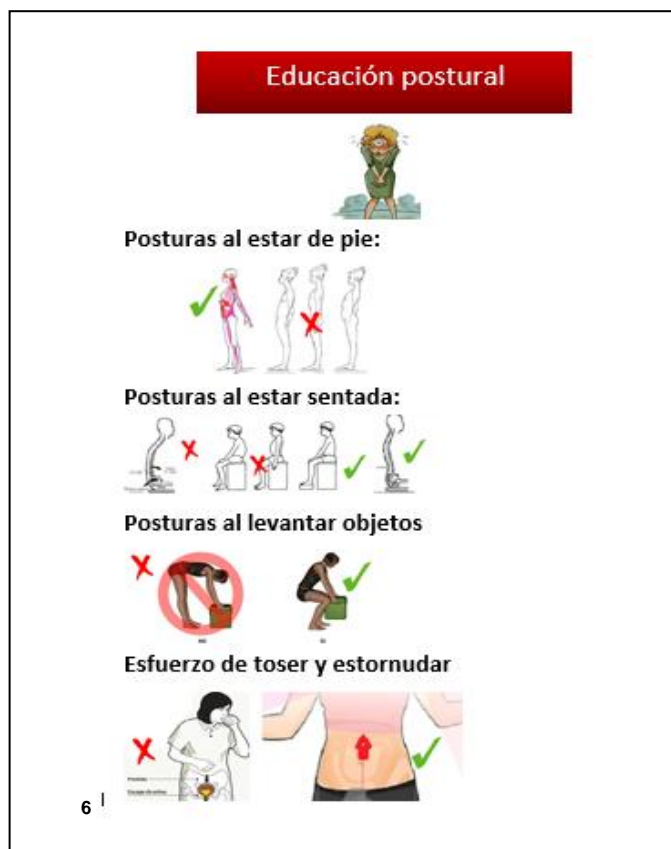
⁵ Imágenes obtenidas de: Bruin (2013), Robles, Vega y Ortiz (2013), Guerra (2015)

❖ Educación Postural

El objetivo de este espacio es hacer que la usuaria tome conciencia sobre su propio cuerpo, su postura y los movimientos que realiza en relación a su patología. Mediante ilustraciones, carteles u otro material audiovisual destinados a una mejor comprensión de la usuaria, se pretende que esta identifique aquellas posturas inadecuadas que podrían estar adaptando y que a un largo plazo pueden agravar su patología, provocar alteraciones posturales permanentes, contracturas musculares o cualquier condición de dolor que requiera de un nuevo y diferenciado tratamiento. Estas posturas viciosas y posiciones inadecuadas son caracterizadas por provocar desequilibrios musculares que a su vez generan presión constante sobre el piso pélvico repercutiendo en la fisiología de la micción.

En la Figura 9 se muestra una opción de cómo el o la terapeuta puede presentar la información:

Figura 9. Representación gráfica de la educación postural



Fuente: Garro y Gómez (2015).

⁶ Imágenes obtenidas de: Méndez (2014), Tumédicoaltelefono.es (2015), Chigne (2010), Teruel (2015)

Seguido del reconocimiento mediante imágenes ilustrativas, el o la terapeuta a cargo del taller invitará a las usuarias a realizar movimientos y esfuerzos simples como los antes observados de manera que puedan percibir la presión abdominal y perineal que los mismos generan, continuando con reconocer la forma adecuada de realizarlos.

Esta educación postural pretende que la usuaria aprenda a colocar su cuerpo en posición neutra durante la realización de esfuerzos con el fin de evitar presiones sobre el piso pélvico y los músculos abdominales. La usuaria identificará la posición de la columna, del tórax, la pelvis y los miembros inferiores en relación a sus actividades de la vida diaria especialmente en la que implique esfuerzos de levantamiento, sentarse-levantarse, inclinación, toser, estornudar, caminar, etc.

Según lo describe Walker (2013), la necesidad de la posición neutra durante los esfuerzos, se basa fundamentalmente en la mejor transmisión de presiones y la ventaja mecánica de los músculos, para ello la paciente debe reconocer, practicar e integrarlos en su vida diaria, esta misma autora señala importante ir introduciendo la reeducación postural de forma paralela al fortalecimiento muscular.

Información para la usuaria



Contenido:

- Material de apoyo visual

Objetivo:

- ✓ Facilitar a la usuaria material de apoyo visual de fácil consulta sobre los temas desarrollados en el taller.

Especificaciones:

Se crea esta guía en formato de folleto para ser proporcionada como material de apoyo visual para la usuaria con IUE. Recopila la información expuesta durante el taller con ilustraciones y ejemplos gráficos para su fácil lectura y comprensión.

⁷ Imagen obtenida de: Arroyo (1982)

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Información de la usuaria



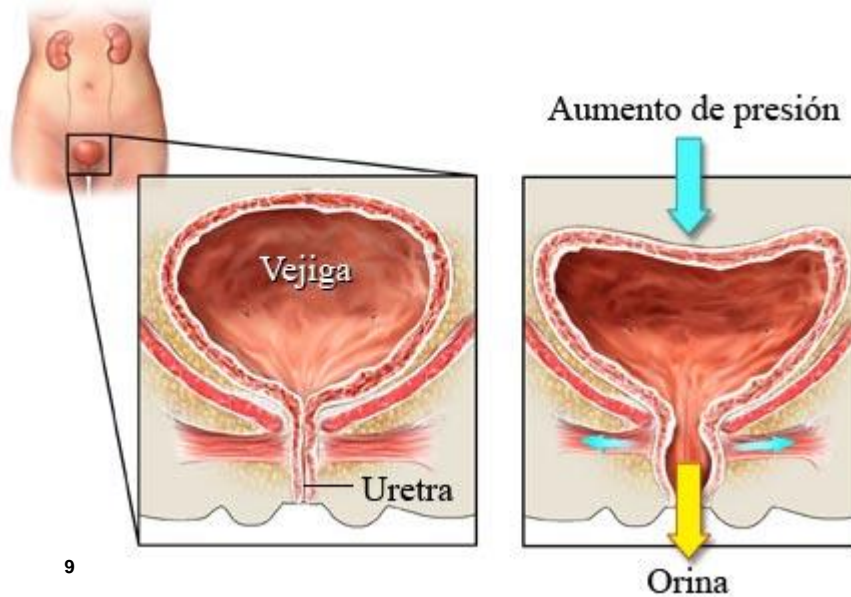
8

Bach. Mary Cruz Garro Espinoza
Bach. Silvia Gómez Gutiérrez

⁸Imagen obtenida de: Gómez y Del Pozo (2014)

¿Qué es la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo?

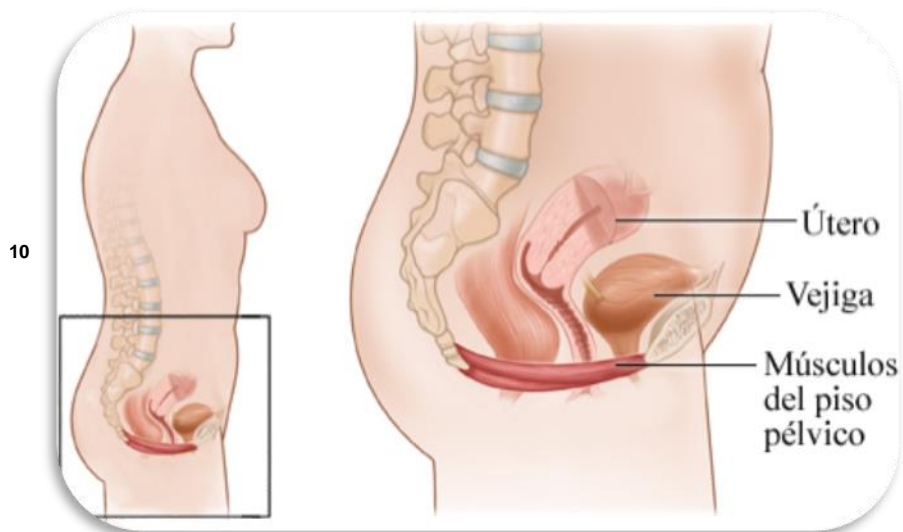
La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, provocada por un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o caminar).



9

¿Por qué sucede esta pérdida de orina involuntaria?

Sucede por debilidad del piso pélvico o periné que es un conjunto de músculos que sostiene toda la parte baja del abdomen, y sirven de apoyo a los órganos como la vejiga y el útero.



10

⁹ Imagen obtenida de: Red de pacientes (2015).

¹⁰ Imagen obtenida de: Healthwise (2014).

¿Cuáles son las causas de la IUE?

Algunas causas pueden ser:

- Estar en edad menopaúsica
- Múltiples embarazos
- Obesidad
- Estreñimiento
- Tos crónica
- Cirugías en el área del periné

Sabías usted que...

Mantener un peso corporal adecuado, reduce el riesgo de padecer IUE.

¿Cuáles son los síntomas de la IUE?

El principal síntoma de la IUE es el escape de orina cuando usted:

- Está haciendo ejercicio.
- Hace esfuerzos físicos
- Levanta objetos pesados.
- Tose.
- Tiene relaciones sexuales.
- Estornuda.
- Se pone de pie.

11



¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la IUE?

- Mantener un peso corporal adecuado.
- Evitar el consumo exagerado de líquidos.
- Evitar el fumado.
- Mantener una dieta balanceada, para evitar el estreñimiento.
- No aguantar las ganas de orinar.
- Realizar ejercicios para fortalecer los músculos del piso pélvico.

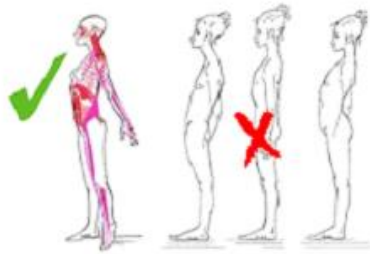
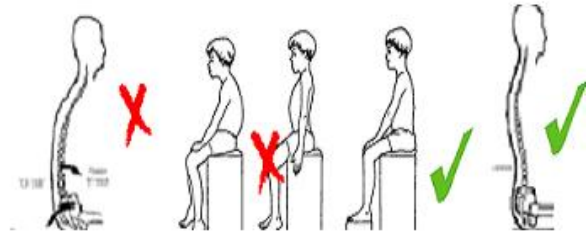
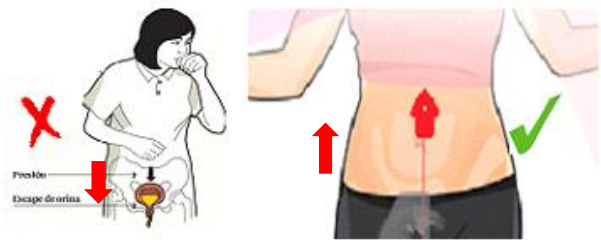
¿Cuáles posturas debo de evitar?



- Evitar posturas con los hombros hacia adelante como escondiendo el pecho.

¹¹ Imagen obtenida de: Plenilinia Salud Mujer (2015)

¹² Imagen obtenida de: Vida Abuelo (2013), Méndez (2014)

Posturas al estar de pie:**Posturas al estar sentada:****Posturas al levantar objetos****Esfuerzo de toser y estornudar**

13



- Evitar sostener la respiración cuando:
 - Se estornuda
 - Se realiza ejercicio físico
 - Se levanta objetos

¿Cómo se deben realizar los ejercicios?

Debe tener en cuenta que la prescripción de los ejercicios pélvicos, debe ser dada por un profesional en salud como el terapeuta físico, pero usted puede seguir algunas recomendaciones básicas:

1. Reconocer los músculos del Piso Pélvico.
 - **Contracción:** debe simular que está interrumpiendo el flujo de la orina.
 - **Autopalpación:** debe colocar un dedo en el canal de la vagina y sentir la contracción de la musculatura, puede ayudarse mirándose en un espejo.
2. Formas de realizar el ejercicio.

¹³ Imagen obtenida de: Iduana Center, Oxigenoterapia en Madrid (2014)

- **Postura:** va a depender de la fuerza muscular que su piso pélvico tenga. Se recomienda hacer los ejercicios en este orden e ir cambiando la posición con forme va aumentando la fuerza muscular.

1. Acostado boca arriba



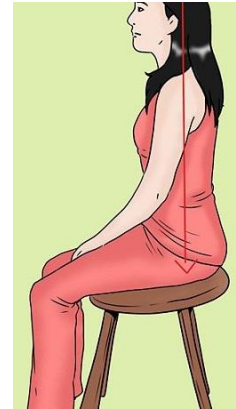
2. Acostado de medio lado



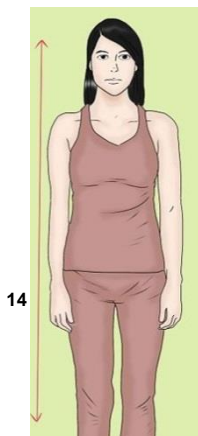
3. Cuadrúpedo



4. Sentado



5. De pie



¹⁴ Imágenes obtenidas de: Bruin (2013), Robles, Vega y Ortiz (2013), Guerra (2015)

- **Fuerza de contracción:**

Se recomienda combinar contracciones máximas (apretar lo más fuerte que pueda) y contracciones submáximas (apretar con menor intensidad).

- **Frecuencia:**

3 series: cada una de 8 a 12 contracciones pausadas.

Al terminar cada serie, añadir de 3 a 4 contracciones rápidas (sin descanso).

- **Duración de la contracción:**

6 a 8 segundos. Se deben realizar con una respiración controlada, mientras está espirando (expulsando) el aire.

- **Descanso:**

6 segundos entre cada contracción.

Repetir de 3 a 4 veces al día

¿Qué cuidado debo de tener al realizar los ejercicios?

- Debe realizarlos de manera disciplinada.
- Debe estar segura que los músculos que contraiga, sean los del piso pélvico.
- Verifique que no esté apretando el estómago, los muslos, los glúteos, ni los músculos del pecho.
- Nunca debe mantener la respiración, ni hacer fuerza de puje.
- No los realice cuando está orinando.

¿Por qué debo seguir las recomendaciones que me han dado?

Porque la incontinencia retornará sí usted deja de hacer estos ejercicios. El éxito de su tratamiento depende de cuánto usted, se comprometa con su recuperación.

¡Recuerde!
Consultar al profesional en salud, sí usted no está segura que está haciendo los ejercicios de manera correcta.

Planificación del abordaje clínico grupal: Fase de Educación
“Taller para usuaria con IUE”

Actividad	Objetivos	Metas esperadas	Materiales y/o recursos	Cantidad de participantes	Responsable
Conocimiento de la patología	Propiciar un espacio de comunicación con las usuarias en temas de anatomía de piso pélvico, causas y síntomas de la IUE.	Que la usuaria logre: 1. Comprender las generalidades anatómicas del piso pélvico y de la IUE. 2. Identificar su propia musculatura pélvica.	– Material audiovisual como carteles, presentaciones digitales y folletos informativos. – Computadora con acceso a internet. – Video Beam. – Parlantes. – Colchonetas. – Bolas terapéuticas – Sillas. – Pizarra.	Máximo 30 personas	Terapeuta Físico
Entrenamiento de la musculatura perineal	Instruir a las usuarias en el reconocimiento de la musculatura perineal.	3. Comprender la técnica correcta para la ejecución de los ejercicios de fortalecimiento.			
Educación Postural	Mostrar técnicas de higiene postural específicos para usuarias con IUE.	4. Tomar conciencia de las posturas que ha adoptado a causa de su IUE.			
Información para la usuaria: material de apoyo	Facilitar a la usuaria material de apoyo visual de fácil consulta sobre los temas desarrollados en el taller.	5. Comprender cuales deben ser las posturas correctas en sus AVD. 6. Comprender la información expuesta en el “Manual de la usuaria con IUE”.			

Fuente: Garro y Espinoza (2015)

Objetivos:

Brindar lineamientos de seguimiento para el abordaje fisioterapéutico desde la evaluación, valoración y tratamiento conservador de las mujeres con diagnóstico de IUE en la Consulta de Electroestimulación del Hospital México.

El Abordaje Clínico Individual, se crea tomando en cuenta el proceso que viven las usuarias para ser atendidas en la Consulta de Electroestimulación. Parte del principio de individualidad, la cual se desarrolla conociendo las características generales de la población en estudio, pero sin olvidar que cada usuaria requiere de un tratamiento específico según su historia actual, por lo cual, el seguimiento debe de ser individualizado, utilizando su expediente clínico primordialmente la historia ginecológica en cada sesión de tratamiento así como en la evaluación.

Consiste en una propuesta de aplicación clínica que se debe realizar durante las sesiones de tratamiento conservador en dicha consulta. Mediante esta metodología se pretende facilitar el abordaje a las usuarias con IUE, basándose en las características y opiniones que fueron descritas y analizadas durante el presente proceso de investigación.

Esta sección surge como resultado del análisis obtenido principalmente de la caracterización y las observaciones realizadas en la Consulta de Electroestimulación, la cual mostró la ausencia de una historia clínica basada en la sintomatología de la IUE, así como una valoración específica, tanto de la musculatura perineal como de la musculatura abdominal y asociada.

En relación al impacto en la calidad de vida de las mujeres que padecen con IUE, estas mismas observaciones coinciden con la percepción que poseen las usuarias al mencionar que su vida se ve afectada desde diferentes esferas como la física, social, psicológica y sexual; relación que se obtiene al observar una escasa valoración del impacto en la calidad de vida de las mismas.

Diferentes estudios han utilizado cuestionarios específicos en los que sus resultados demuestran cómo se ven afectadas cada una de las esferas y las

limitaciones que la sintomatología de esta afección provoca en las mujeres (Lucas et al., 2013), (Díaz, Medrano y Suárez, 2013). Viendo esta realidad se considera necesario realizar una evaluación más objetiva del impacto que genera con el fin de abordar esta patología desde un ámbito más integral.

Por otro lado, el seguimiento de la evolución que presentan las usuarias del servicio, descrito durante la investigación, en la cual la usuaria regresa a la consulta de Estática Pélvica meses después y describe su mejoría de una forma subjetiva, las investigadoras coinciden con diferentes estudios que durante el periodo de tiempo después de la finalización del tratamiento conservador, la usuaria deberá de continuar aplicando las recomendaciones brindadas durante todo el proceso, incluyendo en ello la realización de los ejercicios para luego ser revalorada y tomar una nueva decisión.

Es por esto que durante el desarrollo de la investigación se han obtenido diferentes estudios que demuestran mediante evidencia científica, diversas técnicas, procedimientos, instrumentos y agentes importantes en la rehabilitación del suelo pélvico y la integralidad de la mujer. Asimismo, se ha visto que lo recomendado es atender a las usuarias con base a evaluaciones clínicas objetivas y periódicas para obtener mejores resultados.

Pese a que la actual atención en dicha consulta se realiza una vez a la semana, durante doce semanas, esta propuesta orienta su aplicación a dos veces a la semana durante doce sesiones, dirigidas por un fisioterapeuta.

Se incluyen tres fases:



Fase diagnóstica



Objetivos:

- ✓ Brindar un abordaje óptimo mediante una valoración inicial más detallada y específica de la IUE que permita durante todo el proceso de asesoramiento, gestión y tratamiento utilizar los recursos más adecuados para la formulación del plan de tratamiento.
- ✓ Orientar la toma de decisiones durante el proceso de rehabilitación.

• Contenido:

- Historia Clínica
- Cuestionario KHQ
- Exploración física

¹⁵ Imagen obtenida de: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2012)

Antes de iniciar el fisioterapeuta debe de tener en cuenta...

- ✓ Realizar la evaluación e intervención en un espacio físico adecuado y cómodo tanto para el profesional como para la usuaria, este deberá ser seguro, higiénico, privado, con buena ventilación y que no permita la entrada de ajenos durante la sesión.
- ✓ Debe de existir un servicio sanitario o vestidor privado de único acceso a la usuaria tratante.
- ✓ Utilizar una camilla ajustable para evitar lesiones por posturas inadecuadas del terapeuta físico y contar con una grada para la usuaria. Esta camilla a su vez debe encontrarse limpia, preferiblemente ser cambiada cada vez que se finalice con una usuaria o utilizar láminas de papel específico para el uso.
- ✓ El fisioterapeuta deberá de utilizar guantes estériles durante la evaluación y palpación del periné y estos ser cambiados por cada usuaria.
- ✓ La usuaria debe de tener hábitos de higiene personal.

En este apartado, se exponen los diferentes puntos que se incluyen como parte de la exploración y el diagnóstico de la usuaria con IUE. Se realiza una recopilación bibliográfica con base científica para presentar lo utilizado actualmente en la primera fase diagnóstica de esta patología.

Las evaluaciones se realizarán periódicamente, en este orden:

- Sesión 1: Evaluación inicial: historia clínica completa, cuestionario de evaluación de calidad de vida y una exploración física
- Sesión 6: Evaluación de control (Prueba PERFECT)
- Sesión 12: Evaluación final basada en la exploración física

Se describen a continuación los diferentes apartados que se incluyen en esta fase diagnóstica

❖ **Historia Clínica**

La mayoría de autores consultados señalan la necesidad de una historia clínica detallada y orientada a la IUE (Walker, 2013) (Díaz et al., 2013) (Fuentes y Venegas, 2013) (Lucas et al., 2013). Consiste en el primer acercamiento que posee la usuaria con el fisioterapeuta en relación a su patología. En ella la usuaria expresa información detallada de su condición que le permitirá al fisioterapeuta obtener una orientación básica del problema mediante la cual se basará el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de la usuaria, así como la relación que posee la historia actual con otras patologías.

El o la terapeuta debe realizar un interrogatorio rápido, claro y sistematizado que permita determinar la gravedad de la IUE desde los diferentes ámbitos, frecuencia, evolución, síntomas percibidos, hábitos predisponentes, factores de riesgo, la causalidad de la misma; todo ello con el fin de orientar el tratamiento adecuado para la rehabilitación del suelo pélvico. Se considera un medio importante para crear vínculos de confianza entre la usuaria y el fisioterapeuta y con ello lograr mejor participación y adherencia al tratamiento por parte de la usuaria, situación que fue expresada por parte de las usuarias durante las entrevistas al mencionar que existe una gran barrera entre ellas y el médico tratante.

La historia clínica se debe de utilizar en cada sesión de tratamiento y evaluación, con el fin de tener a mano la información requerida para la toma de decisiones durante el proceso, basado en un registro. Este registro es de fácil llenado, consta de varios apartados en los cuales las repuestas son cortas y en un futuro podrían ser codificadas para una posible tabulación ya sea en sistemas de registro como de futuras investigaciones:

- **Datos generales:** Información detallada de la usuaria del estado general, datos sociodemográficos, edad, número de asegurada, lugar de residencia, profesión, vida sexual, actividad física o deportes que practican. Estos muestran un perfil general de la usuaria y servirán para mejores registros de expedientes.
- **Registro de evaluación y valoración de la IUE:** En él se anotarán los resultados obtenidos mediante las diferentes pruebas diagnósticas. Las mismas se adjuntarán a la presente historia clínica en el expediente de la usuaria. Se coloca como uno de los primeros apartados para una mejor lectura del registro sin embargo, su llenado se realiza en forma simultánea con la exploración física o una vez finalizada la historia clínica y las evaluaciones específicas, esto va a depender de la facilidad del profesional a cargo.

Valoración de la gravedad: Esta valoración se realizará mediante la clasificación de Obrink, la cual se lleva a cabo en función de la magnitud e intensidad de los esfuerzos realizados los cuales provocan la salida de la orina. (Rioja et al., 2005), (Vicente, Cózar, Martínez, Espejo, y Tallada, 2002) Se clasifica en tres grados:

- Grado I: Incontinencia a esfuerzos severos. (Tos, risa, se mantiene seca durante la noche)
 - Grado II: Incontinencia a esfuerzos moderados. (Deambulación, ponerse de pie)
 - Grado III: Incontinencia a esfuerzos mínimos. (Las fugas ocurren sin relación a esfuerzos o esfuerzos mínimos: reposo, cambios posturales)
- **Antecedentes patológicos personales (APP):** El o la terapeuta debe conocer toda aquella situación médica tanto pasada como actual, con el fin de determinar si existe o coexiste relación con la IUE, que puedan afectar la función sensorial o motora del tracto urinario inferior. El estreñimiento además se incluye dentro de este apartado,

este al generar presión continua provoca debilidad de la musculatura lo que favorece a prolapsos o dificultad para el control vesical.

La indicación del tratamiento conservador es completamente individualizada. Debe de estar dado bajo un enfoque integral, es decir, que este no llegue a influenciar en otras afecciones como el cáncer, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, renales, entre otras, reconociendo en ellas contraindicaciones específicas y la historia farmacológica paralela que pueda influir en las vías urinarias.

- **Antecedentes no patológicos personales (ANPP):** Este apartado se refiere a los estilos de vida de la persona que pueden influenciar en la calidad de vida y la evolución de la incontinencia urinaria, como el fumado, consumo de alcohol o de algún otro tipo de droga así como la calidad del sueño. Estos factores predisponen a las personas a padecer de otras patologías como HTA, enfermedades respiratorias, cáncer, etc, las cuales sí podrían tener relación directa con el padecimiento de IUE o al menos con su medicación.
- **Antecedentes quirúrgicos (AQx):** Necesario para conocer todas aquellas intervenciones quirúrgicas que puedan afectar las estructuras de sostén de las vísceras uroginecológicas y provocar el desequilibrio de la musculatura perineal, así como la fisiología de la micción.
- **Antecedentes ginecológicos (AG):** La historia ginecológica es información de gran importancia en la rehabilitación del piso pélvico. Incluye antecedentes obstétricos como la paridad, peso obtenido en cada embarazo, tipo de parto, edad y si hubo desgarros y/o episiotomías. La paridad de la mujer se menciona como factor de riesgo; un mayor número de partos aumenta la posibilidad de poseer desequilibrios musculares, tanto abdominal como perineal lo cual se relaciona con la posibilidad de padecer IUE.
- **Antecedentes patológicos y ginecológicos familiares (APGF):** En ella se anota la historia patológica familiar tanto general como ginecológica, esta última en especial. Historia de IU, prolapsos, cirugías de madre o hermanas.

- **Historia actual:** Se desarrolla una historia específica sobre la IUE, en ella se anotan los síntomas percibidos desde el inicio de la IUE hasta la actualidad, los episodios desencadenantes, aparición de la IUE en las diferentes etapas, la severidad de los síntomas, su evolución y afectaciones asociadas. Además, se debe de incluir parte de su estilo de vida y las situaciones que consideran que desencadenan la patología. Los tratamientos previos que no han conseguido un resultado positivo tanto en su patología como en su calidad de vida son importantes de anotar en este apartado, con el fin de ser revalorados en la consulta de tratamiento conservador para futuras referencias a consultas especializadas.

- **Observaciones finales:** Le permitirá al fisioterapeuta hacer anotaciones que considere importante y que no esté plasmado de forma explícita en el presente instrumento de recolección de información.

- **Objetivos y metas alcanzables:** Una vez finalizada la historia clínica y la evaluación física, el fisioterapeuta obtendrá un diagnóstico basado en lo encontrado, por lo cual planteará metas y objetivos realistas y alcanzables a desarrollar durante el tratamiento, así mismo le permitirá trazar una línea de tratamiento en función de la rehabilitación de la IUE. Es importante señalar que las metas y objetivos deberán ser compartidos por la usuaria de forma que no cree falsas expectativas en la misma y pueda influir de forma negativa en la adherencia de la usuaria al tratamiento.

- **Control de asistencia:** Este último apartado contiene la lista de asistencia de la usuaria, en la casilla se marca si la usuaria asistió, de lo contrario quedará en blanco. Igualmente se anota la fecha de la sesión a la que asistió, la sesión 1, 6 y 12 refiere las sesiones en las que se deberá de realizar una evaluación control que se describirá en la fase de seguimiento.

