



Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Cultura Física.

**Propuesta de un Plan de Intervención mediante ejercicios físicos para
pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.**

Autora: Yasmiany Digat Negrín.

Tutor: MSc. Jorge Luis Abreus Mora.

Consultante: Dra. Luisa Sobeida Guerra Estébez

Cienfuegos, 2012.

Índice.

I. Introducción.	5
II. Desarrollo.	
1. Resumen Bibliográfico.	13
1.1- Incontinencia Urinaria. Su Etiología.	13
1.2- Evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria.	21
1.3- Tratamiento de la IU.	29
1.4- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE).	30
1.5- Tratamiento con ejercicios.	32
1.6- Tratamiento farmacológico.	33
1.7- Tratamiento Quirúrgico.	37
2. Metodología.	38
2.1- Diseño de investigación.	38
2. 2- Métodos.	38
2.3- Entrevista.	38
2.4- Documentos oficiales.	39
2.5- Ábaco de Régnier	39
2.6- Características del Plan de Intervención mediante ejercicios físicos para fortalecer los músculos del suelo pélvico.	41
2.7- Orientaciones para la realización de los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.	44
Resultados.	47
3.1- Resultados del método utilizado.	47
3.2- Resultados de la entrevista al personal de salud y el INDER.	48
III. Conclusiones.	49
IV. Bibliografía.	
V. Anexos.	

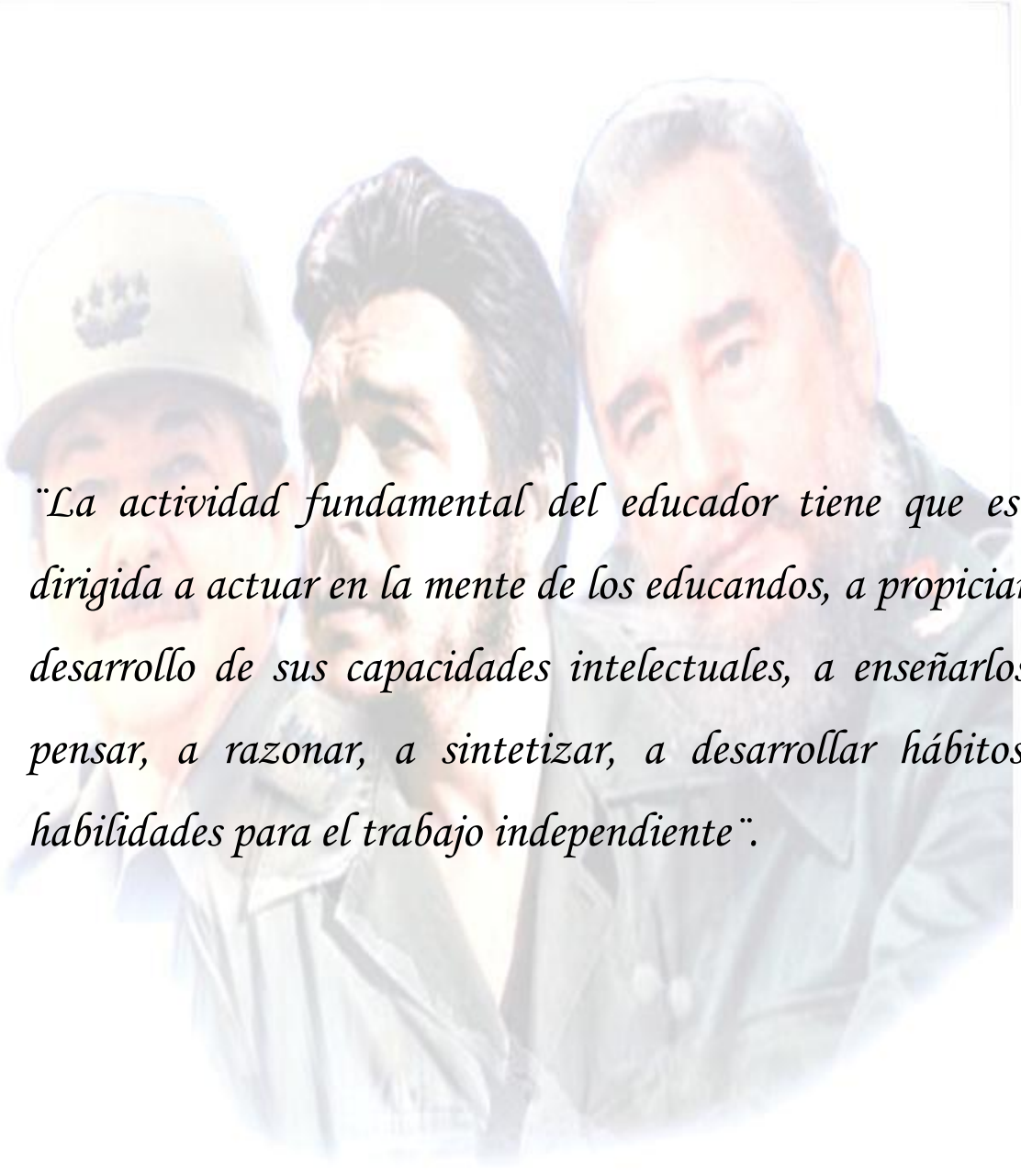
Resumen.

La incontinencia de orina es una condición caracterizada por la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, forma parte de un conjunto de problemas agrupados bajo la denominación de Disfunción de Suelo Pélvico. Por su magnitud y repercusión en la vida privada y de relación social de las personas constituye un problema importante de salud tanto higiénico como social y repercute en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual. Dentro de sus clasificaciones la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo constituye una de las más frecuentes.

Este estudio tiene como objetivo diseñar un Plan de Intervención mediante ejercicios físicos para fortalecer los músculos del suelo pélvico de las personas con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo, en el mismo se utilizan métodos del nivel empírico y teóricos para determinar la necesidad, importancia y utilidad de dicho plan.

Con la aplicación de estos métodos se pudo proponer y validar el plan de Intervención mediante ejercicios físicos que, por su fácil ejecución y poca invasividad, constituye una herramienta eficaz para fortalecer los músculos del suelo pélvico en personas con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

PENSAMIENTO

A faded background image showing three men in a workshop setting. The man on the left wears a yellow hard hat and safety glasses. The man in the middle has dark hair and is looking down. The man on the right is older, with grey hair, and is looking towards the camera. They are all wearing light-colored work shirts.

“La actividad fundamental del educador tiene que estar dirigida a actuar en la mente de los educandos, a propiciar el desarrollo de sus capacidades intelectuales, a enseñarlos a pensar, a razonar, a sintetizar, a desarrollar hábitos y habilidades para el trabajo independiente”.

Introducción.

El debilitamiento del suelo pélvico, tanto en hombres como mujeres, puede convertirse en factor desencadenante de múltiples trastornos que afectan la sexualidad, entre ellos prolapsos (caída de los órganos intrabdominales), incontinencia urinaria y fecal, y hasta eyaculación precoz.

Esa zona de la pelvis está compuesta por varios músculos, incluyendo el pubococcígeo (PC), donde se halla el llamado nervio pélvico, que además conecta con la vejiga, la parte inferior de la columna vertebral y parte de los órganos genitales internos.

Es conveniente para ambos sexos que el músculo PC sea fuerte y presente un tono muscular adecuado, así se convierte en una poderosa fuente de energía que estimula la próstata en los varones y el útero en las féminas.

Algunos hábitos cotidianos pueden predisponer a la aparición de este mal en ambos sexos, como por ejemplo retener la orina, vestir ropas ajustadas, los deportes en los que están implicados el salto o el impacto, cantar o tocar instrumentos de viento.

La obesidad, el estreñimiento, la tos crónica y el estrés son factores de riesgo que la sociedad suele ignorar en no pocas ocasiones, pero que luego cobran su cuota en disfunciones sexuales fácilmente prevenibles con un mayor autocuidado.

La incontinencia de orina es una condición caracterizada por la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, forma parte de un conjunto de problemas agrupados bajo la denominación de Disfunción de Suelo Pélvico y que por su magnitud y repercusión en la vida privada y de relación social de las personas constituye un problema importante de salud tanto higiénico como social y repercute en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual. (Rodríguez, 2009).

Si bien es un problema que no altera el pronóstico vital, tiene una morbilidad psicológica asociada, pues puede producir trastornos del sueño por la nicturia o por las pérdidas nocturnas, tiene un efecto negativo en la autoestima y en la

autonomía; puede aumentar el riesgo de aislamiento social, de depresión y de disfunción sexual. Todo ello afecta de manera importante a la autodecepción de salud y a la calidad de vida.

A pesar de las elevadas prevalencias que se reportan, existe, en ocasiones, subdiagnóstico y subregistro porque los pacientes no acuden a las consultas, bien por desconocimiento de los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles, (Rodríguez, 2009) algunos por la creencia de que es propia del proceso de envejecimiento y otros por vergüenza.

Desde el punto de vista clínico, se clasifica como: "Incontinencia de Esfuerzo:

"Pérdida involuntaria de orina frente a actividades físicas, como tos o estornudo, y puede presentarse cuando los músculos del suelo pélvico están débiles" (Nygaard, 2008), "incontinencia de urgencia causada por una contracción involuntaria del músculo de la vejiga, que provoca sensación de necesidad imperiosa de orinar e incontinencia mixta combinación de pérdida por Esfuerzo y urgencia". (Rodríguez, 2009).

"Es más frecuente en el sexo femenino con prevalencias entre 10 y 40 %, se incrementa con la edad, aunque aparece tempranamente, con máximos entre 50-54 años, disminuyendo ligeramente o estabilizándose hacia los 70, pero con un aumento sostenido después de pasar esta edad". (Rodríguez, 2009). "En los hombres, es más frecuente luego de realizada una prostatectomía, con prevalencias entre 5 y 60 %".(Rodríguez, 2009). "Estudios europeos reportan incontinencia de urgencia en 36% de pacientes adultos con síntomas de vejiga hiperactiva, siendo mayor en mujeres". (Rodríguez, 2009).

La Incontinencia Urinaria (IU) o pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, es un problema social, tanto para los pacientes que la sufren, como para quienes cuidan de ellos. Su prevalencia es alta, afectando aproximadamente alrededor de 30% de los individuos mayores que desarrollan sus actividades en la comunidad, a 35% de los que se encuentran en instituciones hospitalarias de cuidados agudos y a más de 60% de los internados en residencias de cuidados geriátricos. (Caballero, 2008).

“Uno de los problemas que confronta esta entidad es la carencia de tratamientos totalmente efectivos para curar o mejorar la incontinencia urinaria en cualquiera de sus formas, reportándose procedimientos quirúrgicos y terapia farmacológica pero que no siempre resuelven definitivamente las causas, y además, la cirugía es altamente invasiva y los fármacos pueden tener reacciones adversas a corto, mediano y largo plazos. Una alternativa que está ofreciendo resultados alentadores es la terapia utilizando ejercicios y medios físicos como la estimulación eléctrica y el campo magnético, aprovechando sus propiedades como estimulantes del tono muscular entre otras, ya que en la mayoría de las incontinencias está descrito que la hipotonía de la musculatura de esa región y la falta de entrenamiento del suelo pélvico desempeñan un importante papel en el descontrol esfinteriano”. (Rodríguez, 2009).

Se estima que alrededor de 200 millones de personas la padecen en el mundo, y sin embargo, son muy pocas las que consultan a un médico, por vergüenza o sencillamente por falta de información, porque se piensa que no es una enfermedad. Esta afección tiene relación con el envejecimiento, pero no es el envejecimiento por sí mismo una causa de Incontinencia Urinaria, sino factores asociados como el déficit de hormonas femeninas, el crecimiento de la próstata en los hombres; también está en relación con la Diabetes Mellitus, las cirugías abdominales (histerectomía o extirpación del útero) y de la próstata; los cálculos en la vejiga, entre otras. Los medicamentos son uno de los principales factores de riesgo, diuréticos, sedantes y fármacos para los trastornos del sueño (Caballero. 2008).