A continuación se muestra el instrumento que contiene cada uno de los puntos antes descritos:

Instrumento Adaptado
CONSULTA DE ELECTROESTIMULACIÓN DEL HOSPITAL MÉXICO
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
Historia Clínica del Piso Pélvico

I. DATOS GENERALES		Fecha de valoración: __/__/__
Nombre:		No. Identificación
Fecha de nacimiento: __/__/__		Teléfono: __-__-__-__-__
Lugar de residencia:		
Talla:	Peso:	IMC:
Ocupación: (Detallada)		
Actividad sexual activa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Realiza actividad física?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico médico (urodinámico):		
Diagnóstico fisioterapéutico:		
Medicamentos utilizados:		
II. REGISTROS DE EVALUACION Y VALORACION		
Dolor: (Escala numérica) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
Grado de IUE: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Evolución:		
Puntaje Cuestionario de calidad de vida (KHQ): _____		
Fuerza muscular: Músculos del piso pélvico: Escala Oxford modificada: _____		
Reconocimiento de la musculatura y contracción voluntaria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Realiza compensaciones <input type="checkbox"/>		
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES		
<input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Prolapsos <input type="checkbox"/> IU fecal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemias <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cervicigias <input type="checkbox"/> Dorsalgias <input type="checkbox"/> Lumbalgias <input type="checkbox"/> Alergias _____ estas le provocan estornudar o toser <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> Cáncer _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____		
IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NO PERSONALES		
<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas Tipo: _____ Duerme bien: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por qué: _____		
V. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		Evolución
<input type="checkbox"/> Histerectomías		_____
<input type="checkbox"/> Colocación de Sling o mallas		_____
<input type="checkbox"/> Otras:		_____

VI. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS PERSONALES:

N° partos	Edad	Cesárea		Episiotomía		Desgarro		Fórceps		Epidural		IUE	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1													
2													
3													
4													
5													
6													

VII. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y GINECOLÓGICOS FAMILIARES:

- IUE IU urgencia IU mixta IU fecal Estreñimiento Prolapsos
 Diabetes HTA Dislipidemias Cardiopatías Asma Epilepsia
 Artritis Osteoporosis Alergias _____
 Infecciones urinarias recurrentes Cáncer _____
 Otros: _____

VIII. HISTORIA ACTUAL**Aparición IUE durante:**

- Edad reproductiva
 Pre-menopausia
 Menopausia N.º de años _____ ¿Con tratamiento de reemplazo? Si No
 Post-parto N.º semanas: _____

A presentado en los últimos 3 meses:

- Infecciones urinarias de repetición
 Estreñimiento crónico
 Disuria
 Dispareunia
 Hematuria
 Prolapsos Tipo: _____ Evolución: _____
 Intervenciones quirúrgicas ginecológicas o urológicas: _____

¿Ha recibido otros tratamientos para la IUE?

No Sí Indique: _____

Incontinencia al:	Frecuencia			
<input type="checkbox"/> Estornudar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional	Realiza la técnica correctamente:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caminar rápido	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional	Realiza la técnica correctamente:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar pesos	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional	Realiza la técnica correctamente:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toser	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional	Realiza la técnica correctamente:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Correr	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional		
<input type="checkbox"/> Reír	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional		
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional		
<input type="checkbox"/> Saltar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional		
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ocasional		

Nº de veces que realiza la micción. _____ Día y _____ Noche

Sensación de urgencia: ¿Le da tiempo a llegar al baño a orinar?: Si No

Cantidad de pérdida de orina: gotas chorro todo

¿Utiliza algún tipo de protección?

Si _____ Tipo: Protector Toalla sanitaria Pañal ¿Cuántos al día? _____

No

IX. OBSERVACIONES Y ANOTACIONES:

X. OBJETIVOS Y METAS ALCANZABLES:

Objetivos:

Metas:

XI. ASISTENCIA AL TRATAMIENTO

<input type="checkbox"/> 1. ___ / ___ / ___ E*	<input type="checkbox"/> 5. ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> 9. ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Evaluación de seguimiento:
<input type="checkbox"/> 2. ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> 6. ___ / ___ / ___ E*	<input type="checkbox"/> 10. ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ E*
<input type="checkbox"/> 3. ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> 7. ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> 11. ___ / ___ / ___	
<input type="checkbox"/> 4. ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> 8. ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> 12. ___ / ___ / ___ E*	E* Sesiones de evaluación

❖ **Cuestionario KHQ: Impacto en la calidad de vida**

Fue diseñado por Cardozo y Kelleher en 1997 y validado por Badia, Castro y Conejero (2000) para la versión española en población con IU. Estos últimos autores consideran que la mayor frecuencia, pérdida y número de escapes de orina se han relacionado con una peor percepción de la calidad de vida de la paciente con IU, es por tanto, que se propone la utilización de este instrumento en la presente propuesta, con el fin de conocer la repercusión que posee la patología en la salud de las mujeres en estudio y con ello ayudar en la toma de decisiones tanto en el tratamiento como en aspectos de la vida diaria.

Consiste en la utilización de un cuestionario auto administrado, entregado a la usuaria en la primera consulta de electroestimulación, se le indica a la usuaria que lo complete en su casa y lo lleve a la siguiente cita. Consta de 21 ítems cada uno con 4 posibles opciones y distribuidos en 9 dimensiones que abarcan desde el ámbito social, físico y mental:

1. Percepción del estado de salud general (1 ítem)
2. Impacto de la IU (1 ítem)
3. Limitaciones en las actividades diarias (2 ítems)
4. Limitaciones sociales (2 ítems)
5. Limitaciones físicas (2 ítems)
6. Relaciones personales (3 ítems)
7. Emociones (3 ítems)
8. Sueño/energía (2 ítems)
9. Impacto de la incontinencia (5 ítems).

Rango de puntuación va de 0 a 100

- 0 mejor calidad de vida relacionado a la salud
- 100 peor calidad de vida relacionado a la salud

Una dimensión adicional evalúa la gravedad de los síntomas urinarios.

A continuación se presenta el cuestionario a utilizar:

Cuestionario de incontinencia King's Health

Nombre completo:

Cédula:

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?

Conteste todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Marque con una x la casilla que corresponda a su caso. Sus respuestas serán de uso confidencial.

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

- Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc.?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

RELACIONES PERSONALES

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

- No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

EMOCIONES**12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?**

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

SUEÑO / ENERGÍA**15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?**

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?**17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?**

Nunca A veces A menudo Siempre

18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

Nunca A veces A menudo Siempre

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

Nunca A veces A menudo Siempre

20. ¿Está preocupado/a por si huele?

Nunca A veces A menudo Siempre

21. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?

Nunca A veces A menudo Siempre

Espacio de llenado para el personal
TOTAL: _____

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad y márquelos con una x. DEJE SIN CONTESTAR los que no correspondan a su caso. Sus respuestas serán de uso confidencial.

¿Hasta qué punto le afectan?

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--------------------------------|
| 22. FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 23. NICTURIA: levantarse durante la noche para orinar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 24. URGENCIA: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 25. INCONTINENCIA POR URGENCIA: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 26. INCONTINENCIA POR ESFUERZO: escape de orina por actividad física, ejemplo: toser, estornudar, correr | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 27. ENURESIS NOCTURNA: mojar la cama durante la noche | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 28. INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: escape de orina durante el acto sexual (coito) | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 29. INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 30. DOLOR EN LA VEJIGA: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 31. DIFICULTAD AL ORINAR: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 32. OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):
..... | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.

Fuente: Hospital Universitario Ramón y Cajal (2015).

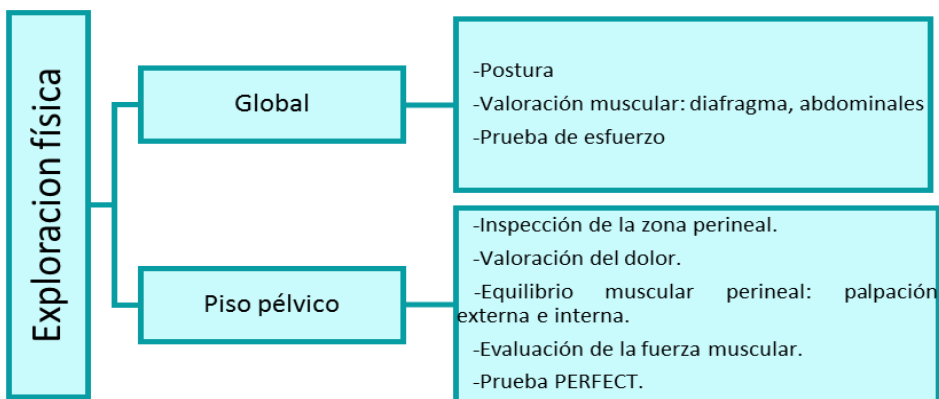
❖ Exploración física:

Consiste en un examen físico de las estructuras involucradas en la estática pélvica y la de la usuaria que a su vez respalda y verifica la historia clínica. En él se pretende realizar una inspección, palpación y valoración funcional de la actividad muscular, desequilibrios, desalineaciones articulares y miofasciales con el fin de obtener datos objetivos sobre la condición real de la usuaria, el control voluntario e involuntario de las estructuras involucradas, el equilibrio muscular y la relación que posee la patología con funciones como la respiración, la estabilidad de la espalda, pelvis y cadera.

Esta exploración se debe de llevar a cabo tanto en forma superficial como profunda en busca de adherencias, presencia de cicatrices, prolapsos, tono muscular, capacidad contráctil y de relajación de los músculos, por tanto para esta exploración física se utilizaran diferentes métodos, técnicas e instrumentos de diagnóstico terapéutico los cuales han sido utilizados en diferentes estudios bajo evidencia científica.

Además, es importante aclarar que la exploración física se debe de realizar de forma periódica por lo que en esta propuesta se pretende realizar en la primera sesión, la número seis, la número doce que corresponde a la última sesión de tratamiento y por último una sesión de seguimiento que se plantea realizar tres meses finalizadas las sesiones de tratamiento. En la fase de seguimiento se darán más detalles.

Se divide a continuación en 2 apartados importantes:



❖ Exploración global

▪ Valoración de la postura

Como en la mayoría de las consultas fisioterapéuticas, estudios recomiendan una evaluación postural de la usuaria con IUE, con el fin de reconocer alteraciones posturales que pueden o no, tener relación con la posición de la pelvis y la IU. Para efectos de la presente propuesta se recomienda que el evaluador realice una observación rápida capaz de reconocer alteraciones importantes, principalmente en la región lumbo-abdomino-pélvica debido a que la estabilidad de la misma implica un correcto funcionamiento y biomecánica de todos los componentes articulares, fasciales, musculares y nerviosos. No obstante, debido a la estructura de la consulta no es posible realizar un examen postural completo, sin embargo se considera pertinente.

▪ Valoración del músculo diafragma torácico

En un primer momento se pretende descartar hipertonías o retracciones que como consecuencia puedan provocar aumentos crónicos de la presión intraabdominal lo que conlleva a ser factor predisponente de disfunciones del piso pélvico.

Técnica: La usuaria se encuentra en decúbito supino, con los miembros inferiores flexionados sobre la camilla y en abducción (posición ginecológica). Se realiza una valoración bilateral y simultánea, se colocan los pulgares en la arcada costal, se valora el interior de cada arco.

Cuando se palpa el diafragma en una posición más superficial, indica una retracción del mismo. Esta posición es de fácil palpación pero en muchos casos dolorosa para las usuarias. Esta retracción indica que el diafragma se encuentra descendido en una posición similar a la de la inspiración, indica una hipertonía del mismo por lo que cualquier esfuerzo aumentará la presión sobre el piso pélvico, por lo que se ofrece resistencia al querer introducir los dedos en la arcada costal. En la figura 10 se muestra de manera gráfica esta evaluación.




Figura 10. Valoración del tono del diafragma. (Martínez, Ferri , Patiño , Viñas y Martínez , 2004)

- Valoración de los músculos abdominales:

Se busca por medio de su valoración descartar la hiperactividad de los músculos oblicuos externos, valorar la capacidad contráctil de la musculatura profunda del abdomen (transverso del abdomen) sin activar la superficial, además de evaluar si existe o no coactivación de la musculatura profunda del abdomen durante la activación de los músculos del suelo pélvico. En caso de que la usuaria active los oblicuos externos como internos, se deberá de intentar en otras posiciones como decúbito lateral o cuadrúpedo hasta que la usuaria haya entendido la orden con exactitud. Una vez entendido se volverá a intentar en decúbito supino. En el siguiente cuadro se muestra las diferentes situaciones que se evalúan en la zona abdominal.

Cuadro 16. Exploración y valoración de los músculos abdominales en usuarias con IUE.

Exploración	Explicación
	<p>Hiperactividad de los músculos oblicuos externos: Durante la palpación del diafragma torácico, se impedirá la correcta palpación de la cara interna de la arcada costal, también se puede encontrar tensión aumentada en la pared lateral del abdomen por encima de las crestas iliacas. La hiperactividad de estos músculos puede provocar dificultad para contraer de forma aislada la musculatura profunda del abdomen y del suelo pélvico y puede poner de manifiesto una alteración del control motor, que deberá ser restaurada durante el tratamiento.</p>
	<p>Capacidad contráctil del músculo transverso del abdomen: Su palpación es difícil debido a la superposición de la actividad del oblicuo interno. La usuaria se encuentra en decúbito supino, con la pelvis en posición neutra, se colocan los dedos pulgares por dentro y por debajo de la espina iliaca anterosuperior, simultáneamente debe de cerciorarse que no exista actividad en el plano superficial abdominal, sino que debe de estar concentrada en la región suprapúbica. El fisioterapeuta le indica a la usuaria que intente hundir despacio y suavemente la parte inferior del abdomen o que haga como si quisiera abrochar el botón de un pantalón ajustado.</p>
	<p>Coactividad de los músculos profundos del abdomen (transverso del abdomen) y los músculos del piso pélvico: Se utiliza la misma técnica descrita anteriormente y solicitando una contracción del piso pélvico. No se debe relacionar directamente una buena actividad de los músculos profundos del abdomen con unos buenos músculos del piso pélvico o viceversa.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Walker (2013)¹⁶

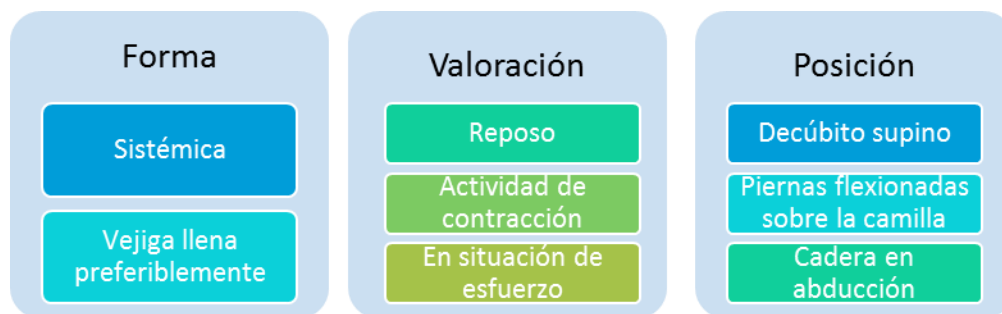
¹⁶Imágenes obtenidas de: TENA. Lady (2014)

Prueba de esfuerzo:

Se le solicita a la usuaria que tome suficiente líquido con anterioridad a la prueba de forma que su vejiga se encuentre llena (300ml). La usuaria realiza una maniobra de Vasalva o tose con el fin de objetivar la salida de orina y con ello la IUE. (Walker, 2013). Se observa si la presión infra umbilical aumenta sobre el piso pélvico (se sobresale por la poca contracción de los músculos abdominales), esta situación no ha sido bastante evidenciada en la literatura consultada como factor directo en los pacientes con IUE, sin embargo recomiendan que esta actividad debe ser detectada para anotar y corregir a medida de que avanza el tratamiento. La usuaria se encuentra en decúbito supino, con repetición en bipedestación en caso de que no se observara la salida de orina.

❖ Exploración del piso pélvico

El mismo se realizará en:



- Inspección de la zona perineal.

En un primer momento se debe de realizar una observación general de la zona en busca de irritaciones de la piel y mucosa, cicatrices, abertura vaginal, excoriaciones, asimetrías, etc. y evaluar la capacidad de contraer y relajar la musculatura del suelo pélvico. Se le solicita a la usuaria realizar contracciones máximas de su musculatura con diferencias en el tiempo y velocidad de contracción. Mediante esta evaluación el fisioterapeuta sospecha en un primer momento del reconocimiento o no del suelo pélvico, lo cual lo confirmará con evaluaciones siguientes e inmediatas mediante pruebas objetivas y concretas.

Para Díaz et al. (2013), cuando el paciente contrae voluntariamente significa que ejerce control sobre ellos, por tanto en una contracción voluntaria de la musculatura, el periné asciende hacia el interior asociando dicho ascenso a una cocontracción visible y el cierre de la entrada de la vagina, así como la presencia de asimetrías, rapidez y lentitud de respuesta. Durante este proceso se observará si la usuaria compensa con contracciones de los glúteos, aductores y/o abdominales.

- Valoración del dolor

Se considera importante conocer la historia del dolor de la usuaria por lo que en el presente apartado se realizará una valoración completa donde se indica el tipo de dolor, duración, irradiación e intensidad, determinada mediante la escala numérica del dolor del 0 al 10, factores que agravan y factores que alivian.

En este apartado Walker (2013) propone localizar el dolor mediante imágenes sencillas del periné y zona lumbopélvica en la que tanto la usuaria señala la zona de dolor, y el fisioterapeuta mediante la observación y palpación lo describe anatómicamente. El fin de esta valoración es principalmente localizar puntos gatillos y/o evitar el subdiagnóstico que existe en este tipo de afecciones, como la presencia de adherencias o cicatrices.

- Equilibrio muscular perineal

Mediante la palpación el fisioterapeuta obtiene resultados del verdadero funcionamiento en contracción-relajación de la usuaria y le permite considerar verdaderas limitaciones física o psíquicas de la usuaria.

→**Palpación externa:** Inicialmente presión digital sobre el núcleo fibroso central del periné, lo cual da criterio sobre el grado de firmeza del suelo pélvico.

→**Palpación interna o tacto vaginal:** Se introduce el dedo que palpará de forma lenta, suave y progresivamente el espacio intravaginal, esto con el fin de mejorar la sensibilidad del evaluador en la cavidad y no someter a la usuaria a una primera palpación y apertura vaginal brusca. Se valorará la presencia de puntos de dolor, fibrosis, cicatrices, pérdida de continuidad, resistencia a la palpación y la relajación, distensiones. Posteriormente, el fisioterapeuta introduce los dedos índice y medio en la

cavidad vaginal con la mano en pronación y solicita a la usuaria contracciones máximas de su musculatura perineal. La contracción voluntaria es percibida en el contorno del dedo del evaluador, clasificando la contracción en nula, débil o fuerte, seguido de la capacidad de relajar la musculatura, en ausente, parcial o completa relajación (Díaz, et al., 2013) En el cuadro 17 se muestra una recopilación de las diferentes situaciones que se evalúan en una exploración física, las cuales han sido descritas por los diferentes estudios en el presente apartado.

Cuadro 17. Situaciones del tono de la musculatura perineal, valorada durante la palpación.

Situaciones	Características	Síntomas	Signos
Musculatura perineal normal	Aquella en la que la contracción voluntaria e involuntaria así como relajación ocurren con normalidad; la contracción voluntaria es “normal” o “fuerte” y la relajación es “completa”. A la palpación adquiere una resistencia elástica. Valsalva o tos: El periné no se deprime cuando se realiza la maniobra.		
Hipertonía perineal	La relajación no sucede; hay contracción incluso cuando es necesaria la relajación funcionalmente, como ocurre en la micción y/o defecación. A la palpación se percibe la rigidez y ofrece gran resistencia al estiramiento manual.	Disfunción miccional, pérdida de orina, obstrucción al defecar y dispareunia.	Ausencia de relajación voluntaria de la musculatura del suelo pélvico. Rigidez y resistencia al estiramiento.
Hipotonía perineal	La contracción voluntaria no ocurre cuando es necesario. A la palpación no ofrece ninguna resistencia. Valsalva o tos: El periné se abomba en su totalidad, también signo de distensión facial y mal efecto amortiguador.	Incontinencia urinaria e incontinencia fecal.	Prolapso de órganos pélvicos y ausencia de contracción voluntaria e involuntaria de la musculatura perineal. Mayor distancia anovulvar y mayor distensión del tejido perineal.
Atrofia perineal	La actividad contráctil del músculo perineal no es palpable	Los asociados a la nula contracción perineal	Los asociados a la nula contracción y relajación perineal.

Fuente: Elaboración propia a partir de Walker (2013) y Díaz et al., (2013)

- Evaluación fuerza muscular

-Examen manual muscular (EMM): La fuerza muscular se evalúa mediante la escala de Oxford Modificada para la musculatura del suelo pélvico. En el cuadro 18 se muestra la clasificación en grados del 0 al 5, donde 0 es nula la contracción y 5 la mayor contracción realizada.

Cuadro 18. Escala de Oxford modificada para la musculatura del suelo pélvico.

Grado	Respuesta muscular
Grado 0:	Ausencia de contracción de los músculos perineales.
Grado 1:	Esbozo de contracción no sostenida. Parpadeos. Movimientos temblorosos de la musculatura.
Grado 2:	Presencia de contracción de pequeña intensidad, pero que se sostiene.
Grado 3:	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares Contracción sentida con un aumento de la presión intravaginal, que comprime los dedos del examinador, habiendo pequeña elevación de la pared vaginal posterior. Moderado. Aumento de presión.
Grado 4:	Contracción satisfactoria, que aprieta los dedos del examinador, con elevación de la pared vaginal posterior en dirección de la sínfisis púbica. Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente, contra resistencia moderada.
Grado 5:	Contracción fuerte, compresión firme de los dedos del examinador con movimiento positivo en relación a la sínfisis púbica. Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima.

Fuente: Elaboración propia a partir de Teixeira y Almeida (2010) y Martínez et al. (2004).

- Prueba PERFECT:

Esta evaluación se considera de importancia y bastante completa, ya que no solo mide la fuerza muscular sino que además brinda resultados más precisos en cuanto a resistencia, repeticiones y tiempo de las contracciones. Es por esta razón que los valores obtenidos en la prueba serán utilizados en la indicación del tratamiento de

cada usuaria. Esta prueba se realizará en la sesión 1, 6 y 12. Para una mejor comprensión se presenta el cuadro 19.

Cuadro 19. Prueba PERFECT para el piso pélvico según Lonvick, 1992

Sigla	Valoración	Método
P	Power Fuerza	Escala de Oxford Modificada.
E	Endurance Resistencia	Tiempo en que es capaz de mantener la contracción máxima sin llegar a la fatiga. (*)
R	Repetitions Repeticiones	Número de repeticiones que puede hacer considerando periodos de descanso entre contracciones de 4 seg o más.
F	Fast Rápidas	Después de un descanso de al menos un minuto se mide el número de contracciones que la mujer puede hacer de forma rápida y seguidas.
ECT	Every contraction timed Número de contracciones en un tiempo determinado	Es la medida del examinador para registrar el progreso de forma individualizada y específica por medio del cronometraje de todas las contracciones. (**)

Elaboración propia a partir de: Fuentes y Venegas, (2013); Walker, (2013); Martínez et al. (2004); Teixeira y Almeida, (2010).

(*) Para la evaluación de la resistencia se puede además hacer uso del biofeedback, en él se obtendrá el grado de presión que realiza la usuaria en cada contracción y bajo la cual se mantendrá en ejercicio. Estos registros podrán ser importantes en valoraciones siguientes.

(**) Cada usuaria obtendrá un valor de PERF según los valores obtenidos, por ejemplo: una usuaria con un PERF de 3587, es capaz de realizar una contracción con un Oxford e grado 3, durante 5 segundos, repetirla 8 veces y después de 1 minuto, realizar 7 contracciones rápidas.

Se debe tener especial cuidado cuando se le solicita a la usuaria que realice contracciones máximas ya que si no se conoce previamente el tiempo que estos músculos tardan en fatigarse, la usuaria podría comenzar a fatigarse e iniciar compensaciones antes mencionadas como la activación de la musculatura abdominal, aductora y/o glútea. (Rioja, González y Estévez 2005). Estas compensaciones serán

identificadas mediante la observación y la palpación con la mano contraria colocada sobre el abdomen, mientras la otra se encuentra en exploración vaginal.

- Observaciones finales:

En este último espacio el profesional podrá incluir detalles específicos de cada usuaria, como el estado general de la piel, dermatitis, lubricación de la mucosa, hipoestrogenismo, disminución de la rigurosidad, prolapsos y toda aquella información que considere importante que no lo contengan los diferentes instrumentos propuestos.

- ❖ **Diagnóstico fisioterapéutico:**

Los datos obtenidos en la historia clínica, en esta exploración física, así como del cuestionario de calidad de vida serán analizados de forma conjunta para obtener en un primer momento un diagnóstico fisioterapéutico y permitir un adecuado plan de tratamiento de acuerdo a la funcionalidad y estado de la usuaria.

A continuación se presenta el instrumento propuesto:

**Instrumento Adaptado
CONSULTA DE ELECTROESTIMULACIÓN DEL HOSPITAL MÉXICO**

Instrumento de exploración física para IUE

- Primera sesión de exploración (primera consulta/sesión)
 Última sesión de exploración (sesión doce)
 Consulta de seguimiento (3 meses finalizada las doce sesiones)

I. EXPLORACION GLOBAL

POSTURAL	MUSC. DIAFRAGMA TORACICO	MUSC. ABDOMINALES
Región lumbopélvica <input type="radio"/> Hiperlordosis lumbar <input type="radio"/> Pelvis en anteversión <input type="radio"/> Pelvis en retroversión Región abdominal <input type="radio"/> Diástasis abdominal <input type="radio"/> Otra _____	Bilateral/lado <input type="radio"/> Hipertonía <input type="radio"/> Dere <input type="radio"/> Izq <input type="radio"/> Retracciones <input type="radio"/> Dere <input type="radio"/> Izq	<input type="radio"/> Hiperactividad de los oblicuos externos <input type="radio"/> Contractilidad del transverso del abdomen Realiza compensaciones <input type="radio"/> Coactividad Musc profundos/pisopélvico.

II. PRUEBA DE ESFUERZO O VALSALVA

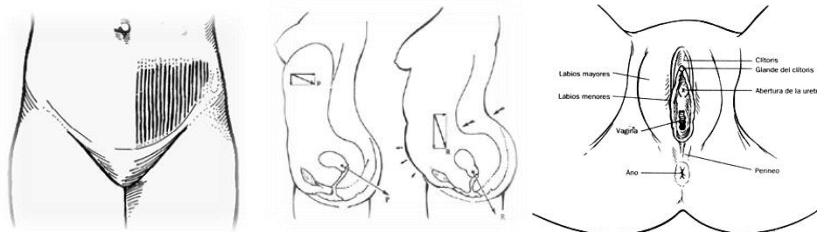
- Presencia salida de orina
 Sin presencia de orina al esfuerzo
 Aumenta la presión infraumbilical

III. INSPECCION DE LA ZONA PERINEAL

Presencia de: <input type="radio"/> Irritaciones de piel y mucosa <input type="radio"/> Excoriaciones <input type="radio"/> Asimetrías _____ <input type="radio"/> Presencia de cicatrices <input type="radio"/> Aertura vaginal	Contracciones visibles: <input type="radio"/> Periné asciende hacia el interior / cierre de entrada vagina <input type="radio"/> Preiné no asciende hacia el interior <input type="radio"/> Se observan simetrías a la contracción <input type="radio"/> Se observa rapidez a la orden <input type="radio"/> Se observa lentitud a la orden
---	--

IV. HISTORIA DEL DOLOR

Tipo	Intensidad (Escala numérica)	Duración	Irradiación	Factores que agrava	Factores que alivian
<input type="radio"/> Punzante <input type="radio"/> Cortante <input type="radio"/> Arde <input type="radio"/> Pica <input type="radio"/> Otro		<input type="radio"/> Constante <input type="radio"/> Ocasional	<input type="radio"/> Si (lugar) _____ <input type="radio"/> No	_____ _____ _____	_____ _____ _____



Localización del dolor y puntos gatillo (colocar una marca)¹⁷

Observaciones: (Descripción)

¹⁷ Imagen obtenida de: Martínez, Ferri, Patiño, Viñas y Martínez (2004)

IV.PALPACION Y TACTO VAGINAL			
Palpación externa: Sobre núcleo fibroso central del periné <input type="radio"/> Firmeza <input type="radio"/> No se percibe firmeza		Palpación interna: Técnica unidigital <input type="radio"/> Puntos de dolor <input type="radio"/> Fibrosis <input type="radio"/> Cicatrices <input type="radio"/> Pérdida de continuidad <input type="radio"/> Resistencia a la palpación <input type="radio"/> Resistencia a la relajación.	
		<input type="radio"/> *Uso de biofeedback <input type="radio"/> Técnica con dedo índice y medio Contracción <input type="radio"/> Nula o ausente <input type="radio"/> Débil <input type="radio"/> Fuerte Relajación <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Completa	
V.TONO MUSCULAR DEL PERINEO			
<input type="radio"/> Normal Contracción normal o fuerte Valsalva: Periné no se deprime	<input type="radio"/> Hipertonía perineal Ausencia de relajación voluntaria Rigidez Resistencia a la palpación	<input type="radio"/> Hipotonía perineal Ausencia de contracción voluntaria e involuntaria. Prolapso de órganos No ofrece ninguna resistencia a la palpación Mayor distancia anovular	<input type="radio"/> Atrofia perineal No hay actividad contractil palpable
VI.EVALUACIÓN DE LA FUERZA DE LA MUSCULATURA PERINEAL			
Escala de Oxford modificada para la musculatura del suelo pélvico			
Grado	Respuesta muscular		
<input type="radio"/>	Grado 0: Ausencia de contracción de los músculos perineales		
<input type="radio"/>	Grado 1: Esbozo de contracción no sostenida. Parpadeos. Movimientos temblorosos de la musculatura		
<input type="radio"/>	Grado 2: Presencia de contracción de pequeña intensidad, pero que se sostiene. Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares.		
<input type="radio"/>	Grado 3: Contracción sentida con un aumento de la presión intravaginal, que comprime los dedos del examinador, habiendo pequeña elevación de la pared vaginal posterior. Moderado. Aumento de presión.		
<input type="radio"/>	Grado 4: Contracción satisfactoria, que aprieta los dedos del examinador, con elevación de la pared vaginal posterior en dirección de la sínfisis púbica. Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente, contra resistencia moderada		
<input type="radio"/>	Grado 5: Contracción fuerte, compresión firme de los dedos del examinador con movimiento positivo en relación a la sínfisis púbica. Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima.		
Fuente: Elaboración propia a partir de Teixeira y Almeida, (2010) y Martínez et al. (2004)			
PRUEBA PERFECT			

Sigla	Valoración	Puntaje
P	Fuerza Según Escala de Oxford Modificada	_____
E	Resistencia Tiempo en que es capaz de mantener la contracción máxima sin llegar a la fatiga. (*)	_____
R	Repeticiones Número de repeticiones que puede hacer considerando periodos de descanso entre contracciones de 4 seg o más	_____
F	Rápidas Después de un descanso de al menos un min se mide el número de contracciones que la mujer puede hacer de forma rápida y seguidas.	_____
ECT	Every contraction timed Completan el acrónimo y recuerdan que siguiendo el protocolo cada una de las contracciones musculares serán registradas y temporalizadas de forma individualizada y específica. (**)	_____

OBSERVACIONES FINALES

Fase de intervención



Contenido:

- Información a la usuaria
- Técnicas manuales
- Técnicas instrumentales
- Cinesioterapia para piso pélvico.