A pesar del progreso en la evaluación, manejo y tratamiento de la incontinencia, muchos pacientes ni consultan a los profesionales de la salud sobre ella ni revelan sus síntomas urinarios cuando los visitan por otras razones. Hasta un 50% de los pacientes con este problema no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema, quizás porque desconocen que hay formas de ayudarlos, lo cual puede subestimar la prevalencia real del problema, quizás por vergüenza o por temor a una probable cirugía, o porque creen que poco se puede hacer para tratar dicha

entidad o por considerar que sus síntomas son insignificantes (Caballero, 2008).

Estudios realizados acerca del conocimiento de las personas sobre Incontinencia Urinaria demuestran la prevalencia de un conocimiento inadecuado: 19.4% pacientes con nivel educacional secundario; el 60,9% de pacientes no incontinentes y el 53% de los masculinos. Predominaron los solteros(as) para un 52.9%; 31,1% pre-universitario; 38,2% entre 41-50 años de edad; y 52,3% del total eran del sexo femenino. (Caballero. 2008) Se demostró un pobre conocimiento sobre la Incontinencia Urinaria, siendo necesaria una intervención de los profesionales de la salud en la educación de la población.

“Esta falta de conocimiento sobre este trastorno se demuestra también en otras investigaciones, las cuales demuestran que entre 45% y 63% de personas consideran erróneamente que la Incontinencia Urinaria es una consecuencia inevitable del envejecimiento” (Caballero. 2008). Los pacientes que sufren de Incontinencia Urinaria pueden aceptar su situación y aprender a vivir con el sufrimiento formando parte de su vida cotidiana, o pueden creer que es un problema sin tratamiento o que existe un conocimiento poco preciso del mismo por parte del personal médico y sanitario. Ellos no van a comunicar siempre sus inquietudes acerca de sus síntomas urinarios a su médico. “Los National Institutes of Health (NIH) de los Estados Unidos mencionan que los primeros pasos para un adecuado tratamiento de este problema son el conocimiento adecuado de la enfermedad y una apropiada evaluación y diagnóstico” (Caballero. 2008)

Además, las actitudes sociales negativas acerca de la incontinencia también han sido una barrera para aumentar el conocimiento tanto público como profesional sobre el tema. Existen estudios que han demostrado que un simple programa de educación de salud es capaz de mejorar las actitudes hacia este tema de las personas que sufren de este trastorno y los alientan a buscar ayuda profesional.

Recientemente se determinó que el punto más frecuentemente relacionado a la falta de búsqueda de ayuda profesional en los pacientes con incontinencia fue la falta de conocimiento acerca de la Incontinencia Urinaria y de los tratamientos disponibles para ella y/o una percepción negativa de la enfermedad. Los estudios revelan que más de la mitad de las personas entrevistadas no se sienten lo suficientemente informadas acerca de la Incontinencia Urinaria, y la mitad refiere que no tienen información disponible sobre ello (Caballero. 2008).

Dentro de las clasificaciones de la Incontinencia Urinaria la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) es un problema frecuente, que afecta entre el 5-10% de las mujeres a cualquier edad con un costo financiero enorme, calculado para 1988 en cerca de 10.3 millones de pesos al año. En el Instituto Materno Infantil, se ha calculado que la IUE afecta cerca del 5.1% de las mujeres que asisten a consulta externa de Ginecología al año, y dicha frecuencia aumenta progresivamente con la edad. Así, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo constituye un problema social y de salud por el cual la mujer consulta al médico en busca de soluciones prontas, económicas y efectivas.

Múltiples tratamientos han sido implementados para la corrección de esta anomalía, que tiene un gran impacto en la vida social y el bienestar de las pacientes. Se ha intentado desde el tratamiento médico con fisioterapia para el fortalecimiento del piso pélvico (ejercicios de Kegel), el uso de conos vaginales de peso creciente, medicamentos adrenérgicos, el uso de estrógenos en las pacientes posmenopáusicas y la estimulación eléctrica del piso pélvico, con resultados variables en efectividad. Entre los últimos hallazgos sugieren que existen medidas vinculadas con el estilo de vida que las personas pueden tomar para disminuir el riesgo de padecer la Incontinencia Urinaria, indicó Kathleen Y. Wolin, profesora asistente de cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington. "Este es otro motivo para que los hombres se levanten y se activen" (El ejercicio, 2008), agregó la experta.

Una vez analizadas las bibliografías referentes al tema, los antecedentes del mismo e identificado un grupo de pacientes con estos síntomas en el Consejo

Popular de Pepito Tey del municipio de Cienfuegos, se realizó el presente trabajo con la finalidad de proponer un Plan de Intervención a través del ejercicio físico para fortalecer el suelo pélvico en pacientes que padecen Incontinencia Urinaria por Esfuerzo esperando con ello una mejoría en los síntomas y un mejor estilo de vida; además que, podrían disminuir trastornos del estado de salud físico y psíquico de los individuos que la padecen.

En este Consejo Popular se pudo comprobar, después de aplicar la técnica de entrevista al personal de salud e INDER y una exhaustiva revisión de las Historias Clínicas de los Consultorios Médicos de la Familia, que existe un número de personas que padecen de Incontinencia Urinaria por Esfuerzo que no reciben un tratamiento para disminuir los síntomas que presenta esta anomalía, de donde surge el siguiente problema de investigación.

Problema de Investigación.

¿Cómo influir en los músculos del suelo pélvico en pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo del Consejo Popular Pepito Tey de Cienfuegos?

Objetivo General.

- Diseñar un Plan de Intervención mediante ejercicios físicos que fortalezca el suelo pélvico de pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo en el consejo popular Pepito Tey de Cienfuegos.

Tareas.

- Diagnóstico de la población objeto de estudio para determinar el estado de la atención de los mismos en el momento de la investigación.
- Validación de la Propuesta de ejercicios para fortalecer el suelo pélvico de pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo mediante criterio de especialista.

Idea a Defender.

El diseño del Plan de Intervención mediante ejercicios físicos influye positivamente en el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico de

pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo en el Consejo Popular Pepito Tey de Cienfuegos.

Justificación del problema.

El diseño del Plan de Intervención que fortalezca el suelo pélvico de pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo contribuirá a una mayor independencia de los mismos en las actividades de la vida diaria lo que facilitará su vida y la de sus familiares redundando en una mayor calidad de vida.

El paciente que realiza este tratamiento, al percibir los beneficios, se sentirá más útil e integrado a su círculo familiar, a la comunidad y a la sociedad, verá aligerada sus funciones, además, al formar parte del proceso rehabilitador se afianzarán valores como la cooperación, ayuda mutua, una comunicación más abierta y afectiva que permitirá a ambos, paciente–familia, enfrentarse con los síntomas propias de la enfermedad.

Resultarán beneficiados: el propio paciente, capaz de valerse sin la preocupación de este padecimiento; la familia, aliviada del stress que provoca la atención a personas que padecen de Incontinencia Urinaria por Esfuerzo; la comunidad, que recobrará a uno de sus miembros como una persona socialmente útil y por ende, la sociedad.

Tiene implicaciones prácticas al confeccionarse este plan por primera vez en la comunidad de Pepito Tey del municipio de Cienfuegos, a pacientes que padecen esta patología como inicio del proceso rehabilitador y se generalizarán los resultados de esta investigación en las Salas de Rehabilitación de las comunidades.

Teóricamente contribuirá a la superación del personal que labora en las comunidades atendiendo los programas de la Cultura Física y en las Salas de Rehabilitación de las comunidades.

Novedad.

La novedad de este trabajo consiste en que vez se propone un Plan de Intervención para personas que padecen de Incontinencia Urinaria por Esfuerzo en el Consejo Popular de Pepito Tey de Cienfuegos y

recomendándose el mismo a pacientes en las fase posthospitalaria de las demás comunidades, garantizando una mayor independencia en el plano individual y calidad de vida en el sentido integral de estos pacientes así como su integración más plena a la familia y la comunidad.

1- Resumen Bibliográfico.

1.1- Incontinencia Urinaria. Su Etiología.

En este epígrafe se abordan los conceptos según el criterio de varios autores.

“La incontinencia de orina es una condición caracterizada por la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable y que por su magnitud y repercusión en la vida privada y de relación social de las personas constituyen un problema importante de salud tanto higiénica como social” (Martínez, 2011, p13).

La Incontinencia Urinaria es un trastorno frecuente en adultos que viven en la comunidad. Es más frecuente en mujeres, aumenta con la edad y es particularmente común entre aquellos en centros de atención residencial (Hay-Smith, 2008, p2).

De acuerdo con lo planteado por Grace la Incontinencia Urinaria es la pérdida o fuga involuntaria de orina, en cantidad suficiente como para representar un problema para quien lo padece (Grace, 1999, p209).

Como se observa existe marcada coincidencia en los conceptos planteados por diferentes autores por lo que se puede considerar la Incontinencia Urinaria como la pérdida involuntaria de orina, problema que se puede manifestar en diferentes circunstancias, con varios niveles de severidad y en relación con etiologías distintas. Afecta a un gran número de personas, la mayoría de ellas, mujeres.

Existen en ocasiones subdiagnósticos y subregistros como consecuencia de que los pacientes no siempre acuden a las consultas por este problema, bien por desconocimiento de los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles, por vergüenza a declarar este trastorno que involucra la vida privada y por la creencia de que la incontinencia es parte del proceso normal del envejecimiento.

Dentro del conjunto de problemas que se agrupan en la Disfunción de Suelo Pélvico, la incontinencia de orina constituye uno de los padecimientos que afecta a gran número de personas. “Desde el punto de vista clínico se

clasifican como: Incontinencia de Esfuerzo (Pérdida involuntaria de orina frente a actividades físicas, como tos o estornudo, y puede presentarse cuando los músculos del suelo pélvico están débiles); Incontinencia de Urgencia (Causada por una contracción involuntaria del músculo de la vejiga. La persona experimenta una necesidad imperiosa de orinar, pero no puede llegar al baño a tiempo) e Incontinencia mixta (Combinación de pérdida por Esfuerzo y urgencia). Se presenta con más frecuencia en el sexo femenino, se incrementa con la edad, la prevalencia en mujeres se reporta entre un 10 y 40%, es temprana, con máximo de edad entre 50-54 años, disminuye ligeramente o se estabiliza hacia los 70 años, pero con un incremento sostenido después de esta edad. En relación a los hombres, es más frecuente luego de realizada una prostatectomía, con un rango de prevalencia entre 5 y 60%". (Martínez, 2011, p13)

Estudios Europeos reportan incontinencia de urgencia en un 36% de pacientes adultos con síntomas de vejiga hiperactiva, y es mayor la prevalencia en mujeres". (Martínez, 2011, p14)

Factores predisponentes:

- Edad.
- Sexo.
- Institucionalización.
- Sepsis urinaria.
- Bacteriuria asintomática.
- Fármacos y uso de sustancias excitantes : café, alcohol, etc.
- Enfermedades crónicas como: diabetes mellitus y diabetes insípida.
- Uropatía obstructiva.
- Alteraciones del suelo pélvico en la mujer.
- Tumores abdominales.
- Factores psicógenos.
- Estrés.
- Traumatismos y otras afecciones medulares.

Recuento anatómico.

La acción normal depende de una innervación intacta, sea sensitiva o motora. La vejiga, anatómicamente, es una vesícula de músculo liso formada por tres partes principales: el cuerpo, compuesto por el músculo detrusor; el trigono, pequeña zona triangular cerca del cuello de la vejiga a través del cual pasan uréteres y uretra; y el cuello vesical, que también se llama uretra posterior.

Durante la expansión de la vejiga, su cuerpo se dilata, y en la micción se contrae el músculo detrusor para vaciarla, de manera que el reflejo de la micción depende de un aumento rápido y progresivo de la presión, un período de la presión sostenida y una vuelta de la presión al valor tónico basal de vejiga.

Elementos que intervienen en el control de la micción.

1.- Centros:

- a) Centros pelvianos: representados por centros intravesicales o intramurales y los yuxtravesicales.
- b) Centros espinales: regulan la actividad refleja o automática – parasimpático o vesicoespinal de Budge (región sacra vértebras 2- 3 - 4).
- c) Centros cerebrales – arco reflejo sacromiccional: cerebro, hipotálamo, mesencéfalo, protuberancia.

2.- Vías:

- a) Sensitivas:
 - Exteroceptivas: táctil, térmica y dolorosa.
 - Propioceptivas: primer deseo miccional, plenitud vesical y distensión dolorosa vesical.
- b) Motoras:
 - Vía de los erectores.
 - Nervio hipogástrico: esplácnico, simpático sacroerectores.
 - Nervios pudendos internos.
- c) Neurotransmisores: receptores adrenérgicos, colinérgicos y

alfaadrenérgicos.

En el mecanismo de la continencia es necesario que los elementos que intervienen en el control de la micción funcionen como un todo, pues cualquier fallo en alguno es capaz de producir incontinencia.

Para mantener la continencia es necesario que la presión intrauretral sea mayor que la presión intravesical; cuando se pierde esta relación, se produce incontinencia.

Por lo tanto, la incontinencia puede ser debido al aumento de la presión intravesical, aumento de la presión intrauterina o ambas.

Factores que regulan las diferencias de presión.

1. Presión intravesical:
 - a. Presión del detrusor.
 - b. Volumen de orina.
 - c. Presión intraabdominal.
2. Presión intrauretral:
 - a. Presión intraabdominal.
 - b. Tono del músculo estirado pélvico.
 - c. Tono del músculo liso uretral.
 - d. Espesor de la mucosa uretral.

Factores que causan Incontinencia Urinaria.

- 1) Estados funcionales agudos.
- 2) Fármacos: Ansiolíticos, psicofármacos, anticolinérgicos, calcio antagonistas, adrenérgicos, hipnóticos de vida media larga – diazepam y fluracepam – y diuréticos de asa.
- 3) Vaginitis o uretritis atrófica. Frecuente en ancianos y, por lo general, mejora con administración oral de estrógenos.
- 4) Infección urinaria sintomática, litiasis renoureteral y neoplasias.
- 5) Impactación fecal. Frecuente en ancianos que permanecen encamados.

- 6) Alteraciones metabólicas y electrolíticas: Hiperglicemia, hipercalcemia.
- 7) Inmovilización. Obstáculo para realizar micción.
- 8) Alteraciones psicológicas. Depresión, neurosis de larga evolución.
- 9) Afecciones neurológicas. Enfermedades cerebro vasculares, demencia, hidrocefalia, tumores, neuropatías.
- 10) Afecciones ginecológicas: Cistocele, prolapso uterino, hipoestrinismo, partos múltiples.
- 11) Afecciones urológicas: Posprostectomía, uropatía obstructiva, estenosis uretrales, incompetencia total del esfínter urinario, uréter ectópico, traumatismo del cuello vesical y uretra.

Clasificación neurológica.

Incontinencia de Esfuerzo. Característica de las lesiones de la neurona inferior y se manifiesta como una vejiga autónoma. Es la pérdida involuntaria de orina al toser, hacer un Esfuerzo, estornudar, levantarse o realizar maniobras que aumenten la presión intrabdominal membranosa o cuello vesical. En los varones, la Incontinencia de Esfuerzo se ve después de una prostatectomía, traumatismo de la uretra membranosa o cuello vesical. En la mujer, se puede deber a acortamiento de la uretra y a una pérdida del ángulo uretrovesical y relajación pélvica.

Las disfunciones del suelo pélvico y en especial la Incontinencia Urinaria están asociada a factores de riesgo dentro de los que se destacan: "la edad, los antecedentes de enfermedades crónicas y padecimientos, el uso habitual de determinados medicamentos, los hábitos y costumbres, el embarazo y el parto, así como las enfermedades prostáticas" (Martínez, 2011, p14). Uno de los problemas con que se enfrenta la medicina contemporánea es que no existen tratamientos totalmente efectivos de elección para curar o mejorar la Incontinencia Urinaria en cualquiera de sus formas, pues la terapia farmacológica no resuelve definitivamente las causa y los fármacos no pueden administrarse de por vida, además de tener reacciones adversas.

Entre las elecciones que ofrece resultados alentadores en algunas partes del mundo está la terapia con medios físicos como la estimulación eléctrica y el

campo magnético, se aprovechan sus propiedades como estimulante del tono muscular entre otras, pues en la mayoría de las incontinencias está descrito que la hipotonía de la musculatura de esa región y la falta de entrenamiento del suelo pélvico desempeñan un importante papel en el descontrol esfinteriano.

La prevalencia de la IU se sitúa en un amplio rango que para la mujer está entre 5% y 45% y en el varón entre 1% y 39%. El 6% del total de personas afectadas presenta un grado de IU que altera su calidad de vida. La mitad oculta su problema. La IU es más frecuente a medida que se avanza en edad, entre los 60 y 79 años afecta a 23 % de las mujeres y 19% de los varones, a los 80 años el 46% de las mujeres y el 34% de los hombres sufren incontinencia.

En Cuba se han realizado tratamientos médicos y quirúrgicos para estos problemas como son los realizados en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ)

En uno de sus estudios se propuso evaluar el impacto del tratamiento con medios físicos y reeducación del suelo pélvico en pacientes con Incontinencia Urinaria que acudieron a la consulta de Suelo Pélvico, aplicándoles un tratamiento rehabilitador, y valorándose evolutivamente a través de la percepción de mejoría del paciente y pruebas funcionales, como el test de la compresa y diario miccional.

“De los 251 pacientes que acudieron a la consulta especializada de suelo pélvico en el periodo de enero 2007 a diciembre 2010, 108 eran portadores de Incontinencia Urinaria en algún tipo de sus formas clínicas, lo que representó el 42,5% de los pacientes. De ellos, 85 correspondieron al sexo femenino (78.7%) y 24 al sexo masculino (22.2%). A estos pacientes se les aplicó un tratamiento rehabilitador que incluía magnetoterapia local o regional 50Hz 50% con electrodos ubicados en región pelvipereineal por 15 minutos., electroterapia estimulativa de la musculatura perineal (corriente TENS con frecuencia mínima de 3 Hz y máxima de 75 Hz) con programas prediseñados para incontinencia de Esfuerzo, de urgencia y mixta y por los que los pacientes van transitando,

de acuerdo a su diagnóstico y en la medida que mejoran clínicamente. El tiempo de tratamiento varía según el programa específico (entre 10 y 20 minutos). La intensidad depende de la tolerancia del paciente". (Martínez, 2011, p15)

Se recurren a electrodos de superficie ubicados en región perineal y/o electrodos intracavitarios, en dependencia del objetivo a lograr en el paciente y ejercicios de suelo pélvico, conocidos internacionalmente como ejercicios de Kegel, solos o en combinación.

"Los pacientes fueron evaluados al inicio del tratamiento y evolutivamente a través de pruebas funcionales válidas internacionalmente como el test de la compresión de 1 hora y el diario miccional, valorándose además la necesidad del uso de colectores, su frecuencia, tiempo de uso entre otros". (Martínez, 2011, p15)

La periodicidad de aparición de Incontinencia Urinaria entre los pacientes que acudieron a la consulta por algún trastorno del suelo pélvico fue elevada, "se detectaron 108 de 251, lo que representó el 42,5% de los atendidos, las mujeres representaron el 78.7% del total de los incontinentes, lo que concuerda con lo reportado en la literatura en relación con una mayor prevalencia en el sexo femenino, en edades relativamente tempranas de la vida (promedio de edad de 52,4 años), mientras que los hombres constituyeron el 22.2% de los enfermos". (Martínez, 2011, p15)

En correspondencia con el tipo de incontinencia, se apreció que las mujeres presentaron todos los tipos descritos, según las definiciones y clasificación de incontinencia establecidas por la Sociedad de Continencia Internacional, predominando la asociada a otra patología de suelo pélvico, seguida de la incontinencia mixta, lo que constituye un comportamiento diferente a lo observado en otros estudios donde la incontinencia de Esfuerzo y de urgencia son las más abundantes en este sexo.

En los hombres con incontinencia, "en 10 pacientes se asoció al antecedente de una prostatectomía (esta es una causa frecuente del trastorno), por la posibilidad de sección accidental de las terminaciones nerviosas que controlan

la función esfinteriana; 14 pacientes se asociaron a afecciones neurológicas. La prevalencia de Incontinencia Urinaria entre los hombre fue de 22.2%, lo que se ajusta al rango reportado en la literatura entre 5 y 60%". (Martínez, 2011, p16)

Dejaron el tratamiento 33 pacientes, el 42,8% de los que fueron atendidos en consulta, por diferentes causas, ninguna que pudiera relacionarse conque el tratamiento empeorara el cuadro clínico, provocara molestias o efectos adversos en los pacientes. El 20% (15 pacientes) del total de los que se mantuvieron en la terapia fueron considerados "curados", 68% (51 pacientes) tuvieron una mejoría notable y el 9% (7 pacientes) se mantienen aún en tratamiento. Si se considera globalmente los curados y los que presentaron una mejoría notable, se puede afirmar que la terapia de rehabilitación del suelo pélvico ha sido eficaz en el 88% de los enfermos que recibieron el tratamiento. Estos resultados brindan evidencia de los beneficios de esta terapia, además de que los procedimientos son inocuos, no invasivos y no provocan malestar ni efectos adversos a largo plazo en los pacientes.

Los beneficios de estas terapias pueden atribuirse al hecho de que "el campo magnético tiene efectos analgésicos, antiinflamatorios, regenerador tisular y de fibras nerviosas periféricas, la electroterapia de estimulación produce mejoría del tono muscular y del trofismo y la ejercitación de la musculatura de la región puede ser capaz de fortalecerla para que realice su función el músculo estirado capaz de contraerse cuando sea necesario para evitar las fugas de orina" (Martínez, 2011, p16).

La composición de estos procedimientos determina que se produzcan cambios en el tono muscular, el trofismo y que la respuesta ante el estímulo de la micción sea la contracción del esfínter para lograr la continencia, estos pacientes fueron evaluados por test de la compresa y diario miccional, pruebas internacionalmente válidas.

A pesar de estos resultados alentadores es necesario incrementar el número de casos, realizar todas las pruebas funcionales y valorar las posibles diferencias que existan en la evolución de acuerdo con ciertas variables como la edad, el tipo de incontinencia y las causas que puedan provocarlas.

1.2- Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Incontinencia Urinaria.

“El concepto calidad de vida parte de la necesidad de proteger al hombre, y para lograrlo se trata de establecer cuáles son las mejores condiciones para su vida. Esto lleva implícito protegerlo de todo cuando pueda dañarlo, cuidar del medio donde vive, de los demás hombres y de él mismo, por desconocer o no priorizar todo lo que asegura su salud, bienestar y sobrevivencia” (Martínez, 2011, p18).

El trabajo con los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzo de los 80, marcará el proceso de diferenciación entre estos y la calidad de vida. “La expresión comienza a definirse y concepto integrador que comprende varias áreas de la vida que son determinantes (carácter multidimensional) y hace referencia a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EEUU, «Social Indicators Research», en 1974 y en «Sociological Abstracts» en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término” (Martínez, 2011, p18).

El vocablo calidad de vida es de reciente aparición y ha sido popularizado, principalmente, dentro de las ciencias médicas. Pero el concepto donde está contenido refleja una antigua preocupación del hombre para alcanzar el bienestar y la salud reflejado desde las civilizaciones antiguas de la Edad Media hasta nuestros días.

“Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger, los enfoque de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos:

- Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas

experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

- Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente”(Martínez, 2011,p18).

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada par su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios de salud durante los últimos años.

El perfeccionamiento de la población, su distribución, así como los intentos de controlar su crecimiento, el aumento de la esperanza de vida y determinados indicadores de salud y de enfermedad, han evolucionado de formas que la imaginación humana no podía concebir hace 60 años. “El concepto calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos.

El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Tal parece que el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados” (Martínez, 2011, p18).

“La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive: la sociedad, la cultura, las escalas de valores” (Martínez, 2011,p18).

Los adelantos científicos del mundo moderno y los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea hacen impostergable concentrar Esfuerzos en el estudio de la calidad de las condiciones de vida de las

comunidades y los estilos de vida de los individuos, factor priorizado para entender y proteger la salud y la felicidad del hombre. Esta estimación o valoración de la calidad debe hacerse conjugando armónicamente los criterios técnicos, éticos, de la cultura concreta (sentido social) y del individuo (sentido personal).