Objetivos:

- ✓ Propiciar un espacio de comunicación personal con la usuaria en temas de IUE.
- ✓ Facilitar lineamientos teóricos en la aplicación de técnicas manuales, instrumentales y cinesioterapia para el tratamiento de la IUE.

En este apartado, se exponen las diferentes técnicas que se han encontrado como efectivas para el abordaje conservador de la IUE. Se realiza una recopilación bibliográfica con base científica para presentar lo utilizado actualmente en el tratamiento de esta patología. Se debe tomar en cuenta que la bibliografía muestra diversidad de tratamientos, el profesional en salud debe considerar las particularidades de cada usuaria y adaptarlas de acuerdo a las necesidades que se presentan y a los recursos con los que cuenta. Se detallan a continuación, las medidas conservadoras aplicadas al tratamiento de la IUE.

❖ **Información a la usuaria:**

Cuando se ofrece un tratamiento grupal de fisioterapia a pacientes con incontinencia urinaria, como se describió en la fase de educación, autores como Díaz et al. (2013), comentan que debe existir la posibilidad de ser atendido también, de forma individual. En esta propuesta, se le otorga a la usuaria la posibilidad de recibir ambos tratamientos.

Asimismo, se debe considerar que en el momento de presentarse ante la usuaria en la fase de intervención, el profesional en salud, en este caso el Terapeuta Físico, debe estar anuente a clarificar dudas que surjan durante el proceso de rehabilitación. Se considera pertinente posterior a la evaluación, explicarle a la usuaria cuáles serán las medidas conservadoras que se le aplicarán, esto con el objetivo de involucrar a la usuaria en el proceso y que ésta, se vaya familiarizando con las técnicas. Autoras como Fuentes y Venegas (2013) recalcan que en la medida en que el paciente comprenda el objetivo del tratamiento, participará activamente en él, entendiendo el rol que tiene en su propia recuperación.

❖ **Reeducación postural y automatismo perineal.**

Este apartado, se espera que la usuaria aprenda a colocar la columna, el tórax y la pelvis en posición neutra durante el esfuerzo físico, como por ejemplo cuando tose, se ríe o levanta objetos pesados. El objetivo es que ella automatice la contracción voluntaria ante pérdidas involuntarias de orina o conocido como maniobra de knack (Martínez et al., 2012).

❖ **Técnicas Manuales**

Se emplean técnicas manuales como otro medio más de tratamiento. Se utilizan con el objetivo de mejorar la circulación, disminuir la isquemia, disminuir la tensión en ramas nerviosas, flexibilizar tejidos, movilización articular, propiocepción y activación muscular.

Algunos ejemplos de técnicas manuales según Walker (2013), son:

- Masaje vaginal
- Técnicas miofasciales
- Masaje transversal profundo o Cyriax
- Trabajo manual activo para el inicio del fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico
- Estiramientos de los músculos del piso pélvico
- Estimulación del reflejo de estiramiento

❖ **Técnicas instrumentales**

Biofeedback

En el estudio de revisión bibliográfica de Glazer y Laine (2006) encontraron que en la mayoría de investigaciones hay una mejoría en la sintomatología estadísticamente significativa con respecto aquellos pacientes que no lo utilizaron. Pese a esto, se debe considerar la aplicación del biofeedback como una herramienta más en el tratamiento.

Autores como Díaz et al. (2013) encontraron en su estudio de revisión bibliográfica, que no existe evidencia en que el uso combinado de ejercicios de suelo pélvico asistidos con biofeedback sea más efectivo que los ejercicios del suelo pélvico como único tratamiento. Por tanto, el biofeedback, tiene como objetivos que las pacientes consigan un buen control voluntario sobre la musculatura estriada (músculo elevador del ano o esfínter uretral externo), una mayor conciencia de la zona pelvipereineal y una disminución de las contracciones de los músculos antagonistas.

Newman (2014) recomienda utilizarlo de 20 a 30 minutos de forma semanal, quincenal o mensual. El mismo autor indica que la frecuencia de las sesiones debe ser individualizada y los pacientes al inicio necesitan sesiones frecuentes para ayudar en la

identificación de los músculos del piso pélvico. Para la presente propuesta, se sugiere utilizarlo como medida para la toma de conciencia del piso pélvico en aquellas mujeres que presentan dificultad para realizar correctamente la contracción, asimismo puede ser utilizado en evaluaciones periódicas de control (sesión 1, sesión 6, sesión 12 y en fase de seguimiento) para medir el progreso de la usuaria.

Electroestimulación

En cuanto a la aplicación de electroestimulación, existe actualmente controversia tanto en su efectividad como en la técnica de aplicación. Sin embargo, son muchos los autores que han descrito la aplicación y los efectos de la corriente en el proceso de rehabilitación del piso pélvico. (Jerez, Souza, Espelt, Costa y Belda, 2013), (Walker, 2013), (Caldeira 2010), (Beuttenmuller, Cader, Maia, Dos Santos, Caneiro y Martin, 2011), (Terlikowski, Dobrzycka, Kinalski, Kuryliszyn y Terlikowski, 2013).

Se debe tomar en cuenta, que la aplicación única de electroestimulación no va a dar por sí misma una cura a la IUE, sino que, debe ir acompañada con un plan de ejercicio adaptado a las necesidades de las usuarias (Díaz, Medrano y Suárez, 2013). En cuanto a la aplicación de esta herramienta terapéutica, se han encontrado y probado diferentes protocolos y se ha visto que se han utilizado corrientes de baja y media frecuencia. Se han presentado investigaciones con la aplicación de corriente interferencial con una portadora de 4000Hz con frecuencia baja de 50 HZ, sin embargo la más aplicada es la corriente bifásica simétrica, utilizada por seguridad y eficacia (Caldeira, 2010).

Con el uso de esta corriente se espera promover la contracción de los músculos de piso pélvico para aumentar la fuerza y resistencia muscular, aumentando el número de unidades motoras activadas, la frecuencia de activación y la hipertrofia muscular (Caldeira, 2010).

Tomando en cuenta que hay diversidad de opiniones, se presenta el cuadro 20 con los parámetros sugeridos por autores expertos en el campo de la Uroginecología.

Cuadro 20. Parámetros aplicados a la electroestimulación con corriente bifásica simétrica para el tratamiento de IUE, según revisión bibliográfica.

Parámetros					
Autor	Jerez et al (2013)	Walker (2013)	Caldeira (2010)	Chéne et al (2013)	Ferri et al, (2004)
Amplitud de pulso	300 μ s	300 - 500 μ s	300 - 500 μ s	300 μ s	F I 0,3-0,5 ms F IIa IIb 0,1-0,2 ms F IIab IIc 0,2-0,3 ms
Frecuencia	50 Hz	Fibras tipo I: 10-30Hz Fibras tipo II: 40-80HZ	50 Hz	50 Hz	F I 20 - 40Hz F IIa IIb > 50Hz F IIab IIc 50 Hz
Tiempo de trabajo/descanso (seg)	5:5	-	1:2 – 1:3 – 2:5	2:5	Doble del tiempo de trabajo
Tiempo de aplicación	10 a 20 min	5 a 20 min	15-30 min	20 min	20 min
Intensidad	Grado máximo soportado por el paciente.	Grado máximo soportado por el paciente.	Grado máximo soportado por el paciente.	Grado máximo soportado por el paciente.	Grado máximo soportado por el paciente.
Sesiones	12 semanas, diarias o alternas.	Variable y ajustable a objetivos terapéuticos.	6 semanas a meses, 2-3 veces por semana.	6-10 semanas, 3-5 sesiones semanales.	Depende de la gravedad de la IU.

Fuente: Elaboración propia a partir de Jerez et al. (2013), Walker (2013), Caldeira (2010), Chéne et al. (2013), Ferri y Amostegui (2004)

El parámetro o corriente que el fisioterapeuta vaya a elegir, debe estar respaldado por una evaluación exhaustiva.

❖ Cinesioterapia

Estudios consideran que el ejercicio de fortalecimiento de la musculatura perineal es considerado como el tratamiento de primera línea en la rehabilitación de la IUE, al mismo tiempo se debe de aplicar bajo la supervisión de un profesional para que el mismo sea más efectivo en comparación al autodirigido. (Schröder et al., 2010). Para ofrecer un adecuado soporte al piso pélvico se debe comenzar un programa de entrenamiento tanto perineal como abdominal. Se describen a continuación algunas técnicas que se han utilizado con este fin.

Ejercicios de contracción voluntaria de piso pélvico.

Estos ejercicios son los que comúnmente se le conoce como ejercicios de Kegel y consisten en contraer la musculatura que cierra los esfínteres y le da soporte a los órganos pélvicos. La aplicación de estos ejercicios estará determinada por la fuerza muscular y el grado de conciencia que la usuaria. No obstante, el profesional debe considerar estas variables para prescribir correctamente el ejercicio: fuerza de contracción, duración de la contracción, tiempo de descanso, velocidad, postura y cantidad de repeticiones diarias para cada paciente (Walker, 2013).

Conociendo el estado general de la usuaria, el profesional podrá hacer uso de la prueba PERFECT que fue descrita en la fase de evaluación.

Recomendaciones para realizar los ejercicios de contracción voluntaria según Botelho et al. (2010):

- ✓ Realizar evaluación muscular previa.
- ✓ La usuaria debe tener plena conciencia y reconocimiento de la musculatura perineal.
- ✓ Si hay aumento en la tonicidad muscular en las paredes vaginales, se debe primeramente normalizar con técnicas manuales.
- ✓ Debe ir en armonía con la respiración, realizar la contracción durante la exhalación en respiración diafragmática.

Gimnasia abdominal hipopresiva.

La gimnasia abdominal hipopresiva (GAH) estática es una técnica que a través del estímulo de la musculatura accesoria respiratoria relaja el diafragma, disminuye la presión abdominal y de manera refleja tonifica la musculatura abdominal y la musculatura del piso pélvico. En esta técnica son ejecutadas determinadas posturas estáticas en un ritmo muy lento, éstas deben ser mantenidas de 10 a 30 segundos y debido a la gran concentración en la realización de los ejercicios, una parte de este tiempo es realizada en apnea (Seleme, Bertotto y Wallbach, 2010).

La evidencia en cuanto a la efectividad de la aplicación de esta técnica en pacientes con IUE, continúa en estudio puesto que es un método relativamente reciente y cuestionado por muchos. No obstante se han visto resultados positivos con su

aplicación, la cual se debe tener especial cuidado al prescribirla (Rial, Villanueva y Fernández, 2011). Se deben enseñar de manera progresiva de menor a mayor dificultad en función a las capacidades de cada usuaria (Ver cuadros 21, 22 y 23).

La sesión de GAH dura entre 20 minutos a una hora y cada ejercicio se repite un máximo de 3 veces con pausas entre cada ejercicio. (Rial y Pinsach, 2012)




Contraindicaciones:

Hipertensión arterial.
Cardiopatías.
Disfunción obstructiva inspiratoria.
Embarazo.

Recomendaciones:

Tomar la presión arterial antes y después de la sesión.
Ir al servicio sanitario antes de realizar ejercicios Hipopresivos.
Realizarlos preferiblemente en la mañana.
Evitar realizarlo en periodo postprandial.
Hidratarse adecuadamente antes y durante la práctica.

Cuadro 21. Presentación grafica de los principios técnicos para la aplicación de la GAH

Postura	Explicación
	<p>Auto-elongación: Estiramiento axial de la columna para provocar una puesta en tensión de los espinales profundos y extensores de la espalda.</p>
	<p>Doble mentón: Empuje del mentón</p>
	<p>Decoaptación de la articulación glenohumeral: Se provoca abducción de las escápulas y activación de los serratos.</p>



Adelantamiento del eje de gravedad: desequilibrio del eje anteroposterior que implica variación del centro de gravedad





Respiración costal: respiración diafragmática con fase inspiratoria y espiratoria pautada por el monitor.

Apnea espiratoria: fase de espiración total de aire y apnea mantenida. Se añade una apertura costal como simulando una inspiración costal pero sin aspiración de aire (falsa inspiración).

Fuente: Caifriez, Pinsach y Fernández, (2010). Rial y Pinsach, (2012).




A partir de estos principios, se presentan a continuación algunos ejemplos de ejercicios de GAH estática creados por Marcel Caufriez que podría ser empleados en el abordaje de las usuarias con IUE. Algunas de ellas son la relajación postural diafragmática y la activación tónica del periné y de la faja abdominal:

Cuadro 22. Presentación gráfica de ejercicios de relajación postural diafragmática

Postura	Explicación
	<p>En decúbito supino con las piernas semiflexionadas. Los brazos semiflexionados a la altura del pecho manteniendo decoaptación y rotación interna de hombros.</p>
	<p>En decúbito supino; pierna derecha cruzada por encima de la izquierda, pies en flexión; brazos extendidos a los lados de la cabeza, ambas manos en flexión y la derecha colocada debajo de la izquierda.</p>

Fuente: Elaboración propia, a partir de Cabañas y Chapinal, (2014)

Cuadro 23. Presentación gráfica de ejercicios de activación tónica del periné y de la faja abdominal

Postura	Explicación
	<p>Partiendo de la posición de rodillas, se mantiene la auto elongación del cuerpo, el eje del cuerpo ligeramente inclinado sin elevar pies del suelo, mirada al frente y mantener la sensación de traccionar o separar los codos del centro del cuerpo, es decir en “decoaptación”, los brazos en rotación interna a la altura de los hombros.</p>
	<p>Desde la posición sedente con las piernas flexionadas o semiestiradas si resultara más cómodo, se mantiene la auto elongación del cuerpo, es decir la espalda larga en estiramiento axial. La mirada al frente y mantener la sensación de traccionar o separar los codos del centro del cuerpo, es decir en “decoaptación”. Los brazos en rotación interna a la altura de los hombros o a la altura de la cadera.</p>
	<p>En cuadrúpeda con los pies en flexión, los brazos situados a lo ancho de los hombros y muslo vertical al suelo. La columna está larga y la cabeza se mantiene en flexión mirando hacia el ombligo y el cuerpo ligeramente inclinado hacia delante.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Rial y Villanueva, (2010)

Ejecución: Realizar 3 ciclos de inspiración. Tras la última espiración mantener la apnea y abrir al máximo las costillas, mantener la apnea tras 10-30 segundos. Repetir 3 veces el ejercicio.

Ejercicios de estabilización lumbo-pélvica “Core”.

El concepto “Core” hace referencia al complejo muscular situado en la parte central del cuerpo (región lumbo-pélvica) que incluye 29 músculos que estabilizan la columna vertebral y la región abdominal e incluye músculos del abdomen, espalda, parte posterior y anterior de la cadera, suelo pélvico y diafragma (Segarra et al. 2014).

Smith, Russell y Hodges (2006) han observado una alteración en la estabilización lumbo-pélvica y un mayor desequilibrio postural en mujeres con IU en comparación con mujeres continentales. Las alteraciones en los músculos del piso pélvico pueden comprometer el control de la columna y ser el origen del dolor lumbo-pélvico en mujeres incontinentes. Así, estos autores muestran una fuerte relación entre el dolor de espalda y la IU. No obstante, la elevada incidencia de IU en mujeres con dolor lumbar también indica que la falta de control postural podría ser el origen de la IU.

Los principales músculos involucrados en la estabilización lumbo-pélvica se encuentran: transversos del abdomen, diafragma, multifidos, piso pélvico, cuadrado lumbar y oblicuo interno. Se plantea en esta propuesta, ejemplos de ejercicios básicos para el fortalecimiento de estos músculos estabilizadores (Ver cuadro 24). Se debe considerar previamente para su aplicación, la condición física de la usuaria y adaptarlos a las necesidades de cada paciente.

Recomendaciones:

Considerar las alteraciones articulares que puedan impedir su ejecución.

Prescribir los ejercicios tomando en cuenta los principios del entrenamiento: progresividad e individualidad.

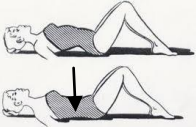
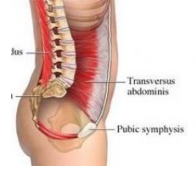




Mantener una adecuada alineación corporal durante la ejecución de los ejercicios.

Mantener una respiración rítmica.

Hidratarse adecuadamente antes y durante la práctica.

Realizar los ejercicios durante la fase de inspiración.

Cuadro 24. Presentación gráfica de ejercicios de estabilización lumbo – pélvica.¹⁹

Postura	Ejecución
	<p>Basculación pélvica: en posición supina, con la pelvis en posición neutra, se realizan movilizaciones en retroversión de la pelvis. Se le indica a la paciente que intente “aplastar” la camilla completamente con la espalda.</p>
	<p>Activación del transversal del abdomen: en posición supina, con la pelvis en posición neutra, se realiza una respiración costal. Se espira lentamente intentando llevar el ombligo “hacia adentro y hacia arriba”. Se le solicita a la usuaria palpar sobre las crestas ilíacas para sentir el aumento de tono del músculo transversal del abdomen.</p>
	<p>Plancha completa: se mantiene cuello y columna vertebral en posición neutra con apoyo en antebrazos y dedos de los pies. Se mantiene una contracción concéntrica.</p>
	<p>Plancha lateral: en decúbito lateral, se le solicita a la usuaria mantener el equilibrio apoyada sobre el antebrazo, manteniendo abdomen y glúteos en contracción isométrica.</p>
	<p>Puente: en posición supina se le indica a la usuaria realizar una elevación de glúteos, con apoyo bipodal y monopodal.</p>
	<p>En posición cuadrúpeda: se le indica a la usuaria colocarse en posición de cuatro puntos y luego ir disminuyendo los apoyos manteniendo una contracción concéntrica.</p>

Fuente: Elaboración propia.

¹⁹ Imágenes obtenidas de: Terapia-Física (2015) Mitre (2013), Belío (2015) WikiHow (2015) Guerra (2013)

Fase de seguimiento



Contenido:

- Cuestionario de evolución
- Cuestionario KHQ
- Exploración física

Objetivo:

- ✓ Valorar la condición de la usuaria posterior a la aplicación de tratamiento conservador, para la orientación clínica del tratamiento.

²⁰ Imagen Obtenida de: Fundación CADAH (2012)

El tratamiento conservador no termina una vez finalizadas las doce sesiones. Se espera que la usuaria una vez concluida la fase de intervención clínica continúe con su rehabilitación en casa, siguiendo instrucciones claras que el fisioterapeuta le ha brindado. Diversos estudios hablan de la importancia que tiene la adherencia de la usuaria al tratamiento para mantener los resultados a largo plazo.

Si bien el tratante, educa y enfatiza la necesidad de mantener su rutina de ejercicios en el tiempo, dependerá casi en su totalidad de la adherencia del paciente. Es por eso que se sugiere seguimiento y control, en especial en aquellas pacientes con más factores de riesgo o personalidad poco metódica. La ventaja de la reeducación del piso (Fuentes et al., 2013. p 307).

Estudios encontrados y analizados de forma sistémica por Botelho et al. (2010) Sugieren que “el entrenamiento de la musculatura del piso pélvico, es más eficaz en mujeres jóvenes que participan en programas supervisados por lo menos durante 3 meses” (p.319), sin embargo, en la presente propuesta, este seguimiento recomendado no se puede llevar a cabo de forma diaria durante ese periodo de tiempo, debido a la naturaleza de la consulta en estudio. Por tanto, la supervisión y seguimiento se realizará tres meses (Ver tabla 1) después de finalizado el tratamiento conservador.

Tabla 2. Planteamiento de la fase de seguimiento para la aplicación de tratamiento conservador a usuarias con IUE que asisten a la consulta de Electroestimulación del Hospital México.

Seguimiento en la consulta de tratamiento conservado	Se realizará un seguimiento diario de la aplicación de tratamiento conservador. Se utilizará un instrumento de fácil llenado en el que se indique brevemente lo que se realizó diariamente durante las sesiones de tratamiento. (Ver instrumento “Hoja de Seguimiento”).
Seguimiento posterior al tratamiento conservador	Se realiza 3 meses después de haber concluido el tratamiento conservador de 12 sesiones. Calidad de vida con la aplicación del KHQ: se utilizara para revalorar las condiciones de la usuaria en calidad de vida y la efectividad del tratamiento empleado ya que se medirán los cambios percibidos por la propia usuaria. ✓ Exploración física: Se utilizará el mismo instrumento utilizado en la fase diagnóstica con el fin de obtener una comparación del estado pre tratamiento y post tratamiento. ✓ Cuestionario de seguimiento: Este instrumento se compone de diferentes ítems que miden los cambios presentados por la usuaria durante el tiempo de rehabilitación en el hogar. Se espera conocer si la usuaria ha continuado con el plan de ejercicios, si ha realizados cambios en su estilo de vida y si ha habido algún cambio significativo posterior a la fase de intervención. (Ver instrumento).

Fuente: Garro y Gómez, 2015.

Instrumento: Hoja de Seguimiento

Instrumento Adaptado CONSULTA DE ELECTROESTIMULACIÓN DEL HOSPITAL MÉXICO Hoja de seguimiento					
Sesiones	Tratamiento aplicado	Parámetros aplicados	Evaluación realizada	Síntomas percibidos	Observaciones
N _____ Fecha ____/____/____	<input type="radio"/> Electroterapia <input type="radio"/> Biofeedback <input type="radio"/> Cinesioterapia (Kegel) <input type="radio"/> Recomendaciones ofrecidas <input type="radio"/> Otro	Frecuencia: _____ Intensidad: _____ Pha: _____ N° series: ____ N° repeticiones: ____ _____	<input type="radio"/> Si PERFECT _____ Palpación _____ <input type="radio"/> No		
N _____ Fecha ____/____/____	<input type="radio"/> Electroterapia <input type="radio"/> Biofeedback <input type="radio"/> Cinesioterapia (Kegel) <input type="radio"/> Recomendaciones ofrecidas <input type="radio"/> Otro	Frecuencia: _____ Intensidad: _____ Pha: _____ N° series: ____ N° repeticiones: ____ _____	<input type="radio"/> Si PERFECT _____ Palpación _____ <input type="radio"/> No		
N _____ Fecha ____/____/____	<input type="radio"/> Electroterapia <input type="radio"/> Biofeedback <input type="radio"/> Cinesioterapia (Kegel) <input type="radio"/> Recomendaciones ofrecidas <input type="radio"/> Otro	Frecuencia: _____ Intensidad: _____ Pha: _____ N° series: ____ N° repeticiones: ____ _____	<input type="radio"/> Si PERFECT _____ Palpación _____ <input type="radio"/> No		

Instrumento: Cuestionario de seguimiento

Instrumento Adaptado
CONSULTA DE ELECTROESTIMULACIÓN DEL HOSPITAL MÉXICO
Cuestionario de seguimiento IUE

I. DATOS GENERALES		Fecha de valoración:
Nombre:		No. Identificación
Teléfono: _ _ - _ _ - _ _ - _ _		
Talla:		
Peso:		
IMC:		
<input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico: <input type="checkbox"/> Nuevas cirugías: <input type="checkbox"/> Resultado de cuestionario de Calidad de Vida KHQ		
Diagnóstico fisioterapéutico:		
II. CAMBIO DE HABITOS DIARIOS		
¿Realizó usted algún cambio en su vida diaria que le fue indicado durante todo el proceso como factor predisponente?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Alimentario (indique) _____ <input type="checkbox"/> Miccionarios (indique) N° de veces que orina: Día _____ Noche _____ <input type="checkbox"/> Técnica para respirar <input type="checkbox"/> Técnica para toser <input type="checkbox"/> Técnica para estornudar <input type="checkbox"/> No realizó cambios <input type="checkbox"/> No se le indicaron		
III. HISTORIA ACTUAL:		
¿Ha notado mejoría en cuanto a...?		
<input type="checkbox"/> Las pérdidas de orina en : <input type="checkbox"/> N.º de veces <input type="checkbox"/> Cantidad: <input type="checkbox"/> gotas <input type="checkbox"/> chorro <input type="checkbox"/> todo ¿Le da tiempo a llegar al baño a orinar?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de veces que realiza la micción. _____ Día y _____ Noche		
¿Utiliza algún tipo de protección?		
<input type="checkbox"/> Si _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Protector <input type="checkbox"/> Toalla sanitaria <input type="checkbox"/> Pañal ¿Cuántos al día? _____ <input type="checkbox"/> No		
Incontinencia al:		
Frecuencia		
<input type="checkbox"/> Estornudar	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	Realiza la técnica correctamente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caminar rápido	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	
<input type="checkbox"/> Levantar pesos	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	Realiza la técnica correctamente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toser	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	Realiza la técnica correctamente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Correr	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	
<input type="checkbox"/> Reír	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	
<input type="checkbox"/> Saltar	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasional	

Bibliografía

- Badia, X., Castro, D. y Conejero, J. (2000). Validez del cuestionario Kings Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Elsevier*, 117(17).
- Berghmans, B. (2006). El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, 30(2), 110-122.
- Beuttenmuller, L., Cader, S., Maia, R., dos Santos, N., Caneiro, E. y Martin, E. (2011). Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18(3), 210-6.
- Bo, K. (2012). Pelvic Xoor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol*(30), 437–443.
- Botelho, S., Marques, J. y Carvalho, L. (2010). Módulo III: Entrenamiento de los músculos de piso pélvico. En P. Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico*. (págs. 62-69). Caracas.
- Cabañas, A. y Chapinal, A. (2014). Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. *Apuntes. Medicina de l'Esport*, 49(182), 59–66.
- Caifriez, M., Pinsach, P. y Fernández, J. (2010). *Abdominales y periné. Mitos y realidades*. Mallorca: MC Editions.
- Caldeira, E. (2010). Módulo II: Electroterapia en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. En Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico* (págs. 85-91). Caracas.
- Chéne, G., Mansoor, A., Jacquetin, B., Mellier, G., Douvier, S., Sergent, F., et al. (2013). Female urinary incontinence and intravaginal electrical stimulation: an observational prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170, 275–280.
- Díaz, E., Medrano, E. y Suárez, C. (2013). *Guía de práctica clínica para fisioterapeuta en la incontinencia urinaria femenina*. Obtenido de Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía: http://www.colfisio.org/adjuntos/adjunto_3953.pdf
- Ferri, A. y Amostegui, J. (2004). Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia*, 26(5), 249-65.
- Fuentes, B. y Venegas, M. (2013). Rol del kinesiólogo en una Unidad DE Piso Pelviano. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 24(2), 305-312.
- Glazer, H. y Laine, C. (2006). Pelvic Floor Muscle Biofeedback in the Treatment of Urinary Incontinence: A Literature Review. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(6), 187-201.
- Hatzimouratidis, K., Konstantinidou, E. y Hatzichristou, D. (2006). Dilemmas in the management of female stress incontinence: the role of pelvic floor muscle training. *International Urological Nephrol*, 38, 513–525.
- Higa, R., Baena, M. y Ribeiro, E. (2008). significados Socio - Culturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(4).