De igual forma ha crecido la demanda de varias especialidades, de estudiar las características de las condiciones y estilos de vida en que proliferan muchas enfermedades, por las características nocivas de la actividad, las costumbres de vida cotidianas, arbitrariedad y velocidad del desarrollo han generado.

“La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud, reconociéndose en ella tres dimensiones que global e integralmente pueden resumirse como” (Martínez, 2011, p18):

- a) **Dimensión Física:** percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento.
- b) **Dimensión Psicológica:** Percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo: el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales, religiosas, el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- c) **Dimensión Social:** Percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida: la necesidad e apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral entre otros. Para estimular estas dimensiones, que son variables complejas, se emplean instrumentos relacionados con los aspectos que podrían estar afectados.

El concepto calidad de vida que es utilizado en relación con la salud, la justicia y la ética ha sido estructurado según los aportes de varias disciplinas de contenidos muy diferentes. En su esencia está el carácter valorativo, contextual e histórico a que debe atenderse, así como su fidelidad a los valores humanos que constituyen expresión de progreso social y respeto a una individualidad en que se armonicen necesidades individuales y sociales. A partir de estas experiencias, la utilización del concepto calidad de vida permitirá valorar las

condiciones de vida de las personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente más adecuado para un acercamiento progresivo a una existencia digna, saludable, libre, con equidad, moral y feliz.

Los nociones sobre calidad de vida hacen viable investigar los efectos de la enfermedad a lo largo de la evolución, la imagen social e individual que se tiene de la enfermedad y su tratamiento, los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del enfermo, los efectos del ingreso hospitalario, de las relaciones médico pacientes, las características del apoyo familiar, el análisis de los proyectos de vida y las formas en que se concibe este complejo.

Como disciplina sanitaria la fisioterapia permite la realización, la intervención y aportación de una amplia gama de especialidades médicas – sanitarias. Aunque sólo una pequeña parte de ellas como geriatría, la ortopedia y traumatología, la neurología y las afecciones cardiorrespiratorias son las más conocidas, existen muchas posibilidades, menos clásicas, pero no por ello menos importantes o demandadas, tal es el caso de la fisioterapia en la reeducación del suelo pelviano.

En las disfunciones del suelo pélvico, por ejemplo, la Incontinencia Urinaria, son problemas de salud habitualmente clandestinos que deterioran la calidad de vida, limitan la autonomía y repercuten en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual.

El aumento de recursos socio-sanitarios y familiares conllevan a un gran gasto económico. Datos epidemiológicos confirman que esta afección se está convirtiendo en una problemática de salud pública.

“Pese a ello son problemas poco abordados desde la atención primaria pues se interroga poco sobre ellos, no se llega al diagnóstico etiológico y se ofrecen sólo medidas paliativas, además no suelen ser motivo de consulta de los servicios de rehabilitación. Por estas razones cabe resaltar la atención sobre el impacto y repercusión de la Incontinencia Urinaria en la calidad de vida de quienes la padecen (Martínez, 2011, p18).

En la IU, la calidad de vida se ve perturbada por la connotación física, psíquica y social de este trastorno para el paciente, por lo que las alternativas terapéuticas que permitan modificar el sufrimiento y la minusvalía constituyen estrategias de elección. Uno de los más empleados ha sido el farmacológico, y además las técnicas quirúrgicas, pero sus resultados no son totalmente satisfactorios. Recientemente aparecieron: el uso de ejercicios, la fisioterapia y el tratamiento integral reeducativo del suelo pélvico con buenos resultados, y se incorporaron al servicio de salud desde hace 4 años. Posee como ventaja su inocuidad y poca invasividad.

En el caso de la Incontinencia Urinaria existen varios instrumentos validados internacionalmente utilizadas para valorar el impacto de la enfermedad y los efectos de los tratamientos.

Las prácticas en nuestro país en relación con el aseguramiento de la equidad en el acceso a los servicios médicos, demuestran que no basta con asegurar la oferta en los servicios médicos gratuitos, sino que es imprescindible crear las necesidades subjetivas, valores y motivos en relación con la población de la salud, por lo cual la educación en salud adquiere una nueva dimensión al plantearse como tarea formar esas nuevas necesidades y valores en la conciencia de las personas (típica batalla de ideas) para que puedan influir en su estilo de vida y decisiones en relación con el aprovechamiento racional de los servicios que se brindan. Se trata de modelar el nuevo modo de vida en función de la salud y el bienestar humano.

El método moderno de salud pública tiende a la incorporación de nuevas prácticas médicas. Desde hace diez años en la esfera de la Rehabilitación se lleva a cabo una revolución con la extensión de los servicios de esta especialidad a la comunidad al abrirse áreas con estos servicios en los policlínicos, esto posibilita que los centros de atención secundaria y terciaria dejen el campo de tratamiento con técnicas convencionales a la atención primaria y centren su atención en la búsqueda de soluciones nuevas a problemas existentes, o a dar salida a nuevos problemas de salud.

Desde el año 2007 se efectúa en un estudio investigativo sobre la rehabilitación del suelo pélvico. A través de esta investigación se ha percibido la repercusión en la calidad de vida de los pacientes con incontinencia, el sufrimiento de las personas ante el deterioro de su estado físico y de su imagen ante la sociedad, así como la afectación que este problema ocasiona desde el punto de vista higiénico – sanitario en lo personal, y en su relación de pareja, sin dejar de mencionar las limitaciones sociales, laborales y de gastos económicos asociados al uso de compresas, colectores u otros medios.

En algunos servicios se han realizado estudios prospectivos observacionales. En uno de estos se evaluó la repercusión de la Incontinencia Urinaria de diversos orígenes en la Calidad de Vida de pacientes de ambos sexos y su modificación como resultado de la aplicación de un tratamiento integral reeducativo del suelo pélvico. “De los 99 pacientes atendidos en ese momento, 54 eran portadores de Incontinencia Urinaria de las diversas formas clínicas, que acudieron a la consulta de Disfunción de suelo pélvico del CIMEQ, 49 del sexo femenino con edad promedio de 53,9 años y 5 del sexo masculino con edad promedio de 66,6 años, en el periodo de enero 2007 – diciembre 2008. Se les aplicó un cuestionario I – QOL de calidad de vida validado internacionalmente para Incontinencia Urinaria. Los pacientes se distribuyeron en dos grupos según gravedad del cuadro clínico, con evaluación al inicio del tratamiento y al alta de los menos afectados (Grupo 1) y pacientes con mayor afectación (Grupo 2) con evaluaciones, al inicio del tratamiento, al tercero y al sexto mes”(Martínez, 2011, p18)..

“El instrumento aplicado está conformado por 22 ítems que valoran las dimensiones psíquica, física y social con una puntuación máxima posible a alcanzar 110 puntos y 5 puntos por ítem según la opción de respuesta escogida por el paciente. Se tabularon los valores por cada ítem, calculando el acumulado total por paciente en los diferentes momentos de la evaluación de acuerdo con la puntuación obtenida por ítem, así como los promedios. Este cuestionario se anexó a la historia clínica especializada que incluye los resultados de las pruebas funcionales y lo referido por los pacientes”(Martínez, 2011, p18).

“El tratamiento de rehabilitador incluyó electro estimulación superficial y/o intracavitaria, kinesiología educativa – reeducativa del suelo pélvico, cambio de hábitos y costumbres, educación en salud y apoyo psicológico al paciente y la familia”(Martínez, 2011, p18)

“Las puntuaciones más bajas se encontraron en ítem que estiman estados afectivos, imagen personal, percepción de insatisfacción, a pesar de que los promedios se conformaron con valores de personas que perciben de diferente manera la enfermedad y sus limitaciones. De un máximo posible de 110 puntos a acumular, el promedio fue 65.43, (59% del máximo posible) lo que nos hace considerar «disminuida» su Calidad de Vida como consecuencia de la enfermedad” (Martínez, 2011, p18)..

“El grupo 1 de pacientes, 13 de los 22 ítem tienen valores muy bajos al inicio del tratamiento, incrementándose al final de la terapia. En pacientes que se mantuvieron en terapia aumentaron los valores promedio para todos los ítem, con incrementos relevantes en al menos 13. El puntaje total aumentó desde el tercer mes y casi se duplicó en el sexto. El acumulado total se incrementó desde el 44% del máximo posible a alcanzar hasta un 75% en el sexto mes, lo que constituye un importante indicador de que se producen cambios relevantes en la percepción de los enfermos acerca de su Calidad de Vida”(Martínez, 2011, p18).

“Esta terapia contempla no solamente la aplicación de medios físicos para la rehabilitación sino que incluye modificaciones de hábitos y estilos de vida, con educación en salud y terapia grupal como apoyo psicológico a los pacientes, lo que posibilitará que una vez reinsertados en su medio familiar y comunitario mantengan los hábitos aprendidos y de reduzcan las posibles recidivas de la enfermedad”(Martínez, 2011, p18).

“Un tratamiento integral rehabilitador modificador de hábitos y estilos de vida, que abarca educación en salud, electro estímulo superficial y/o intracavitario, kinesiología educativa – reeducativa del suelo pélvico demostró modificaciones positivas en la calidad de vida del paciente incontinente al reducirse los indicadores de alteraciones físicas y psíquicas y elevarse los valores de los

puntajes totales y por ítem en el instrumento empleado para estimular la Calidad de Vida”(Martínez, 2011, p18).

“En el periodo de enero 2007 a diciembre 2010 se han visto en consulta 251 pacientes portadores de algún tipo de disfunción del suelo pélvico. De ellos 108 padecen de Incontinencia Urinaria en algunas de sus formas clínicas 85 femeninos y 24 masculinos con edad promedio de 52,4 años. Existen otros 23 pacientes donde la Incontinencia Urinaria se presentó asociadas a otras disfunciones del suelo pélvico”(Martínez, 2011, p18).

“Se evaluó el 64,1% de los pacientes mediante pruebas convencionales y se aplicó el cuestionario I-QOL de Calidad de Vida, válido internacionalmente para Incontinencia Urinaria”(Martínez, 2011, p18).

“Luego de tabularse los valores por cada ítem, calculando el acumulado total por pacientes en los diferentes momentos en que se aplicó el cuestionario, se hallaron los promedios dividiendo los pacientes en 3 grupos de personas que perciben de diferente manera la enfermedad: pacientes masculinos prostatectomizados donde el acumulado total se incrementó desde un 47,6 de la puntuación máxima posible a alcanzar hasta 84 en el tercer mes; pacientes femeninas en Incontinencia Urinaria sin otra disfunción cuyos valores iniciales fueron 74 elevándose al mes a 86,8. El otro grupo correspondió a féminas con Incontinencia Urinaria asociada a otras patologías del suelo pélvico, con valores iniciales de 69,7 y finales de 91,5, lo que constituye un importante indicador de que se producen cambios relevantes en la percepción de los enfermos acerca de su calidad de vida. Los resultados coinciden con los resultados en corte publicado en Revista Habanera de Ciencias Médicas”(Martínez, 2011, p18).

Dentro de las Disfunciones de suelo pélvico la Incontinencia Urinaria asociadas a otras patologías es la causa más frecuente en este estudio. El sexo femenino presenta mayor predominio. La terapia rehabilitadora con métodos físicos ha demostrado su inocuidad, poca invasividad y beneficios para los enfermos, los que reciben con agrado este tipo de intervención y se convierten a su vez en divulgadores de las ventajas y eficacia.

1.3- Tratamiento de la IU.

Preventivo.

Está dirigido a corregir los factores precipitantes o predisponentes como:

- Uso de medicamentos – ansiolíticos, antagonistas del calcio, anticolinérgicos, hipnóticos de vida media larga, tales como el diazepam y fluracepam, los diuréticos de asa, etc.
- Tratamiento adecuado de la sepsis urinaria de las enfermedades crónicas como DM, etc.
- Valoración adecuada de la uropatía obstructiva y búsqueda de síntomas que la sugieran, tales como incremento de la frecuencia miccional, dificultad para iniciar la micción, disminución del calibre miccional, sensación de micción incompleta, etc.

En los niños, además de las medidas anteriores, no se provocarán castigos ni humillaciones, facilitar la micción antes de acostarse y no ingerir líquidos después de la cena.

En la mujer, se buscarán y tratarán síntomas ginecológicos, dispareunia, prurito, infecciones cervicovaginales, adecuada episiotomía, tratamiento del prolapso genital, cistocele y rectocele; hay que recordar en las ancianas el uso de estrógenos para tratamiento de las vaginitis o uretritis atróficas.

Para todas las edades, además, se debe limitar el uso de sustancias excitantes – café, té, alcohol, etc.-, adquirir hábitos miccional – orina cada 2h -; en caso de ancianos se eliminarán las barreras para alcanzar el baño – tenerlo cerca.

Curativo.

Está relacionado con una adecuada evaluación clínica y examen físico:

1. Si el mecanismo de la incontinencia es no conocido:
 - a. Urgencia más escaso residuo vesical, indicar anticolinérgico y ejercicios de suelo pélvico.
 - b. Si el residuo vesical es mayor que 100mL, sugiere la existencia de obstrucción o falta de contracción.
 - c. Si el residuo posmiccional es menor que 100mL, no hay obstrucción ni falta de contracción, se piensa en inestabilidad o estrés.

- d. Urgencia más incontinencia por tos, con escaso residuo vesical, indicar anticolinérgicos.
 - e. Incontinencia por tos y escaso residuo vesical, se recomendarán ejercicios del suelo pélvico.
 - f. Gran residuo vesical, orientar cirugía – sistemas obstructivos.
 - g. Cateterismo intermitente: si el residuo es mayor que 10mL, se buscará obstrucción y se hará estudio urológico. Si no procede una solución quirúrgica o existen contraindicaciones para esta, se indicará cateterismo vesical intermitente y uso de medidas paliativas.
2. Si el mecanismo de incontinencia es conocido:
- a. Inestabilidad vesical: indicar anticolinérgicos.
 - b. Incontinencia de estrés: realizar ejercicios del suelo pélvico y cirugía correctora en la mujer.
 - c. Reeducción vesical.
 - d. Obstrucción del tracto urinario de salida: proceder con cirugía.
 - e. Detrusor acontráctil: indicar cateterismo intermitente o sonda vesical permanente.

1.4- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE).

La IUE, es la salida involuntaria de orina por la uretra, relacionada con los Esfuerzos que se realizan al estornudar, pujar, reír, etcétera. Como problema de salud, constituye una situación médica que puede ser motivo de consulta, tanto por urólogos como ginecólogos, por lo que algunos autores enmarcan este problema dentro de un campo que han dado en llamar uroginecología.(*Borges, 1995*)

La IUE surge como consecuencia de la pérdida de los mecanismos de continencia vesical, y es la rectificación del ángulo vesicouretral posterior, el principal factor fisiopatológico.

“La IUE verdadera o pura es la salida involuntaria de orina a través de la uretra, como consecuencia del aumento súbito de la presión intrabdominal, debido a la pérdida del soporte anatómico del cuello vesical y la uretra proximal, por

relajación de los ligamentos uretro-pélvicos y de los músculos elevadores del ano” (Caballero, 2006).

Otra autora refiere como IUE la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra intacta, la cual se debe a un incremento de la presión intrabdominal. Esta patología es más frecuente en la mujer en la tercera edad de la vida. Su frecuencia verdadera es difícil de conocer, pero está estrechamente relacionada con la menopausia, número de partos, intervenciones. El tratamiento de elección para esta enfermedad es quirúrgico porque se produce por un descenso de la vejiga en su posición normal. (Aguilar, 2009)

La IUE según el Dr Elvis Matos, es la causa más frecuente de pérdida involuntaria de orina en las mujeres y se define como el escape a través de la uretra causada por un incremento de la presión intrabdominal, acompañándose de contracción del músculo vesical, lo que la transforma en un problema social e higiénico para el paciente; baste decir que esta afección, además de su impacto social, también lo es en lo económico; por ejemplo, en Estados Unidos se gastan más de 10 millones de dólares al año en el tratamiento de estas pacientes.(Matos,2009)

“La IUE está ocasionada por insuficiencia en el esfínter uretral, por debilidad de las estructuras que soportan la uretra o por ambos problemas. La pérdida de orina se produce por la apertura del esfínter uretral, en ausencia de contracción del músculo detrusor en relación con un aumento de presión abdominal. Los factores de riesgo que favorecen su presentación son la obesidad, los embarazos, los partos, el tabaquismo y la debilidad congénita del tejido conectivo. La pérdida inmediata de orina tras la tos sugiere un fallo del esfínter, si existe un retraso entre la tos y la pérdida de orina incontinente sugiere que ha habido una contracción no inhibida del detrusor provocada por la tos. Puede presentarse en hombres mayores tras la prostatectomía radical” (Du Beau CE. 2009).

¿Cómo se diagnostica?

Historia clínica relacionada con la incontinencia. La historia clínica debe incluir datos sobre la forma de presentación, la evolución de los síntomas, los

factores que precipitan su aparición, el tiempo de evolución (una IUU severa de aparición reciente orientaría a causa orgánica), el ritmo intestinal, la sexualidad, la historia ginecológica, los antecedentes de prostatismo, la necesidad de usar protectores y los fármacos utilizados. Es importante identificar los aspectos más molestos, los síntomas de más impacto en la calidad de vida y el deseo de tratamiento, todo ello aplicable al paciente y al cuidador (DuDeau CE, 2009).

Existen cuestionarios estandarizados para realizar el diagnóstico y clasificación, valorar la respuesta al tratamiento y conocer el impacto de los síntomas en la calidad de vida, se emplean en la clínica y en la investigación. Los más utilizados son:

- [Cuestionario de clasificación de la Incontinencia de Orina. Cuestionario IU-4](#) (Litago MC, 2007)
- [Cuestionario de cribado de Incontinencia Urinaria](#) (España M, 2004) ICIQ-SF
- [International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form](#) (Thüroff J, 2006)
- Cuestionario de calidad de vida. Kings Health Questionnaire (Kelleher CJ, 1997; Badia X, 2000).

Clasificación de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo según SEAPI-QMN.

- **Grado I:** La incontinencia se presenta a los grandes Esfuerzos como toser, estornudos, cargar peso.
- **Grado II:** Aparece la incontinencia durante los medianos Esfuerzos.
- **Grado III:** Se produce incontinencia al mínimo Esfuerzo: caminar, cambios de posición o en reposo.

1.5- Tratamiento con ejercicios.

La realización supervisada de [ejercicios de suelo pélvico o ejercicios de Kegel](#), de manera regular, ha demostrado ser eficaz para todo tipo de incontinencia en

mujeres y en varones, tras la prostatectomía. Se recomienda realizar contracciones de manera continua durante 15-20 semanas. Si no hay resultados a los dos meses se revisará la información de la que dispone la del paciente, su grado de cumplimiento y se valorará la derivación a un fisioterapeuta entrenado.

Los ejercicios se pueden ejecutar con la apoyo de conos, dispositivos de forma cónica con distintos pesos diseñados para ser introducidos en la vagina por la propia mujer que, para evitar que se caigan, ha de realizar contracciones de la musculatura pélvica. No se ha demostrado que sea mejor que la realización de ejercicios, pero es una opción para las mujeres que lo consideren adecuado.

Un complemento a la fisioterapia es la estimulación eléctrica sobre músculos seleccionados con la finalidad de producir contracción, no se ha demostrado que sea más efectivo que los ejercicios en la práctica. Se reservan para los casos con dificultades para aprender su realización.

Actualmente, existen diversas opciones terapéuticas que deben ser conocidas y adecuadamente explicadas a los pacientes. Dentro de estas alternativas terapéuticas destacan las técnicas de comportamiento: reeducación vesical y ejercicios del suelo pélvico. Kegel encontró índices de curación de 16.0 a 70.0% y de mejoría de 43.0 a 96.0% ((Caballero, 2006)).

1.6 - Tratamiento farmacológico.

Se han experimentado otros fármacos para el tratamiento de la IUE entre ellos los alfa adrenérgicos con buenos efectos y la [Imipramina](#) con efectos no contrastados, ambos desechados por sus resultados secundarios.

La [Duloxetina](#) inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, ha sido aprobada por la EMEA en sus distintas presentaciones para el tratamiento de la depresión mayor, dolor neuropático periférico, ansiedad generalizada y para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer de grado moderado severo los ensayos clínicos revelan una mejoría en los resultados de las medidas de calidad de vida, pero cuestionan los beneficios sustanciales sobre la propia IUE. Las presentaciones farmacológicas de la [Duloxetina](#) disponibles actualmente en España no recogen la indicación de la IUE.

Con ello se logra un efecto de beneficio y mejoría de hasta 67.0% de pacientes. Existen medicamentos, sin embargo, que pueden ser factores causales transitorios de IU (relajantes de músculo liso y depresores del sistema nervioso central) que producen por su acción sobre el tracto génito-urinario inferior, algunos síntomas de incontinencia. Dentro de estos, algunos son de uso frecuente, con o sin prescripción médica, por lo que su uso indiscriminado - especialmente en nuestra sociedad donde la consulta y prescripción por farmacéuticos y la automedicación son frecuentes - puede predisponer para el desarrollo de IU. Hasta 58% de entrevistados desconocía sobre la relación de ciertos medicamentos comunes con el potencial desarrollo de IU, observándose un mayor desconocimiento de este tema en el sexo femenino (Caballero, 2006).

El tratamiento con terapia hormonal sustitutiva agrava los síntomas de IUE. En la actualidad los fármacos poseen un escaso papel en el tratamiento de la IUE.

1.7- Tratamiento Quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina parte de la idea inicial de tratar el cistocele y prolapso uterino, así las primeras intervenciones fueron realizadas por ginecólogos en el tratamiento de prolapsos genitales.

El tratamiento quirúrgico para la IU se realiza sólo en pacientes selectos que declinan o no mejoran con el tratamiento conservador descrito y es el tratamiento de elección para los pacientes con IUE genuina. Con esto se recupera la continencia en 70 a 90.0% de pacientes, aunque frecuentemente se requieren reoperaciones (Caballero, 2006).

La generalidad de las personas conoce que existen otras formas de tratamiento. No obstante, la creencia errónea de que la cirugía es el mejor tratamiento para la IU en general. Esto puede ser una de las causas de no solicitar ayuda médica profesional por temor a ser sometido a este procedimiento invasivo. Otros autores plantean que la mayor parte de las pacientes con síntomas molestos de Incontinencia Urinaria no buscan atención médica apropiada por los tabúes existentes alrededor de esta enfermedad; y

que esto se debe en gran parte a la vergüenza y a la creencia de que forma parte del envejecimiento, o al desconocimiento de las elecciones de tratamiento existentes.

“Entre las primeras intervenciones propuestas específicamente para tratar la IU está la colporrafia anterior, de Kelly. Posteriormente se describieron otras técnicas vaginales útiles en el tratamiento de la IU: reforzamiento de la unión uretrovesical y punto de Kelly, reparación de la fascia endopélvica. Pero fue Perrin en 1944, el primero en describir un abordaje abdominal para corregir la IUE”. (Aguiar, 2009).

“A continuación se enumeran cronológicamente algunas de las técnicas quirúrgicas que se han descrito con posterioridad, conscientes de que no se han incluido todas las existentes” (Aguiar, 2009):

- Goebbel-Stockel – 1910 - Sutura de músculos piramidales por debajo de la uretra.
- Kelly – 1914- Colporrafia anterior.
- Bonney – 1923 - Fijación vesical a músculos rectos.
- Perrin – 1944- Cervicopexia de Perrin.
- Cobb y Radge – 1978 - Suspensión con aguja doble.
- Ridley - 1978 - Cabestrillo suburetral con fascia lata.
- Raz – 1981- Suspensión transvaginal del cuello vesical con aguja de Raz.
- Guittes – 1987- Suspensión pubovaginal con aguja.
- Raz – 1989 - Técnica en «cuatro esquinas».
- Ramírez – 1991- Colpouretrocervicopexia retropúbica simplificada.
- Vancaille y Schuessler – 1991- Suspensión laparoscópica del cuello vesical

Debe apelarse al tratamiento quirúrgico cuando ha fracasado la fisioterapia en el caso de la IUE. La cirugía persigue mantener una estructura de apoyo estable para el cuello de la vejiga con el fin de evitar el descenso cuando aumenta la presión abdominal.