- Hospital Universitario Ramón y Cajal. (2015). *King's Health Questionnaire*. Obtenido de Guía del paciente: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fmsword&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuestionarioKingsHealth.doc&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalRamonCajal>
- Jerez, J., Souza, D., Espelt, A., Costa, M. y Belda, A. (2013). Electroestimulación del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria y/o síndrome de vejiga hiperactiva: una revisión sistemática. *Actas Urológicas Españolas*, 37(7), 429---444.
- Lucas, M., Bosch, R., Burkhard, F., Cruz, F., Madden, T., Nambiar, A., et al. (2013). Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*, 37(4), 199-213.
- Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1).
- Martínez, I., Kindelán, B., León, N., López, B., Moreno, S., Nogueira, M., et al. (2012). Eficacia del protocolo de fisioterapia del Hospital Universitario de Getafe, establecido para la mejoría de la incontinencia urinaria femenina. *Fisioterapia*, 34(4), 154-106.
- Martínez, S., Ferri, A., Patiño, S., Viñas, S. y Martínez, A. (2004). Entrevista Clínica y valoración funcional de piso pélvico. *Fisioterapia*, 26(5), 266-280.
- Newman, D. (2014). Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback. *Society of Urologic Nurses and Associates*, 34(4), 193-202.
- Pena, O., Rodríguez, A., Villodres, A., Mármol, S. y Lozano, J. (2007). Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, 31(7).
- Rial, T. y Pinsach, P. (2012). *Aproximación conceptual y metodológica al método hipopresivo*. Obtenido de efdeportes: <http://www.efdeportes.com/efd162/aproximacion-al-metodo-hipopresivo.htm>
- Rial, T. y Villanueva, C. (2010). La gimnasia hipopresiva en un contexto de actividad físico-saludable y preventiva. *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 2(2), 1-15.
- Rial, T., Villanueva, C. y Fernández, I. (2011). *Mitos y realidades en torno al método hipopresivo Caufriez*. Obtenido de efdeportes: <http://www.efdeportes.com/efd162/aproximacion-al-metodo-hipopresivo.htm>
- Rioja, J., González, A. y Estévez, P. (2005). Técnicas Instrumentales de Diagnóstico y Evaluación en Rehabilitación. *Rehabilitación*, 39(6), 358-71.
- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K., Artibani, W., Chapple, C., Drake, M., et al. (2010). Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. *European Association of Urology*, 780-841.
- Segarra, V., Heredia, J., Peña, G., Sampietro, M., Moyano, M., Mata, F., et al. (2014). Core y sistema de control neuro-motor: mecanismos básicos para la estabilidad del raquis lumbar. *Rev Bras Educ Fís Esporte*, 1-9.

- Seleme, M., Bertotto, A. y Wallbach, V. (2010). Módulo III. Ejercicios Hipopresivos. En P. P, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas de Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico* (págs. 16-27). Caracas.
- Silva, A., Moura, A., Fonseca, M., Spinassé, E. y Oliveira, R. (2013). Analysis of the resources for rehabilitation of pelvic floor muscles in women with prolapse and urinary incontinence. *Fisioterapia Pesquisa*, 20(1), 90-96.
- Smith, M., Russell, A. y Hodges, P. (2006). Disorders of breathing and continence have a stronger association with back pain than obesity and physical activity. *Australian Journal of Physiotherapy*, 32, 11-16.
- Teixeira, A. y Almeida, J. (2010). Modulo I. Diagnóstico clínico y fisioterapéutico de la incontinencia urinaria femenina. En P. Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas en disfunciones miccionales y disfunciones del piso pélvico*. (págs. 44-52). Caracas.
- Terlikowski, R., Dobrzycka, B, Kinalski, M., Kuryliszyn, A. y Terlikowski, S. (2013). Transvaginal electrical stimulation with surface-EMG biofeedback in managing stress urinary incontinence in women of premenopausal age: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *International Urogynecologica Journal*, 24, 1631-1638.
- Vicente, F., Cózar, J., Martínez, A., Espejo, E., & Tallada, M. (2002). Incontinencia urinaria. Métodos para su evaluación y clasificación. *Archivos Españoles de Urología*, 55(9), 1015-1034. Obtenido de <http://aeurologia.com/pdfs/articulos/8237735902571-eng.pdf>
- Walker, C. (2013). *Fisioterapia en obtreticia y uroginecología*. España: Elsevier.

Referencia de Imágenes

1. Imagen obtenidas de:

Teruel, M. (2015). *Fisioterapia mujer (Dibujo)*. Obtenido de <https://fisioterapiamujer.wordpress.com/2013/09/08/tipos-de-incontinencia-urinaria/>

2. Imágenes obtenidas de:

Cambra, M. (2006). *eFisioterapia.net (Dibujo)*. Obtenido de <http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-la-reeducacion-del-suelo-pelvico>

Ciencias Biológicas y Educación para la Salud. (2015). *Anatomía y Fisiología del sistema óseo (Dibujo)*. Obtenido de <http://hnnbiol.blogspot.com/2008/01/sistema-oseo.html>

Healthwise. (2014). *Kaiser Permanente. Músculos del piso pélvico (Dibujo)*. Obtenido de <https://espanol.kaiserpermanente.org/static/health-encyclopedia/es-us/kb/zm64/06/zm6406.shtml>

Tulesión.com. (2013). *Noticias, artículos y consejos prácticos para prevenir lesiones (Dibujo)*. Qué es el suelo pélvico. Obtenido de <http://tulesion.com/publicaciones-que-es-el-suelo-pelvico.3php>

3. Imágenes obtenidas de:

Clínica de Urología. Dr. Ruiz Serrano. (2015). *Urología Femenina (Dibujo)*. Obtenido de <http://urologovalladolid.com/urologia-femenina/>

4. Imagen obtenidas de

Guerra , R. (2015). *WikiHow ¿Cómo realizar los ejercicios Kegel? (Dibujo)*. Obtenido de <http://es.wikihow.com/hacer-ejercicios-Kegel>

5. Imágenes obtenidas de:

Bruin, E. (2013). *Redpacientes. La danza y la realidad virtual: un tratamiento prometedor para la incontinencia urinaria en mujeres mayores (Dibujo)*. Obtenido de [http://redpacientes.com/post/IU/La danza y la realidad virtual un tratamiento prometedor para la incontinencia urinaria en mujeres mayores](http://redpacientes.com/post/IU/La_danza_y_la_realidad_virtual_un_tratamiento_prometedor_para_la_incontinencia_urinaria_en_mujeres_mayores)

Robles , J., Vega , F., & Ortiz , M. (2013). *Ciber Revista. Decúbito prono en pacientes con síndrome de distres respiratorio agudo (Dibujo)*. Obtenido de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2013/pagina4.html>

Guerra , R. (2015). *WikiHow ¿Cómo realizar los ejercicios Kegel? (Dibujo)*. Obtenido de <http://es.wikihow.com/hacer-ejercicios-Kegel>

6. Imágenes obtenidas de:

Méndez, L. (2014). *Fisioméndez (Dibujo)*. Obtenido de <http://fisiomendez.es/corre-que-meo-incontinencia-urinaria-de-esfuerzo/>

Chigne, F. (2010). *Higiene postural en la hotelería (Dibujo)*. Obtenido de <http://frankchigne.blogspot.com/2010/05/higiene-postural.html>

Teruel, M. (2015). *Fisioterapia mujer (Dibujo)*. Obtenido de <https://fisioterapiamujer.wordpress.com/2013/09/08/tipos-de-incontinencia-urinaria/>

Tumédicoaltelefono.es. (2015). *Tu Médico al Teléfono. Higiene postural (Dibujo)*. Obtenido de <http://www.tumédicoaltelefono.es/higiene-postural/>

7. Imagen obtenida de:

Arroyo, J. (1982). *Fotolia. Chica leyendo un libro (Dibujo)*. Obtenido de <https://es.fotolia.com/id/19236963>

8. Imagen obtenida de:

Gómez, T. y Del Pozo. (2014). *Clinica Ginecológica. Centro Médico Keknon (Dibujo). Mujeres deportistas e incontinencia urinaria*. Obtenido de <http://www.clinicaginecologica.org/mujeres-deportistas-e-incontinencia-urinaria/>

9. Imagen obtenida de:

Red de pacientes . (2015). *Incontinencia Urinaria. La incontinencia urinaria un problema que afecta al 40% de mujeres de más de 65 años (Dibujo)*. Obtenido de <http://redpacientes.com/social/posts/view/50507/268>

10. Imagen obtenida de:

Healthwise. (2014). *Kaiser Permanente. Músculos del piso pélvico (Dibujo)*. Obtenido de <https://espanol.kaiserpermanente.org/static/health-encyclopedia/es-us/kb/zm64/06/zm6406.shtml>

11. Imagen obtenida de:

Plenilinia Salud Mujer . (2015). *Plenilunia. Salud para la mujer. ¿Cuándo debes beber agua para tener una vida saludable? (Fotografía)*. Obtenido de <http://plenilunia.com/tema/hidratacion/>

12. Imágenes obtenidas de:

Vida Abuelo. (2013). *Vida Abuelo. Soluciones para una vida más plena. Incontinencia Urinaria en la Tercera Edad. Productos. PARTE 2. (Dibujo)* Obtenido de <http://vidaabuelo.com/blog/incontinencia-urinaria-en-la-tercera-edad-parte/>

Méndez, L. (2014). *Fisioméndez (Dibujo)*. Obtenido de <http://fisiomendez.es/corre-que-meo-incontinencia-urinaria-de-esfuerzo/>

13. Imagen obtenida de:

Iduana Center, Oxigenoterapia en Madrid. (2014). *Iduanacenter. La maniobra de Valsalva*. Obtenido de <http://camarahiperbarica.eu/camarahiperbarica/la-maniobra-de-valsalva/>

14. Imágenes obtenidas de:

Bruin, E. (2013). *Redpacientes. La danza y la realidad virtual: un tratamiento prometedor para la incontinencia urinaria en mujeres mayores (Dibujo)*. Obtenido de http://redpacientes.com/post/IU/La_danza_y_la_realidad_virtual_un_tratamiento_prometedor_para_la_incontinencia_urinaria_en_mujeres_mayores

Robles , J., Vega , F., & Ortiz , M. (2013). *Ciber Revista. Decúbito prono en pacientes con síndrome de distres respiratorio agudo (Dibujo)*. Obtenido de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2013/pagina4.html>

Guerra , R. (2015). *WikiHow ¿Cómo realizar los ejercicios Kegel? (Dibujo)*. Obtenido de <http://es.wikihow.com/hacer-ejercicios-Kegel>

15. Imagen obtenida de

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). Obtenido de Evaluación: <http://www.mspbs.gov.py/v2/12312-ESTE-LUNES-22--Evaluaran-a-postulantes-para-integrar-Unidades-de-Salud-de-la-Familia->

16. Imagen obtenida de:

TENA. Lady. (2014). *Centrada en ti de TENA Lady. Reeducar el suelo pélvico*. Obtenido de <https://centradaenti.es/?s=transverso+del+abdomen>

17. Imágenes obtenidas de:

Martínez, S., Ferri, A., Patiño, S., Viñas, S. y Martínez, A. (2004). *Entrevista Clínica y valoración funcional de piso pélvico (Fotografía)*. *Fisioterapia*, 26(5), 266-280. Obtenido de: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-entrevista-clinica-valoracion-funcional-del-13065924>

18. Imagen obtenida de:

Bruin, E. (2013). *Redpacientes. La danza y la realidad virtual: un tratamiento prometedor para la incontinencia urinaria en mujeres mayores (Dibujo)*. Obtenido de [http://redpacientes.com/post/IU/La danza y la realidad virtual un tratamiento prometedor para la incontinencia urinaria en mujeres mayores](http://redpacientes.com/post/IU/La_danza_y_la_realidad_virtual_un_tratamiento_prometedor_para_la_incontinencia_urinaria_en_mujeres_mayores)

19. Imágenes obtenidas de:

Terapia-Física. (2015). *Terapia Física en Embarazadas (Dibujo)*. Terapia Física. Obtenido de <http://www.terapia-fisica.com/terapia-fisica-en-embarazadas.html>

Mitre, C. (2013). *Womenshealth (Fotografía)*. Obtenido de Fitness: Tripa a prueba de verano: <http://blogs.womenshealth.es/thebeautymail/2013/05/tripa-a-prueba-de-verano/>

Belío, D. (2015). *Pilates Zaragoza (Dibujo)*. Obtenido de Pilates y el transverso del abdomen por Raquel Zueco, Fisioterapeuta.: <http://www.davidbeliopilateszaragoza.es/pilates-y-el-transverso-por-raquel-zueco-fisioterapeuta/>

WikiHow. (2015). *Ejercicio (Dibujo)*. Obtenido de Cómo realizar el ejercicio de la plancha: <http://es.m.wikihow.com/realizar-el-ejercicio-de-la-plancha>

Guerra, K. (2013). *Ejercicios (Fotografía)*. Ejercicios para aumentar las pompas que puedes hacer en casa. Obtenido de <http://www.planetademujeres.com.mx/dietas-adelgazar-tips/ejercicios-para-aumentar-pompas-que-puedes-hacer-en-casa/>

20. Imagen obtenida de:

Fundación CADAH. (2012). *Evaluación (Dibujo)*. Obtenido de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/evaluacion-del-tdah.html>

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se presentan conclusiones y recomendaciones al finalizar el proceso de investigación.

6.1. Conclusiones.

- De la totalidad de mujeres que fueron atendidas en el periodo de caracterización y de observación, la mayoría corresponden a usuarias con IUE, siendo esta, el tipo de incontinencia más frecuente en el Hospital México durante el periodo de estudio.
- La mayoría de las usuarias con IUE, son amas de casa, viven en San José y tienen asociadas patologías como la HTA, Diabetes y otras patologías ginecológicas como infecciones recurrentes del tracto urinario, las cuales deterioran significativamente su calidad de vida.
- Trasladarse al hospital desde de su residencia, vivir sola, la solvencia económica y utilizar métodos de protección como pañales o toallas, son las principales limitantes que las usuarias indican tener como parte de su condición patológica.
- Un alto porcentaje de las usuarias que han recibido tratamiento conservador, también han recibido tratamiento quirúrgico. La Consulta de Estática Pélvica basa su tratamiento conservador principalmente en la aplicación de electroterapia, sin embargo, el ejercicio debe considerarse como la primera opción de tratamiento conservador y complementarlo con métodos como la electroterapia y biofeedback.
- El tratamiento mediante electroestimulación consiste en la aplicación de un protocolo estandarizado en la cual no se asigna dentro de esta consulta un tiempo pertinente para evaluación y la aplicación de otras técnicas de fortalecimiento y/o posturales. La realización de ejercicios supervisados y una correcta evaluación es fundamental para el éxito del tratamiento conservador.
- El Hospital cuenta con un equipo de biofeedback, sin embargo su utilización es poco recurrente pese a que es prescrita en su tratamiento. Su uso puede tener beneficios en las

usuarias, principalmente en aquellas que tienen dificultad para el reconocimiento de la musculatura perineal.

- La indicación del ejercicio se realiza de forma ligera en la consulta de Estática Pélvica y se basa únicamente en los Ejercicios de Contracción Voluntaria de Kegel. Esta técnica se prescribe sin una evaluación de la fuerza perineal. Es indispensable, que la usuaria comprenda la técnica correcta para que pueda seguir las recomendaciones ofrecidas.
- La adherencia que la paciente tenga a su tratamiento se encuentra asociada directamente a la poca familiarización con las técnicas de fortalecimiento, lo que conlleva a hacerles desistir fácilmente de hacer los ejercicios debido a que no ven resultados inmediatos.
- Las usuarias que asisten a las consulta de Estática Pélvica no llevan en conjunto a su tratamiento un proceso de educación hacia la patología y tienen poco conocimiento de la misma. El tener acceso a la información y conocer sobre su patología, puede cambiar la percepción que ellas tengan de su estado de salud.
- La IUE afecta directamente la calidad de vida de las mujeres a nivel social, económico, emocional, sexual y laboral. La mayoría de informantes claves coinciden que el hacer viajes de larga distancia y tomar líquidos sin restricción es de lo que más les afecta.
- En la Consulta de Estática Pélvica y en la Consulta de Electroestimulación no se mide la calidad de vida objetivamente por medio un cuestionario. Es conveniente conocer y medir el impacto que tiene la patología en la vida de la mujer y considerarlo al plantear las metas y objetivos de tratamiento.
- Se observó, que la usuaria es atendida en la Consulta de Electroestimulación sin el expediente clínico, por lo que el médico a cargo desconoce las condiciones de la paciente y no registra avances semanales durante el proceso de tratamiento.
- Existen deficiencias en el llenado de los expedientes médicos, principalmente en la historia clínica. No se especifican evaluaciones realizadas, tratamientos específicos, ni datos importantes como la gravedad, pese a que es relevante para la orientación de tratamiento.

- El nivel académico de las usuarias influye en la manera en que ellas busquen solución a su patología. Una alta escolaridad y una poca evolución están asociadas a una mejor percepción de la condición de salud. Las usuarias con estas características, muestran una mayor adherencia al tratamiento y mejor disposición a seguir las recomendaciones al hogar.
- Una baja escolaridad y una avanzada evolución se asocia a una mala percepción de la condición de salud. Las pacientes con estas características, desconocen los síntomas de la IUE y la asocian a una “vejiga baja” o a una infección urinaria. Consideran que la cirugía es el tratamiento más efectivo para su patología.
- La mayoría de las usuarias que presentan más de 4 años de padecer IUE según los datos de expedientes y más de 20 años según lo dicho por las usuarias entrevistadas asocian una peor percepción de su estado de salud.
- Un gran porcentaje de las usuarias que asisten a la consulta de Electroestimulación no completan las 12 sesiones, esto indica poca adherencia al tratamiento. La participación activa y el compromiso que la usuaria tenga en su tratamiento, es un factor influyente en el éxito que este pueda tener.
- Un porcentaje muy bajo de usuarias en etapas iniciales de la IU llegan a la consulta en estudio, el proceso de referencia desde un I nivel de atención, hasta llegar al III nivel, hace que sea lento el abordaje. Es conveniente atender oportunamente a las usuarias desde que presentan los primeros síntomas, esto con el fin de evitar que la patología se agrave.
- La consulta de Estática Pélvica no cuenta con un equipo interdisciplinario para el abordaje integral de la usuaria con IUE. En ella, el médico residente o especialista en ginecología es quien diagnostica, prescribe y aplica tratamiento conservador, el cual consiste en la aplicación de técnicas fisioterapéuticas, prescritas a partir de exámenes de gabinete y urodinamia. La participación de un Terapeuta Físico, es necesaria dentro de este equipo de trabajo.
- El tratamiento completo de la IUE se está realizando en un III nivel de atención. No se encuentran registros que indiquen que las autoridades en salud hayan visualizado como

prioritario abordar esta patología en niveles anteriores donde se implementen programas de prevención y educación a usuarias con IU.

- Hay una evidente necesidad de incluir al profesional en Terapia Física como parte del equipo interdisciplinario que da atención a mujeres con IU. Esto es respaldado por todos los profesionales entrevistados.
- El profesional en Terapia Física debe prepararse e incursionar más en la atención las patologías ginecoulógicas como parte de la oferta de servicios que brinda como profesional en salud.
- El enfoque mixto de investigación ofrece la posibilidad de integrar tanto variables cuantitativas como, categorías cualitativas. Este enfoque, enriqueció el análisis y sirvió como base para generar nueva teoría de conocimiento.
- En el área de la investigación en salud, continúa predominando el enfoque cuantitativo, sin embargo, con el desarrollo de esta investigación, se pudo concluir que el enfoque cualitativo, propicia un análisis que ayuda a entender la atención en salud desde las experiencias de informantes claves involucradas en la investigación.

6.2. Recomendaciones

A la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y Ministerio de Salud:

- Promover la formulación de nuevas normas generales, técnicas de prevención y/o rehabilitación y políticas públicas en salud para la prevención y control de la Incontinencia Urinaria en la mujer.
- Implementar programas de prevención de la IUE desde un Primer Nivel de Atención, así como campañas de diagnóstico temprano en mujeres principalmente en proceso de embarazo.
- Ofrecer tratamientos conservadores en el primer y segundo nivel de atención en salud dentro de los establecimientos de la red de la CCSS, incluyendo aspectos de atención clínica, educación y programas para la detección y prevención de la IU a las usuarias de los servicios.
- Incluir al profesional en Terapia Física dentro de un equipo interdisciplinario en los diferentes niveles de atención en salud en los establecimientos de la CCSS. Su participación es necesaria en la rehabilitación de las afecciones del piso pélvico y patologías ginecológicas asociadas, con el fin de ofrecer a las usuarias una rehabilitación más integral.

Al Hospital México, en especial a la Consulta de Electroestimulación:

- Incluir al profesional en Terapia Física dentro del equipo interdisciplinario, que participe tanto en la evaluación como en el tratamiento conservador brindado a las usuarias con diagnóstico de IUE.
- Asignar dentro de la Consulta de Electroestimulación un espacio de evaluación del estado actual de cada usuaria y con ello poder medir objetivamente el progreso en la rehabilitación.

- Trabajar en un primer momento, en el reconocimiento y propiocepción de la musculatura del piso pélvico antes de iniciar con el trabajo de fortalecimiento.
- Aplicar nuevas técnicas en la rehabilitación del piso pélvico, enfatizando en la práctica de ejercicios propioceptivos y de fortalecimiento muscular in situ, así como la musculatura que participa en la estabilidad abdominopelvica.

- Llevar un registro periódico del tratamiento aplicado y con ello realizar ajustes en el proceso de rehabilitación. Estos deberán quedar registrados en el expediente clínico de cada usuaria y al mismo tiempo, se insiste en la necesidad de un llenado con letra clara y legible tanto para la utilidad de futuros profesionales tratantes así como para la recolección de datos en futuras investigaciones.

- Se recomienda tener en cada sesión de tratamiento, el expediente clínico de la usuaria, con el fin de realizar cualquier consulta referente a los antecedentes en salud de las usuarias, así como poder realizar anotaciones pertinentes e importantes para futuras intervenciones.

- Fomentar una participación más activa de la usuaria dentro del proceso de rehabilitación, brindando recomendaciones claras sobre los diferentes cambios conductuales e insistiendo en cada sesión la importancia de realizar los ejercicios del piso pélvico de forma cotidiana.

- Realizar sesiones grupales previas a la aplicación de tratamiento, como parte del proceso de educación e información sobre la patología, signos, síntomas, recomendaciones al hogar, ejercicios específicos para la IUE e higiene postural.

- Mantener una comunicación empática con las usuarias que les permita mostrar seguridad y apoyo y con ello aumentar la adherencia al tratamiento así como obtener mejores resultados en salud.

- Propiciar un espacio de privacidad de la usuaria durante la consulta. El espacio físico debe ser cerrado, con completa privacidad para las usuarias.

A las mujeres con diagnóstico de IUE:

- Romper con el mito de considerar la IUE como una situación normal en la mujer. Por el contrario, debe consultar desde una etapa inicial, exponiendo los primeros síntomas de IU al profesional en salud del EBAIS, logrando clarificar el diagnóstico temprano así como orientar su tratamiento específico cuando la evolución no sea un factor agravante.
- Realizar los ejercicios y recomendaciones ofrecidas por parte de los profesionales en salud que intervienen en su proceso de rehabilitación, implementándolas como parte de sus AVD.
- Evacuar toda duda que se tenga en cuenta a su situación, con el fin de darle al profesional la oportunidad de una comunicación más efectiva y que pueda al mismo tiempo ser útil en la indicación del tratamiento.
- Evitar interrumpir el proceso de rehabilitación por medio del ausentismo a las sesiones, ya que esto puede influir en resultados negativos para su propia rehabilitación.
- Participar activamente en toda actividad relacionada a la salud de la mujer, con el fin de llevar una vida plena, saludable y confortable especialmente cuando en la edad avanza la IUE es una limitante.

A la Escuela de Tecnologías en Salud:

- Incluir en los diferentes cursos de la carrera de Bach. y Lic. en Terapia Física, contenidos sobre prevención, evaluación y rehabilitación de las diferentes afecciones del suelo pélvico y patologías ginecológicas asociadas.
- Actualizar los contenidos de los cursos que se imparten actualmente sobre nuevas técnicas de evaluación y tratamiento en la atención de la mujer embarazada, pre y post parto, así como de la salud de la mujer en general.

- Adecuar espacios físicos en la nueva infraestructura de la Escuela de Tecnologías en Salud, adecuados para la rehabilitación de las afecciones del piso pélvico, además de abastecerlos con material y equipos adecuados.
- Brindar constantes actualizaciones al personal docente, sobre el abordaje actual de las diferentes afecciones ginecológicas que pueden ser asistidas mediante tratamiento conservador, con el fin de brindar al estudiantado conocimientos actuales aplicables en su práctica clínica.
- Desarrollar nuevas investigaciones con un enfoque mixto de investigación en salud, con el objetivo de generar nuevas teorías de conocimiento a partir de datos cuantitativos así como de la interpretación de significados obtenidos a partir de experiencias.

A los estudiantes y profesionales en Terapia Física:

- Incursionar aún más en la rehabilitación de patologías como la IUE y las diferentes afecciones ginecológicas asociadas, las cuales se han dejado de lado en el perfil del profesional en Terapia Física.
- Realizar evaluaciones diagnósticas, de seguimiento y evolución de forma periódica con el fin de obtener bases para la toma de decisiones en la prescripción y cambios en el tratamiento, las cuales deben de estar basadas en metas y objetivos alcanzables.
- Brindar un tratamiento de rehabilitación respetando los principios de individualidad, mantenimiento y especificidad a cada usuaria.
- Tomar en cuenta la opinión de la usuaria en el planteamiento de metas y objetivos de tratamiento los cuales deben ser realistas y ajustados a las necesidades de la paciente, con el fin de influir de forma positiva en la motivación y adherencia a su proceso de rehabilitación.
- Brindar una atención empática, de modo que la usuaria adquiera mayor confianza para expresar sus dudas durante su proceso de rehabilitación.

- Utilizar una historia clínica completa y detallada como primer acercamiento con la usuaria así como instrumento diagnóstico de primera mano.
- Utilizar métodos diagnósticos y de evaluación como las Escalas de Oxford, Escala de Obrink, Pruebas de Valsalva y Prueba de PERFECT, con el fin de obtener datos objetivos, cuantificables y comparables en el proceso de rehabilitación.
- Brindar una atención completa y especializada en el tratamiento de la IUE, implementando nuevas técnicas como la gimnasia abdominal hipopresiva, ejercicios de estabilización abdominopélvica, técnicas manuales, entre otras.
- Actualizarse periódicamente durante su desarrollo profesional sobre nuevas tendencias en el tratamiento conservador para las afecciones uroginecológicas, con el fin de ofrecer siempre una atención de calidad a las personas que lo padecen.
- Continuar con la iniciativa de nuevas investigaciones con enfoque mixto, en los diferentes tipos de IU, su fisiopatología y la rehabilitación adecuada.

Bibliografía

- Achío, M. (2003). Salud de las mujeres de mediana edad: Retos para los Servicios de Salud. *Revista de Ciencias Sociales* , 95-106.
- Agudelo, S., Giraldo, A. y Romero, V. (2012). Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Rev. Salud Pública*, 14(6), 899-911.
- Amóstegui, J., Ferri, A., Lillo, C. y Sierra, M. (2004). Incontinencia Urinaria y otras lesiones del suelo pélvico: etiología y estrategias de prevención. *Revista Médica de la Universidad de Navarra* , 84 (8), 18-31.
- Andrade, M. (2013). Percepción del nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria que asisten a tratamiento de reeducación de piso pélvico. *Revista de Sociedad Colombiana de Urología*, 22(2), 17-24.
- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. (2004). *Guía de Atención Enfermera a Pacientes con Incontinencia Urinaria*. España.
- Bacsu, C. y Zimmern, P. (2013). Complicaciones del tratamiento de incontinencia urinaria y prolapso de la pelvis. *Rev. Médica Clínica Condes*, 24(2), 238-247. Recuperado el 30 de marzo de 2015, de <http://www.elsevier.es>
- Badía, X. Castro, D. y Sugrañes, J. (2000). Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Rev. Med Clínica*. 114 (17), 491-494.
- Balcázar, P., González, N., López, G. y Gurrola, G. (2005). *Investigación Cualitativa*. México : Universidad Autónoma del Estado de México.
- Berghmans, B. (2006). El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urológicas Españolas* , 30 (2), 110-122.
- Berghmans, B. (2007). Pelvic floor dysfunction and evidence-based physical therapy. En K. B. Bø, *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor* (págs. 161-217). Philadelphia : Elsevier .
- Beutenmuller, L., Cader, S., Maia, R., dos Santos, N., Caneiro, E. y Martin, E. (2011). Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18(3), 210-6. doi:ISSN 1809-2950.
- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia promoc. Salud* [online]. 12 (1), 11-24.
- Botelho, S., Marques, J. y Carvalho, L. (2010). Módulo III: Entrenamiento de los músculos de piso pélvico. En P. Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico*. (págs. 62-69). Caracas.

- Bo, K. (2012). Pelvic Xoor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol*(30), 437–443.
- Bravo, C. y Cano, L. (1999). Incontinencia urinaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* , 23 (6), 149-159.
- Burrows, L. y Cundiff, G. (2005). *Ginecología y Obstetricia*. Madrid, España: MARBÁN.
- Cabañas , A. y Chapinal, A. (2014). Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. *Apunts. Medicina de l'Esport*, 49(182), 59–66.
- Caifriez, M., Pinsach, P. y Fernández, J. (2010). *Abdominales y periné. Mitos y realidades*. Mallorca: MC Editions.
- Caldeira, E. (2010). Módulo II: Electroterapia en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. En Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico* (págs. 85-91). Caracas.
- Cambra, M. (2006). *Fisioterapia en la reeducación del suelo pélvico*. Obtenido de eFisioterapi.net: <http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-la-reeducacion-del-suelo-pelvico>
- Carneiro, E., Araujo, N., Beuttenmull, L., Vieira, P., Cader, S y Rett, M. (2010). Las características anatomofuncionales del suelo pélvico y la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a ejercicios perineales. *Actas Urológicas Españolas*, 34(9), 788-793.
- Carrillo, R. y Garnica, M. (2010). Presión intraabdominal. *Revista Mexicana de Anestesiología* , 33, 175-179.
- Casal, M., y Martínez, J. . (2010). Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de disfunción del suelo pélvico. Propuesta de intervención. . *Investigaciones Medicoquirúrgicas* , 2(2), 30-33.
- Castillo, A., Quirós, I., y Sancho, X. (2003). *La gestión de la atención integral en Salud. Módulo tres*. San José, Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).
- Castro, Y., Chacón, P. y Liu-Lin L. (2013). Impacto de la electro estimulación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria en el Hospital de las Mujeres "Dr. Adolfo Carit Eva", en el periodo enero del 2011 a mayo del 2012. Una revisión observacional. *Revista Mexicana de Urología*, 73(6), 292-298.
- Cervera, J., Serralta, I., Macia, C., Moreno, J., y Mayoral, E. (2004). Incontinencia Urinaria: ¿Un problema oculto? *Rehabilitación (Madr)*, 38 (1), 1-6.
- Chéne, G., Mansoor, A., Jacquetin, B., Mellier, G., Douvier, S., Sergent, F., et al. (2013). Female urinary incontinence and intravaginal electrical stimulation: an observational prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170, 275–280.

- Chirlaque, A. (2013). *Aproximación al tratamiento fisioterápico de la incontinencia urinaria*. Valencia, España.
- Comisión Técnica Interinstitucional. (2001). *Modelo de la Atención Integral de la Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción*. San José.
- Díaz, E., Medrano, E. y Suárez, C. (2013). *Guía de práctica clínica para fisioterapeuta en la incontinencia urinaria femenina*. Obtenido de Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía: http://www.colfisio.org/adjuntos/adjunto_3953.pdf
- Donizeti, A., y Bertotto, A. (2010). Biofeedback aplicado a los tratamientos de la incontinencia urinaria. En P. Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico* (págs. 92-104). Caracas.
- Esandi, M. (2015). *Tratamiento Fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres multíparas*. Soria : Universidad de Valladolid.
- Espino, G., De la Parra, M., Carvajal, R., Castillo, J., y Juárez, F. (2007). Fisioterapia del piso pélvico. Una opción importante. Experiencia clínica. *Revista del Colegio Mexicano de Urología A.C* , 22 (1), 29-32.
- España, M. (2003). Incontinencia de Orina en la Mujer. *Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología* , 120 (2).
- Faní, F., Magalhaes, A., Stupp, L., Ferreira, M., Batista, M. y Aquino, R. . (2012). Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecological Journal*, 23, 1495-1516. doi:DOI 10.1007/s00192-012-1707-1
- Ferri, A., y Amóstegui, J. (2004). Prevención de las disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia* , 26 (5), 249-265.
- Ferri, A., Melgarse, C., Avendaño, J., Puchades, M., y Torres, A. (2003). Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Iberoamericana Fisioterapia de Kinesiología* , 6 (2), 74-80.
- Fuentes, B. y Venegas, M. (2013). Rol del Kinesiólogo en una unidad de piso pélvico. *Revista Médica Clínica Condes*, 24(2), 305-12.
- Floristán, E. (2011). Influencia de la patomecánica de la pelvis en la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres nulíparas. *Revista Reduca* , 3 (2), 689-705.
- García, D., y Aboitiz, J. (2012). Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: una revisión sistemática. *Elseiver. Fisioterapia.*, 34(2), 87-95. Obtenido de <http://www.elsevier.es/ft>
- García, E. Pinto, M. y Laguna, J. (2014). Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia*, 30(20), 1-10.

- García, J., Espinosa, A., Vladislavovna, S., Peña, A., y Reyes, H. (2008). Guía para el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos mayores. *Med Inst Mex Seguro Soc*, 46 (4), 415-422.
- García, M., De La Calle, M., y Moreno, C. (2007). "El descuido de ti mismo es tu peor enemigo". Incontinencia urinaria y sus efectos en la salud. Plan de cuidados para la promoción de la salud. *Asociación Española de Enfermería en Urología* (104).
- Gavira, A., Walker, C., Ridríguez, N. y Gavira, F. (2013). Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Revista Atención Primaria*, 30(20), 1-9.
- Glazer, H. y Laine, C. (2006). Pelvic Floor Muscle Biofeedback in the Treatment of Urinary Incontinence: A Literature Review. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(6), 187-201.
- Glowacki, J. (2009). Tratamiento de la incontinencia urinaria mediante la pérdida de peso. *Revista del Climaterio*, 12 (71), 173-175.
- Gómez, A. (2008). *Incontinencia Urinaria Femenina: diagnóstico, tratamiento y prevención*. Obtenido de Elsevier: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13116880&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=154&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v27n03a13116880pdf001.pdf
- Gómez, L., Abuín, S., Criado, G., Yaguez, G. y Avisror, U. (2008). Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. *Actas Urológicas Españolas*, 36(6), 629-636.
- Gómez, X., Rojas, M., Sancho, E., y Herrera, F. (2005). *Ministerio de Salud: Analisis de Contexto en Salud (ACOS)*. San José, Costa Rica.
- González, A., Blázquez, E., Romo, M., y Rioja, J. (2003). Tratamiento Rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. *Elsevier*, 37 (2), 79-85.
- Gorbea, V., Velázquez, M., y Kunhardt, J. (2004). Efecto de los ejercicios del piso pélvico durante el embarazo y el puerperio en la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Revista de Ginecología Obstertrica de México*, 72, 628-636.
- Handa, V., Harvey, L., Cundiff, G., Siddique, S., y Kjerulff, K. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191 (3), 751-756.
- Hatzimouratidis, K., Konstantinidou, E. y Hatzichristou, D. (2006). Dilemmas in the management of female stress incontinence: the role of pelvic floor muscle training. *International Urological Nephrol*, 38, 513-525. doi:DOI 10.1007/s11255-006-0085-3
- Hay-Smith, E., y Domoulin, C. (2008). Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento o tratamientos de control inactivo, para la continencia urinaria en mujeres. (Revisión Cochrane traducida). *Oxford: Update Software Ltd.* (2).

- Herrmann, V., Potrick, B., Rodrigues, P., Zanettini, C. y Marques, A. (2003). Electroestimulacao transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinencia urinária de esforço: avaliaco es linica e ultra-sonográfica. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(4), 401-5.
- Hernández, H., Garrido, F., y Salazar, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Scielos. Salud pública de México.* , 42 (5), 438-446.
- Hernández, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México: McGraw Hill.
- Herrera, A., Arriagada, J., González, C. y Leppe, J. (2008). Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con Incontinencia Urinaria. *ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS*, 32(6), 624-628.
- Higa, R., Baena, M., y Ribeiro, E. (2008). significados Socio - Culturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(4).
- ICS. (s.f.). International Continence Society.
- Igual, C., Valverde, D., López, L., y Sánchez, J. (2003). Fisioterapia en la incontinencia urinaria en la mujer. *Iberoam Fisioter Kinesiol* , 50-54.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2009). *Políticas públicas del ambito social*. Obtenido de Salud de la mujer: http://www.inamu.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=1753
- Itzaa, F., Zarza, D. , Serra, L., Gómez, F., Salinas, J. , y Allona, A. (2010). Síndrome del dolor miofacial del suelo pélvico: una patología urológica muy frecuente. *Actas Urológicas Españolas. Elsevier*, 34(4), 318-326. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v34n4/revision2.pdf>
- Jerez, J., Souza, D., Espelt, A., Costa, M. y Belda, A. (2013). Electroestimulación del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria y/o síndrome de vejiga hiperactiva: una revisión sistemática. *Actas Urológicas Españolas*, 37(7), 429---444.
- Kruger, A. , Luz, S. y Virtuoso, J. (2011). Home exercises for pelvic floor in continent women one year after physical therapy treatment for urinary incontinence: an observational study. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5), 351-56. doi:ISSN 1413-3555
- Lacimaa, G. y Espuña, M. (2008). Patología del suelo pélvico. *Progresos en Gastroenterología*, 31(9), 587-95.
- Lamb, S., Pepper, J., Lall, R., Jorstad-Stein, E., Clark, M., Hill, L., y Fereday-Smith, J. (2009). Group treatments for sensitive health care problems: a randomised controlled trial of group versus individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence. *BMC Women's Health*, 9(26), 1-9. doi:10.1186/1472-6874/9/26
- Legendre, G., Fritel, X., Ringa, V., Lesavre, M. y Fernandez, H. (2012). Incontinence urinaire et ménopause. *Progrès en Urologie*, 22, 615-621.

- Ley General de Salud. Disposiciones Generales.* (1973). Obtenido de Gaceta N° 222:http://www.disaster-info.net/PEDSudamerica/leyes/leyes/centroamerica/costarica/salud/Ley_5395.pdf
- Lobos, A., Cardemil, F., Loézar, C., González, V., y Ortega, A. (2012). Satisfacción con la atención médica de pacientes hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente. *Rev Chil Salud Pública*, 16(1), 16-25.
- Lombardia, J., y Fernández, M. (2007). *Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida* (2ª ed ed.). España: Editorial Panamericana.
- Lone, C., Cruz, A., Martínez, J., Cánovas, J., y Gómez, J. (2006). Prevalencia de la incontinencia urinaria femenina en la población femenina atendida en el área sanitaria de Alicante. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* , 38 (5), 172-177.
- Lopes, A., Filho, S., Moura, A., da Fonseca, M., Spinassé, E., y de Oliveira, R. (2013). Analysis of the resources for rehabilitation of pelvic floor muscles in women with prolapse and urinary incontinence. *Fisioterapia Pesq.*, 20(1), 90-96.
- Lucas, M., Bosch, R., Burkhard, F., Cruz , F., Madden , T., Nambiar , A., et al. (2013). Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de de la incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*, 37(4), 199-213.
- Manrique, J., Altez, C., Medina, J., y Sabana, C. (2010). Experiencias en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina. *Revista Peruana de Urología* , XX, 10-15.
- Martín, J., del Cura, M., Gómez, T., Fernández, E., Pajares, G., y Moreno, B. (2010). La satisfacción del paciente en la relación con su médico de familia. *Atención Primaria*, 42(4), 196-205.
- Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1).
- Martínez, B., Salinas, A., y Jiménez, M. (2008). Calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas* , 32 (2), 202-210.
- Martínez, I., Kindelán, B., León, N., López, B., Moreno, S., Nogueira, M., et al. (2012). Eficacia del protocolo de fisioterapia del Hospital Universitario de Getafe, establecido para la mejoría de la incontinencia urinaria femenina. *Fisioterapia*, 34(4), 154-106.
- Martínez, J. (2014). Caracterización de mujeres en edad mediana con iconcontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Revista Cubana de Ginecología y obstetricia* , 40(1) , 102-118.
- Martínez, J., Castellanos, P., y Mermet, P. (1998). *Salud Pública*. España: Mc Graw Hill.
- Martínez, S., Ferri, A., Patiño , S., Viñas, S. y Martínez, A. (2004). Entrevista Clínica y valoración funcional de piso pélvico. *Fisioterapia*, 26(5), 266-280.

- Meldaña, A. (2004). Fisioterapia en mujeres candidatas a cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo: análisis y propuesta. *Fisioterapia*, 26(5), 303-309.
- Menezes M., Pereira, M. y Hextall, A. (2010). Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*, 65(2), 167-171.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2010). *Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social . España: Presidencia Española de la Unión Europea.
- Miralles, R. (2011). Incontinencia Urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Revista Española de Geriátria y Gerontología.*, 46(1), 5-6. Recuperado el Documento descargado de <http://http://zl.elsevier.es> el 09/03/2015
- Modroño, M., Sánchez, P., y Gayoso, M. (2004). Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Atención Primaria* , 34 (3), 134-139.
- Morales, F. (2000). *Temas prácticos en geriatría y gerontología* (Vol. Tomo1). San José: EUNED.
- Morera, F. (19 de Marzo de 2013). Comunicación personal. (Garro M., y Gómez S., Entrevistadores)
- Napal, C., Lara, C., Echandía, B., Egaña, C., Lezaún, R., Sancho, B., et al. (2004). Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria. *Asociación Española de Enfermería en Urología* (89), 8-10.
- Newman, D. (2014). Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback. *Society of Urologic Nurses and Associates*, 34(4), 193-202.
- Nina, J. (2010). Fundamentos de la electroterapia Aplicados al Tracto Genitourinario . En P. Palma (Ed.), *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de la Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico* (págs. 53-64). Caracas : Confederación Americana de Urología .
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la organización de la Salud*. Recuperado el p de Noviembre de 10, de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Temas de Salud*. Obtenido de Salud de la Mujer: http://www.who.int/topics/womens_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Derechos Humanos y Salud. Personas Mayores*. . Obtenido de http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf
- Orna, M., Artero, J., Caldentey, E., Usieto, L., Cuadra, P. y Isanta, C. (2011). Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *Semergen*, 37(7), 347-351.
- Ostaszkievicz, J., Johnston, L., y Roe, B. (2008). Reentrenamiento de hábitos para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. (4), 1-33.

- Papanicolaou, M., Espuna, M., Hampel, C., Monz, B., y Quail, D. (2005). Medical resource utilisation and cost of care for women seeking treatment for urinary incontinence in an outpatient setting Examples from three countries participating in the PURE study. *Maturitas* , 52, 35–47.
- Pellín, D, Martínez, S., Toro, J. , Sánchez, P. y Briceño, W. . (2013). Protocolos de Atención en Uroginecología y Piso Pélvico. Caracas, Venezuela: ATEPROCA C.A.
- Pena, J., Rodríguez, A., Villodres, A., Mármol, S., y Lozano, J. (2007). Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas* , 719-731.
- Pernoll, M. (2003). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (10º ed. ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Pérez, C. y Vargas, IB. (2010). Utilidad de la perineometría para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Revista Mexicana de Urología* , 70(1), 2-5.
- Petros, P. (2006). *Suelo pélvico en la muje. Función, disfunción y tratamiento según la teoría integral*. Barcelona : Mayo, S.A.
- Petros, P., y Cássio, R. (2010). Módulo I. Aplicaciones clínicas de la teoría fundamentada. En P. Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico* (págs. 18-26). Caracas.
- Pezoa, M. (2010). *Propuesta metodologica que permite evaluar la percepcion de la calidad percibida desde los usuarios de salud*. Estudios y Desarrollo . Chile : Gobierno de Chile. Suerintendencia de Salud.
- Pineda, E., y Alvarado, E. (2008). *Metodología de la Investigación* (tercera ed.). Washingto, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Porter, S. (2009). *Tidy Fisioterapia* (14 ed. ed.). España: Elsevier.
- Quintana, E., Fajardo, V., Rodríguez, J., Aguilera, U., y Martínez, M. (2009). Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco* , 15 (1), 839-844.
- Quirós, I. (1997/1998). Los derechos de la Mujer en Salud. *Latinoamericana de derecho médico y medicina legal* , 2/3 (2/1), 53-58.
- Ramírez, J., Gallegos M., Ruíz, J., Brito, E., Albaladejo, M., y Sarmiento, M. (2011). Nuevas formas de ejercicio físico como terapia médica: Tai Chi y Pilates. *Canarias Médica y Quirúrgica.*, 9(26), 19-24.
- Rebassa, M., Taltavull, J., Gutiérrez, C., Ripoll, J., Esteva, A., Miralles, J. (2013). Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 37, 354-361.
- Richter, H. y Burgio, K. (2008). Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y prolapso de órganos pélvicos: tratamiento conservador (3 ed ed.). España: Elsevier.

- Rial, T. y Pinsach, P. (2012). *Aproximación conceptual y metodológica al método hipopresivo*. Obtenido de efdeportes: <http://www.efdeportes.com/efd162/aproximacion-al-metodo-hipopresivo.htm>
- Rial, T., Chulvi, I., y Pinsach, P. (2012). Influence of fitness activities on pelvic floor dysfunction. *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud* , 4 (5), 409-422.
- Rial, T. y Villanueva, C. (2010). La gimnasia hipopresiva en un contexto de actividad físico-saludable y preventiva. *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 2(2), 1-15.
- Rial, T., Villanueva, C., y Fernández, I. (2011). Aproximación conceptual y metodológica al método hipopresivo. *Digital* (162).
- Rial, T., Villanueva, C. y Fernández, I. (2011). *Mitos y realidades en torno al método hipopresivo* Caufriez. Obtenido de efdeportes: <http://www.efdeportes.com/efd162/aproximacion-al-metodo-hipopresivo.htm>
- Rioja, J., González, A., y Estévez, P. (2005). Pruebas de evaluación en la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación* , 358-371.
- Rioja , J., González, A. y Estévez , P. (2005). Técnicas Instrumentales de Diagnóstico y Evaluación en Rehabilitación. *Rehabilitación*, 39(6), 358-71.
- Robles, J. (2006). La incontinencia urinaria. *Departamento de Urología. Clínica Universitaria de Navarra.* , 29 (2), 219-232.
- Rodas, M., y García, H. (2010). Una aproximación de la terapia del piso pélvico en el manejo de la incontinencia urinaria femenina de la Ciudad de Cali. *Urología Colombiana* , 19 (3), 48-58.
- Rodríguez, C., y Esquivel, L. (2010). Incontinencia Urinaria en la Mujer. *Revista Médica de costa Rica y Centroamérica* , 67 (592), 151-157.
- Rodríguez, E., Martínez, J., Díaz, D., Ros, A., y Yahima, A. (2010). Impacto de la fisioterapia para la reeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria.
- Rodríguez, M. (2004). *Electroterapia en Fisoterapia* (Vol. 2). Buenos Aires : Médica Panamericana de Buenos Aires.
- Rojas, Z. (2006). Planificación, centralización, descentralización y niveles de atención. *Gaceta Médica de Costa Rica* (2).
- Salas, A. (2010). Organización de la oferta de los servicios de salud en Costa Rica. En U. d. Escuela de Salud Pública, *La salud pública en Costa Rica: estado actual, retos y perspectivas*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Salinas, J. , Cuenllas, A., y Garcia, M. . (2009). Percepción del paciente con Incontinencia Urinaria. Observatorio Nacional de la Incontinencia. (ONI). España: Universidad Complutense de Madrid.

- Sallgueiro, M., Salvatierra, E., y Calderón, N. (2005). Incontinencia Urinaria. *Rev Pac Med Fam*, 2 (2), 14-18.
- Sánchez, B., Mabel, G. y Barrera, L. (2013). Incontinencia y Enfermedad Crónica. *Aquichan*, 13(3), 421-432.
- Sánchez, R., y Cervillos, C. (2006). Incontinencia Urinaria en el Climaterio. *Revista del Climaterio*, 9 (50), 56-61.
- Schorge, J., Schaffer, J., Pietz, J., Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K. y otros. (2008). Urinary Incontinence. En *Williams Gynecology* (pág. Chapter 23). Mc Graw-Hill.
- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K., Artibani, W., Chapple, C., Drake, M., et al. (2010). Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. *European Association of Urology*, 780-841.
- Schreiner, L., Guimaraes, T., Borba, A., Campani, C. y Gómez, I. (2013). Electrical Stimulation for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *International braz j urol IBJU*, 39(4), 454-464. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.04.02
- Secretaria de Salud. (2009). *Detención, Diagnóstico y Tratamiento inicial de la Incontinencia Urinaria en la Mujer*. Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Segarra, V., Heredia, J., Peña, G., Sampietro, M., Moyano, M., Mata, F., et al. (2014). Core y sistema de control neuro-motor: mecanismos básicos para la estabilidad del raquis lumbar. *Rev Bras Educ Fís Esporte*, 1-9.
- Seleme, M., Bertotto, A. y Wallbach, V. (2010). Módulo III. Ejercicios Hipopresivos. En P. P, *Urofisioterapia. Aplicaciones Clínicas de Técnicas Fisioterapéuticas de Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico* (págs. 16-27). Caracas.
- Sharma, A. (2010). Female urinary incontinence - primary care management. *British Journal of Medical Practitioners*, 3 (3), 48-50.
- Siddiqui, N., Levin, P., Phadtare, A., Pietrobon, R., y Ammarell, N. (2014). Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. *International Urogynecology Journal*, 25, 863-871. doi:10.1007/s00192-013-2276-7
- Silva, A., Moura, A., Fonseca, M., Spinassé, E. y Oliveira, R. (2013). Analysis of the resources for rehabilitation of pelvic floor muscles in women with prolapse and urinary incontinence. *Fisioterapia Pesquisa*, 20(1), 90-96.
- Sjöström, M., Umeford, G., Stenlund, H., Carlbring, P., Andersson, G., y Samuelsson, E. (2013). Internet-based treatment of stress urinary incontinence: a randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training. *BJU International*, 112, 362-372. doi:doi:10.1111/j.1464-410X.2012.11713.x
- Smith, M., Russell, A. y Hodges, P. (2006). Disorders of breathing and continence have a stronger association with back pain than obesity and physical activity. *Australian Journal of Physiotherapy*, 32, 11-16.

- Sociedad Española de Fisioterapia en Pelviperineología. (2011). Obtenido de <http://www.sefip.es/>
- Soriano, E., y Vidal, R. (2007). Tvt-o nueva técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfermería Integral* (77), 15-18.
- Stach, B., Hakala, A., Laippala, P., Lehtinen, K., Metsänoja, R., y Kujansuu, E. (2003). Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurology and Urodynamics* , 22 (6), 563-568.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Tannenbaum, C., Corcos, J., y Assalian, P. (2006). The relationship between sexual activity and urinary incontinence in older women. *Journal of The American Geriatrics Society* , 58 (8), 1220-1224.
- Tarnary, C., y Bhatia, N. (2007). Urinary Incontinence. En A. DeCherney, L. Nathan, N. Laufer, & A. Roman, *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology*. Mc Graw-Hill.
- Tejero, M., Muniesa, J., Navarro, M., Sebastián, E., Boza, R., Belmonte, R., y otros. (2006). Grado de satisfacción y mejoría clínica subjetiva tras la rehabilitación en el tratamiento de la incontinencia urinaria. *Rehabilitación* , 40 (2), 72-78.
- Terlikowski, R., Dobrzycka, B, Kinalski, M., Kuryliszyn, A. y Terlikowski, S. (2013). Transvaginal electrical stimulation with surface-EMG biofeedback in managing stress urinary incontinence in women of premenopausal age: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *International Urogynecologica Journal*, 24, 1631-1638. doi:10.1007 / s00192-013-2071-5
- Trejos, S. (2013). Diagnóstico y abordaje de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica Centroamérica*. , 70 (606), 307-312. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132s.pdf>
- Teixeira, A. y Almeida, J. (2010). Módulo I. Diagnóstico clínico y fisioterapéutico de la incontinencia urinaria femenina. En P. Palma, *Urofisioterapia. Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas en disfunciones miccionales y disfunciones del piso pélvico*. (págs. 44-52). Caracas.
- Uriona, R., Escobar, Y., y Méndez, L. (2009). Manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo con banda Sling modificada. *Revista Méd.* , 21 (1), 5-11.
- Vargas, A., Gutiérrez, J. P., y Carreón , V. (2006). Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México. *Salud Pública*, 48(6), 482-489.
- Velázquez, M., Bustos, H., Rojas, G., Oviedo, G., Neri, E., y Sánchez, C. (2007). Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México* , 75, 347-359.

- Vinaccia, S., Tobón, S., y Cadena, J. (2005). Evaluación de la calidad de vida en mujeres con artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* , 75 (6), 45-60.
- Vírseda, M., Gómez, A., Salinas, J., Fuentes, M. y López, A. 6. (2012). Estudio de la influencia de los prolapsos pélvicos en la fase miccional del tracto urinario inferior femenino. *Actas Urológicas Españolas*, 36(9), 532-538.
- Walker, C. (2013). *Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología* (Segunda ed.). España: Elsevier Masson.
- Zunzunegui, M., Rodríguez, A., García, M., Aguilar, M., Lázaro, P., y Otero, A. (2007). Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Atención Primaria* , 32 (6), 337-342.

ANEXOS

Anexo 1



Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnologías en Salud
Licenciatura en Terapia Física⁸



Planificación del periodo de observaciones.

Nº Usuaría	Fecha de observación		
	Semana 1 Evaluación Inicial	Semana 6 Seguimiento	Semana 12 Evaluación final
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Anexo 2



Universidad de Costa Rica
 Facultad de Medicina
 Escuela de Tecnologías en Salud
 Licenciatura en Terapia Física



GN° ____

Guía de Llenado: Caracterización de las usuarias.

		Fecha
Indicador	Categoría	
I. Ocupación	1) Trabajo como profesional 2) Trabajo no profesional 3) Ama de casa 4) Pensionada 5) No Especifica	
II. Edad de la paciente en años cumplidos	1) 18-29 2) 30 -39 3) 40-49 4) 50-59 5) 60-69 6) 70 o más	
III. Lugar de Residencia según la provincia	1) San José 2) Alajuela 3) Cartago 4) Heredia 5) Guanacaste 6) Puntarenas 7) Limón	
IV. Aspectos generales de Salud	a. Antecedentes patológicos personales.	1) Diabetes 2) HTA 3) Dislipidemias 4) Cardiopatías 5) Obesidad 6) Asma 7) Artritis 8) Patología neurológica _____ 9) Cáncer _____ 10) Alergias _____ 11) Estreñimiento 12) Patologías Ginecológicas 13) Otros: 14) Sin APP

	b. Antecedentes Patológicos no personales	1) Tabaco 2) Alcohol 3) Drogas Tipo _____ 4) No especifica 5) Sin APnoP	
V. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	a. Evolución de diagnóstico en años	1) 0 – 1 2) 2 3) 3 4) 4 ó más 5) No especifica	
	b. Gravedad	1) Grado I 2) Grado II 3) Grado III 4) No especifica	
	c. Tratamiento	▪ Quirúrgico	
▪ Conservador		2.1) Electro gimnasia 2.2) Biofeedback 2.3) Ejercicios de Kegel 2.4) Abdominales hipopresivos 2.5) Resistencia progresiva 2.6) Rood 2.7) Recomendaciones al hogar 2.8) Modificación de conductas 2.9) Otros	
VI. Consulta	a. Número de sesiones que asistió	1) Todas 2) Ninguna 3) Menos de 6 sesiones 4) Más de 6 sesiones 5) Continúa en Tratamiento	

Observaciones:

Anexo 3



Universidad de Costa Rica
 Facultad de Medicina
 Escuela de Tecnologías en Salud
 Licenciatura en Terapia Física



GN° ____

Guía de Observación
Protocolo de atención: Sesiones de tratamiento conservador.