En la IUE, las técnicas más empleadas consisten en la implantación de una banda de material sintético, denominada cabestrillo o *sling* sobre la que se apoya la uretra, tienen menos complicaciones y mejores tasas de continencia en mujeres de cualquier edad que las técnicas clásicas. Se trata de una cirugía mínimamente invasiva para la que se utilizan diferentes métodos:

- Implantación de una cinta en la vagina libre de tensión, también denominada TVT (*Tension free vaginal tape*).
- El mismo cabestrillo se hace pasar por los orificios obturadores, se sigue la técnica de tunelizar la vagina. TVT-O (*Tensión free vaginal tape-obturador*).

Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes son la incontinencia *de novo*, tipo de incontinencia que aparece tras la cirugía y con características diferentes de la IU previa y la hiperactividad del músculo detrusor. Tras la cirugía se debe revisar si hay hematoma, si existe retención de orina y la cicatrización adecuada.

En el varón la efectividad del tratamiento tras una prostatectomía es difícil, los ejercicios de suelo pélvico son útiles en los casos de IU moderada. Surgen nuevos estudios en los que se utilizan procedimientos con cabestrillo y balones periuretrales.

“Debido a estas creencias, urge la necesidad de una mayor educación pública y la propagación de información sobre este tema a la población general para así ayudar a disipar los mitos y creencias sobre este problema” (Caballero, 2006).

Estas apreciaciones erróneas probablemente tienen un efecto negativo en la decisión de buscar tratamiento, llevan a las personas con este problema a tentativas individuales de ajustar su estilo de vida a sus pérdidas urinarias y además a no revelar sus síntomas e inquietudes al médico u otro profesional de la salud, por creer que este problema es "normal" o por temor a la necesidad de cirugía para solucionarlo.

“Según las recomendaciones del Comité Científico de la Primera Junta Internacional sobre Incontinencia, la IU debe identificarse como un tópico

separado en la agenda de los cuidados de salud y que las políticas de gobierno deben incluir estrategias y campañas de prevención públicas para romper los tabúes que rodean esta enfermedad. Este tipo de programas de educación simple representa un medio económico y efectivo de mejorar el acceso al tratamiento para las personas incontinentes" (Caballero, 2006).

"El Comité recomienda también que el manejo de la IU debe ser enseñado en todas las escuelas de medicina, enfermería y de entrenamiento fisioterapéutico, y cada país debe establecer una organización nacional de continencia, de la cual formen parte tanto pacientes, como profesionales de la salud e instituciones" (Caballero, 2006).

Es elemental entonces, que la educación para la población debe comenzar desde los médicos de atención primaria, que dentro del sistema sanitario actual, es el que juega un papel decisivo en la personalización de este problema.

Esto involucra sobre todo la atención primaria y en hospitales, donde acude la mayoría de nuestra población. Los médicos de atención primaria, capacitados para su diagnóstico e incluso tratamiento, pueden mejorar de manera notoria la calidad de vida de muchas personas.

Estos deben enfatizar la búsqueda de molestias urinarias pues la mayoría de pacientes con estos problemas no serán capaces de hablar sobre el tema por sí mismos.

"Todo ello implica la necesidad de intervenciones de educación sobre la población general, que permita la búsqueda de soluciones precoces a este problema. Esto debe partir desde una temprana investigación de síntomas de IU en la población en riesgo, generalmente mujeres y personas mayores, en las que comienzan a manifestarse los síntomas de incontinencia" (Caballero, 2006).

II- Metodología.

2.1- Diseño de investigación: descriptivo.

Describe características de un conjunto de sujetos o áreas de interés. Tratan de reflejar con la mayor aproximación posible el modo en que estas características se manifiestan.

Como población se tomó en este estudio al personal de salud y del INDER que labora en esta demarcación, dos médicos, dos enfermeras y cuatro profesionales del INDER que trabajan en la Cultura Física de esta comunidad respectivamente, 8 en total.

2.2- Métodos.

Empíricos –Experimentales

- Entrevista.
- Documentos oficiales

Teóricos:

- Analítico-sintético.
- Inductivo-deductivo.
- Histórico-lógico.

Teóricos. Analítico – Sintético: Se utilizó para estudiar las fuentes primarias, secundarias y de archivos para seleccionar la esencia de estas, para organizarlos por indicadores que permitieran el estudio y desarrollo de la investigación, unirlos en un todo orgánico y arribar a conclusiones sobre la Incontinencia Urinaria en general y la de Esfuerzo en particular.

Inductivo – Deductivo: Fue muy utilizado este método para el estudio de la Incontinencia Urinaria, se partió del análisis de lo general o universal y su manifestación en lo nacional y local, además desde los elementos particulares investigados sobre el tema.

Histórico – Lógico: Se utilizó para el estudio y concatenación histórica del problema, para penetrar en el objeto de estudio de la investigación, sus antecedentes y el desarrollo ocurrido hasta nuestros días.

Empíricos. 2.3- Entrevista.

Constituye una técnica de interrogación donde se desarrolla una conversación planificada con el sujeto entrevistado. A través de ella se “recogen por medio

de la conversación y el diálogo el criterio de alguien seleccionado” (Toledo, 2002, p 69), además de poseer mayor riqueza y profundidad de la información por ser más flexible y la comunicación sujeto-sujeto, pueden estudiarse pocas personas.

El tipo de entrevista utilizada es estructurada, según el grado de libertad de respuesta cerrada y según su función es de control.

En el estudio realizado se utilizó para comprobar si existía algún sistema de ejercicios para mejorar el tono de los músculos del suelo pélvico en los pacientes con IUE del Consejo Popular Pepito Tey de Cienfuegos.

La misma fue aplicada al personal de salud que labora en los consultorios médicos y personal del INDER que trabaja la Cultura Física en esta localidad.

2.4- Documentos oficiales: Es un método empírico, cualitativo, indirecto, estos “sirven de apoyo a otros métodos más directos, mediante ellos se puede validar y contrastar la información obtenida, reconstruir acontecimientos y generar hipótesis”(Estévez, 2006, p195). Este se utilizó en la revisión de historia clínicas de los pacientes conjuntamente con el equipo multidisciplinario.

2.5- Ábaco de Régnier: Se aplicó a especialistas para validar el Plan de Intervención para fortalecer los músculos del suelo pélvico en pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo. La selección de estos se realizó atendiendo a los siguientes criterios:

- 1 . Dominio de la temática que se investiga.**
- 2 . Experiencia en la investigación en esta rama del saber.**
- 3 . Formación académica:** (Licenciado en Cultura Física o Profesional de Salud)
- 4 . Años de experiencia como profesional y docente entre 10 y 15.**
- 5 . Categoría docente** (Instructor, Asistente, Auxiliar o Titular)
- 6 . Posibilidades reales de participación e interés en participar.**

Para la validación por especialistas mediante este método se tiene como fin interrogar a los especialistas y tratar sus respuestas en tiempo real a partir de una escala de colores, en el se distinguen tres fases.

Fase 1: Recogida de Opiniones de los especialistas.

En esta primera fase se define con precisión la problemática a estudiar se da a conocer a los especialistas los **ítems** para que cada uno se pronuncie individualmente utilizando para ello una escala con los tres colores del semáforo, completan con el verde claro y el rosado, permitiendo de este modo suavizar las opiniones, el gris permite el voto en blanco y el negro la abstención.

Ítems

- 1- ¿Qué criterios se han tenido en cuenta para la selección de los ejercicios que conforman el Plan de Intervención para fortalecer los músculos del suelo pélvico en pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo?
- 2-¿Cumple el Plan de Intervención propuesto con las consideraciones teóricas acerca de la literatura consultada?
- 3-¿Considera usted que el Plan de Intervención cumple con los parámetros objetivos para esta patología?
- 4-¿Considera usted que el Plan de Intervención cumple con las estructuras establecidas para los programas de Cultura Física?
- 5-¿Considera que el Plan de Intervención posee la calidad requerida para su pertinente aplicación? .

Escala.

En desacuerdo total-----	
En desacuerdo-----	
Parcialmente de acuerdo -----	
De acuerdo total -----	
De acuerdo -----	
No desea participar-----	
Desea participar pero no tiene opinión-----	

Fase 2: Tratamiento de los datos, los expertos se pronuncian con un voto según la escala de colores formándose así una matriz.

Fase 3: Discusión de los resultados, sobre la base de la imagen coloreada se inicia el debate y/o explicación del voto, el procedimiento es abierto y cada

uno puede o no cambiar el color de su voto justificando su cambio de opinión.

Del nivel matemático estadístico:

- 1 Análisis porcentual, aplicado para analizar los resultados obtenidos en la entrevista aplicada a profesionales.

Para la elaboración del informe final se utilizó Microsoft Office Word 2003.

2.6- Características del Plan de Intervención mediante ejercicios físicos para fortalecer los músculos del suelo pélvico en pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

Ciertos acontecimientos de la vida, como el embarazo, el parto y el sobrepeso, pueden debilitar los músculos de la pelvis. Por suerte, cuando esos músculos se debilitan, pueden fortalecerse otra vez.

Los músculos del suelo de la pelvis son como otros músculos. El ejercicio los puede fortalecer nuevamente. Las personas que tienen problemas de control de la vejiga pueden recuperar el control con ejercicios para los músculos del suelo de la pelvis.

Ejercitar los músculos del suelo de la pelvis durante cinco minutos tres veces al día puede significar una gran diferencia en el control de la vejiga. El ejercicio fortalece los músculos que sostienen la vejiga y mantienen los otros órganos de la pelvis en su lugar.

Muchas personas tienen pérdidas de orina y no consultan por este motivo. Perder orina de manera involuntaria es un problema médico y se puede hacer algo para mejorarlo.

El Plan de Intervención esta estructurado de dos etapas que a continuación describiremos:

1^{ra} Etapa. Introductoria y de evaluación inicial

En ella se hace referencia a las características de los músculos de la pelvis y el suelo pélvico, de esta forma los pacientes adquieren una noción sobre su padecimiento y concientizan hacia donde van dirigidos los ejercicios que posteriormente realizarán, esta etapa se realiza mediante charlas dirigidas a los

pacientes, en la misma el médico debe estar presente para apoyar la actividad y aclarar cualquier duda de índole clínico que puedan surgir a los pacientes, en ella se abordan los siguientes aspectos.

Esta etapa culmina con la evaluación de los pacientes mediante las escalas para evaluar la IUE.

La *pelvis* es la parte del cuerpo que se encuentra entre los huesos de la cadera. El límite inferior de la pelvis es la parte que se encuentra entre las piernas y está formada por varias capas de músculos elásticos. Los músculos se adhieren a la parte anterior, posterior y lateral del hueso pélvico. (Ver Anexo 2, fig. 1).

El suelo pélvico está formado por músculos que forman como una hamaca que va desde el pubis, por delante, hasta el sacro por detrás, hacen de soporte a los órganos genitales, la vejiga de la orina y el recto, estos órganos funcionan mejor en la medida en la que los músculos sobre los que se apoyan se mantienen sanos y fuertes. (Ver Anexo 2, fig. 2). Los músculos se relajan cuando se orina o cuando se realiza una evacuación intestinal; se vuelven firmes cuando se restablece el control del intestino y la vejiga, cuando estos músculos se debilitan se pueden escapar la orina o las heces.

Hay ejercicios que realizados de manera regular y apropiada hacen que se fortalezcan los músculos del suelo pélvico. Los ejercicios son muy fáciles de aprender, una vez aprendidos merece la pena ejercitarlos diariamente, está demostrado que si se hacen bien mejoran los síntomas y disminuyen los escapes de orina.

Son principalmente dos músculos los que hacen el trabajo. El más grande se estira como si fuera una hamaca. El otro tiene forma triangular. Estos músculos evitan la salida involuntaria de orina y materia fecal. (Ver Anexo 3, fig 3 y 4).

Un método muy utilizado internacionalmente son los ejercicios de Kegel.

Los ejercicios de Kegel se recomiendan para:

- Personas con [incontinencia urinaria de Esfuerzo](#)

- Algunos hombres que sufren de incontinencia urinaria después de la [cirugía de la próstata](#)
- Personas que sufren de [incontinencia fecal](#)

Los ejercicios de Kegel pueden ayudar a fortalecer los músculos bajo el útero, la vejiga y el intestino (intestino grueso). Estos ejercicios pueden ayudar tanto a hombres como a mujeres que tengan problemas con escape de orina o control intestinal.

Un ejercicio de Kegel es como simular tener que orinar y luego contenerse. Se relajan y aprietan los músculos que controlan el flujo de orina. Es importante encontrar los músculos correctos que se van a contraer.

Si no se está seguro de poder tensionar los músculos correctos, tener en cuenta que todos los músculos del piso pélvico se relajan y contraen al mismo tiempo debido a que controlan la vejiga, el recto y la vagina, los siguientes consejos pueden ayudar:

- Mujeres: introducir un dedo en la vagina. Apretar los músculos como si se estuviera conteniendo la orina, luego déjela salir. Sentir que los músculos se tensionan y se mueven hacia arriba y abajo.
- Hombres: introducir un dedo en el recto. Apretar los músculos como si se estuviera conteniendo la orina, luego dejarla salir. Sentir que los músculos se tensionan y se mueven hacia arriba y abajo.

Es muy importante mantener los siguientes músculos relajados mientras se realizan los ejercicios de Kegel:

- Abdominales
- Glúteos
- Muslo
- **2^{da} Etapa. Aplicación Práctica y de evaluación final.**

En ella se describen los ejercicios, con demostraciones prácticas así como las orientaciones y pautas de ejercicios, esta etapa es muy importante por en ella se describen con claridad cada ejercicio, su metodología y donde influye.

Al finalizar esta etapa, la que puede durar hasta seis meses, se evalúan nuevamente los pacientes para valorar la efectividad del Plan de Intervención.

¿Cómo realizar los ejercicios?

1- Comenzar por vaciar la vejiga.

2- Apretar los músculos del suelo pélvico y contener hasta la cuenta de 10.

Imaginar que se está intentando evitar la expulsión de aire o heces blandas, para hacer esto es necesario contraer los músculos alrededor del ano. Intentar notar los músculos en tensión que van hacia dentro. No mover las nalgas y respirar. Intentar que los músculos del abdomen o vientre no se pongan en tensión.

Cuando se realicen estos ejercicios intentar contraer solamente los músculos de la zona que se indican, intentando no contraer ningún otro músculo (como los glúteos de las nalgas, o los abdominales del vientre). Mientras se hacen los ejercicios se debe respirar normalmente, sin aguantar la respiración mientras se realiza la contracción muscular.

3. Relajar el músculo completamente hasta la cuenta de 10.

4- Cuando se vaya a realizar el acto de orinar, parar el chorro de orina, después relajar los músculos y continuar hasta vaciar completamente la vejiga. Una vez que identificado estos músculos, no hacerlo mientras se orina pues puede interferir con el normal vaciamiento de la vejiga.

5- Cerrar, apretar y subir con fuerza todos a la vez, contrayendo los músculos que se deben trabajar con los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

2.7- Orientaciones para la realización de los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

Postura.

Los ejercicios se pueden realizar en cualquier postura. De pie, separando ligeramente las piernas, apoyada o no en una pared, ligeramente reclinada hacia delante con las manos apoyadas en una mesa, tumbada boca arriba con

las rodillas dobladas y las piernas ligeramente separadas, sentada o de rodillas como si se gateara.

Para facilitar el aprendizaje comenzar a hacerlo sentada en una silla, bien atrás, los pies descansando en el suelo ligeramente separados, inclinarse hacia delante apoyando los codos y los antebrazos sobre los muslos, con ésta postura se evita que se tensen o contraigan los músculos de las nalgas o del vientre que interesa mantener relajados. Cuando se esté segura de que están contrayendo los músculos apropiados se pueden realizar los ejercicios en cualquier otra posición.

Pauta de ejercicios.

Contraer lentamente subiendo los músculos hacia dentro tan fuerte como se pueda, aguantar la tensión durante 5 segundos y relajar a los 10 segundos. Repetir esta secuencia 10 veces mañana, tarde y noche. Se puede hacer lo mismo de manera rápida contrayendo y relajando sin esperar.

Aumentar de manera progresiva a 15 contracciones (unas lentas y otras rápidas) tres veces al día, después a 20 contracciones tres veces al día, para continuar con 20 contracciones cuatro veces por día más 20 extra cuando sea posible.

Adquirir el hábito de realizar los ejercicios asociados a alguna actividad cotidiana, contestar el teléfono, usar el ascensor, cuando se espera en un semáforo etc. Si es constante y regular se puede empezar a notar la mejoría en 6 semanas.

Una mujer también puede fortalecer estos músculos utilizando un cono vaginal, que es un dispositivo con peso que se introduce en la vagina. Luego se trata de contraer los músculos del piso pélvico buscando mantener el dispositivo en su sitio.

Se pueden hacer estos ejercicios en cualquier momento y lugar. La mayoría de las personas prefieren realizarlos acostada o sentada en una silla. Después de 4 a 6 semanas, la mayoría de las personas observa una mejoría, pero puede tomar hasta 3 meses para ver un cambio considerable.

Después de un par de semanas, se puede igualmente ensayar haciendo una sola contracción del piso pélvico a veces cuando haya probabilidad de un escape (por ejemplo, al bajarse de una silla).

Precaución importante: algunas personas creen que pueden acelerar el progreso aumentando el número de repeticiones y la frecuencia del ejercicio. Sin embargo, hacer ejercicio en exceso puede más bien causar fatiga muscular y aumentar el escape de orina.

Si se siente alguna molestia en el abdomen o en la espalda mientras se realizan estos ejercicios, lo más probable es que lo estén haciendo en forma incorrecta. Algunas personas contienen su respiración o aprietan el tórax mientras tratan de contraer los músculos del piso pélvico. Relájese y concéntrese en contraer sólo estos músculos.

Cuando se hacen en forma correcta, los ejercicios de Kegel han demostrado ser muy efectivos para mejorar la continencia urinaria.

En esta propuesta de ejercicios no se reflejan los tratamientos de fisioterapia porque estos deben ser orientados por el especialista en urología en coordinación con el especialista en fisiatría, solamente se ha tenido en cuenta el tratamiento mediante ejercicios físicos por ser menos invasivos, se sugiere al realizar el estudio de aplicación tener en cuenta el tratamiento mediante la fisioterapia.

3. Resultados.

3.1- Resultados del método utilizado:

Fase1: Recogida de Opinión de los expertos.

1-Criterios para la selección de los ejercicios que conforman el Plan de Intervención para fortalecer los músculos del suelo pélvico en pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

Para la selección de los ejercicios se tuvo en cuenta 3 parámetros:

- a)- Se realizó análisis de los programas para comprobar si los contenidos del plan se ajustan a los requisitos establecidos.
- b)- Se tuvieron en cuenta las orientaciones metodológicas para el desarrollo de los planes de ejercicios.
- e)- Se realizó análisis con 6 especialistas de Cultura Física y 4 profesionales de salud para condicionar los contenidos del plan de ejercicios propuesto.

Fase 2. Tratamiento de los Datos.

Fase 3. Discusión de los resultados

Del debate los resultados fueron:

 y  **Criterio 1:** La selección de los ejercicios se ha realizado de forma lógica, adecuada y teniendo en cuenta las dificultades presentadas por los pacientes, sus características psicológicas y las condiciones en las que se pueden realizar los mismos, para estos se previó su fácil ejecución y poca complejidad.

 y  **Criterio 2:** El Plan de ejercicios cumple con los requerimientos teóricos planteados en la literatura consultada, posee actualidad, relevancia y gran coincidencia con los criterios de especialistas sobre este tema, por lo que su consulta es importante en la preparación de profesionales que laboran en esta área.

 y  **Criterio 3:** El Plan de Intervención propuesto se ajusta a las normas establecidas para esta patología, en el mismo se han tenido en cuenta los criterios de especialistas en esta afección y los parámetros para la confección de sistemas de ejercicios en estos pacientes.

 y  **Criterio 4:** El Plan de ejercicios propuesto se ajusta a las

estructuras establecidas para la elaboración de programas de ejercicios, está ajustada a las partes que debe poseer una clase de cultura física y ofrece alternativas a los pacientes para realizar actividades en su tiempo libre.

 y  **Criterio 5:** Es pertinente su aplicación porque posee calidad, puede formar parte ya del sistema de cultura física terapéutica, permite de una manera muy dinámica adquirir información sobre el tema, puede formar parte del material de apoyo de consulta garantizando una adecuada auto-preparación de los profesores que laboran en la comunidad.

No se somete a una segunda votación por predominar entre los expertos las categorías: **De acuerdo totalmente y De acuerdo.**

3.2- Resultados de la entrevista al personal de salud y el INDER.

Al analizar los resultados de las entrevistas realizadas al personal de salud y del INDER que laboran en esta demarcación se obtuvo:

El 100% respondió que:

- Existe un gran número de pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.
- Diagnosticados por especialistas y atendidos por consulta médica.
- Los programas de Cultura Física y Cultura Física Terapéutica no poseen programas de ejercicios para esta afección.
- No realizan ningún tratamiento rehabilitador mediante ejercicios físicos o fisioterapia estos pacientes en esta demarcación.

Conclusiones.

1. El diseño del Plan de Intervención para la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo, garantizará una mayor independencia de los pacientes por su inocuidad, poca invasividad y fácil realización, lo que corrobora la idea a defender.
2. El diagnóstico de la atención a los pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo antes de proponer el Plan de Intervención arrojó:
 - . Gran número de pacientes.
 - . Diagnosticados por especialistas y atendidos por consulta médica.
 - . No realizan ningún tratamiento rehabilitador mediante ejercicios físicos o fisioterapia.
3. Los programas de Cultura Física y Cultura Física Terapéutica no poseen programas de ejercicios para estos síntomas, por lo que no se atienden los pacientes por el personal del INDER que labora en esta demarcación.

Recomendaciones.

- Realizar estudios donde se aplique el Plan de Intervención para la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo, como continuidad de este estudio.

Bibliografía.

1. **Aguilar, R, N, S. y col. (2009).** Resultado del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer con la técnica de colposuspensión con agujas Peyrera. Hospital General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2009; 11(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(3\)_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(3)_06/p6.html). Consultado: 16 octubre 2011.
2. Barreto R, J L. y col. (2007) Diagnóstico del programa de ejercicios físicos realizados en el Círculo de abuelos "Abel Santamaría" Rev Cubana Enfermer v.23 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2007 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400004&lng=es&nrm=iso. Consultado: 12 dic. 2011.
3. *Borges C,E. y col.(1995).* Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, por la técnica de Perrin modificada. Facultad de Ciencias Médicas "Zoilo Marinello", Las Tunas. Rev Cubana Cir v.34 n.2 Ciudad de la Habana Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474931995000200002&script=sci_arttext. Consultado: 12 nov. 2011.
4. Branch L. (2005). Conocimiento, Actitudes, y Prácticas psicológicas respecto a la Incontinencia Urinaria en Personas Adultas de 65 años o más. — Massachusetts y Oklahoma, 2003. MMWR; 44 (40):747-753.
5. Caballero C, Y. Morales L, C E. Moya H, Y. (2008). Nivel de Conocimiento sobre Incontinencia Urinaria en pacientes hospitalizados. Copyright © 2000-2008, Revista 16 de Abril. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. Fecha de actualización: 28 de abril de 2008 Webmaster: Pavel Polo Pérez URL: <http://www.16deabril.sld.cu>. Consultado 15 Noviembre de 2011.

6. Cape, R. (1999). Incontinencia de esfínteres. Geriatría, Salvat. Editores S. A, España. 2.
7. Culligan PJ, Sand PK, Kaplan D.(2001). Incontinencia Urinaria en mujeres. Paciente de cuidado;1(5):35-50.
8. Dorsey JH, Cundiff G. (2004). Procederes Laparoscopicos para la Incontinencia y el prolapso. Curr Opin Obstet Gynecol 6(3):223-230.
9. El ejercicio previene incontinencia urinaria posterior a cirugía por cáncer de próstata (2008). Nueva York, enero 8/2010 (Reuters Health). Citado en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2010/01/09/el-ejercicio-previene-incontinencia-urinaria-posterior-a-cirugia-por-cancer-de-prostata/>. Revisado 12 oct. 2010.
10. Estévez Cullell, M. Arroyo Mendoza, M. González Terry, C. (2006). La Investigación Científica en la actividad Física: su Metodología. Ciudad Habana, Cuba. Ed. Deportes. P318.
11. Ercolano E.(2008). Follow up of men post-prostatectomy: who is responsible? Urol Nurs. 28:370-7.
12. Fonda D, Ouslander JG, Norton C. (2004). Continencia a través de los continentes. J Am Geriat Soc;42:109-12.
13. Grace, A. (1999). Incontinencia Urinaria. Secretos de la Geriatría, McGraw Hill Interamericana, EE. UU, pp.209-218.
14. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. (2008) Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres. Ed. Cochrane Incontinence Group. Rehabilitation Teaching and Research Unit, Department of Medicine Wellington School of Medicine and Health Sciences, University of Otago C/- Department of Women's and Children's Health, DSM, University of Otago PO Box 913
15. Hay-Smith EJC, Dumoulin C.(2008). Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Cochrane

- Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3. Oxford: Update Software. Fecha de la búsqueda más reciente 1 diciembre 2011.
16. Herbert R, Bø K. (2005) Analysis of quality of interventions in systematic reviews. *BMJ*;331:507-9.
17. Herrera Pérez A, (2008). Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 32:624-628;. Córcoles MB, Sánchez SA, Bachs GJ, Moreno DM, Navarro PH, Rodríguez VJ.
18. Henley C. (2004). The Henley Staple-Suture Technique for laparoscopic burch colposuspension. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 2(4): 441-447.
19. Higgins JPT, Green SS, editors. (2005) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5 [updated May]* <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm> (consultado 31 de October 2011).
20. Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. (2008). What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA.* 299:1446-56.
21. Hunskaar S, y col. (2002). Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, editor(s). *Incontinence*. 2nd Edition. Health Publication Ltd.
22. Jones J, Thompson R, Benrubi G. (2004). Realización de Sutura para hemostasis durante la lapasoscopia usando aguja Stamey. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 2(4) 445-447.
23. Kegel AH. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 56:238-48.
24. Karl J, Kreder J, Austin Ch. (1997) Tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés en mujeres con hipermovilidad uretral y deficiencia del esfínter interno. *J. Ur Ed Esp.* N.3 149-52. Mayo-junio.

25. Lose G, (1998). Outcome measures for research in adult women with symptoms of lower urinary tract dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*;17 (3):255-62. 98250359.
26. Lomanto A, Sanchez J. (2003). Clínica de Incontinencia Urinaria. Instituto Materno Infantil. (Comunicación personal).
27. Martínez, T, J, C. y col. (2011). Algunas Consideraciones sobre el manejo rehabilitador de las Disfunciones del Suelo Pélvico. Servicio de Medicina Física y rehabilitación. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, CIMEQ. 49p.
28. Moher M, (2001) The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of parallel group randomized trials. *JAMA*;285:1987-91.
29. Neuman P, Gill V.(2002). Pelvic floor and abdominal muscle interaction: EMG activity and intra-abdominal pressure. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*;13:125-32.
30. Nygaard I, y col. (2008). Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 300:1311-6. Disponible en : <http://www.google.com/cu/url?sa=t&source=web&cd=11&ved=0CCYQFjAAOAo&url>. Revisado 16 nov. 2011.
31. Peschers UM, (2001). Pelvic muscle activity in nulliparous volunteers. *Neurourology and Urodynamics*;20:269-75.
32. Periódico Granma.(2005). Consulta médica: Incontinencia Urinaria en la tercera edad por la Dra. Lilliams Rodríguez Rivera. 6 de diciembre.
33. Quality of life in patients with urinary incontinence *Actas Urol Esp*.(2008) 32:202-10.
34. Rioja Toro J, González Rebollo A, Estévez Poy P.(2005). Pruebas de Evaluación en la Incontinencia Urinaria Femenina. Rehabilitación. *Rev Soc Esp Rehab Med Fís*. 39; 358-71.

35. Rodríguez, E Ma. y col. (2009) Evaluación del efecto de la magnetoterapia, la Electroterapia y los ejercicios del suelo pélvico como Tratamiento rehabilitador en la incontinencia urinaria. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) Rev haban cienc méd La Habana, Vol. VIII No. 1, ene-mar 2009. Disponible en: <http://www.google.com/cu/url?sa=t&source=web&cd=11&ved=0CCYQFjAAOAo&url>. Revisado 16 nov. 2011.
36. _____. (2009) Impacto de la fisioterapia para la preeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria. Rev haban cienc méd v.8 n.3 Ciudad de La Habana jul.--sep. 2009 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300013&lng=es&nrm=iso. Consultado el 12 diciembre de 2011.
37. Sapsford RR, Hodges PW.(2001). Contraction of pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* ;82:1081-88.
38. Starczewski A, Brodowska A, Brodowski J.(2008). Epidemiology and treatment for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women Pol Merkur Lekarski. 25:74-6.
39. Spencer JR, O'Connor VJ. (2006). Comparación de procedimientos para la incontinencia urinaria por estrés. AUA Update Series 6(no. 28).
40. Toledo, Díaz, E, Y. (2002). Elementos de Metodología de la Investigación. La Habana. Cuba.
41. Torres B, Cuadro JC, Calandra D.(2004). Detección y diagnóstico de la incontinencia urinaria. En: Actualización en Ginecología para el médico general. Medical MAG; 2 (18):46-50.
42. Waetjen, L. Elaine.(2008) False menopausal basis of urinary incontinence. Obst Gynecol. 111: 667-77.

Anexos.

Anexo 1.

Guía de entrevista a personal de salud que labora en los consultorios médicos y del INDER que trabaja la Cultura Física.

Objetivo: Determinar si existe algún plan de ejercicios terapéutico para tratar a los pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

A través de la siguiente entrevista se pretende determinar si existe algún tratamiento mediante ejercicios físicos para fortalecer el suelo pélvico de pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

Para personal de salud:

- 1- Existen pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo en el área que atiende su consultorio.
- 2- Poseen su historia clínica actualizada por los especialistas.
- 3- Asisten a consulta estos pacientes por los síntomas de Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.
- 4- Existe en su área algún tratamiento terapéutico mediante ejercicio físico o fisioterapia.

Para personal de INDER.

- 1- Existen en los programas de Cultura Física o de Cultura Física Terapéutica tratamientos para la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.
- 2- Conoce usted si en su demarcación existen pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.
- 3- Conoce usted si existe algún tratamiento terapéutico mediante ejercicio físico o fisioterapia.

Muchas gracias por su atención.

Anexo 2.**Tabla 1. Resultados de la entrevista a personal de salud.**

Indicadores	Si	%	No	%
Existen Pac. con IUE	3	100	-	-
Poseen HC Actualizadas	3	100	-	-
Asisten a cons. Por síntomas de IUE	3	100	-	-
Existe en su demarc. Tratam. Terap. Mediante ejercicio físico.	-	-	3	100

Tabla 2. Resultados de la entrevista a personal del INDER.

Indicadores.	Si	%	No	%
Existen en los prog. CF o de CFT trat. para la IUE.	-	-	4	100
Conoce si en su demarc. existen pac. con IUE.	3	75	1	25
Conoce si existe algún trat. Terap. mediante ej. Fís. o fisiot..	-	-	4	100

Anexo 3.**Tabla 3. Resultados de la validación del Plan de Intervención.**

Criterios	Resultados
1-¿Qué criterios se tuvieron en cuenta para la selección de los ejercicios que conforman el Plan de Intervención para fortalecer los músculos del suelo pélvico en pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo?	 
2-¿Cumple el Plan de Intervención propuesto con las consideraciones teóricas acerca de la literatura consultada?	 
3-¿Considera usted que el Plan de Intervención cumple con los parámetros objetivos para esta patología?	 
4-¿Considera usted que el Plan de Intervención cumple con las estructuras establecidas para los programas de Cultura Física?	 
5-¿Considera que el Plan de Intervención posee la calidad requerida para su pertinente aplicación? .	 

Anexo 4.

Figura 1. Esquema de la pelvis. Los músculos de la pelvis controlan la salida de la orina.

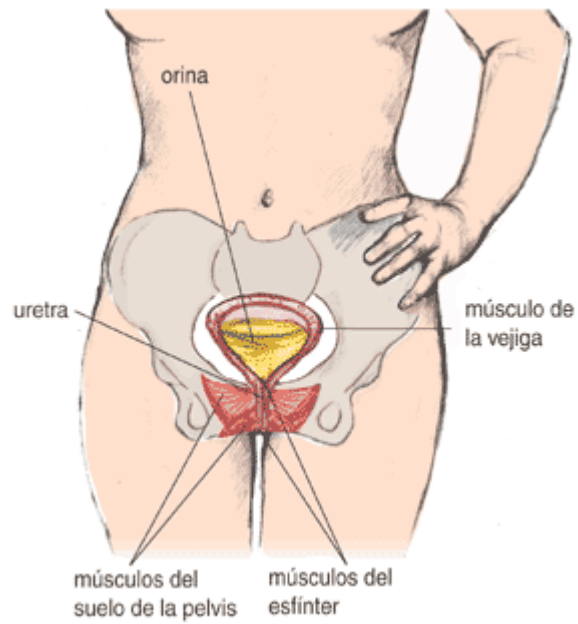
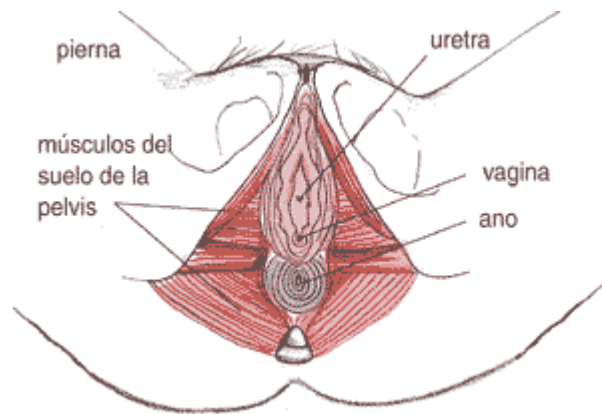
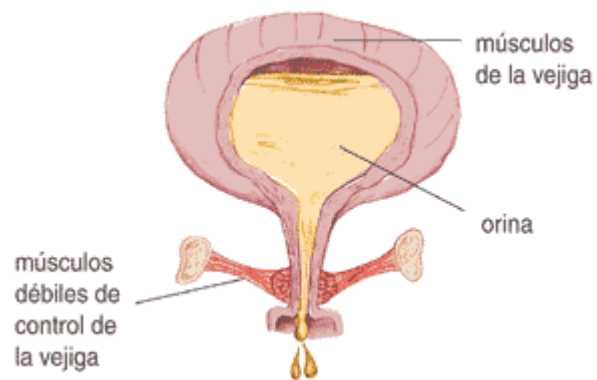


Figura 2. Músculos del suelo de la pelvis.



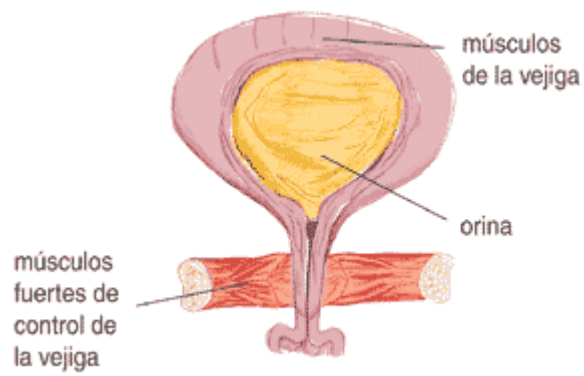
Anexo 5.

Figura 3. Músculos débiles dejan salir la orina de manera involuntaria.



Antes de los ejercicios

Figura 4. Músculos fuertes retienen la orina.



Después de los ejercicios