		Fecha ____ - ____ - ____																																	
Indicador	Categoría																																		
a) Consulta de:	a) Evaluación inicial b) Consulta de Seguimiento c) Finalización del tratamiento																																		
b) Tiempo total asignado a la sesión	d) 0-30 min e) 30-60 min f) Más de 60 min																																		
c) Cantidad total (n°) de profesionales presentes en la consulta:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">a) Médico ginecólogo</td> <td style="width: 11%;">0) uno</td> <td style="width: 11%;">1) más de uno</td> <td style="width: 11%;">2) No hay</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>b) Médico residente</td> <td>0) uno</td> <td>1) más de uno</td> <td>2) No hay</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>c) Enfermero (a)</td> <td>0) uno</td> <td>1) más de uno</td> <td>2) No hay</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>d) Médico residente</td> <td>0) uno</td> <td>1) más de uno</td> <td>2) No hay</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>e) Otros: _____</td> <td>0) uno</td> <td>1) más de uno</td> <td>2) No hay</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					a) Médico ginecólogo	0) uno	1) más de uno	2) No hay			b) Médico residente	0) uno	1) más de uno	2) No hay			c) Enfermero (a)	0) uno	1) más de uno	2) No hay			d) Médico residente	0) uno	1) más de uno	2) No hay			e) Otros: _____	0) uno	1) más de uno	2) No hay		
a) Médico ginecólogo	0) uno	1) más de uno	2) No hay																																
b) Médico residente	0) uno	1) más de uno	2) No hay																																
c) Enfermero (a)	0) uno	1) más de uno	2) No hay																																
d) Médico residente	0) uno	1) más de uno	2) No hay																																
e) Otros: _____	0) uno	1) más de uno	2) No hay																																
d) Tipo de evaluación	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">a) Examen Manual Muscular</td> <td style="width: 25%;">b) Instrumental</td> <td style="width: 25%;">c) Examen electrónico</td> <td style="width: 25%;">d) No se evalúa</td> </tr> </table>				a) Examen Manual Muscular	b) Instrumental	c) Examen electrónico	d) No se evalúa																											
a) Examen Manual Muscular	b) Instrumental	c) Examen electrónico	d) No se evalúa																																
e) Aplicación de tratamiento:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;">a) Electro estimulación</td> <td style="width: 40%;"> a.1) Cantidad de corrientes aplicadas 1) uno 2) más de uno a.2) Tipo de Corriente/ programa 1. _____ 2. _____ </td> <td style="width: 40%;"> a.5) Profesional que aplica 1. _____ 2. _____ </td> </tr> <tr> <td></td> <td> a.3) Tiempo de aplicación: 1. _____ min 2. _____ min </td> <td> a.6) Profesional que lo programa 1. _____ 2. _____ </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"> a.4) Parámetros aplicados 1. _____ 2. _____ </td> </tr> </table>					a) Electro estimulación	a.1) Cantidad de corrientes aplicadas 1) uno 2) más de uno a.2) Tipo de Corriente/ programa 1. _____ 2. _____	a.5) Profesional que aplica 1. _____ 2. _____		a.3) Tiempo de aplicación: 1. _____ min 2. _____ min	a.6) Profesional que lo programa 1. _____ 2. _____		a.4) Parámetros aplicados 1. _____ 2. _____																						
a) Electro estimulación	a.1) Cantidad de corrientes aplicadas 1) uno 2) más de uno a.2) Tipo de Corriente/ programa 1. _____ 2. _____	a.5) Profesional que aplica 1. _____ 2. _____																																	
	a.3) Tiempo de aplicación: 1. _____ min 2. _____ min	a.6) Profesional que lo programa 1. _____ 2. _____																																	
	a.4) Parámetros aplicados 1. _____ 2. _____																																		

	b) Biofeedback	b.1) No Utiliza b.2) Combina con electroestimulación b.3) Tiempo total asignado : 1) 0-5 min 2) 5-10 min 3) Más de 10 min b.4) Realiza evaluación inicial b.5) Profesional plantea meta visual b.6) Paciente cumple meta visual b.7) Profesional plantea meta auditiva b.8) Paciente cumple meta auditiva b.9) No se plantean metas
	c) Fortalecimiento Muscular	c.1) Utiliza 1) Si 2) No c.2) Cantidad de técnicas aplicadas 1) uno 2) más de uno c.3) Tiempo total asignado 1) 0-5 min 2) 5-10 min 3) Más de 10 min c.4) Técnica aplicada: 1. Ejercicios de Kegel 2. Ejercicios Hipopresivos 3. Ejercicios de resistencia progresiva 4. Otros _____ c.5) Musculatura que se ejercita 1) Piso pélvico 2) Abdominales 4) Otros
	e) Indicaciones para el hogar	a) Si b) No c) Tiempo asignado 1) 0-5 min 2) 5-10 min 3) Más de 10 min

Observaciones:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnologías en Salud
TERAPIA FÍSICA



Entrevista a usuarias

La siguiente entrevista se realiza como parte de los requerimientos del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de licenciatura en Terapia Física. El objetivo, es conocer su percepción acerca del tratamiento conservador recibido en la Consulta de Estática Pélvica del Hospital México, en el cual usted ha sido atendida. Se realizarán 9 preguntas, y sus respuestas serán grabadas y utilizadas de forma confidencial y únicamente para fines académicos.

1. ¿Conoce usted su diagnóstico específico? ¿Cuál es?
2. ¿Conoce con exactitud cuál ha sido su situación con respecto a su padecimiento?
3. ¿Considera usted que la IUE es un problema para su salud? ¿Por qué?
4. ¿Considera usted que la IUE posee solución? ¿Por qué?
5. ¿Considera usted que el tratamiento que ha recibido en la consulta, se ajusta a su situación? ¿Por qué?
6. ¿Ha percibido cambios desde antes de la intervención hasta el día de hoy? ¿Cuáles cambios?
7. ¿Ha recibido otras opciones de tratamiento? ¿Cuáles?
8. ¿Conoce usted, como podría la Terapia Física colaborar en el tratamiento de la IUE?
¿Lo ha considerado como una opción para su tratamiento?
9. ¿Cuál es su opinión general acerca del tratamiento recibido?

¡Gracias por colaborar con su tiempo y sus opiniones!

Observaciones:



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnologías en Salud
TERAPIA FÍSICA



Entrevista a profesionales

La siguiente entrevista se realiza como parte de los requerimientos del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Terapia Física. El objetivo, es conocer su percepción acerca del tratamiento conservador recibido en la Consulta de Estática Pélvica del Hospital México, el cual usted ha sido atendida. Se realizaran 7 preguntas, y sus respuestas serán grabadas y utilizadas de forma confidencial y únicamente para fines académicos.

1. ¿Considera usted que la IUE es un problema de salud pública? ¿Por qué?
2. Siendo usted parte del equipo interdisciplinario que participa en la atención de la IU, ¿Cuál es el rol que usted desempeña?
3. ¿Cuál es el tratamiento que usted aplica a las mujeres con Dx de IUE?
4. ¿Considera usted, que el tratamiento brindado es el que más se ajusta a las necesidades de la población?
5. ¿Conoce de otras técnicas y procedimientos de tratamiento dirigidos a la IUE?
6. ¿Conoce usted, el rol que cumple un profesional en Terapia Física como parte del equipo interdisciplinario que podría atender a una paciente con diagnóstico de IUE?
7. ¿Cuál es su opinión general acerca del abordaje que se brinda a las mujeres con IUE a nivel nacional o institucional?

¡Gracias por colaborar con su tiempo y sus opiniones!

Observaciones:

Anexo 6.

Problema de Salud Pública.

Informante Clave	Categoría de análisis	Cód. de profesional	Opiniones sobre IU como problema de salud pública
Profesionales	Terapeuta Físico	TF 01	– Una patología que ha estado totalmente abandonada que no se toma en cuenta dentro de un perfil normal de un sistema de atención primaria de salud de ya que éste es totalmente prevenible y tratable entonces sí me parece que es un problema de salud
		TF 02	– Si claro que si, por supuesto, porque para las personas es todo un problema tener la incontinencia porque a veces las personas pueden diferentes formas, diferentes cosas desde un pañal hasta un tipo Kotex, pero no deja de ser una cosa acongojante, hace una limitación por lo tanto hace un problema de Salud Pública porque además involucra a muchas personas y es bastante amplia la cantidad de gente que padece de incontinencia.
	Médico Ginecólogo	Med 01	– Sí, claro que sí, porque... afecta mucho calidad de vida
		Med 02	– Si, la incontinencia es un problema muy frecuente, que de pronto está muy sub diagnosticado en el país, entonces de hecho van a ver algunas mujeres, más de un 50% de gente que pueden tener algún problema de incontinencia, entonces, yo si lo considero un problema de salud pública porque la cantidad de la población que lo padece es importante y a pesar que no pasa a mortalidad causa mucha morbilidad – Ni siquiera hay un programa de fisioterapia para que la gente pueda ir a hacer ejercicios. – No sé, si uno tuviera que verlo a nivel nacional yo diría que no hay nada o sea estamos así como en pañales, o sea hay poca educación al paciente, poca difusión que es una enfermedad.

Conocimiento de la patología, síntomas y evolución

Informante Clave	Cód. de usuaria	Categorías de análisis	Opiniones sobre condición patológica: Conocimiento de la patología, síntomas y evolución
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Tengo 20 años de tener ese mal. - Primeramente como eso causa muchos trastornos, me da dolor en la espalda, o sea me ataca los riñones, me ataca la vejiga - Si, bueno. Eso me vino desde que me operaron de... histerectomía, que me hicieron, en donde sacan todo, al muchos años y tiempo la vejiga se bajó demasiado y comencé a orinar, sin parar. - Yo no sé si es que tengo una infección adentro que me da picazón y resequedad en el vientre - Me da picazón y resequedad en el vientre - Se viene de un momento a otro un montón de orines, a veces se queda así tranquilo - ..., yo pienso que es que tengo alguna cosita rota ahí, la vejiga rota, un poquitito. - Pero puede ser que tengo alguna infección, a orinar - Puede ser una infección de mucho tiempo o que la vejiga estaba demasiado baja - Me coge picazón vaginal - Porque como eso pica tanto y arde
	US 03	Escolaridad baja Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno exactamente no, en este momento no porque le pregunté el otro día a la doctora y me dijo que esto sabría cuando viniera a la cita médica - Exactamente con respecto a la incontinencia, me dice como ya usted ya fue operada, yo le pregunto al doctor Pican porqué a mí me duele como si yo tuviera los ovarios si ya yo no tengo ovarios, yo hay momentos que paso con el dolor aquí (se toca el vientre) y el dolor vaginal que yo siento como si tuviera algo ahí, como que me muerde como que me jala y como le acabo de decir con las relaciones paso fatal. - El doctor me dice que se siente que el músculo lo tiene fuerte pero no ya yo no ya la tengo baja, - De hecho alguien me dijo que cuando yo me estará bañando que me agachara un poquito y me tocara que la vejiga se siente como que fuera una pelotita como "gruñosa" y yo me la siento abajo abajo. - Es cierto yo padezco de eso y yo soy consciente de que hay momentos de que yo para estar tranquila y estar en paz es eliminar totalmente los líquidos ¡no puedo! - En el momento yo no puedo evacuar a mí lo que me agarra el dolor que yo le digo a usted como si yo tuviera ovarios como algo pesado y cuando yo ya voy y termino de hacer la necesidad a mi me queda un dolor tremendo entonces yo digo, yo no veo ninguna mejoría. - No porque yo hago el ejercicio, pero en la tarde yo me estoy muriendo de dolor, es un dolor agudo que me da y yo le consulté al doctor y él me dijo que -Eso no se te va a quitar- - Hace como 10 años maso menos tengo esto
	US 04	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Si la Vejiga baja, eso es lo que me han dicho que tengo la vejiga baja por tantos embarazos, se me bajó la vejiga. - Digamos se me salen los orines cuando rio, toso o estornudo - ¿Conoce el grado o el tipo de incontinencia? No solo

			<p>eso incontinencia urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es un problema realmente y aparte de eso que se va saliendo más y más la vejiga ósea que se va cayendo más. - La cistitis si me la agravaba más, el asma no. El asma ya es común en mi yo soy asmática siempre - Hace ya como 15 años
	US 05	<p>Escolaridad media</p> <p>Avanzada evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Conoce usted con exactitud cuál es su padecimiento? Si, Incontinencia urinaria - ¿Alguna vez le dijeron que tipo de incontinencia? No. - Bueno y además entre más edad tenga uno más problema. - 10 años de tener infecciones urinarias. A través de la operación, a los 22 días de operada tuve una infección, fuera de eso he tenido 3 más, es decir que para mí es mucho en un lapso de 2 años, verdad, es decir se me han contenido las infecciones urinarias. - Ya hace más de 30 años
	US 02	<p>Escolaridad alta</p> <p>Poca Evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sí, tengo problemas, bueno principalmente en lo que es en la retención de lo que es la cistocele y rectocele, esto es lo que se me ha dicho - Si, bueno, yo soy paciente de cáncer en tratamiento entonces el tratamiento me provocó un tumor en la matriz, al quitarme la matriz y todos los órganos reproductores entonces la vejiga bajo y entonces ahí fue donde comenzaron esas complicaciones - Bueno, yo me imagino que eso es un musculo perezosillo entonces que hay que irlo trabajando, - ¿Hace cuánto padece de incontinencia Urinaria? Hace ya año y medio
	US 06	<p>Escolaridad alta</p> <p>Poca Evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En realidad no, nunca me han dicho - Me orinaba cuando caminaba, cuando tosía, cuando me reía - Ya 6 años maso menos
Profesionales	Terapeuta Físico	TF 01	Son alrededor de 7, 5 años de atraso que llevamos contra la patología o contra la disminución de la fuerza
		TF 02	
	Médico Ginecólogo	Med 01	
		Med 02	La incontinencia es un problema muy frecuente, que de pronto está muy sub diagnosticado en el país Porque incontinencia no solamente viene con pura ncontinencia, sino vienen incontinencias con incontinencia con dolor o incontinencia con incontinencia anal, o ncontinencia con algún grado de anismo, vaginismo.

Calidad de vida

Informante Clave	Cód de usuaria	Categorías de análisis	Opiniones sobre Calidad de vida
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Digamos yo me las puse ahora, en la tarde cuando yo me voy me pongo 2 con un pañito de... de... cojo 2 servilletas de cocina, cojo unas 3 o 4 las doblo así y me las pongo antes de dormir, para no orinar el colchón - Yo vivo sola, tengo un hijo pero el casado tiene hijos, el viene los domingos a sacarme, a verme, pero por lo demás yo vivo solita, entonces la doctora Silvia que ha sido mi doctora, me dijo mejor que la, hace 3 años, mejor que usted se vaya a un centro de ancianos para que la cuiden, porque ya me había caído 3 veces. - Voy cuatro veces en la noche a orinar, en la noche, después de que me acuesto en la noche, unas 4 veces...
	US 03	Escolaridad baja Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando yo tengo las relaciones yo me pongo fatal, otro día yo amanezco mal mal mal con mucho dolor ahí abajo. - Yo para salir no tengo derecho a tomar ni un poco de agua, nada ningún líquido porque a mí un día me agarró el deseo de ir al baño y he estado hasta media hora sentada cruzando las piernas y cuando yo ya voy al baño ya voy con el producto afuera. - Siento que sí, que cada día se me agudiza más, por qué no lo sé, vea número 1 no me puedo dar el lujo como de darme un paseo porque no puedo yo no puedo hacer desplazamientos largos, yo tengo un hermano en Guanacaste que se enoja porque yo no voy y le digo -Alex pero como voy a ir si cada vez que yo me monto en el bus le digo tengo que andar como un chiquito jalando pañales, jalando todo porque un día a mí me agarró las ganas de orinar... y tengo que buscar donde ir a orinar.
	US 04	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Si bastante, porque anda uno muy incómodo en la calle, después imagínese lo que es que esté uno y de pronto se le salgan los orines? Es un problema realmente y aparte de eso que se va saliendo más y más la vejiga o sea que se va cayendo más. - Cuando tengo por ejemplo una reunión me da pena ir porque me da eso, aunque casi siempre ando con toallas sanitarias, aunque aun así hay veces que es tanto que se pasa y me genera pena, mucha pena verdad.
	US 05	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Ya yo no me veo en la libertad de ir a un paseo largo, de ir a quedarme a otra parte, porque me da miedo que en cualquier momento... por ejemplo: ayer iba a ir hacer un mandado y al cruzar la calle con solo que me tropecé, entonces del mismo tropezón, ahí adentro (usuaria se tocaba el vientre), como el esfuerzo, se me salieron los orines, entonces yo siempre ando con toalla, con toalla para incontinencia verdad, cuando salgo aquí, por ejemplo uso una toalla que trae 3 gotitas y cuando estoy en la casa uso la otra, la más

			pequeñita pero para salir salgo con esa, y si porque es feo eso.
	US 02	Escolaridad alta Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Sí, claro que sí, tanto física como emocionalmente, ya uno no tiene la misma libertad de salir, de hacer las actividades que muchas veces uno estaba acostumbrado. - Bueno, yo uso protectores, entonces estármelos cambiando y todo eso genera un gasto económico pero principalmente.... En las actividades de la vida diaria. - Ha sido una experiencia que incluso, pienso que emocionalmente me afecto mucho
	US 06	Escolaridad alta Poca Evolución	-
sionales	Terapeuta Físico	TF 01	- Tan solo vayan a un supermercado y ven cuantas toallas TENA se venden es una repuesta lógica de la necesidad.
		TF 02	- No deja de ser una cosa acongojante, hace una limitación
	Médico Ginecólogo	Med 01	- Afecta mucho la calidad de vida, entonces al afectar calidad de vida esto repercute mucho en el trabajo, incapacidades, ausentismo verdad, que la paciente no haga adecuadamente su trabajo, esto repercute en producción y la economía. Además que solo el hecho de tener incontinencia eso favorece el otros tipos de otras patologías: infecciones vaginales, dispareunia, problemas a nivel físico, emocional, sexual, entonces si es un problema.
		Med 02	- Implica que la paciente tiene que comprar pañales, cambio de ropa, tiene afectación a nivel psicológico de pareja, pueden tener afecciones inclusive a nivel laboral en el paciente, entonces, si es un problema importante.

Informante Clave	Cód de usuaria	Categorías de análisis	Opiniones sobre abordaje de la atención y limitaciones al tratamiento
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada evolución	- Me mandaron a ginecología, y me estuvieron viendo ahí, ahora no recuerdo cuantas veces, pero siempre me ven, cada 6 meses o cada año
	US 03	Escolaridad baja Poca Evolución	- Me dijeron que me iban a mandar medicamentos, vea que hasta eso vengo a ver si puedo subir al primer piso porque aquí estoy esperando la respuesta que me iban a llamar.
	US 04	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Me genera gastos porque en realidad no he tenido que dejar las toallas sanitarias verdad, a pesar de que ya soy una mujer grande no las uso para la menstruación, pero diay tengo que usarlas para este otro problema que tengo - Un día me dio asma, otro día me dio cistitis que bueno inclusive la doctora anotó ahí todo, entonces por eso no pude asistir algunas citas - Por el problema de vivir tan largo y estar yendo allá a las 8 de la mañana se me hacía problema - Por la parte económica se me hace un poco difícil - Sí, si realmente eso me perjudicó porque si yo hubiera asistido más normalmente como iba, yo pienso que hubiera sido mejor que tal vez no me hubiera curado bien pero que tal vez me hubiera hecho mejor.

	US 05	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Ellos no me completaron las sesiones, digamos me pusieron una el jueves 18 de diciembre pero yo tenía otra cita, y el viernes 26 quedo mi hijo en llegar por mí y nunca llegó, así es que eran 12 sesiones las que me habían mandado, ve, aquí me las habían puesto y... sí, yo sentí mejoría verdad porque ya ahora no voy tan, como tan seguido, como que ya aguanto más, pero no me las completaron. - Inclusive ahora yo vivo actualmente sola entonces no tendría quien me atendiera en ese momento. - Al principio no estaba muy contenta, porque la doctora que me atendió al principio como que no... digo yo... bueno ¡y no solo lo digo yo!, lo decían varios pacientes, como que no tenía paciencia
	US 02	Escolaridad alta Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - En electroestimulación no ha sido así como el 100% porque por ejemplo en 2 ocasiones me conectaron toda la electricidad de un solo, en vez de ir graduando, entonces eso me llevo a generar cierta ansiedad inclusive, entonces cuando voy a recibir el tratamiento me da susto, entonces ya, pero diay ahí vamos, poquito a poco. - Acá las 2 experiencias que tuve, siento que se vino atrás más bien, o sea se devolvió el proceso que llevaba de avance del tratamiento, porque sí, yo iba muy bien a la cuarta sesión, pero... fue una experiencia que incluso, pienso que emocionalmente me afecto mucho, o sea yo ahora no toco por ejemplo algo eléctrico porque me da miedo, pues ahí pienso que fue un error, dos errores, pero, pero, Diay de eso se trata, de ir tratando de vencer.
	US 06	Escolaridad alta Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Lo único es que hay algunos médicos que son muy conchos y no explican nada, yo consulte con una doctora que fue bastante grosera conmigo, que no explicaba nada y no me gustaría que fuera así con las otras pacientes, porque diay a ellos se les está pagando para que hagan su trabajo no para que traten mal a la gente - Después de muchos años me mandaron exámenes específicos para eso en el hospital de Grecia en ginecología, además yo fui también pagando a un Urólogo, entonces él fue el que me mando para el hospital México y él me estuvo viendo allá, después de haberme hecho tantos exámenes me dijo que me tenía que esperar que me llamaran para que me operaran, pero como yo conozco a la doctora Larios, yo hablé con ella y decidió operarme de una vez, hace dos años. - ¿La operaron y de una vez comenzó a recibir tratamiento de electroterapia? No de una vez no, yo tuve que esperar como un año más.
Profesionales	Terapeutas físicos	TF 01	<ul style="list-style-type: none"> - Una patología que ha estado totalmente abandonada que no se toma en cuenta dentro de un perfil normal en un sistema atención primaria de salud de ya que este es totalmente prevenible y tratable entonces sí me parece que es un problema de salud - El médico me manda el paciente aquí, yo hago la terapia y luego se lo devuelvo al médico, verdad. - Fuera del país si he estado en lugares donde es más concentrada la atención, donde hay todo un protocolo, donde va pasando el paciente dependiendo de la patología, digamos puede ser, el urólogo revisa, revisa el ginecólogo, nosotros revisamos como terapeutas y se devuelvo - Como repito lo actual estamos hablando de terapia manual que es una cosa que poco se estaba trabajando en el país. - Bueno en realidad no hay atención. Verdad. Si lo vemos es muy pocos los servicios de salud que uno

Profesionales	Terapeutas físicos	TF 01	<p>encuentra o que tal vez se ha podido visualizar</p> <ul style="list-style-type: none"> - A nivel de institucional siento de que se están abriendo puertas verdad, poquitas, hay van caminando, pero si deberían ser más interesante el manejo, porque ya que en varios lugares que he tenido la oportunidad de compartir con personas que trabajan en la rehabilitación del piso pélvico o es el médico o es la enfermera, - El manejo a veces no es el mejor por parte del seguro social, me parece a mí, humildemente y con todo respeto, además de eso me parece que las vías de información por parte de los centros de salud públicos están realmente disminuidos. - Antes de eso, las habían evaluado médicos, dos gerontólogas, entonces las evalúan y entran dentro del paquete, cuando ya están evaluadas y ya están catalogadas con qué tipo de incontinencia, al final entran al servicio de fisioterapia, las evalúan, que ahí fue donde yo estaba en desacuerdo porque debería de haber una evaluación en conjunto para saber en realidad que es lo que tiene la realmente, ahí el programa exactamente son como unas sesiones de electroterapia con un equipo como ancestral, que no se sabe qué tipo es, yo creo que es un TENS, porque yo fui y me metí ahí para ver si era una interferencial, pero por los parámetros que tiene el equipo yo dije, podría ser un TENS verdad, porque para mí vago conocimiento, pedía duración de fase, bueno si pedía duración de fase no debe ser interferencial, verdad. esta vara debe ser un TENS raro, y ya después de esas sesiones si no funciona, entonces va a fisioterapia y yo estaba en total desacuerdo, verdad porque utilizaban corrientes que ahí "puk" metían el electrodos a las señoras, 10, 15, 20 min, haga los ejercicios de Kagel y listo eso era el proceso que había. - Yo he tenido pacientes que en, digamos en Incontinencia Urinaria específicamente la mujer viene ya cuando la cosa esta terrible, ah y cuando ya al último fue a 5 ginecólogos, 10 urólogos y ahora supo de uno, entonces, son alrededor de 7, 5 años de atraso que llevamos uno contra la patología o contra la disminución de la fuerza - Conozco muy poco, ni con una mano los fisioterapeutas que trabajan en esto y que uno diga es bueno, o no está bateando o están probando a ver cómo le va, que hayan tenido una formación; muy pocos, y me parece que eso es una cuestión que hay que reforzarlos, me parece que tampoco es una área atractiva, muchos de los estudiantes no les llama la atención, - En la parte privada, sería el colmo, que nos los traten bien, verdad, porque usted está pagando, o sea en el sentido que usted está recibiendo el mejor servicio, con los mejores equipo y con las mejores técnicas, entonces no entiendo como en un servicio no se dé la mejor calidad - A mí me están solicitando una asesoría en el CENARE, para hacer un dispositivo, o un servicio de suelo pélvico y hay muchas personas que están súper interesadas.
		TF 02	<ul style="list-style-type: none"> - La incontinencia en los hospitales casi no es tratado - porque eso es una cosa como de segundo plano - La población que pueda llegar a tener acceso a ese tratamiento es muy escasa porque la persona primero tiene que ir al EBAIS, de ahí lo tiene que mandar al hospital general y de ahí al CENARE que es un hospital de especialidad, donde llega primero a Fisiatría y después es pasado al equipo, ósea estamos

Profesionales	Terapeutas físicos		<p>hablando que persona recibe el verdadero tratamiento casi tres años después de haber ido a la primera cita, entonces por lo general la gente no va, entonces solo se tiene la oportunidad si es privado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lo está acaparando el médico y no quiere que el terapeuta lo haga, es una cuestión de rivalidad que hace que la persona tenga menos acceso - Es muy poca gente que lo pueda accezar - En el área de terapia física en los hospitales casi que no hay consultorios privados, en algunos son cubículos con cortinas cerradas y ahí no se puede aplicar adecuadamente entonces por eso tampoco los mandan - Aquí por ejemplo (en la Universidad) no contamos con las condiciones para hacer ese tratamiento, porque no tenemos ese cuarto con privacidad para tener tan siquiera hacer una pequeña práctica, sino que es una cosa netamente magistral que se expone pero que no se llega a una práctica y eso es que se tiene que practicar, que se tiene que ver que se tiene que poder ver cuáles son las mejores - Es un abordaje muy pobre, si la persona no tiene los medios para tratamiento privado es muy difícil que de acceder, porque en los hospitales generales como el Calderón, el San Juan, el México que tienen servicio de terapia física, este tratamiento no se brinda del todo, ni tan siquiera una parte educacional que tan siquiera se le podría dar, mucho menos el tratamiento completo - Solo si la persona tiene el dinero para pagar u n tratamiento privado lo puede hacer, aunque debería de ser un tratamiento obligatorio dentro de los servicios del Estado - Más bien este tratamiento lo debería de dar el Estado para que la persona pueda seguir en su vida productiva
		Med 01	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno aquí a nivel institucional no tenemos todo el equipo completo, entonces nos corresponde a nosotras las médicas de piso pélvico hacer parte de todo, tanto en la atención en la consulta, como en la tratamiento, en la parte quirúrgico y además en la parte de manejo conservador. - Hace falta un terapeuta físico, porque di, uno lo puede dar pero el terapeuta es el que va a estar con ella guiándolo, tiene que ser... no debe de ser pasivo el tratamiento, tiene que ser activo, no es solamente acostar a la paciente y colocar el electro estimulador, sino estar con ella, ayudarla a que cuando sienta el impulso o sea toda la parte del ejercicio, la conciencia, que tiene que ser la paciente y en eso si hace falta el terapeuta. - Pero como no los tenemos, al personal de piso pélvico a veces decidimos mejor de una vez el manejo quirúrgico, porque sabemos que la paciente en la casa no lo va hacer, no va a tener respuesta

Profesionales	Médicos Ginecólogas	Med 02	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno realmente lo que pasa es que en el sistema de salud está muy poco incorporado el tratamiento conservador para incontinencia urinaria, pienso que aún le falta mucho - Porque no hay una red real de apoyo al paciente, por ejemplo usted mandárselas a fisioterapia aquí, están a meses verdad y por ejemplo ese paciente vuelve a recaer la forma en que se le vuelve a ver es otra vez son meses para que lo vuelvan a ver, - Porque es un musculo que generalmente la gente no ve, entonces muchas veces o simplemente no saben si lo hace bien o lo hacen mal, - Lo que si tiene el problema es que a veces la paciente siente un poco tedioso porque es un poquito más prolongado el tratamiento, - Di el problema es que son como realidades tan distintas!, porque si uno lo pone a nivel nacional yo podría creer que no hay nada digamos, cuando uno trata de ver el global de hospitales, di que no hay un abordaje real al paciente o sea, no hay ningún programa real, no hay nada formado nacionalmente como para el manejo de incontinencia luego uno puede ver la realidad de cada hospital o sea por ejemplo si usted ve la realidad del hospital México, del Blanco, de la Carit, son realidades diferentes pero solo ocurren en esos hospitales que no ocurren en ningún otro hospital, entonces, no sé, si uno tuviera que verlo a nivel nacional yo diría que no hay nada o sea estamos así como en pañales, o sea hay poca educación al paciente, poca difusión que es una enfermedad. - Entonces no hay ningún proyecto ni siquiera de prevención, de detección, de educación, ni siquiera hay un programa de fisioterapia para que la gente pueda ir a hacer ejercicios. Realmente hay muy poco, incluso en este hospital ni siquiera tenemos equipo para estudiar. Entonces yo no sé, siento como que estamos en pañales o menos.
---------------	------------------------	--------	--

Informante Clave	Cód de usuaria	Categoría de análisis	Opiniones sobre tratamiento conservador, indicaciones de tratamiento y recomendaciones al hogar
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Me mandan las toallas porque yo me orino - Al principio sí, yo no sé adónde, que ahora no me acuerdo... como hacer un ejercicio haciendo así, así, (usuaria levantaba los hombros y retenía la respiración) pero yo no lo volví hacer más. - Hacer 20 veces así, yo creo que fue en el... en otro lugar, en el hospital de ancianos que me mandaron eso de hacer así, 20 veces... como apretar la vejiga o el vientre, así, es 20 veces. - Si, uso dos toallas o tres, y... me las da el hospital, el hospital manda la receta y me las dan en la clínica de Hatillo 1, Solon Núñez. - Si yo sigo haciendo ciertos ejercicios y otro tipo de tratamiento,
	US 02	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno, yo uso protectores, entonces estármelos cambiando y todo eso genera un gasto económico - ¿Usted ha hecho los ejercicios y recomendaciones que le han dado? Si claro. A aparte de ir haciendo esos ejercicios hago actividad física, camino y voy al gimnasio.
	US 03	Escolaridad baja Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - cada vez que yo me monto en el bus le digo, tengo que andar como un chiquito jalando pañales, jalando todo porque un día a mí me agarró las ganas de orinar - Estar haciendo el ejercicio que el doctor manda que eso desde hace años me lo mandan hacer, pero no se... - Vea yo hasta después del baño o antes de irme acostar, digamos en la noches, me estoy un rato yo empiezo, - No lo único que estoy haciendo es terapia de piscina que me dijeron que eso me ayudaba mucho tanto para la columna como para la vejiga porque ahí hay ejercicios que se hacen y le ayudan - Un día yo le preguntaba (al instructor de natación) y me dice, entre más lo haga más va fortaleciendo el musculo, pero yo le digo no porque yo hago el ejercicio, pero en la tarde yo me estoy muriendo de dolor,
	US 04	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Me mandaron hacer los ejercicios pélvicos - Solamente hacer los ejercicios pélvicos, ¿es? ¿Cómo se llaman? Solamente me aconsejaron hacer esos ejercicios pélvicos - ¿Cómo le dijeron que los hiciera? Que era de apretar y soltar, de apretar y soltar lo que es el útero, sí los hago, inclusive todavía los mantengo haciendo, cuando estoy sentada, bueno a cualquier hora. - Si me habían dicho que trecientas veces, pero yo no puedo hacerlas tantas veces, entonces lo hacía setenta y cinco veces, cincuenta. Por ejemplo hago una sesión de cincuenta, paro y después vuelvo hacer otras cincuenta, como cien veces maso menos. - Únicamente el procedimiento con electricidad

	US 05	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno, como es que se llamas eso de las...?, eso era como, como..., es una estimulación verdad por medio eléctrico, es decir, ellos no me completaron las sesiones - Digamos, a uno lo mandan a contraer - Usted está sentada y empieza a contraer, a uno siempre lo mandan a contraer y eso - Sentada, que contraiga, verdad, sostenga y afloje y vuelve a sostener. - Cuantas veces sea necesario verdad, es decir que yo... me acuerde hacerlo.
	US 06	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Al principio me mandaron ejercicios
Profesionales	TF 01	Terapeuta Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Tan solo vayan a un supermercado y ven cuantas toallas TENA se venden es una repuesta lógica de la necesidad. - ...ahí el programa exactamente son como unas sesiones de electroterapia con un equipo como ancestral, que no se sabe qué tipo es, yo creo que es un TENS, porque yo fui y me metí ahí para ver si era una interferencial, pero por los parámetros que tiene el equipo yo dije, podría ser un TENS verdad, porque para mí vago conocimiento, pedía duración de fase, bueno si pedía duración de fase no debe ser interferencial, verdad. esta vara debe ser un TENS raro, y ya después de esas sesiones si no funciona, entonces va a fisioterapia y yo estaba en total desacuerdo, verdad porque utilizaban corrientes que ahí "puk" metían el electrodos a las señoras, 10, 15, 20 min, haga los ejercicios de Kagel y listo eso era el proceso que había. - De que hay que fortalecer cadenas extensoras, hay que hacerlo, de que hay que fortalecer cadenas aductoras hay que hacerlo
	TF 02		<ul style="list-style-type: none"> - Para las personas es todo un problema tener la incontinencia porque a veces las personas usan diferentes cosas desde un pañal hasta un tipo Kotex. - Por un lado la parte de fortalecimiento de todo el suelo pélvico, que en algunos casos se hace con electro sin embargo sabemos que el aporte de la electro es muy mínimo porque realmente es el ejercicio como tal la contracción muscular la que va realmente ayudar - Debe ir acompañado de todo un programa de ejercicio, la parte de electro es como la pequeña ayuda pero realmente lo que lo va a ser efectivo es la contracción pero para eso se deben usar los aditamentos para que la persona aprenda hacer la verdadera contracción, no solo del esfínter sino de toda la musculatura pelviana ya que debe saber cuánto y cómo lo está contrayendo - Cuando estamos hablando del ejercicio bueno tenemos que enseñar una buena contracción del esfínter para el cual existen varios aditamentos que uno va a poner para que la persona pueda saber cuánto está contrayendo y cuanto no - Tenemos un tipo de tratamiento con electro, con ejercicios de fortalecimiento y además como uno termina viendo más a la paciente, más veces se crea una confianza entonces uno puede dar un plan educacional mucho mayor
	Med 01	Médico Ginecólogo	<ul style="list-style-type: none"> - En la parte conservadora puede ser que la paciente lo trabaje sola en la casa o con la ayuda de la parte de terapia física verdad, de electroestimulación, biofeedback - ¿Conoce de otras técnicas y procedimientos de tratamiento dirigidos a la IUE? - Si, bueno en la parte de electroestimulación también existe la

			<p>posibilidad de estimulación del nervio tibial posterior, ya que no es tan invasivo y actúa casi con igual efectividad que la electroestimulación vaginal, entonces es más higiénico, mejor para la paciente.</p>
	<p>Med 02</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Después siempre da uno primero educación de piso pélvico y hace terapia conductual, entonces micción frecuente, control y distribución de líquidos, evitar estreñimiento, bajar de peso y una rutina de ejercicios de piso pélvico. - La rutina de ejercicios principalmente se hace primero, si tiene reconocimiento o no, o sea, las dividimos si reconocen o no reconocen, si no reconocen probablemente ya ocupemos poco de fisioterapia para ayudarnos en biofeedback, algunos otros músculos coadyuvantes como para contraer. - Si ya ella reconoce entonces me enfoco únicamente en pedirle que contraiga una rutina de al menos unos 30 ejercicios rápidos, si la paciente es buena, 10 lentos, 3 veces al día. - Es que la parte de electro se aplica para gente que digamos que tenga por ejemplo falta de reconocimiento de piso pélvico o sea que no lo logran reconocer, que tengan más bien una fuerza muscular muy disminuida entonces tal vez ocupen un apoyo extra para lograr mejorar. - Láser, que realmente el láser no tiene mucha evidencia al día de hoy, pues esta como muy en el inicio, siento yo, o sea se está aplicando y tal vez se está utilizando como muy en formación como para ver la utilidad - Educaciones en cuanto a vida cotidiana y como aplicar el ejercicio - Porque una cosa es hacer el ejercicio y otra es saberlo aplicar - Si el paciente tiene un buen reconocimiento y es un paciente muy apto, a veces aprende con simplemente dar indicaciones verbales - Hacer otros ejercicios que le pueden co-ayudar como por ejemplo toda esa parte de cómo mejorar postura, mejorar abductores, abdominales bajos, que también pueden tener algún efecto de co-activación con el piso pélvico.

Informante Clave	Cód usuaria	Categoría de análisis	Opiniones sobre tratamiento médico: Tratamiento quirúrgico y farmacológico
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Evolución avanzada	<ul style="list-style-type: none"> - Me operaron hace como un año, dos años en el México, pero... la doctora no me dijo nada pero el..., ayudante dijo: Doña xxxx, no le hicimos mucho porque, el fórceps, como se llama... el aparato, no entro, no se abría, pero... no me dijo si me operaron o no..., la cuestión es que yo sigo orinándome... sí. - Me mandan una crema que se llama... estrógenos. Yo me los pongo, 3 veces a la semana. - ¿Le han mandado algún medicamento, tomado? No. - Yo fui a ese que es de ancianos, el Blanco Cervantes y me dieron una pastilla verde, me dieron un tratamiento para los riñones porque aparecía siempre con infección en los riñones, en la vejiga, entonces me mandaron una pastilla de vitamina c, una pastillota grande, yo creo que era de limón porque sabía a limón, bueno, una vitamina y me hizo bien para la incontinencia pero, ya cuando se terminó el tratamiento de que ellos lo ven a uno ahí en hospital de día por 3 meses, y ya me mandaban donde yo pertenece, y me dijeron: era solo por la emergencia de orines. - Me he comprado unos óvulos y me los meto ahí, y se me quita la incontención de orina, pero ha sido yo misma que voy, porque como eso pica tanto y arde, uso 2 o 3 óvulos y se quita la orinadera un poco. - Me vieron todos, diferentes hasta un día un psiquiatra me mandaron, me hizo unas preguntillas ahí y yo se las conteste y después ya, solo tres veces me vio.
	US 02	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Ya fui intervenida quirúrgicamente y ahora estamos en este tratamiento para ver si me funciona y no tengo que volver a cirugía nuevamente.
	US 03	Escolaridad baja Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - El doctor Pican me dijo -" muy posiblemente te tiene que volver a operar pero ya eso queda en manos de ellos" - Me dijeron que me iban a mandar medicamentos, - Diay yo siento que si hay oportunidad de otra operación yo prefiero que me operen - Fue una malla - Bueno me mandaron medicamento pero no lo soportó el cuerpo porque yo tengo una arritmia cardíaca
	US 04	Escolaridad media	<ul style="list-style-type: none"> - Me mandaron primero a operarme, pero yo no puedo ser operada porque soy anti-coagulada entonces no me pueden operar - Me mandaron a operar pero no se pudo - Los medicamentos si me mandaron pero no resistí tomar una pastilla que me mandaron por el problema de la coagulación.

	US 05	Escolaridad media	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno me operaron pero no sirvió la operación, tuve... exactamente al mes de haberme operado una infección y siempre la incontinencia. - Cuando me vio me dijo que para que no tuviera problemas más adelante me iban a hacer la operación, para que no me tuviera la incontinencia, pero la incontinencia siempre me siguió. - Di ellos dijeron que me tenían que volver a operar, fue porque que se soltó la malla, pero ellos dicen que la malla no representa ningún problema ahí adentro, verdad, pero si a mí me van a volver a operar
	US 06	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Después de haberme hecho tantos exámenes me dijo que me tenía que esperar que me llamaran para que me operaran, pero como yo conozco a la doctora Larios, yo hablé con ella y decidió operarme de una vez, hace dos años. - ¿Le dieron otras recomendaciones a parte de los ejercicios? No nada, solo me daban medicamento que eso no sirve para nada
Profesionales	TF 01	Terapeuta Físico	- El ginecólogo llega hasta la cirugía
	TF 02		
	Med 01	Médico Ginecólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Porque a veces la cirugía no es, tal vez no va a satisfacer en un 100% del resultado, - El personal de piso pélvico a veces decidimos mejor de una vez el manejo quirúrgico, porque sabemos que la paciente en la casa no lo va hacer, no va a tener respuesta
	Med 02		<ul style="list-style-type: none"> - Otra cosa que se usa mucho a nivel privado es agentes abultantes, que es colocar puede ser carbón o algún tipo de silicón a nivel uretral, para causar abultamiento y aumentar la resistencia, que en la institución tampoco se está poniendo. Principalmente eso para lo que es esfuerzo porque todo lo que son sling o diferentes tipos o cabestrillos se colocan en el hospital.

Informante Clave	Cód de usuaria	Categoría de análisis	Opiniones sobre tratamiento conservador, indicaciones de tratamiento y recomendaciones al hogar
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Me mandan las toallas porque yo me orino - Al principio sí, yo no sé adónde, que ahora no me acuerdo... como hacer un ejercicio haciendo así, así, (usuaria levantaba los hombros y retenía la respiración) pero yo no lo volví hacer más. - Hacer 20 veces así, yo creo que fue en el... en otro lugar, en el hospital de ancianos que me mandaron eso de hacer así, 20 veces... como apretar la vejiga o el vientre, así, es 20 veces. - Si, uso dos toallas o tres, y... me las da el hospital, el hospital manda la receta y me las dan en la clínica de Hatillo 1, Solon Núñez. - Si yo sigo haciendo ciertos ejercicios y otro tipo de tratamiento,
	US 02	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno, yo uso protectores, entonces estármelos cambiando y todo eso genera un gasto económico - ¿Usted ha hecho los ejercicios y recomendaciones que le han dado? Si claro. A aparte de ir haciendo esos ejercicios hago actividad física, camino y voy al gimnasio.
	US 03	Escolaridad baja Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - cada vez que yo me monto en el bus le digo, tengo que andar como un chiquito jalando pañales, jalando todo porque un día a mí me agarró las ganas de orinar - Estar haciendo el ejercicio que el doctor manda que eso desde hace años me lo mandan hacer, pero no se... - Vea yo hasta después del baño o antes de irme acostar, digamos en la noches, me estoy un rato yo empiezo, - No lo único que estoy haciendo es terapia de piscina que me dijeron que eso me ayudaba mucho tanto para la columna como para la vejiga porque ahí hay ejercicios que se hacen y le ayudan - Un día yo le preguntaba (al instructor de natación) y me dice, entre más lo haga más va fortaleciendo el musculo, pero yo le digo no porque yo hago el ejercicio, pero en la tarde yo me estoy muriendo de dolor,
	US 04	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Me mandaron hacer los ejercicios pélvicos - Solamente hacer los ejercicios pélvicos, ¿es? ¿Cómo se llaman? Solamente me aconsejaron hacer esos ejercicios pélvicos - ¿Cómo le dijeron que los hiciera? Que era de apretar y soltar, de apretar y soltar lo que es el útero, sí los hago, inclusive todavía los mantengo haciendo, cuando estoy sentada, bueno a cualquier hora. - Si me habían dicho que trecientas veces, pero yo no puedo hacerlas tantas veces, entonces lo hacía setenta y cinco veces, cincuenta. Por ejemplo hago una sesión de cincuenta, paro y

			<p>después vuelvo hacer otras cincuenta, como cien veces maso menos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Únicamente el procedimiento con electricidad
	US 05	<p>Escolaridad media</p> <p>Avanzada evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno, como es que se llamas eso de las...?, eso era como, como..., es una estimulación verdad por medio eléctrico, es decir, ellos no me completaron las sesiones - Digamos, a uno lo mandan a contraer - Usted está sentada y empieza a contraer, a uno siempre lo mandan a contraer y eso - Sentada, que contraiga, verdad, sostenga y afloje y vuelve a sostener. - Cuantas veces sea necesario verdad, es decir que yo... me acuerde hacerlo.
	US 06	<p>Escolaridad alta</p> <p>Poca evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Al principio me mandaron ejercicios
Profesionales	TF 01	Terapeuta Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Tan solo vayan a un supermercado y ven cuantas toallas TENA se venden es una respuesta lógica de la necesidad. - ...ahí el programa exactamente son como unas sesiones de electroterapia con un equipo como ancestral, que no se sabe qué tipo es, yo creo que es un TENS, porque yo fui y me metí ahí para ver si era una interferencial, pero por los parámetros que tiene el equipo yo dije, podría ser un TENS verdad, porque para mí vago conocimiento, pedía duración de fase, bueno si pedía duración de fase no debe ser interferencial, verdad. esta vara debe ser un TENS raro, y ya después de esas sesiones si no funciona, entonces va a fisioterapia y yo estaba en total desacuerdo, verdad porque utilizaban corrientes que ahí "puk" metían el electrodos a las señoras, 10, 15, 20 min, haga los ejercicios de Kagel y listo eso era el proceso que había. - De que hay que fortalecer cadenas extensoras, hay que hacerlo, de que hay que fortalecer cadenas aductoras hay que hacerlo
	TF 02		<ul style="list-style-type: none"> - Para las personas es todo un problema tener la incontinencia porque a veces las personas usan diferentes cosas desde un pañal hasta un tipo Kotex. - Por un lado la parte de fortalecimiento de todo el suelo pélvico, que en algunos casos se hace con electro sin embargo sabemos que el aporte de la electro es muy mínimo porque realmente es el ejercicio como tal la contracción muscular la que va realmente ayudar - Debe ir acompañado de todo un programa de ejercicio, la parte de electro es como la pequeña ayuda pero realmente lo que lo va a ser efectivo es la contracción pero para eso se deben usar los aditamentos para que la persona aprenda hacer la verdadera contracción, no solo del esfínter sino de toda la musculatura pelviana ya que debe saber cuánto y cómo lo está contrayendo - Cuando estamos hablando del ejercicio bueno

			<p>tenemos que enseñar una buena contracción del esfínter para el cual existen varios aditamentos que uno va a poner para que la persona pueda saber cuánto está contrayendo y cuánto no</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenemos un tipo de tratamiento con electro, con ejercicios de fortalecimiento y además como uno termina viendo más a la paciente, más veces se crea una confianza entonces uno puede dar un plan educacional mucho mayor
	Med 01		<ul style="list-style-type: none"> - En la parte conservadora puede ser que la paciente lo trabaje sola en la casa o con la ayuda de la parte de terapia física verdad, de electroestimulación, biofeedback - ¿Conoce de otras técnicas y procedimientos de tratamiento dirigidos a la IUE? - Si, bueno en la parte de electroestimulación también existe la posibilidad de estimulación del nervio tibial posterior, ya que no es tan invasivo y actúa casi con igual efectividad que la electroestimulación vaginal, entonces es más higiénico, mejor para la paciente.
	Med 02	Médico Ginecólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Después siempre da un primer educación de piso pélvico y hace terapia conductual, entonces micción frecuente, control y distribución de líquidos, evitar estreñimiento, bajar de peso y una rutina de ejercicios de piso pélvico. - La rutina de ejercicios principalmente se hace primero, si tiene reconocimiento o no, o sea, las dividimos si reconocen o no reconocen, si no reconocen probablemente ya ocupemos poco de fisioterapia para ayudarnos en biofeedback, algunos otros músculos coadyuvantes como para contraer. - Si ya ella reconoce entonces me enfoco únicamente en pedirle que contraiga una rutina de al menos unos 30 ejercicios rápidos, si la paciente es buena, 10 lentos, 3 veces al día. - Es que la parte de electro se aplica para gente que digamos que tenga por ejemplo falta de reconocimiento de piso pélvico o sea que no lo logran reconocer, que tengan más bien una fuerza muscular muy disminuida entonces tal vez ocupen un apoyo extra para lograr mejorar. - Láser, que realmente el láser no tiene mucha evidencia al día de hoy, pues esta como muy en el inicio, siento yo, o sea se está aplicando y tal vez se está utilizando como muy en formación como para ver la utilidad - Educaciones en cuanto a vida cotidiana y como aplicar el ejercicio - Porque una cosa es hacer el ejercicio y otra es saberlo aplicar - Si el paciente tiene un buen reconocimiento y es un paciente muy apto, a veces aprende con simplemente dar indicaciones verbales - Hacer otros ejercicios que le pueden co-ayudar como por ejemplo toda esa parte de cómo mejorar postura, mejorar abductores, abdominales bajos, que también pueden tener algún efecto de co-activación con el piso pélvico.

Informante Clave	Cód de usuaria	Categoría de análisis	Opiniones sobre adherencia al tratamiento
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Pero yo no lo volví hacer más - ¿Y porque ya no lo hacía? No, diay, es que... no me hace nada. - Muchas veces lo hice después ya no lo hice más, yo seguía orinándome.
	US 03	Escolaridad baja Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Ve a yo hasta después del baño o antes de irme acostar, digamos en la noches, me estoy un rato yo empiezo, pero es que ¡no!
	US 04	Escolaridad media Avanzada Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Si se me hubiera ajustado mejor si yo hubiera acudido a todas las citas, lo que pasa es que por problemas de salud no pude - No asistí a 3 o a 4 citas - A mí me parece bien solo que yo no lo terminé por esas razones que yo soy asmática, después otra vez que me dio cistitis, dos veces me dio cistitis por eso no pude ir. - Como le digo si uno es bien puntual que es parte de lo que a mí me ha costado y no he asistido, pues por la parte económica se me hace un poco difícil.
	US 05	Escolaridad media Avanzada Evolución	-
	US 02	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Considera que la pérdida de orina tiene solución? Yo espero que sí, por eso estoy aquí, si yo espero sí. - Entonces si yo sigo haciendo ciertos ejercicios y otro tipo de tratamiento, claro que puedo mejorar. - ¿Usted ha hecho los ejercicios y recomendaciones que le han dado? Sí claro.
	US 06	Escolaridad alta Poca evolución	- Si siempre los he hecho desde que me los recomendó el Ginecólogo
Profesionales	Terapeuta Físico	TF 01	<ul style="list-style-type: none"> - Lo que pasa es que si eso tiene que quedar muy claro que debe de haber una participación extrema por parte de la paciente, porque como les digo yo, esto es una pastilla en la cual si usted no se la toma se muere así como le dicen usted los doctores, si usted no hace los ejercicios que yo les estoy pidiendo, no le a funcionar para nada el tratamiento. - También tiene que depender de la participación de las señoras, porque hay señoras que no les interesa
		TF 02	<ul style="list-style-type: none"> - Uno termina viendo más a la paciente, más veces se crea una confianza entonces uno puede dar un plan educacional mucho mayor - Si la persona no tiene un cambio psicológico al problema que está teniendo no tiene una seguridad en su cuerpo entonces la persona no logra realmente avanzar en su tratamiento, porque mucho de la incontinencia se sigue presentando no solo por el esfuerzo sino por el mismo temor de no hacer una buena contracción entonces tiene que trabajar en conjunto, muy a la par, para que el tratamiento de una respuesta mucho mayor - Mucha empatía con las persona porque la persona está llegando a exponerse demasiado entonces debe haber mucha empatía y mucho respeto para que la persona pueda hacerlo
	Médico Ginecólogo	Med 01	- Sabemos que la paciente en la casa no lo va hacer
		Med 02	- Realmente los ejercicios vas a ver que generalmente no son nunca una cura, o sea, como me explico, la paciente tiende a mejorar importantemente pero no se cura en el aspecto que los hace un tiempo y ya se les quita, siempre va a mantenerse haciendo ejercicios toda la vida, con el

			<p>ciclo de electroestimulación es lo mismo, les hacemos un ciclo de electroestimulación, mejoran, y si ya ellas vuelven a dejar todo, vuelven a recaer nuevamente, no es una cura específicamente, estos es un tratamiento conservador verdad</p> <ul style="list-style-type: none">- Si el paciente tiene un buen reconocimiento y es un paciente muy apto, a veces aprende con simplemente dar indicaciones verbales- Lo que si tiene el problema es que a veces la paciente siente un poco tedioso porque es un poquito más prolongado el tratamiento, pero di es un tratamiento que tiene poco riesgo, entonces es un beneficio.
--	--	--	--

Informante Clave	Cód de usuaria	Categoría de análisis	Opiniones sobre percepción del Rol de Terapia Física
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cree o ha escuchado de terapia física? Si acá las hacemos en el centro que yo estoy. ¿Aquí reciben terapia física? No sé qué es eso, pero es hacer ejercicio. Si. ¿Y usted cree que esas terapias le podrían ayudar? Lo que hacemos aquí? Es un ejercicio suave, de ancianos porque casi ninguno lo puede hacer fuerte. - No viene un experto, de afuera, es algo así suave, regular, ninguno es capacitado para hacer eso que hacen en los hospitales.
	US 02	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Yo considero que terapia física es lo que estoy recibiendo ahorita, una manera de hacer un tipo de ejercicio. Yo pienso que sí. - Claro, es una opción importante, válida.
	US 03	Escolaridad baja Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - No, bueno yo he preguntado y el otro día la muchacha (la doctora de electroestimulación) que opciones habían y me dice, eso ya es con el médico definitivamente por que no se sabe si será otra sesión de estimulación o cirugía - Como yo esto apenas lo estoy viviendo yo no sabrá decirle por que no he oído caso de que haya habido resultados como tal vez viendo yo alguna cosa así,
	US 04	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Sí, si lo he considerado, pero como le digo si uno es bien puntual que es parte de lo que a mí me ha costado y no he asistido, pues por la parte económica se me hace un poco difícil. Sí, sí puede ayudar, si puede ayudar siempre y cuando usted la lleve bien programada y seguido verdad.
	US 05	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Conoce usted como la terapia física le puede colaborar en su condición? - No - ¿Nunca ha tomado la terapia física como una opción? No, nunca he oído.
	US 06	Escolaridad alta Poca evolución	<ul style="list-style-type: none"> - No, hasta ahora escucho. - Diay yo pienso que si hubieran otros tratamientos más diferentes si me gustaría recibirlos.
Profesionales	Terapeuta Físico	TF 01	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente dependiendo de la patología, digamos puede ser, el urólogo revisa, revisa el ginecólogo, nosotros revisamos como terapeutas y se devuelve. - El proceso de rehabilitación, me parecen que las pacientes no saben, no conocen, verdad no es una situación en la cual es de vos populi que la terapia física o los procesos de rehabilitación del piso pélvico sean comunes, verdad yo pienso que si es muy favorable la atención privada verdad o en algunos aspectos verdad, porque realmente somos muy pocos los que trabajamos en piso pélvico - Me paso en Blanco Cervantes que yo les ayude a ellos hacer un centro, verdad, una sesión del piso pélvico, y yo les decía, sorry pero es el fisioterapeuta el que tiene que estar a cargo, es el que tiene que dirigir el programa, verdad en la parte de rehabilitación, yo no estoy hablando de la parte diagnostica que eso sería una parte medica combinado con fisioterapia. - Actualmente, lo último es terapia manual en el suelo pélvico que estamos hablando de todo lo que es tratamiento de las fascias, superficial y profundo, fortalecimiento los tres niveles: primero, segundo y tercer nivel verdad de suelo pélvico, tanto fortalecimiento con ejercicios activos como con electroterapia, me parece que además de eso la incorporación de lo que es Pilates o yoga dentro de la intervención, y diay hay tantas técnicas que se pueden utilizar - Nosotros hicimos en el blanco cervantes fue hacer todo un protocolo de intervención verdad, evaluando por ejemplo como te repito, nuevas tendencias de terapia manual, o por ejemplo los patrones de yanda, etc., puntos gatillos y etc., para poder evaluar y saber porque se produce la incontinencia de esfuerzo. - Yo he tenido pacientes que resuelven su patología en 3 sesiones, verdad y he tenido pacientes que resuelven en 15, 20 sesiones, pero de que he logrado rehabilitar a las pacientes lo he logrado hacer. - El esencial diría yo, porque definitivamente que tanto el urólogo como el

		<p>ginecólogo serían dos personas obviamente que ayudan en el proceso diagnóstico pero también en la parte estructural, porque por ejemplo si tenemos una paciente que nos llega con incontinencia de esfuerzo recurrente por una histerectomía, definitivamente tiene que venir relacionada con lo que es el ginecólogo después de lo que paso, pero el ginecólogo llega hasta la cirugía, nosotros tenemos que tratar antes de la cirugía y después de la cirugía para que no haya una secuela de ese tipo como lo estamos viendo, pero es definitivo que nuestro papel es primordial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay que meter mucho, es la vinculación de la actividad sexual - Hay que fortalecer cadenas aductoras, hay que hacerlo, de que hay que fortalecer cadenas aductoras hay que hacerlo, verdad,... pero por supuesto si me parece a mí que tanto las evaluaciones verdad son determinantes, eso tiene que ser, lo que pasa es que nosotros nos cuesta eso, somos muy tímidos. - El fisioterapeuta el que tiene que estar a cargo, es el que tiene que dirigir el programa, verdad en la parte de rehabilitación 			
	TF 02	<ul style="list-style-type: none"> - Es el rol más activo porque es el que va a dirigir verdaderamente todo el tratamiento como tal, porque es a la persona que le va a tocar aplicar el tratamiento, enseñar, darle las mayores explicaciones a la paciente - Tenemos un tipo de tratamiento con electro, con ejercicios de fortalecimiento y además como uno termina viendo más a la paciente, más veces se crea una confianza entonces uno puede dar un plan educacional mucho mayor. - entonces cuando se trabaja con electro lo mejor es trabajar con la corriente Rusa la Kot porque es la que va llevar agregado no solo la estimulación sino que la contracción voluntaria para que vaya en conjunto, por otro lado una reeducación en la postura a esa mujer porque la persona anda muy encogida, anda semiflexionada porque es una forma para que no salga el olor, entonces la persona cambia la postura que eso conlleva que haya una disminución del fortalecimiento de la musculatura pélvica porque esa posición me lleva a que no lleva a que tenga una buena contracción entonces hay que dar una reeducación en la postura pero sobre todo ese fortalecimiento en la musculatura pélvica que es lo que más le va ayudar. - Bueno, por un lado tenemos que a partir de ese diagnóstico, debemos definir cuál es la causa por la cual ahora tenga la incontinencia, entonces dependiendo la causa es el tipo de tratamiento - Sería que el que más dirige el tratamiento - Ahí es donde debe ir dirigido la mayor parte del tratamiento y la enseñanza - Cuando estamos hablando del ejercicio bueno tenemos que enseñar una buena contracción del esfínter para el cual existen varios aditamentos que uno va a poner para que la persona pueda saber cuánto está contrayendo y cuanto no 			
	Médico Ginecólogo	<table border="1"> <tr> <td>Med 01</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - en la parte de manejo conservador y también manejo pos operatorio o pre operatorio porque muchas veces la paciente podría llegar a mejorar con rehabilitación de piso pélvico antes de llegar a una cirugía - Entonces si tenemos ese personal con nosotros, se completa el equipo y se reduciría un montón de gastos, tanto a nivel institucional como para la paciente. - Considero que podrían ser mucho mejor aún más si tuviéramos el personal en terapia física. - hace falta un terapeuta físico, porque di, uno lo puede dar pero el terapeuta es el que va a estar con ella guiándolo - ya sea que vamos a escoger un tratamiento a nivel conservador guiarlas en ese proceso, igual en la parte pre operatoria para la educación de la pacientes y luego post operatoria también - En vez de pensar en una re intervención podría mejorar con terapia. </td> </tr> <tr> <td>Med 02</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - si no reconocen probablemente ya ocupemos poco de fisioterapia para ayudarnos en biofeedback - mucha gente en fisioterapia tiene mucho desconocimiento en cuanto al manejo de incontinencias urinarias - el fisioterapeuta como te digo, cuando es un paciente que reconoce muy bien, muchas veces no requiere tanta fisioterapia, tal vez es como para hacerle algunas educaciones en cuanto a vida cotidiana y como aplicar el ejercicio, porque una cosa es hacer el ejercicio y otra es saberlo aplicar, o sea el fisioterapeuta tal vez, tenga más paciencia y tiempo como para solventar eso en un paciente. Cómo mejorar posturas, cómo levantar </td> </tr> </table>	Med 01	<ul style="list-style-type: none"> - en la parte de manejo conservador y también manejo pos operatorio o pre operatorio porque muchas veces la paciente podría llegar a mejorar con rehabilitación de piso pélvico antes de llegar a una cirugía - Entonces si tenemos ese personal con nosotros, se completa el equipo y se reduciría un montón de gastos, tanto a nivel institucional como para la paciente. - Considero que podrían ser mucho mejor aún más si tuviéramos el personal en terapia física. - hace falta un terapeuta físico, porque di, uno lo puede dar pero el terapeuta es el que va a estar con ella guiándolo - ya sea que vamos a escoger un tratamiento a nivel conservador guiarlas en ese proceso, igual en la parte pre operatoria para la educación de la pacientes y luego post operatoria también - En vez de pensar en una re intervención podría mejorar con terapia. 	Med 02
Med 01	<ul style="list-style-type: none"> - en la parte de manejo conservador y también manejo pos operatorio o pre operatorio porque muchas veces la paciente podría llegar a mejorar con rehabilitación de piso pélvico antes de llegar a una cirugía - Entonces si tenemos ese personal con nosotros, se completa el equipo y se reduciría un montón de gastos, tanto a nivel institucional como para la paciente. - Considero que podrían ser mucho mejor aún más si tuviéramos el personal en terapia física. - hace falta un terapeuta físico, porque di, uno lo puede dar pero el terapeuta es el que va a estar con ella guiándolo - ya sea que vamos a escoger un tratamiento a nivel conservador guiarlas en ese proceso, igual en la parte pre operatoria para la educación de la pacientes y luego post operatoria también - En vez de pensar en una re intervención podría mejorar con terapia. 				
Med 02	<ul style="list-style-type: none"> - si no reconocen probablemente ya ocupemos poco de fisioterapia para ayudarnos en biofeedback - mucha gente en fisioterapia tiene mucho desconocimiento en cuanto al manejo de incontinencias urinarias - el fisioterapeuta como te digo, cuando es un paciente que reconoce muy bien, muchas veces no requiere tanta fisioterapia, tal vez es como para hacerle algunas educaciones en cuanto a vida cotidiana y como aplicar el ejercicio, porque una cosa es hacer el ejercicio y otra es saberlo aplicar, o sea el fisioterapeuta tal vez, tenga más paciencia y tiempo como para solventar eso en un paciente. Cómo mejorar posturas, cómo levantar 				

			<p>objetos y ese tipo de educación para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo mejorar posturas, cómo levantar objetos y ese tipo de educación para el paciente. - hacer otros ejercicios que le pueden co-ayudar como por ejemplo toda esa parte de cómo mejorar postura, mejorar abductores, abdominales bajos, que también pueden tener algún efecto de co-activación con el piso pélvico. - Tener grupos de terapias grupales para pacientes, entonces es como un primer nivel de shock, siento yo, para la que tenga un problema leve, con buen reconocimiento y que sean funcionales, sería una forma de acaparar - tiene alguna enfermedad de fondo, restricción, etc, requiere generalmente que un fisioterapeuta le adecue la terapia física específicamente a la necesidad del paciente, entonces en ese tipo de pacientes o gente que no tienen reconocimiento, porque es un musculo que generalmente la gente no ve - yo creo que también como que el terapeuta está muy acostumbrado a manejar todo desde la parte más externa, o sea casi no explora mucho al paciente desde esa parte vaginal, entonces necesita la formación no solo con la parte de la incontinencia si no con todo lo asociado, porque incontinencia no solamente viene con pura incontinencia, sino vienen incontinencias con incontinencia con dolor o incontinencia con incontinencia anal, o incontinencia con algún grado de anismo, vaginismo, entonces a veces como que principalmente conocimientos en piso pélvico, no sé si anatomía y disfunciones, y tener un poco de aprender a explorar el paciente no solamente desde la parte externa sino también con exploración en la parte interna, eso sí lo hacen algunos terapeutas pero creo que es como lo habitual.
--	--	--	--

Informante Clave	Cód de usuaria	Categorías de análisis	Opiniones sobre percepción de rol médico
Usuaris del servicio	US 01	Escolaridad baja Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Me vieron todos, diferentes hasta un día un psiquiatra me mandaron, me hizo unas preguntillas ahí y yo se las conteste y después ya, solo tres veces me vio. - Me operaron hace como un año, dos años en el México. - Especialista en la vejiga, dijo: tiene una infección en los riñones y en la vejiga, muy vieja.
	US 03	Escolaridad baja Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Estar haciendo el ejercicio que el doctor manda que eso desde hace años me lo mandan hacer, pero no se... - El doctor me dice que se siente que el músculo lo tiene fuerte pero no ya yo no ya la tengo baja.
	US 04	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Yo le expuse a la doctora que me vio ese problema, me mandaron primero a operarme
	US 05	Escolaridad media Avanzada evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Di ellos dijeron que me tenían que volver a operar, fue porque que se soltó la malla
	US 02	Escolaridad alta Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Ya fui intervenida quirúrgicamente y ahora estamos en este tratamiento para ver si me funciona y no tengo que volver a cirugía nuevamente.
	US 06	Escolaridad alta Poca Evolución	<ul style="list-style-type: none"> - La doctora Larios, yo hablé con ella y decidió operarme de una vez -
Profesionales	Terapeuta Físico	TF 01	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente dependiendo de la patología, digamos puede ser, el urólogo revisa, revisa el ginecólogo, nosotros revisamos como terapeutas y se devuelve - Personas que trabajan en la rehabilitación del piso pélvico o es el médico o es la enfermera - Tanto el urólogo como el ginecólogo serían dos personas obviamente que ayudan en el proceso diagnóstico - El ginecólogo después de lo que paso, pero el ginecólogo llega hasta la cirugía, nosotros tenemos que tratar antes de la cirugía y después de la cirugía.
		TF 02	<ul style="list-style-type: none"> - Porque el medico lo ve solo desde el punto de vista médico y lo que dice es lo que tiene como diagnóstico no más allá, en el momento cuando está la enfermera lo que le enseña es el uso del pañal o del tipo kotex, ese tipo de cosas - Lo está acaparando el médico y no quiere que el terapeuta lo haga, es una cuestión de rivalidad que hace que la persona tenga menos acceso pero en realidad
	Médico Ginecólogo	Med 01	<ul style="list-style-type: none"> - Casi que es un rol principal - Nos corresponde a nosotras las médicas de piso pélvico hacer parte de todo, tanto en la atención en la consulta, como en la tratamiento, en la parte quirúrgico y además en la parte de manejo conservador.
		Med 02	<ul style="list-style-type: none"> - Realmente a uno lo que le corresponde es hacer como la parte de diagnóstico y valoración, entonces uno valora el caso, a ver más o menos qué tipo de incontinencia, si tiene alguna causa externa que puede explicar la incontinencia - Entonces lo que hace uno es principalmente es, valorar la incontinencia y definir el tratamiento inicial si es para manejo conservador o para manejo quirúrgico - En primera instancia, lo que hace uno es buscar primero diagnósticos posibles.

Informante Clave	Cód de usuaria	Categoría de análisis	Opiniones sobre percepción trabajo interdisciplinario
Profesionales	Terapeuta Físico	TF 01	<ul style="list-style-type: none"> - He trabajado en la FACH, Hospital de la Fuerza Aérea de Chile, y acá en Costa Rica lo que hemos hecho es un equipo como por ejemplo multidisciplinario, pero no en una sola institución... - El médico me manda el paciente aquí, yo hago la terapia y luego se lo devuelvo al médico, verdad. - Fuera del país si he estado en lugares donde es más concentrada la atención, donde hay todo un protocolo, donde va pasando el paciente dependiendo de la patología, digamos puede ser, el urólogo revisa, revisa el ginecólogo, nosotros revisamos como terapeutas y se devuelve. - Realmente somos muy pocos los que trabajamos en piso pélvico - Antes de eso, las habían evaluado médicos, dos gerontólogas, entonces las evalúan y entran dentro del paquete, cuando ya están evaluadas y ya están catalogadas con qué tipo de incontinencia, al final entran al servicio de fisioterapia, las evalúan, que ahí fue donde yo estaba en desacuerdo porque debería de haber una evaluación en conjunto para saber en realidad que es lo que tiene la realmente, ahí el programa exactamente son como unas sesiones de electroterapia con un equipo como ancestral, que no se sabe qué tipo es, yo creo que es un TENS, porque yo fui y me metí ahí para ver si era una interferencial, pero por los parámetros que tiene el equipo yo dije, podría ser un TENS verdad, porque para mí vago conocimiento, pedía duración de fase, bueno si pedía duración de fase no debe ser interferencial, verdad. esta vara debe ser un TENS raro, y ya después de esas sesiones si no funciona, entonces va a fisioterapia y yo estaba en total desacuerdo, verdad porque utilizaban corrientes que ahí "puk" metían el electrodos a las señoras, 10, 15, 20 min, haga los ejercicios de Kagel y listo eso era el proceso que había. - Debería de haber una evaluación en conjunto para saber en realidad que es lo que tiene la realmente. - La parte diagnostica que eso sería una parte medica combinado con fisioterapia, - El esencial diría yo, porque definitivamente que tanto el urólogo como el ginecólogo serian dos personas obviamente que ayudan en el proceso diagnostico pero también en la parte estructural, porque por ejemplo si tenemos una paciente que nos llega con incontinencia de esfuerzo recurrente por una histerectomía, definitivamente tiene que venir relacionada con lo que es el ginecólogo después de lo que paso, pero el ginecólogo llega hasta la cirugía, nosotros tenemos que tratar antes de la cirugía y después de la cirugía para que no haya una secuela de ese tipo como lo estamos viendo... - Pero es definitivo que nuestro papel es primordial.
			<ul style="list-style-type: none"> - Casi que solo individual, muy poco trabaje en el CENARE con los médicos de allá, por un tiempo corto pero si trabajé - No se trata interdisciplinariamente, el médico le da tratamiento con medicamentos para supuestamente disminuir el problema y es referido mucho después a un terapeuta físico, ahora en los otros hospitales a las personas con incontinencia no se les da tratamiento o sea ni tan siquiera es referido a terapia física - Pero si debería de brindarse más atención y debería trabajarse más en conjunto y que la terapeuta física

		TF 02	<p>dirija el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En conjunto con cuales profesionales considera usted que se debería trabajar? Psicología, Medicina, enfermería y terapia física para mí. - Sería que el que más dirige el tratamiento en conjunto con psicología porque si no van en conjunto, el progreso es muy poco desde la terapia física uno puede estar haciendo el mejor tratamiento pero si la persona no tiene un cambio psicológico al problema que está teniendo no tiene una seguridad en su cuerpo entonces la persona no logra realmente avanzar en su tratamiento.
	Médico Ginecólogo	Med 01	<ul style="list-style-type: none"> - Casi que es un rol principal - En la parte conservadora y la parte quirúrgica. - Hace falta un terapeuta físico, porque di, uno lo puede dar pero el terapeuta es el que va a estar con ella guiándolo - Entonces si tenemos ese personal con nosotros, se completa el equipo y se reduciría un montón de gastos, tanto a nivel institucional como para la paciente. - Considero que podrían ser mucho mejor aún más si tuviéramos el personal en terapia física. - Creo que en la Católica, la doctora Lee no sé si es que trabaja con alguna terapeuta pero no se ella es especializada en piso pélvico
		Med 02	<ul style="list-style-type: none"> - En primera instancia, lo que hace uno es buscar primero diagnósticos posibles. - Mejorar posturas, cómo levantar objetos y ese tipo de educación para el paciente. - Si hay mejorías y también por lo que uno logra observar así a nivel global en la gente, si sienten algún grado de mejoría y la terapia lo más importante es poco invasiva. - Si no reconocen probablemente ya ocupemos poco de fisioterapia para ayudarnos en biofeedback

Informante Clave	Categoría de análisis	Cód. de profesional	Opiniones sobre formación profesional
Profesionales	Terapeuta Físico	TF 01	<ul style="list-style-type: none"> - En el Blanco cervantes, a mí me contrataron... vea te voy a explicar cómo fue, una empresa compro un equipo, de electro con biofeedback, mi función era capacitar a los fisioterapeutas para que supieran usarlo, al final de cuentas lo que pidió el hospital fue que yo les diera la capacitación como si fuera una unidad de suelo pélvico, el equipo fue una parte, verdad, entonces yo tuve que capacitar a los fisioterapeutas del área, porque ellos no tienen, obviamente idea de esto, verdad, entonces lo que nosotros hicimos en el blanco cervantes fue hacer todo un protocolo de intervención verdad, - Me parece a mí que se debería hacer un curso de especialización o uno internacional donde sí se centralice principalmente lo que es anatomía, fisiología, neurofisiología, un poquito de neurodinamia, y neuro urodinamias, para poder entender las partes fisiológicas y neurofisiológicas del control de los esfínteres, de la vejiga, y de todas las patologías que hay, definitivamente toda una formación especializada en esa área, verdad, en lo que es evaluación, en lo que es tratamiento... - Y yo creo que es en la evaluación lo que determina esto, porque yo siento que poner la interferencial en el cuádriceps o en un suelo pélvico es lo mismo, solo hay que saber usarlo. - Hay que fortalecer cadenas extensoras, hay que hacerlo, de que hay que fortalecer cadenas aductoras hay que hacerlo, verdad, y se ven en clases de fisioterapia solo que hay que ubicarlas y centrarlas en un objetivo... pero por supuesto si me parece a mí que tanto las evaluaciones verdad son determinantes, eso tiene que ser, lo que pasa es que nosotros nos cuesta eso, somos muy tímidos. - Conozco muy poco, ni con una mano los fisioterapeutas que trabajan en esto y que uno diga es bueno, o no está bateando o están probando a ver cómo le va, que hayan tenido una formación; muy pocos, y me parece que eso es una cuestión que hay que reforzarlos, me parece que tampoco es una área atractiva, muchos de los estudiantes no les llama la atención, - Entonces hay que hacer como un llamado para que haya una mejor formación, a que haya más profesionales. - El fisioterapeuta hay que convencerlos para que se motiven a esto, entonces sí me parece tal vez que la formación y diay nosotros los fisioterapeutas a veces somos así, nos acostumbramos a ver cosas y cuesta cambiarlos, hay menos que estudiar, porque tal vez es algo que usted ve más simple, no hay que investigar. - Claro que si, en este momento a nivel privado el terapeuta que no haya tenido una práctica en eso y que vaya atender se lo imagina y lo empieza hacer pero no tiene la formación porque ninguna de las universidades tiene estas condiciones, entonces no tiene la formación y lo empieza hacer a prueba y error. En la parte magistral se aborda muy levemente, porque muchas veces uno lo puede decir pero son muy difíciles de imaginar, entonces lo mismo da que usted lo lea de un libro a que se lo digan así, porque sí, la persona se lo tiene que imaginar y no lo puede ver en la práctica es totalmente diferente y cuando se aplica tratamiento por primera vez es algo muy difícil por lo que si se debería de llevar una gran cantidad de práctica.
		TF 02	<ul style="list-style-type: none"> - Aquí por ejemplo (en la Universidad) no contamos con las condiciones para hacer ese tratamiento, porque no tenemos ese cuarto con privacidad para tener tan siquiera hacer una pequeña práctica, sino que es una cosa netamente magistral que se expone pero que no se llega a una práctica y eso es que se tiene que practicar, que se tiene que ver que se tiene que poder ver cuáles son las mejores - Primero la formación ética, el respeto hacia la persona porque vamos a tener un contacto muy íntimo entonces la parte ética es muy importante, segundo la parte educacional entonces

			<p>tiene que ser una persona muy preparada para pensar más en la parte de un tratamiento completo, no en un tratamiento curativo sino que es una cosa a más largo plazo y abordar la parte preventiva no solo cumplir con la parte de tratamiento y a la vez mucha empatía con las persona porque la persona está llegando a exponerse demasiado entonces debe haber mucha empatía y mucho respeto para que la persona pueda hacerlo y por supuesto tener un área física que cumpla con todas las condiciones, que sea segura, que se pueda cerrar que tenga privacidad completa, que haya también la vestimenta adecuada y la formación académica, por supuesto que se debe preparar para conocer todo, porque se debe conocer más específicamente la parte anatómica del área de la pelvis, conocer más del sistema genitourinario para que pueda tener una mayor profundización y además la preparación en la aplicación de tratamiento.</p>
	Médico Ginecólogo	Med 01	<ul style="list-style-type: none"> - Acá se ocuparía un profesional especialista en piso pélvico, que sepa tanto de cómo manejar el piso pélvico en mujeres embarazadas como mujeres adultas mayores, de mediana edad con diferentes patologías, básicamente especialista en piso pélvico. - De hecho para los congresos cuesta un montón encontrar alguien que de esa parte, de ustedes porque nadie conoce mucho del tema, entonces si hace falta.
		Med 02	<ul style="list-style-type: none"> - Mucha gente en fisioterapia tiene mucho desconocimiento en cuanto al manejo de incontinencias urinarias - Tener más personal dirigido a incontinencia - Yo creo que también como que el terapeuta está muy acostumbrado a manejar todo desde la parte más externa, o sea casi no explora mucho al paciente desde esa parte vaginal, entonces necesita la formación no solo con la parte de la incontinencia si no con todo lo asociado, porque incontinencia no solamente viene con pura incontinencia, sino vienen incontinencias con incontinencia con dolor o incontinencia con incontinencia anal, o incontinencia con algún grado de anismo, vaginismo, entonces a veces como que principalmente conocimientos en piso pélvico, no sé si anatomía y disfunciones, y tener un poco de aprender a explorar el paciente no solamente desde la parte externa sino también con exploración en la parte interna, eso sí lo hacen algunos terapeutas pero creo que es como lo habitual. - Aquí la mayoría de educación la presentan son las casa comerciales con Tena, que use pañales, en vez de estimular más bien una educación y prevención.

Anexo 7

Dirigido a usuarias que se van a entrevistar

Escuela de Tecnologías
en Salud



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos: (506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital México, durante el periodo del 2013 -2014.

Código (o número) de proyecto: _____

Investigadoras: Bach. Marycruz Garro Espinoza
Bach. Silvia Gómez Gutiérrez.

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: La investigación es realizada por Marycruz Garro Espinoza y Silvia Gómez Gutiérrez, estudiantes de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, y corresponde al trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura. En este proyecto se desea conocer sus opiniones con respecto al tratamiento que ha recibido en la Consulta de Estática Pélvica, del Hospital México con el propósito de presentar una propuesta donde el terapeuta físico pueda contribuir con el tratamiento de esta condición. Su participación en este estudio será breve, y tomará únicamente el tiempo que usted necesite para contestar unas preguntas realizadas por las investigadoras.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: En caso que usted decida participar del estudio, se realizará una entrevista que consta de 8 preguntas en las cuales usted hablará sobre su diagnóstico de incontinencia urinaria y dará sus opiniones sobre el tratamiento que le han ofrecido y los resultados que ha obtenido.

La entrevista se realizará en las instalaciones del hospital o en un lugar a convenir, usando una guía de preguntas, en la cual, solamente las investigadoras tendrán permiso de usar las respuestas que usted brinde. Durante la entrevista usted deberá sentirse cómoda al responder.

Responder las preguntas, le tomará no más de 30 minutos aproximadamente, sin embargo si requiere más tiempo, las investigadoras se lo ofrecerán.

La información que usted ofrezca será grabada y utilizada de forma confidencial, utilizada solamente para esta investigación. Las grabaciones y las hojas en las que se escribirán sus respuestas, serán guardadas por un periodo de 5 años. En caso de ser consultadas, será con la debida autorización de las investigadoras.

C. RIESGOS: usted no sufrirá riesgos físicos o mentales y tampoco se realizará ningún procedimiento que ponga en peligro su integridad física. Sin embargo, en caso de sentirse

incomoda durante la entrevista, puede inmediatamente comunicarlo a las investigadoras. De ser así, se le dará el tiempo necesario que usted requiera hasta sentirse cómoda al responder e indicar a las investigadoras la continuación de la entrevista, de no ser así, se suspenderá la entrevista en el momento que ambas o alguna de la partes consideren necesario.

A. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, con su aporte podrá beneficiar a futuro los servicios ofrecidos en la consulta de Estática Pélvica en la que usted ha sido atendida, así como mejorar el tratamiento que se ofrece a las mujeres que lo presentan. Asimismo, las investigadoras pretenden incentivar y mejorar en la investigación y avances en el tema, y con ello beneficiar otras consultas en centros de salud de la mujer en la atención de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

D. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Marycruz Garro Espinoza o Silvia Gómez Gutiérrez responsables de la investigación sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Marycruz Garro Espinoza al teléfono 86136620 o Silvia Gómez Gutiérrez al teléfono 85103567, en horario de 8am a 12md. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

E. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

F. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a suspender su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica que requiere.

G. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

H. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma de la usuaria

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Anexo 8

Dirigido a usuarias que se van a observar



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos: (506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Tecnologías
en Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital México, durante el periodo del 2013 -2014.

Código (o número) de proyecto: _____

Investigadoras: Bach. Marycruz Garro Espinoza
Bach. Silvia Gómez Gutiérrez.

Nombre del participante: _____

- B. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** La investigación es realizada por Marycruz Garro Espinoza y Silvia Gómez Gutiérrez, estudiantes de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, y corresponde al trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura. En este estudio se desea conocer sobre los diferentes procedimientos utilizados en las sesiones de tratamiento de la Consulta de Estática Pélvica, del Hospital México aplicados por los médicos del hospital. El tiempo que usted participará en el estudio, será el mismo tiempo que dure la consulta a la que usted está asistiendo, la cual se aproxima a los 30 minutos.
- C. ¿QUÉ SE HARÁ?:** En caso que usted decida participar en el estudio, se realizará una observación de la consulta y los procedimientos aplicados como parte del tratamiento que está recibiendo. La información recopilada, se escribirá en una hoja que sirve de guía de observación, la cual consta de 7 apartados y solamente las investigadoras tendrán permiso de ver. Esta será manejada de forma confidencial, utilizada solamente para esta investigación.
Las hojas en las que se registrará la información serán guardadas por un periodo de 5 años.
- D. RIESGOS:** al acceder formar parte de este estudio, usted no correrá riesgos físicos. No se realizará ningún procedimiento ni modificación de su tratamiento que ponga peligro su integridad física. En caso de sentirse incomoda durante la observación, puede inmediatamente comunicarlo a las investigadoras y se suspenderá la observación.
- E. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, con su aporte podrá beneficiar a futuro los servicios ofrecidos en la consulta de Estática Pélvica en la que usted ha sido

atendida, así como mejorar el tratamiento que se ofrece a las mujeres que lo presentan. Asimismo, las investigadoras pretenden incentivar y mejorar en la investigación y avances en el tema, y con ello beneficiar otras consultas en centros de salud de la mujer en la atención de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

- F. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Marycruz Garro Espinoza o Silvia Gómez Gutiérrez responsables de la investigación sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Marycruz Garro Espinoza al teléfono 86136620 o Silvia Gómez Gutiérrez al teléfono 85103567, en horario de 8am a 12md. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- G. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- H. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a suspender su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica que requiere.
- I. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- J. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma de la usuaria fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha