



*Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”
Facultad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte.*

*Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres
adultas mayores*

*Tesis en opción a la categoría académica de Máster en la
Actividad Física y Condición Saludable en el Adulto
Mayor.*

Autor: Lic. Bárbara Rodríguez Guardiola

Tutor: Dr. C. Juan Francisco Tejera Concepción

Cienfuegos, 2020

SÍNTESIS

La tesis tuvo como objetivo: elaborar una estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores. Para realizar el estudio se tomó una muestra de 73 mujeres, pertenecientes al Servicio de Rehabilitación del “Hospital Provincial “Dr Gustavo Aldereguia Lima”, de la Provincia de Cienfuegos, en la etapa comprendida de Enero a Junio del 2019, muestreo de tipo aleatorio simple al azar. Se realizó un estudio descriptivo, con diseño experimental, de tipo transversal. La descripción de las características específicas de las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria, y enfoque de la Rehabilitación basada en la comunidad. Se elaboró el marco teórico conceptual que condujo a la aplicación del diagnóstico inicial, la elaboración de la estrategia terapéutica, la valoración por los expertos mediante el método Delphi, su aplicación en la práctica y los niveles de satisfacción mediante la técnica de Ladov a los rehabilitadores y mujeres seleccionadas. La contribución práctica está dada por: una estrategia terapéutica basada en un programa de ejercicios de Kegel, electroestimulación y láser, que constituye un proceder que permite la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores. La funcionalidad de la estrategia terapéutica que aporta las etapas y las acciones que permiten la implementación de la propuesta. Los elementos teóricos y prácticos propician aportaciones del trabajo con sus correspondientes adecuaciones, son aplicables también en otros contextos universitarios, así como en el proceso formativo en el posgrado al proponer como vías de superación y sugerir la generalización de la presente investigación.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO 1 PRESUPUESTOS TEÓRICOS SOBRE LA REHABILITACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ADULTAS MAYORES.	11
1.1 Calidad de vida.	11
1.2 El suelo pélvico.	13
1.3 Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria.	15
1.4 Programa rehabilitador.	17
1.4.1 La Electroestimulación.	17
1.4.2 Láser Mona Lisa Touch.	20
1.5 Consideraciones para la propuesta.	22
CAPÍTULO 2 DIAGNÓSTICO Y ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA LA REHABILITACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ADULTAS MAYORES.	25
2.1 Metodología utilizada.	25
2.1.1 Contexto de la investigación.	25
2.1.2 Muestra y caracterización.	25
2.1.3 Obtención de la información.	26
2.1.4 Actualidad.	26
2.1.5 Aspectos éticos.	26
2.1.6 Consentimiento informado.	26
2.2 Diagnóstico inicial.	27
2.2.1 Análisis de documentos.	27
2.2.2 Cuestionario a licenciados en Terapia Física y Rehabilitación.	27
2.2.3 Entrevista individual a mujeres adultas mayores.	28
2.2.4 Grupos de discusión.	30
2.2.5 Triangulación.	31
2.3 Estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en Mujeres adultas mayores.	31
2.3.1 Introducción.	31
2.3.2 Fundamentación.	32
2.3.3 Presentación de la estrategia terapéutica.	35
CAPÍTULO 3 VALORACIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA MUJERES ADULTAS MAYORES.	41
3.1 Caracterización de los expertos.	41
3.1.1 Valoración teórica de la Estrategia Terapéutica. Criterio de expertos.	41
3.2 Resultados de la valoración de la Estrategia Terapéutica a partir del Grupo de Discusión.	47
3.2.1 Aplicación en la práctica de la Estrategia Terapéutica.	49
3.3 Procedimiento utilizado para la aplicación del test diario miccional.	50
3.3.1 Resultado de la aplicación del test Diario Miccional.	50
3.4 Técnica de Ladov. Encuesta de satisfacción a profesionales	51

3.4.1 Técnica de Ladov.Encuesta de satisfacción a mujeres adultas mayores.	52
3.5. Contribución de la Estrategia Terapéutica.	53
3.5.1 Resultados de la experiencia personal de la investigadora.	54
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Bibliografía	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación en el ámbito de la antropología admite que tanto la salud como la discapacidad son aspectos integrados en la estructura social y no variables independientes de su contexto sociocultural. Las enfermedades y las discapacidades se expresan mediante representaciones, prácticas y saberes incluídas culturalmente a niveles locales, de manera que la hibridación de las diferentes representaciones, prácticas y saberes que resulta de la convivencia de distintas culturas producirá unas lógicas nuevas que diferirán en mayor o menor grado de las que han sido originadas, además de articularse entre todas ellas en relaciones de hegemonía y subalternidad.

Asimismo, la estrategia de la rehabilitación basada en la comunidad, no debe pretender introducir la lógica de la biomedicina en el seno de las comunidades a través de relaciones de hegemonía respecto a las demás lógicas, sino que debe tenerlas en cuenta y conocer las características y articulaciones entre dichas lógicas si se quiere asegurar la buena marcha de un programa de rehabilitación basada en la comunidad. Como ocurre en multitud de países, también en Cuba el sistema médico tradicional está subordinado técnica e ideológicamente a la biomedicina (Gutiérrez & Torres, 2010).

Por tanto, en grupos de población de cultura heterogénea se debe tomar en consideración no solamente los aspectos sanitarios, sino también los factores sociales y culturales, lo que impone al personal del programa la necesidad de conocer profundamente la cultura de las comunidades donde opera.

A pesar de las dificultades anteriormente observadas, una de las ventajas que tiene la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad, es su flexibilidad, que permite adaptaciones para su aplicación en contextos socioculturales diferentes, especialmente en aquellos que se caracterizan por la interculturalidad.

El conocimiento de las características y las articulaciones entre los diferentes saberes y representaciones relativos a la discapacidad es indispensable para la sostenibilidad de un programa de rehabilitación basada en la comunidad, por lo que previamente a la implementación de un programa de rehabilitación basada

en la comunidad, se debe tomar como base teórico metodológica la consulta multidisciplinaria de suelo pélvico.

Dicha investigación se fundamenta en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria, utilizado en algunas investigaciones en Cuba. Este se basa en un programa de ejercicios para abordar la problemática planteada, no obstante, la autora de este estudio consideró la pertinencia de proponer una estrategia terapéutica.

La situación de mujeres adultas mayores que presentan vejiga hiperactiva es muy frecuente en la actualidad, llamada también Incontinencia Urinaria de urgencia. Este problema les roba el sueño, puede obstaculizar actividades físicas, en su mayoría afectan el bienestar emocional, disminuyen la capacidad para efectuar actividades cotidianas normales y al mismo tiempo provoca aislamiento social por vergüenza o depresión.

Muchas veces estas mujeres se ven obligadas a una cirugía para corregir el problema, mientras que otras se conforman con esta condición por miedo a la intervención quirúrgica. De manera que, actualmente, a esta complicación no se le ha concedido mayor importancia.

Esta investigación, mediante el empleo eficiente del proceso rehabilitador, a las mujeres adultas mayores con dicho problema, contribuye a: disminuir la hiperactividad de la vejiga, retener por más tiempo la orina, reducir las pérdidas constantes de la misma, brindar una solución al estado que presentan y mejorar la calidad de vida de cada una ellas.

El complejo vésico-esfinteriano femenino está expuesto, por su propia conformación anatómica, a varios factores durante la vida que imponen un mayor riesgo de Incontinencia Urinaria que el masculino. Se relatan factores predisponentes (genética, raza, colágeno); promovedores (estilo de vida, nutrición, obesidad, tabaquismo, menopausia, constipación y medicaciones); descompensadores (envejecimiento, inmovilidad física, enfermedades degenerativas) e incitadores (gravidez, parto vaginal, cirugías vaginales, lesión muscular y radiación). La interacción de estos factores lesiona, en mayor o menor grado, el mecanismo esfinteriano y se asocia al surgimiento de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo Martínez et al. (2009).

La rehabilitación perineal resulta compleja, pues a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción en este se trata de un conjunto de músculos internos, por lo cual el seguimiento y la detección precoz son más complicados de lo normal.

La fisioterapia asume los objetivos de restaurar el reflejo perineal al esfuerzo, promover la concienciación de la contracción muscular del suelo pélvico y reprogramar el sistema nervioso a través de técnicas que pueden utilizarse de forma aislada o combinadas.

Martínez et al. (2009), en sus estudios proponen una evaluación sobre el efecto de magnetoterapia, electroterapia y ejercicios del suelo pélvico como tratamientos rehabilitadores para la incontinencia urinaria. Aunque se realizan mediante tratamientos médicos, no se establece una estrategia que planifique este tipo de rehabilitación de forma organizada por etapas, con el objetivo de mejorar la condición física.

La Incontinencia Urinaria se caracteriza 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 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 psicosocial, laboral, afectiva y sexual.

Desde el punto de vista clínico, se clasifica como:

- Incontinencia de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina frente a actividades físicas, como tos o estornudo, puede presentarse cuando los músculos del suelo pélvico están débiles.
- Incontinencia de urgencia: causada por contracción involuntaria del músculo de la vejiga, que provoca sensación de necesidad imperiosa de orinar.
- Incontinencia mixta: combinación de pérdida por esfuerzo y urgencia. Es más frecuente en el sexo femenino, se incrementa con la edad, aunque aparece en ocasiones tempranamente, con máximos entre cincuenta - cincuenta y cuatro años; disminuye ligeramente o se estabiliza hacia los setenta, pero aumenta sostenidamente después de esta edad.

La autora de este estudio lo considera de gran pertinencia, puesto que se beneficiarán las mujeres mayores de cuarenta años, que son la población más vulnerable, ya que presentan dicha complicación por varios factores entre ellos: menopausia, múltiples partos por vía vaginal, prolapsos de la vejiga o útero, entre otros. Posee como fin mejorar el estado en el cual se encuentran, tanto físico como emocional y favorecer la recuperación e integración social, laboral y comunitaria.

Las disfunciones del suelo pelviano son consideradas como afectaciones relacionadas con su anatomía y fisiología, en ellas se incluyen: diversos grados de prolapso de órganos pélvicos, alteraciones de percepción, vaciamiento del tracto urinario y digestivo, disfunciones sexuales y otros síndromes crónicos dolorosos en esta área.

Su prevalencia es elevada, casi un tercio de la población adulta mayor la padece, por lo que constituye una causa muy común de consulta en mujeres de esos grupos de edades. Dado el aumento de la expectativa de vida y la exigencia en su calidad, se comprende la necesidad de brindar una atención protocolizada para la población femenina.

La disfunción de suelo pélvico incluye una serie de trastornos de esta región manifestados clínicamente en la mujer como: incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos, incontinencia fecal, síndrome doloroso de la región pelvi-perineal y disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región 1, 2 entre otras.

La Incontinencia Urinaria o pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, es un problema social, tanto para los pacientes, como para quienes cuidan de ellos. Su prevalencia es alta, afecta aproximadamente el 30% de los individuos mayores que desarrollan sus actividades en la comunidad, al 35% de los que se encuentran en instituciones hospitalarias de cuidados agudos y más del 60% de los internados en residencias de cuidados geriátricos (Castañeda & Martínez, 2016).

Se estima que alrededor de doscientos millones de personas la padecen en el mundo, sin embargo, son muy pocas las que consultan a un médico, por vergüenza, falta de información o porque se piensa que no es una enfermedad. Esta afección posee relación con el envejecimiento, pero no es el

envejecimiento por sí mismo una causa de Incontinencia Urinaria, sino factores asociados como: déficit de hormonas femeninas, crecimiento de la próstata, en los hombres; diabetes mellitus, cirugías abdominales (histerectomía o extirpación del útero) y de la próstata, 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 (Torres, 2015).

Los músculos perineos son estructuras que forman una parte muy funcional dentro del organismo, cada uno se entrelaza para formar una hamaca que sostiene a las estructuras pélvicas internas. Al estar situados en la parte inferior de la cavidad pélvica, deben estar fortalecidos para soportar cargas, cuando estos músculos presentan debilidad suelen manifestar ciertas complicaciones, una de ellas es la vejiga hiperactiva, esta patología es también conocida como Incontinencia Urinaria de Urgencia que se manifiesta por pérdida repentina de orina con una sensación urgente, 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. El Instituto Materno Infantil, ha calculado que la IUE afecta cerca del 5.1% de las mujeres que asisten a consulta externa de Ginecología anualmente, y dicha frecuencia aumenta progresivamente con la edad.

El Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, en Cuba, ha realizado estudios nacionales con el objetivo de evidenciar su existencia como problema de salud y otros estudios en consultorios médicos de atención primaria de salud.

Múltiples tratamientos han sido implementados para la corrección de esta anomalía, que posee un gran impacto sobre la vida social y el bienestar de las pacientes. Se han intentado: tratamiento médico con fisioterapia para el fortalecimiento del piso pélvico (ejercicios de Kegel), uso de conos vaginales de peso creciente, medicamentos adrenérgicos, empleo de estrógenos en las pacientes posmenopáusicas y la estimulación eléctrica del piso pélvico, con resultados variables en efectividad.

Jacqueline del Carmen Martínez Torres sugiere medidas vinculadas con el estilo de vida que las personas pueden adoptar para disminuir el riesgo de

padecer la Incontinencia Urinaria. Indicó la profesora asistente de cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington (Martínez, 2015).

En este mismo orden, la autora considera que la actividad física es un factor de ayuda bien conocido para la prevención y tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles como: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer de mama y de colon. Asimismo, contribuye a la prevención de otros factores de riesgo importantes de estas enfermedades: hipertensión, sobrepeso y obesidad. Se asocia a un estado de salud física saludable y mejor calidad de vida.

Para explicar esta situación es necesario contemplar junto a los factores biológicos ligados al sexo: patrones de socialización, roles familiares, expectativas laborales y tipos de ocupación, generadores de desigualdades sociales de género y desigualdades de salud. (Capote et al., 2011)

A partir de los antecedentes mencionados se elige el tema de investigación por la creciente asistencia de mujeres adultas mayores a la consulta multidisciplinaria de Incontinencia Urinaria, del servicio de Rehabilitación, Hospital "Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, las cuales se aquejaban de este padecimiento y no existía un tratamiento para rehabilitar dicha afección, lo que provoca diferentes situaciones como el aislamiento social y la obstaculización para realizar actividades físicas.

Los elementos antes expuestos permiten declarar el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir a la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores?. Se define como objeto de estudio: el proceso de rehabilitación en las mujeres adultas mayores, mientras que el campo de acción lo constituye: la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

Para darle solución al problema científico se plantea como objetivo: Elaborar una estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

Para alcanzar el objetivo planteado se plantea la siguiente idea a defender: Una estrategia terapéutica basada en un programa de ejercicios de Kegel, electroestimulación y láser, contribuirá a la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

Para darle respuestas a las preguntas científicas formuladas, se establecieron las siguientes tareas científicas:

1. Fundamentos teóricos para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.
2. Diagnóstico del estado actual de la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.
3. Elaboración de la estrategia terapéutica.
4. Valoración de la estrategia terapéutica.
5. Aplicación de la estrategia terapéutica.

Estructura metodológica de la investigación

Se asumió una metodología de investigación que conjuga los procedimientos y análisis de lo cuantitativo y lo cualitativo sobre la base del principio de la unidad dialéctica entre la teoría, el método y la práctica, en la que se otorga igual relevancia a los dos tipos de datos, para obtener regularidades durante la investigación. Dada la lógica asumida en la solución de las tareas planteadas se utilizaron diversos métodos.

Del nivel teórico

- Histórico – Lógico: facilitó el análisis de los resultados de los tratamientos aplicados a mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria, lo cual fue posible al tener en cuenta los contextos histórico, social y personal, así como comprender qué ha ocurrido en cada momento del proceso investigativo y la evolución de los diferentes conceptos abordados en el estudio.
- Inductivo-Deductivo: se utilizó en el análisis interrelacionado de los fundamentos teóricos y la práctica de los tratamientos, lo cual posibilitó la toma de posiciones desde la teoría, para sustentar la estrategia terapéutica, su elaboración y evaluación. Este método constituyó una importante vía para los análisis particulares y las generalizaciones en la interpretación de resultados que permitieron obtener las conclusiones.

- Analítico –Sintético: se utilizó para la elaboración de los referentes teóricos y en el procesamiento de los resultados del diagnóstico inicial, que propiciaron la estructuración de la propuesta, adaptarla al contexto, así como la valoración de factibilidad de la estrategia terapéutica.
- Modelación: posibilitó la estructura de la estrategia terapéutica. Su utilización permitió la concreción de acciones dirigidas al proceso de rehabilitación.
- Sistémico-estructural: se utilizó para estructurar la estrategia terapéutica y la relación sistémica entre sus componentes. Además, permitió la concepción sistémica e integradora de las diferentes etapas que la conforman.

Del nivel empírico

- Análisis de documentos. Se examinaron: historias clínicas de las pacientes atendidas en la consulta multidisciplinaria de suelo pélvico, guía de buenas prácticas clínicas del 2019, protocolo de actuación sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria del 2019, Manual de consideraciones sobre el manejo rehabilitador de las disfunciones del suelo pélvico.
- Encuesta a licenciados en Terapia Física y Rehabilitación: se utilizó para conocer sus opiniones sobre el tratamiento que se aplica a las mujeres adultas mayores.
- Entrevista individual a mujeres adultas mayores: fue utilizada con el objetivo de conocer sus opiniones sobre las necesidades que persisten en la aplicación del tratamiento rehabilitador.
- Grupos de discusión: con la participación de los rehabilitadores fueron utilizados para conocer las necesidades de formación y preparación sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en las mujeres adultas mayores, además, para la valoración de la estrategia terapéutica.
- Criterio de expertos: para valorar las opiniones de un grupo de expertos sobre la estrategia terapéutica y conocer criterios en función de la valoración de la misma.
- Test Diario Miccional: se aplicó a las adultas mayores con pérdidas de orina, en una evaluación inicial y final.

- Triangulación metodológica y de resultados: en el diagnóstico del estado de la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores, y en el análisis de los resultados de la aplicación de la estrategia terapéutica.
- Técnica de Ladov: para precisar el nivel de satisfacción de profesionales en Terapia Física y Rehabilitación y de las mujeres adultas mayores sobre la factibilidad de la estrategia terapéutica.

Técnicas estadístico-matemáticas

Para el procesamiento de los datos se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales. Entre las descriptivas se hallaron los valores porcentuales y para las inferenciales se utilizaron las tablas de frecuencias acumuladas, referente a la distribución normal de los datos durante el procesamiento de los resultados del criterio de los expertos para establecer normas de evaluación, así como el Alpha de Cronbach para la confiabilidad interna de los criterios emitidos por los mismos. Fue utilizado el paquete estadístico SPSS (StatisticPackage for Social Science, Chicago Illinois), Versión 20.0.

Se consideran como contribuciones a la práctica:

1. Una estrategia terapéutica basada en un programa de ejercicios de Kegel, electroestimulación y láser, constituye un proceder que permite la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.
2. La funcionalidad de la estrategia terapéutica que aporta las etapas, las acciones, la dinámica y los requisitos que permiten la implementación de la propuesta.
3. Los fundamentos teóricos presentados en la propuesta contribuyen a la sistematización de este estudio.

La novedad científica: radica en la transformación del proceso de Rehabilitación en las mujeres adultas mayores, a partir de un programa de ejercicios que propicie la implementación de una estrategia terapéutica, lo cual contribuirá al tratamiento de la Incontinencia Urinaria, para mejorar la condición física saludable en estas mujeres.

Estructura de la tesis

- Introducción. Incluye la justificación del tema, situación problemática, formulación del problema de investigación, objetivo del trabajo y componentes del diseño teórico.
- Capítulo I. Presupuestos teóricos sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.
- Capítulo 2. Diagnóstico inicial y elaboración de la estrategia terapéutica.
- Capítulo 3: Análisis de los métodos aplicados para la valoración de la estrategia terapéuticaa mujeres adultas mayores.

Conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación, bibliografía consultada y anexos.

CAPÍTULO 1. PRESUPUESTOS TEÓRICOS SOBRE LA REHABILITACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ADULTAS MAYORES

El presente capítulo contiene una amplia revisión bibliográfica que ayudó a conocer el objeto de estudio, el campo de acción y su situación actual, desde las posiciones teóricas asumidas por diferentes autores, para elaborar la Estrategia terapéutica en mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.

1.1- Calidad de vida

Como parte de los avances científicos, se han producido además adelantos en el campo de la medicina, reflejado en aumento de la calidad de vida de los adultos mayores y en consecuencia, incremento de su esperanza de vida. Este hecho ha desencadenado crecimiento en la población de la tercera edad y con ello, mayor prevalencia de las enfermedades por envejecimiento orgánico.

La salud, es el estado de bienestar físico, mental y socio-económico según refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde la década del ochenta, gran número de investigaciones gerontológicas, se centran en los factores que afectan la calidad de vida, pues se ha convertido en un indicador de envejecimiento satisfactorio.

El concepto de calidad de vida ha evolucionado y cada día adquiere mayor importancia en la sociedad en general, constituye uno de los referentes primordiales en el ámbito de la Gerontología y en la planificación de las políticas socio- sanitarias, sobre todo, para aquellas personas de la tercera edad.

Hablar de calidad de vida, es por un lado, hablar de las variables que intervienen en las diversas facetas componentes de la vida humana, y por otro lado, tal como afirma, que es un área de investigación actual que está cobrando día a día especial relevancia a nivel psicológico, sociológico e histórico.

Sin embargo, si se intenta profundizar en este término, se puede apreciar que no es un concepto simple, por lo cual una definición exacta es algo complejo de abordar.

Según refieren Herrera et al. (2008) actualmente son muchas las personas que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse “la nueva cultura de longevidad”. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales; en consecuencia, con ello, el avance social está

dirigido hacia esa dirección, se busca un modelo de envejecimiento capaz de fortalecer desde el punto de vista genérico de la salud, la calidad de vida.

Mora (2000), definió calidad de vida como el estado de bienestar total. En este mismo orden la autora del estudio hace referencia a: Schröder & Abrams et al. (2010), los que han investigado sobre diversos factores que son considerados importantes para la calidad de vida del adulto mayor, encontrando como variables más significativas las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica.

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, algunos factores permanecen constantes. Entre ellos, el soporte social es un elemento favorecedor de la calidad de vida, independiente de la fuente de donde provenga.

Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia, pero los factores socio-económicos y la escolaridad son elementos de importancia, no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos.

Si se analiza la influencia de la salud en la calidad de vida del adulto mayor se puede afirmar que, cualquier enfermedad en general la afecta, pero en mayor medida los problemas de salud mental: desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos son los más representativos en esta etapa.

Schwartzmann (2003), consideran la calidad de vida un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente.

De acuerdo con este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en la cual se produce la enfermedad.

Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que realiza el paciente, según los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas.

Con la Incontinencia Urinaria, la calidad de vida se afecta por la connotación física, psíquica y social que este trastorno adquiere para el paciente, por lo que

las alternativas terapéuticas que permitan modificar el sufrimiento y la minusvalía constituyen estrategias de elección. Entre las más empleadas se hallan las farmacológicas y las técnicas quirúrgicas, pero sus resultados no son totalmente satisfactorios. Recientemente aparecieron: uso de ejercicios, fisioterapia y tratamiento integral reeducativo del Suelo pélvico. Schwartzmann, (2003).

En términos de prevalencia, costos e impacto en la calidad de vida, se ha reconocido como un problema muy importante de salud pública, la disfunción del suelo pélvico de la mujer. Se estima que un tercio de la población femenina sufrirá alguno de estos problemas.

1.2- El suelo pélvico

Se conoce como Suelo pélvico al conjunto de músculos, estructuras conectivas y ligamentos que se fijan a la pelvis ósea y se comportan como una hamaca que ofrece soporte y suspensión a los órganos abdomino-pélvicos.

Los órganos pélvicos pueden ser divididos en tres compartimentos: el *anterior*, constituido por la vejiga y la uretra; el *medio* comprende el útero y la vagina y el *posterior* el recto y el conducto anal. A pesar de esta división, dichas estructuras se encuentran fuertemente relacionadas a través de tejido conectivo. Muchas veces estos compartimentos son evaluados por las distintas especialidades de forma individual, de modo que se pierde la perspectiva global e integral del Suelo pélvico.

El Suelo pélvico está compuesto por la fascia perineal y los músculos del diafragma pélvico. La fascia perineal o diafragma urogenital es una lámina de forma triangular de tejido fibromuscular denso que proporciona soporte a la uretra, la vagina y el cuerpo perineal y los une a las ramas isquiopúbicas. La capa de músculo esquelético que forma la fascia comprende el esfínter urogenital que da lugar al músculo compresor de la uretra y al esfínter uretrovaginal.

El conocimiento del papel que juega el Suelo pélvico en los mecanismos de la continencia, como elemento de sostén de la unión uretrocervical, su implicación en el sistema esfinteriano estriado, así como las alteraciones neurológicas que conllevan las disfunciones severas del mismo, ha conseguido que se retomen, con gran interés, aquellas técnicas que restablecen el estado de normo

funcionalidad de estas estructuras como forma de tratamiento de las patologías secundarias a dichas alteraciones: incontinencia urinaria de esfuerzo, mixta, de urgencia, disfunciones sexuales, patologías ginecológicas y obstétricas y coloproctológicas.

La Incontinencia Urinaria es la pérdida del control de la vejiga, que varía desde una pequeña pérdida de la vejiga al estornudar, toser o reírse, a la incapacidad total de perder orina (Mancera et al., 2013).

La Incontinencia Urinaria se consigue por una compleja interrelación entre aparato urinario inferior y musculatura perineal bajo el control de mecanismos neurológicos voluntarios y autonómicos. La musculatura estriada del periné recibe inervación pudenda de carácter voluntario y por tanto susceptible de aprendizaje directo. Contrariamente, la participación del sistema nervioso autonómico sobre el aparato urinario inferior está controlada por la actividad facilitadora o inhibitoria de centros superiores sobre los centros miccionales lumbo-sacros. Este control escapa al aprendizaje directo, aunque puede desarrollarse una vez que los mecanismos voluntarios se establezcan a nivel autonómico. En esencia, aprender es crear vías de facilitación para algún tipo de actividad neurológica. Estas vías se consiguen realizando una y otra vez dicha actividad. Estos fundamentos constituyen la base de la mayoría de los procedimientos para el tratamiento conservador de las disfunciones miccionales secundarias a patologías del Suelo pélvico.

Es fundamental que el suelo pélvico o periné mantenga una buena función, ya que la debilidad del Suelo pélvico es causa de Incontinencia Urinaria de esfuerzo, cisto y rectocele, prolapsos genitales, disfunciones sexuales (dispareunia, disminución de la sensibilidad e intensidad del orgasmo) (Pena, 2007).

Al igual que cuidamos nuestro cuerpo con una buena alimentación, hidratación, ejercicio y con la ayuda de las últimas tecnologías, también debemos cuidar nuestra zona íntima. Pues, aunque sea una parte de nuestro cuerpo que no se ve, el suelo pélvico es un grupo muscular que trabaja mucho durante todo el día y que es imprescindible para: la micción, la defecación, la continencia urinaria y fecal, el sostén de las vísceras pélvicas, la satisfacción sexual y el parto. Pero también es un músculo que –sobre todo en las mujeres- por circunstancias como el embarazo, el parto o la menopausia, se

debilita y altera; pudiendo dar lugar a pérdidas de orina, prolapsos de órganos pélvicos o dolor lumbo-pélvico (Pena, 2007).

Visibilizar la relevancia de cuidar y entrenar el Suelo pélvico al igual que cualquier otra parte del cuerpo nos ayudará a prevenir las alteraciones del mismo y disminuir los casos de infra diagnóstico de estos problemas. Aunque hemos evolucionado mucho durante las últimas décadas tanto médica como socialmente, todo lo que gira alrededor del suelo pélvico y sus alteraciones continúa siendo un tema tabú.

1.3- Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria

La misión de la rehabilitación perineal es tonificar y fortalecer ambos tipos de fibras; las fibras lentas con contracciones suaves y mantenidas y las fibras rápidas con contracciones de mayor amplitud (fuertes) y rápidas. El efecto final del tratamiento rehabilitador es:

- Incremento de las unidades motoras.
- Mejora de la frecuencia de excitación.
- Incremento de la masa muscular.

La puesta en marcha de una estrategia terapéutica para la rehabilitación requiere 3 condiciones imprescindibles, en las que el fisioterapeuta de la unidad juega un papel fundamental para su consecución:

1. Que la paciente tenga conciencia de su periné.
2. Que logre aislar los grupos musculares que nos interesa fortalecer, relajando la musculatura parásita.
3. Motivación en la mujer para conseguir un buen aprendizaje y un adecuado cumplimiento del trabajo encomendado.

Además, existen una serie de factores que influyen en el éxito de la rehabilitación perineal, a saber:

1. Grado de incontinencia.
2. Edad.
3. Integridad esfinteriana.
4. Tono perineal.
5. No antecedentes quirúrgicos ni radioterápicos.
6. Fuerte motivación de la mujer.
7. Perseverancia en el trabajo.
8. Personal cualificado.

9. Seguimiento a corto y medio plazo.

Las técnicas o procedimientos de nuestra estrategia terapéutica de rehabilitación se dividen en activos o pasivos, dependiendo de la participación voluntaria de la paciente en los mismos. En los activos tenemos la Cinesiterapia verbal, Cinesiterapia con biofeedback y los ejercicios con conos vaginales (Gutiérrez et al., 2010).

La rehabilitación utiliza un enfoque de equipo interdisciplinario en el que los especialistas intercambian información e ideas acerca de varios problemas.

Disfunción, discapacidad y minusvalía son términos utilizados habitualmente en Medicina Física y Rehabilitación por su práctica sistemática.

Las disfunciones del suelo pélvico son atendidas por el equipo multidisciplinario y tratadas con el arsenal terapéutico que contamos en la especialidad. Incluye un grupo de patologías de esta región que se manifiesta clínicamente como incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico crónico, prolapso genital en la mujer, entre otros (Abreu et al., 2016).

Durante el climaterio las mujeres refieren síntomas diversos, los más frecuentes son: las crisis vasomotoras, atribuidas a la deficiencia de estrógenos, unido o no al aumento de gonadotropinas y cambios en neurotransmisores hipotalámicos que provocan inestabilidad del centro termorregulador.

La Incontinencia Urinaria aunque no se trate de una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, si que supone un deterioro significativo de la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y su autonomía.

La adulta mayor incontinente suele estar inquieta y angustiada ante su problema, por esto lo primero que debe aprender son ejercicios de respiración (abdomino-diafragmáticos) y técnicas de distracción para lograr el autocontrol.

Métodos útiles para disminuir la urgencia urinaria.

- Eliminar estímulos que provocan el deseo de orinar (cerrar grifo agua).
- Permanecer quieto y cruzar las piernas, ponerse de puntillas, cambiar de posición.
- Aplicar presión sobre el periné (sentarse en el reposabrazos de un sillón).

- Distraer la mente (contar desde 100 hacia atrás, recitar alguna poesía, hacer pasatiempo).
- Contraer y relajar repetidamente los músculos del suelo pélvico (Abreu et al., 2016).
 - Ejercicios.

1.4- Programa rehabilitador

Los medios físicos son agentes utilizados dentro del ámbito fisioterapéutico, aplicados en los diversos protocolos de tratamiento, brindan efectos fisiológicos y cada uno con diversos beneficios al organismo.

Cuando el suelo pélvico pierde su funcionalidad la electroestimulación es un gran aliado de los fisioterapeutas. Es una herramienta terapéutica empleada frecuentemente tanto en la prevención como en el tratamiento de distintas patologías de la musculatura del suelo pélvico junto con otras terapias pelvi-perineales como el entrenamiento de la musculatura perineal, biofeedback, trabajo del core, conos vaginales, etc, resultando de gran importancia ejercitar el suelo pélvico de forma regular para mantener los beneficios del entrenamiento muscular en el tiempo.

1.4.1- La electroestimulación

La electroterapia o electroestimulación (EE) no es más que la aplicación de energía en forma de estímulos eléctricos al organismo humano para conseguir en los tejidos las respuestas deseadas con un fin terapéutico. Se trata de una terapia indolora que ha mostrado ser efectiva tanto en la prevención como en el tratamiento de distintas disfunciones del suelo pélvico.

Las técnicas de Rehabilitación del suelo pélvico incluyen el entrenamiento de la musculatura del mismo con o sin ayuda de *biofeedback*. La estimulación eléctrica y el entrenamiento vesical han mostrado ser eficaces en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria y se consideran tratamientos de primera elección en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y Mixta en grado leve o moderado.

El modo de acción de la electroestimulación está todavía sujeto a debate. Se conoce muy poco sobre el mecanismo exacto de trabajo de la electroestimulación en los casos de Incontinencia Urinaria. En principio, la estimulación eléctrica se supone que es una técnica de entrenamiento muscular artificial, donde se produce hipertrofia muscular y aumento del tono en reposo de los músculos estimulados. Junto a esto, se han propuesto varias

hipótesis, sujetas a discusión, sobre los efectos de la electroterapia en los casos de Incontinencia Urinaria. Aunque probablemente el mecanismo de acción sea una combinación de todos ellos (Hofvauer, 1990).

Existen estudios donde se comprobó que la estimulación repetida de las fibras de contracción rápida origina cambios en sus características contráctiles, aumenta la resistencia a la fatiga y mejora el tono en reposo. En este sentido, la electroestimulación aumenta el número y tamaño de las fibras musculares tónicas y aumenta la resistencia muscular. Además, se demostró que la terapia interferencial produce incremento de la fuerza muscular ocasionado por la actividad de las fibras de contracción rápidas.

También se ha propuesto que la estimulación eléctrica produce la inhibición refleja de la hiperactividad del detrusor a través del III reflejo de Mahoney. La estimulación de los nervios hipogástricos y la consiguiente secreción de catecolaminas, mediante mecanismos reflejos espinales, los cuales poseen su parte aferente en los nervios pudendos, producen la activación reflexogénica de las neuronas inhibitorias hipogástrica y pélvica y la inhibición central de las neuronas excitadoras hacia la vejiga.

Martínez et al., (2012), observaron un aumento de la actividad beta-adrenérgica en el músculo detrusor después de la estimulación del Suelo pélvico, mientras que la actividad de los receptores colinérgicos disminuía.

Para que los estímulos eléctricos se transmitan desde el “aparato generador de la corriente” hasta la estructura a tratar se necesitan dispositivos llamados “electrodos”. Existen varios tipos, pero en el tratamiento del Suelo pélvico los fisioterapeutas suelen emplear dos: unos que se sitúan directamente sobre la piel (electrodos de caucho o autoadhesivos) y otros que se introducen en la cavidad vaginal o anal (electrodos o sondas vaginales y anales).

Como se ha visto, la estimulación eléctrica del Suelo pélvico produce la contracción de la musculatura esfinteriana anal y uretral, acompañada de una inhibición refleja del músculo detrusor. Esta actividad depende de la preservación de un arco reflejo a través del centro sacro de la micción, luego es imprescindible que no exista una lesión del nervio pudendo para obtener resultados con la electroestimulación perineal.

Paralelamente, la aplicación de la electroestimulación debería cumplir dos requisitos: fácil aplicación y no ocasionar dolor e, imprescindible, la estimulación directa de la musculatura del suelo pélvico.

La electroestimulación pretende inducir la contracción pasiva del esfínter uretral y de la musculatura perineal cuando se aplica una corriente eléctrica a través de la pared vaginal o anal. Se basa en la estimulación de origen nervioso con la activación de las raíces sacras S1-S2-S3.

El esfínter estriado que rodea la uretra membranosa, el elevador del ano y el Suelo de la Pelvis (especialmente el músculo transverso del periné) están inervados primariamente por estas raíces. Por ello la utilización de esta técnica asume como requisito fundamental la existencia de un arco reflejo íntegro, contraindicado cuando el suelo pélvico está desnervado.

Numerosos estudios demostraron que, en presencia de una inervación íntegra, la estimulación del nervio pudiendo incrementa la presión uretral de cierre, mejora el mecanismo de Continencia Urinaria y el tono muscular del suelo pélvico.

Aunque aún no se ha descubierto el mecanismo exacto por el que la electroestimulación es efectiva, los estudios refieren un porcentaje de éxito entre 50 y 90% en el tratamiento de patologías del Suelo pélvico (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, hiperactividad del detrusor, dolor pélvico y perineal.

La electroestimulación es una herramienta terapéutica con múltiples beneficios, por lo que muchas veces se incluye en el tratamiento de alteraciones del Suelo pélvico.

Contraindicaciones de la electro-estimulación

La estimulación eléctrica perineal no debe emplearse como método de tratamiento en los siguientes casos:

- **Embarazo**
- **Cáncer**
- **Marcapasos**
- **Infección de orina o vaginal**
- **Dispositivos intrauterinos**
- **Denervación total**
- **Disuria**
- **Reflejo uretral**

Corriente Interferencial: generalmente, son corrientes alternas, sometidas o no a interrupción, con modulación endógena o exógena de tipo sinusoidal o cuadrangular, que operan en una gama de frecuencias de 4000HZ y con diferentes características:

- corriente o frecuencia portadora entre 2 000 y 10 000 Hz.
- moduladas o no, de forma sinusoidal o cuadrangular.
- mayor capacidad de penetración
- sensación cómoda de corriente, se pueden utilizar intensidades altas.
- generalmente, no poseen efectos polares.
- acción analgésica, antiinflamatoria y exitomotriz
- efectos fisiológicos
- disminución del dolor por reclutamiento de fibras rápidas
- normalización del balance neurovegetativo
- regulación funcional sobre órganos internos
- acción antiinflamatoria en derrames y edemas
- mejoría del metabolismo
- menor acomodación
- aumento y mejora del trofismo local

En electroterapia se denomina interferencial cuando se emplean dos corrientes alternas de frecuencia media, una con frecuencia fija de 4 000 Hz. y la otra con frecuencia entre 4 000 y 4000 y+ o 4100 y 4 250 Hz. En el punto donde se cortan aparece una nueva corriente alterna. Según donde se produzca la interferencia pueden ser Media Frecuencia Tetrapolar con o sin Vector de Barrido (Interferencial clásica) Interferencia dentro del organismo.

El equipo genera dos corrientes alternas mediante circuitos separados. Cuando las dos se superponen en los tejidos se produce la interferencia con una modulación de la amplitud de un 100% siempre y cuando la superposición se realiza en diagonal, de 45°. Se ideó para aumentar la zona de estimulación activa, o sea, que esta, dentro del organismo, se mueva constantemente. Se consiguió así un campo de interferencia homogéneo de 360°, estos sistemas de rotaciones del vector pueden ser: automático o manual (Williams, 2015).

1.4.2- Laser. Mona Lisa Touch

Mona Lisa Touch es un tratamiento de rejuvenecimiento vaginal que mejora el estado de la mucosa que reviste las paredes de la vagina a través de procedimientos mini- invasivos asistidos por láser. MonaLisaTouch no es un

tratamiento estético, como se piensa cada vez que se habla de “rejuvenecimiento”, porque la acción benéfica del tratamiento “rejuvenece” los tejidos vaginales que recuperan la funcionalidad perdida.

Para cualquier mujer que desee prevenir o curar los efectos de una disminución de estrógenos a nivel íntimo (durante la menopausia, o en el postparto, después de un tratamiento antitumoral o debido a trastornos alimenticios como la anorexia). Los síntomas más comunes son: sequedad vaginal, laxitud, irritación, dolor durante las relaciones sexuales y leve incontinencia urinaria. Mona Lisa Touch es el tratamiento ideal para quien busca un procedimiento eficaz, pero menos invasivo respecto a las tradicionales técnicas quirúrgicas o farmacológicas

¿Cómo transcurre la recuperación?

La mayor parte de las mujeres refiere una leve sensación local después de la aplicación del tratamiento láser y en los días inmediatamente siguientes a la sesión. Muchas afirman haber regresado a su rutina normal de uno a tres días después. Es posible que durante el proceso de curación se aconseje no levantar peso o evitar algunas actividades particulares como el baño caliente en la bañera y el ejercicio físico: el médico ofrecerá las indicaciones más específicas sobre los cuidados a adoptar para acelerar la recuperación.

¿Cuánto duran los efectos del tratamiento?

Los resultados son inmediatos, después del primer tratamiento y destinados a mejorar en los meses sucesivos. El proceso de regeneración posee, sin embargo, una duración de 40-60 días tras los cuales es aconsejable repetir el tratamiento.

¿Existen contraindicaciones?

No existen criterios de exclusión absolutos para Mona Lisa Touch, solo aquellos que se relacionan con patologías graves, tanto locales como sistemáticas. Por lo general, todas las mujeres que sufren de molestias íntimas como sequedad, irritación, prurito o laxitud pueden beneficiarse del tratamiento (Williams, 2015).

Biofeedback o Biorretroalimentación, convierte una función muscular inconsciente en función consciente y voluntaria.

Consiste en colocar sensores en los músculos, tanto en los que se quiere enseñar a contraer (músculos del Suelo pélvico) como en los que se desea

evitar que se contraigan (abdominales, glúteos y aductores). Las señales emitidas al contraerse se transforman en sonidos o imágenes registradas en una pantalla.

En Unidades de Rehabilitación de Suelo pélvico se han diseñado dispositivos basados en los principios del biofeedback, que permiten la realización de los Ejercicios de la Musculatura del Suelo pélvico en el domicilio de la paciente, con un sistema de telemedicina. El dispositivo consiste en una sonda vaginal que transmite de forma inalámbrica (bluetooth) las variaciones de presión de los músculos del Suelo pélvico.

Mediante una aplicación en un dispositivo móvil del paciente (Smartphone o PC) se ofrecen juegos y herramientas que ayudan a la correcta realización de los ejercicios. Igualmente, los profesionales sanitarios pueden seguir de modo asíncrono la evolución y poseer un canal de comunicación con el usuario a través del móvil/PC que permite modificar las indicaciones sobre la realización del ejercicio.

Ventajas de esta aplicación

- Mayor adherencia y motivación
- Posibilita el tratamiento en clínica y domicilio
- Mejor costo-efectividad, menor número de sesiones de fisioterapia
- Mayor comodidad y menor tiempo de dedicación por parte del paciente (traslados/pérdida de jornadas laborales, etc.)

Requisitos para su utilización

- Capacidad de manejo de nuevas tecnologías: móvil tipo smartphone o PC
- Aprendizaje previo de los Ejercicios de la Musculatura del Suelo pélvico.

Conos/Bolas vaginales. Son dispositivos de diferentes pesos, que se introducen en la vagina y provocan en los músculos del Suelo pélvico una contracción espontánea para retenerlos.

Es importante un aprendizaje previo y poseer determinada fuerza en los músculos para que sean efectivos. Se utilizan en el domicilio.

La limitada evidencia disponible sugiere que los conos benefician a las mujeres con Incontinencia de esfuerzo comparados con no tratamiento.

1.5- Consideraciones para una propuesta.

Las insuficiencias que presentan las pacientes con afecciones del suelo pélvico, se relacionan con lo planteado por el Dr. Arnold Kegell y Hay-

Dumoulin, cuando señalan: Hay varias maneras de realizar los ejercicios, pero todas se basan en contraer y relajar el músculo pubococcígeo o del suelo pélvico. En consecuencia, se asume que para comenzar a practicar dichos ejercicios es necesario que la mujer haya identificado los músculos del suelo pélvico, para lo cual existen dos procedimientos. Uno y muy sencillo, es detener la micción a intervalos, lo que además nos dará buena información sobre la fuerza de los músculos perineales.

El otro toma en consideración la importancia del ejercicio en el desarrollo de la musculatura afectada y la aplicación de un grupo específico por parte del paciente con el propósito de mejorar la calidad de vida y por ende las funciones, mecanismos y estilos utilizados por el rehabilitador.

Ambos tienen una influencia sobre el proceso de rehabilitación a desarrollar con las mujeres, razón suficiente para que el rehabilitador perfeccione cada día más su nivel profesional y sus conocimientos sobre el suelo pélvico como una necesidad para lograr en sus pacientes una adecuada inserción social acorde a las características individuales de cada sujeto.

Para dirigir con fundamento científico el proceso de rehabilitación se necesita no sólo conocer a fondo la ciencia que dicta, su estado actual, su nexo con otras ciencias, con la vida y la práctica, sino saber conducir el desarrollo y la apropiación de conocimientos, sentimientos, vivencias, emociones y convicciones.

El rehabilitador tiene que caracterizarse por poseer una correcta competencia profesional, definida por Rodríguez (2017), en su trabajo "Evaluación del efecto de la magnetoterapia, la electroterapia y los ejercicios del suelo pélvico como tratamiento rehabilitador en la Incontinencia Urinaria", como la capacidad del rehabilitador para desarrollar un adecuado proceso rehabilitador efectivo y eficiente con sus pacientes.

Desde enero del 2007 existe en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) una consulta especializada para la evaluación y tratamiento rehabilitador de las disfunciones del suelo pélvico, a donde acuden pacientes enviados por especialistas de Urología, Ginecología, Proctología, Neurofisiología, Imageonología, Neurología, Neurocirugía, Psicología, Siquiatría, Sexología, Medicina General Integral, entre otros, donde se les realiza una evaluación integral y se valora si son tributarios de rehabilitación o no. En caso

de serlo, se indica y realiza tratamiento con agentes físicos y reeducación muscular con ejercicios específicos.

Conclusiones parciales

Una vez culminada la revisión teórica, donde se hizo referencia a las principales conceptualizaciones relacionadas con la calidad de vida, electroestimulación, láser y ejercicios de Kegel, para a partir de aquí proponer la elaboración de una estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores. Los principales fundamentos abordados en el capítulo tienen un alto nivel de pertinencia y sistematización, constituyendo una gama de referencias clásicas relacionadas con el tema que se investiga.

CAPITULO 2. DIAGNÓSTICO Y ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA LA REHABILITACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ADULTAS MAYORES

Se realiza, en este capítulo, el diagnóstico inicial de la investigación y derivado de este se elabora la estrategia terapéutica. La propuesta se basa en las perspectivas teóricas referidas en el capítulo uno, fundamentalmente en cuanto a las principales conceptualizaciones sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria, a partir de la caracterización del objeto de estudio, se tomaron como referencia un grupo de investigaciones relacionadas con la problemática planteada y la experiencia de la autora de este estudio.

2.1- Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, con diseño experimental, de tipo transversal. La descripción de las características específicas de las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.

2.1.1- Contexto de la investigación

Se desarrolló en el Hospital Provincial Dr. "Gustavo Alderegúa Lima", perteneciente a la Provincia de Cienfuegos, en el periodo de enero a junio de 2019, con enfoque la Rehabilitación basada en la comunidad.

Actualmente esta institución cuenta con cincuenta y tres departamentos, su misión consiste en satisfacer las demandas de atención médica especializada del pueblo y contribuir a la formación y la superación continuada de los recursos humanos necesarios para ello; reconociendo que la satisfacción de la población es el valor más importante a cultivar y la calidad total es la mejor estrategia para conseguirlo. En tanto su visión se resume en lograr que los cienfuegueros se sientan satisfechos, seguros y confiados de su hospital, adelantarse a la tecnología, lograr que las demás instituciones y autoridades sanitarias del país identifiquen al hospital como un centro de excelencia para su nivel de atención y tipo de institución, que todos reconozcan a sus trabajadores como un colectivo profundamente humano y comprometido, que atesora la energía e inteligencia necesarias para mejorar continuamente lo que hace.

2.1.2. Muestra y caracterización

La investigación se llevó a cabo de Enero a Junio del 2019, en el Hospital Provincial Dr. "Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. La selección de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio simple al azar, con la participación de 73 adultas mayores, como criterio de selección se consideró que fueran atendidas en la consulta multidisciplinaria de suelo pélvico que sesiona en el servicio de rehabilitación de la mencionada institución.

Criterios de inclusión

Se excluyeron las mujeres adultas mayores que no tuvieran la patología certificada por la consulta multidisciplinaria de suelo pélvico.

Criterios de exclusión

Adultas Mayores que no tuvieran la patología certificada por la Consulta Multidisciplinaria de Suelo pélvico.

2.1.3. Obtención de la información

La principal fuente de datos fue el análisis de la bibliografía especializada sobre el tema investigado, el empleo de métodos empíricos de investigación, entre ellos: encuestas, revisión de historias clínicas, cuestionarios, Grupos de discusión y triangulación de métodos para obtener regularidades, así como la experiencia de la investigadora (más de veinte años en la actividad de Rehabilitación), lo que permitió recopilar la información suficiente para dar solución al problema de la investigación.

2.1.4. Actualidad

Este estudio se encuentra insertado en la Estrategia La Rehabilitación basada en la comunidad, que ejecuta el Servicio de Rehabilitación del Hospital Provincial "Gustavo Aldereguía Lima", de Cienfuegos, insertado en el Proyecto Ramal de Rehabilitación del Suelo pélvico en mujeres adultas mayores.

2.1.5. Aspectos éticos

Durante el proceso de investigación se consideraron como aspectos éticos los relacionados con: anonimato, confidencialidad de la información, consentimiento informado, voluntariedad de los seleccionados para participar en el estudio y el conocimiento de la institución.

2.1.6. Consentimiento informado

Para la realización del presente estudio se obtuvo el consentimiento informado de los decisores que asumen el trabajo con las adultas mayores seleccionadas,

a las cuales se les notificó con antelación los intereses y alcance de la investigación y se les presentó al investigador.

Se logró el consentimiento informado de las adultas mayores incluidas en la muestra seleccionada, por cuanto se les solicitó su colaboración voluntaria y se les garantizó que no se divulgarían datos personales ni otra información de carácter individual, además de explicarles, de manera clara y sencilla, los objetivos.

2.2. Diagnóstico Inicial

Según Mancera (2013), el diagnóstico es un proceso que permite analizar la realidad para conocerla profundamente en su totalidad o aspectos significativos de ella con el fin de descubrir posibles soluciones o tomar decisiones sobre las distintas alternativas que se presentan.

Según lo referido anteriormente se realizó un diagnóstico inicial sobre la Incontinencia Urinaria, se consideró la aplicación de diferentes técnicas de investigación científica y sus resultados, entre ellas: análisis de documentos, cuestionario con especialistas de Rehabilitación, Urología, Ginecología, Licenciados en Rehabilitación y grupos de discusión.

Posteriormente los resultados se triangularon para obtener una visión amplia del problema de investigado y determinar las acciones confiables, que permitieran un análisis profundo y diversificado para proponer una estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

2.2.1 Análisis de documentos (Anexo 1)

Se emplearon las técnicas: búsqueda bibliográfica y documental que facilitó el manejo de la bibliografía y la aproximación a los referentes teóricos que sustentan la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores, además se analizaron con profundidad tesis de maestría y doctorales que permitieron la aplicación de la estrategia terapéutica.

Se examinaron 96 historias clínicas, al culminar el análisis de las mismas se detectó que no existía continuidad en el tratamiento rehabilitador de las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.

2.2.2 Cuestionario a Licenciados en Terapia Física y Rehabilitación (Anexo 2)

La utilización de esta técnica tuvo como objetivo: Conocer el nivel de preparación de los terapeutas en cuanto a la rehabilitación de la Incontinencia

Urinaria en mujeres adultas mayores. Para su aplicación se tomó una muestra de 43 Licenciados en Terapia Física y Rehabilitación, para un muestreo de tipo intencional. Se consideraron como criterios de selección que estuvieran vinculados al tema de investigación, experiencia profesional, desempeño, e interés en participar en el estudio.

Para su elaboración se consideró la investigación realizada por Laycock, J. (2003), en su Tesis Doctoral. La autora de esta investigación realizó algunos ajustes adaptados a su contexto, mantuvo la esencia de la técnica y precisó en consultas con especialistas, de experiencia en rehabilitación, relacionados con la Incontinencia Urinaria. Se presentó, para su análisis, la elaboración del mismo y opinaron, que el cuestionario elaborado era válido, se ajustaba a la investigación, poseía pertinencia y actualidad.

El cuestionario constó de preguntas directas coincidentes con el interés de la investigadora y combinado con preguntas cerradas y abiertas que delimitaron las variantes previstas por la autora y contribuyeron a complementar la visión y opinión sobre el tema. Lo anteriormente mencionado permitió concluir que:

- 78% de los especialistas en Terapia Física y Rehabilitación califica el nivel de preparación sobre la Incontinencia Urinaria, como que solo lo dominan y el 22% desconoce la forma de realizarlo.
- 86% reconoce la importancia de poseer conocimientos sobre Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.
- 100% considera que el estado de preparación sobre el tema no es adecuado, aun persisten dificultades en su tratamiento en la Atención Primaria de Salud.
- 62% considera que no han participado en los últimos cinco años en actividades teórico- prácticas donde se aborden formas de tratamientos para la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

A manera de conclusión se señala que los terapeutas consideraron, en sentido general, que se presentan dificultades en cuanto a su preparación sobre cómo planificar tratamientos de forma coherente y organizada que ayuden a mejorar esta dificultad en las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria, lo que propició un intercambio de ideas entre ellos y opinaron que sus planteamientos contribuirían a mejorar la aplicación del tratamiento rehabilitador mediante una estrategia terapéutica.

2.2.3 Entrevista individual a mujeres adultas mayores (Anexo 3)

El éxito de esta técnica radica en la comunicación personal, en el vínculo que se establezca persona a persona. Lopes et al. (2013), consideran algunos elementos para planificar una entrevista, analizados, adaptados y que se explican a continuación.

- Adecuada selección del contenido, estructuración correcta de las preguntas, insistir en las abiertas.
- Crear un clima favorable y lograr que la persona se sienta cómoda.
- Realizar una adecuada orientación, tanto en el marco de la entrevista como en el contenido de la misma.
- Propiciar una comunicación apropiada, llevar siempre planificadas las preguntas, con cierta flexibilidad, nunca caer en la improvisación.
- La conversación no sigue un esquema rígido de desarrollo, razón por la cual, es posible retroceder, retomar temas ya tratados.
- Mantener la conversación con incentivos que garanticen e incrementen la motivación, el interés y la participación espontánea.
- La amistad no debe interferir en el carácter profesional de la entrevista.
- Relación amistosa entre entrevistador y entrevistado.
- En algunos momentos es necesario cambiar de actividad, para luego retomar la misma.
- Concretar progresivamente la conversación para obtener datos cada vez más reveladores, más significativos.

Durante el desarrollo de la entrevista el entrevistador juega un papel fundamental, pues debe intervenir de forma tal que oriente o influya en la respuesta del entrevistado. Se trata de una forma de sugestión, la mayoría de las veces de forma inconsciente, tanto por parte del entrevistador como del entrevistado.

Su punto de partida es una conversación entre el sujeto investigado y el entrevistador. Para efectuarlo se generó una metodología que incluye: parte inicial, desarrollo apropiado y cierre. Por el tipo de estudio se elaboró un guión.

Pasos del guión

- . Explicar el propósito de la entrevista
- . Lectura de los resultados de cada técnica
- . Explicación de dudas o inquietudes con respecto a los resultados
- . Aclaración de dudas e inquietudes

Recomendación de acciones concretas en relación con los resultados

- No existen tratamientos de electroterapia que se ajusten a la Incontinencia Urinaria.
- No se realizan tratamientos de láser para la Incontinencia Urinaria.
- No se realizan ejercicios encaminados para fortalecer la musculatura del suelo pélvico.
- No se poseen protocolos de actuación para la rehabilitación de la incontinencia urinaria.

2.2.4 Grupos de discusión (Anexo 4)

Este método de investigación se aplicó en reuniones con grupo de personas (diez a quince participantes) del Servicio de Rehabilitación del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, la participación de: siete Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, tres Residentes de tercer año en Medicina Física y Rehabilitación y cinco Licenciados en Terapia Física y Rehabilitación, entre una y dos horas. Se estableció entre ellas una conversación sobre el tema investigado, moderada por la investigadora, no se juzgó, se privilegió la escucha y se trabajó sobre la discusión.

Tema de discusión. Estado de preparación sobre la rehabilitación de mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.

- Se reconoció la falta de preparación, en algunos casos, sobre la aplicación del tratamiento rehabilitador para las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.
- Aunque se realizan las actividades científico- metodológico, sobre la Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria, se aprecian insuficiencias en la calidad de los tratamientos.
- No existía una consulta interdisciplinaria para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria.
- No existían tratamientos de rehabilitación donde se utilizaran agentes físicos.
- Ausencia de la aplicación de ejercicios de Kinesioterapia.

Se consideró por el 100% del grupo de discusión que existen puntos clave para la retención aguda de la orina, manifestado como incontinencia urinaria, delirium o deterioro funcional. Entre sus aspectos están:

- que el rehabilitador domine la cantidad de derrame de orina.
- conocer que siempre es patológica y no un cambio normal de la edad.

- dominar que las causas agudas y reversibles son las más frecuentes.
- descartar siempre como causa obstructiva en el hombre que se presente antes de iniciar tratamiento.
- conocer que la retención aguda de la orina no es causa siempre de la incontinencia urinaria.

El debate con el grupo de discusión resultó provechoso, con una amplia participación de los seleccionados y sobre todo, por el aporte significativo al tema de investigación.

2.2.5 Triangulación

Para, Leriche, (2010), el principio básico de esta técnica consiste en recoger y analizar datos desde distintos ángulos para compararlos y contrastarlos entre sí. La misma adopta diferentes formas, de ellas se utilizó la triangulación metodológica debido a la aplicación de diferentes métodos para contrastar los resultados del diagnóstico y estructurar las acciones a desarrollar y su contenido.

El análisis de la información obtenida en el proceso investigativo determinó las regularidades.

- Los documentos que norman las actividades relacionadas con la Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria declaran las formas de realizar la misma, pero no se realizan los ejercicios con sistematicidad.
- Existen limitaciones, en algunos casos, en los análisis sobre la Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria.
- Aunque se reconoce la necesidad de la Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria se aprecia déficit, por los especialistas en Terapia Física Rehabilitación, sobre cómo realizar la aplicación de estos tratamientos.

Se realizó una triangulación metodológica, la cual consistió en la contraposición e integración del análisis de documentos, cuestionario con Licenciados en Terapia Física y Rehabilitación, entrevista individual a mujeres adultas mayores y el grupo de discusión, para elaborar las conclusiones. Los análisis anteriores brindaron la posibilidad de presentar la estrategia terapéutica.

2.3 Estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores

2.3.1 Introducción

La estrategia terapéutica para pacientes con Incontinencia Urinaria, se basa en un programa de ejercicios, electroterapia y láser para corregir trastornos causados por disfunciones de los músculos pelvianos. Para su aplicación se tuvo en cuenta mantener los objetivos creado por Kegel en su manual, desde el punto de vista fisiológico y como programa de ejercicios, se seleccionaron aquellos de acuerdo a este manual además de enriquecerlo con experiencias del contexto.

2.3.2 Fundamentación

El término estrategia se utilizado con frecuencia por parte de profesionales de diversos campos y esferas de actuación. Las tendencias actuales manifiestan la necesidad de intervenir mediante programas, con anticipación al surgimiento de los problemas. Según Aubrey (1982 citado por Rodríguez 2009) una estrategia terapéutica es un plan o sistema bajo el cual una acción esta dirigida a la consecución de una meta, este tipo de intervención permite sistematizar y comprender la acción que se quiere llevar a vías de hecho basada en esfuerzos cuidadosamente planificados, comprensivos y sistemáticos para lograr objetivos claramente articulados con el fin de responder a las necesidades detectadas y que ameritan la intervención.

No obstante, es necesario sustentarla en principios teóricos, objetivos y normas de actuación que le proporcionen sentido. Lo que queda claro es que toda concepción de una estrategia terapéutica implica una propuesta sobre qué y cómo enseñar, aprender y evaluar el protagonismo de los sujetos implicados en la solución de problemas detectados en la praxis social.

Los avances científicos y tecnológicos repercuten en las transformaciones sociales y los problemas persistentes en el tema que se investiga, lo que evidencia, cada vez más, la pobre sistematización de la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

Estos elementos justifican la necesidad de activar el desempeño de las Instituciones que desarrollan salud pública en aras de precisar los objetivos fundamentales sobre los que debe influir la preparación de los profesionales para cumplir con una determinada tarea social.

El análisis anterior devela la importancia de concebir con un enfoque Rehabilitador una estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores. Estos planteamientos

conllevaron a realizar, en un primer momento, un estudio de regularidades sobre la Incontinencia Urinaria, en particular el uso de las estrategias terapéutica como vías para la solución de la problemática planteada.

Dicho análisis permitió arribar a una aproximación metodológica para el diseño de la estrategia según el resultado del diagnóstico y los fundamentos teóricos analizados, basado en el proceso de rehabilitación, el cual constituye el referente fundamental en el sentido de que se forman profesionales capaces de recibir, impulsar, disfrutar el progreso científico técnico y una actitud ante la vida de amor al ser humano.

Entre otros aspectos sirvieron de fuentes para la elaboración de la estrategia terapéutica:

- La política de Salud Pública del Estado para la atención social, sin la cual ningún proyecto fructifica.
- El carácter interdisciplinario de los fundamentos de diferentes ciencias como base teórica: la pedagogía, la sociología, la filosofía, la psicología, y las ciencias biológicas.

Muchos autores se han referido a la necesidad de tener en cuenta los fundamentos de las ciencias particulares.

Para la elaboración de la estrategia terapéutica se utilizó, como método principal, el sistémico estructural, que fue aplicado al objeto de estudio y al campo de acción, para determinar la estructura, los componentes y la metodología de la estrategia terapéutica.

Permitiendo establecer una relación entre estos componentes. “el enfoque estructural -funcional atiende a la estructura del objeto dado por el conjunto ordenado de elementos y relaciones del mismo, encaminado a lograr su funcionamiento”. (Rodríguez, 2009)

La atención rehabilitadora se realiza en tres modalidades, una basada en las instituciones, otra institucional con extensión a la comunidad y la rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Esta última es una estrategia de la atención primaria de salud para disminuir el impacto de la limitación por medio de la ampliación de coberturas para la integración social y ocupacional del discapacitado.

En tal sentido, International Continence Society (2006). sostiene que “ningún método terapéutico por separado puede garantizar la recuperación y el total restablecimiento de la capacidad de trabajo”; a partir de esta perspectiva se sustenta el concepto de Rehabilitación Física Integral referido al empleo selectivo de métodos terapéuticos como la cirugía, radioterapia, dietoterapia, farmacoterapia, fisioterapia y logopedia.

La rehabilitación de mujeres adultas mayores, debe dejar explícita la concepción psicosocial que debe tener el proceso, de modo que permita a la adulta mayor conocer sobre su propia rehabilitación, las relaciones entre dichos conocimientos y entre los sujetos participantes y la voluntad de los pacientes y rehabilitadores e incluso de la familia,. Este constructo se obtiene al intentar clarificar por aproximación teórica más que redefinir; ordenando los indicadores de operacionalización que emanan del diagnóstico de las necesidades.

La ausencia de una concepción identitaria del proceso rehabilitador de mujeres adultas mayores en el contexto de la rehabilitación condicionan abordajes superficiales, pues al moverse la rehabilitación por varias tendencias teóricas, el rehabilitador debe transferir desde lo establecido para las adultas mayores; adoptando los resultados empíricos más positivos y que mejor funcionen en sus pacientes por lo que en última instancia se transita del mecanicismo al pragmatismo.

La concepción de la rehabilitación debe trascender a una proyección social del individuo sobre la base de sus premisas biológicas, por lo que han servido de fuentes, importantes ideas de autores como López (2013), que destaca: la rehabilitación de mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria, constituye un proceso global y continuo, que a partir de la contextualización de necesidades, permite la integración de la unidad cognitivo-afectivo-motriz y de actitud en la relación dialógica rehabilitador-adulta y a través de la orientación educativa desarrolladora potencia la creatividad, la vivencia y la mutua responsabilidad.

Clasificación de la estrategia

La estrategia presentada se clasifica como estrategia terapéutica. La autora de la presente investigación utiliza este concepto porque responde a las necesidades investigativas.

Estrategia terapéutica. Constituye un proceso de toma de decisiones conscientes e intencionales en las cuales el rehabilitador elige y recupera de manera coordinada, las acciones terapéuticas que necesita para cumplimentar una determinada demanda, un objetivo, depende de los aspectos externos e internos del proceso y de la situación en que se produce la acción.

Aspecto externo. Atiende a las condiciones Terapéuticas Organizativas del proceso para propiciar las transferencias rehabilitadoras, toma en cuenta el entorno a través de las acciones que se planifican por etapas y la aplicación del Programa de ejercicios que se proponen para corregir la Incontinencia Urinaria.

Aspecto interno. Atiende a la disminución del estrés en el adulto ante la situación de la patología que se presenta, al uso integral del cerebro y la aceleración de los procesos mentales lo cual responde a la dimensión psicológica en mujeres adultas mayores.

2.3.3. Presentación de la estrategia terapéutica

Consta de tres etapas: Evaluación Inicial, aplicación del programa rehabilitador y evaluación final.

Objetivo General. Contribuir a la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en las mujeres adultas mayores.

- Primera Etapa.

Evaluación Inicial.

Acciones

La comunicación es una forma de relación interpersonal, por lo que es muy importante en esta fase la interacción humana Rehabilitador- paciente- familia y establecer una adecuada comunicación informativa y afectiva que posibilite obtener la mayor cantidad posible de datos para una eficiente intervención.

El Rehabilitador debe cumplir las siguientes acciones para la entrevista médica.

a) Escuchar y preguntar: es importante que la Adulta Mayor con Incontinencia Urinaria, por sus características psicológicas, se sienta libre para contar problemas y limitaciones. Se establecerán: edad, tiempo de evolución de los síntomas, enfermedades asociadas y se explicarán las características de la sintomatología, principales dificultades que pueden presentarse, importancia del ejercicio físico para evitar la progresión y la estrecha relación que debe existir entre rehabilitador- paciente- familia para una mayor efectividad de la estrategia terapéutica

b) Observar y examinar: según la información brindada, el Rehabilitador examinará al paciente y aplicará la escala de diario miccional para evaluar la micción. Se explicará al paciente qué se realiza y por qué.

c) Identificar el problema: se identifican las principales dificultades miccionales para determinar sobre qué trabajar.

d) Decidir el camino: el rehabilitador precisa las acciones (programa) y explica siempre al paciente qué, cómo y para qué se realizará.

- Segunda Etapa. Aplicación del programa rehabilitador.

Acciones

Desarrollo:

- Ejercicios de Kegel, basados en contracciones de la musculatura pubococcígea, desarrollados en varias posiciones.

- Electroterapia exitomotriz de media frecuencia, frecuencia básica de 2000 HZ, frecuencia de barrido 100-250 cc, método tetrapolar durante 20 mtos.

- Láser Mona Lisa Touch de media potencia intracavitario

Descripción de las acciones

Programa de ejercicios de Kegel

Ejercicio # 1: Contracciones largas

Posición: Colocarse en decúbito supino o lateral con las piernas separadas y el tórax relajado.

Ejercicio: Elevar el suelo pelviano. Notar la presión cuando se contrae el esfínter y el conducto interno se estrecha y se tensa. Centrarse en la parte central del suelo pelviano donde el esfínter principal rodea la vagina y la uretra. Inicialmente mantener durante 10 segundos y después relajar por completo. Tratar de relajar un poco más, liberar cualquier tensión residual. Repetir 2 ó 3 veces, relajar y repetir, finalizar siempre con una contracción.

Ejercicio # 2: Contracciones rápidas

Posición: Colocarse en decúbito prono o en lateral, con las piernas separadas y el tórax relajado.

Ejercicio: Elevar el suelo pelviano. Notar la presión cuando se contrae el esfínter y el conducto interno se estrecha y se tensa. Centrarse en la parte

central del suelo pelviano donde el esfínter principal rodea la vagina y la uretra. Inicialmente mantener durante 2 a 3 segundos y después relajar por completo, tratar de relajar un poco más, liberar cualquier tensión residual. Repetir 2 ó 3 veces, relajar y repetir. Terminar siempre con una contracción.

Ejercicio # 3: El elevador

Posición: Adoptar cualquier posición, aunque al principio es más fácil en decúbito lateral.

Ejercicio: Imaginarse que se está en un ascensor en el primer piso. Al igual que se sube cada piso, elevar cada vez un poco más los músculos del suelo pelviano. Cuando se llegue al límite, no relajar, sino descender poco a poco, relajar el suelo pelviano por etapas. No contener la respiración, soplar con los labios fruncidos. Sentir como los músculos del periné se contraen. Se termina el ejercicio cuando el suelo pelviano llega hasta el suelo.

Ejercicio # 4: Gimnasia hipopresiva

- Falsa inspiración torácica

La adulta mayor, colocada en bipedestación, apoyada hacia delante o sentada, la columna debe estar elongada. Debe realizar inspiraciones y espiraciones de forma relajada, sostener el aire, primero soltar el aire, vaciar los pulmones hasta bloquear la entrada de aire por la nariz y la boca. A continuación, hacer como si se quisiese realizar una inspiración, pero sin tomar aire, dejar que las costillas se abran y sentir como se introduce el abdomen, al mismo tiempo, intentar alejar los codos del cuerpo y elongar la columna como si ésta fuera una cuerda que se quisiera estirar

La adulta mayor sentada en una silla, con las manos apoyadas a ambos lados del cuerpo y las piernas estiradas. Durante el tiempo espiratorio mantener la contracción del suelo pélvico, elevar el tronco hasta que el cuerpo quede totalmente alineado y separado de la silla. Inspirar de forma relajada mientras se vuelve a la posición inicial.

- Elevación de la pelvis en retroversión

La adulta mayor debe estar colocada en decúbito supino, con rodillas flexionadas, los pies apoyados y los brazos por encima de la cabeza. Se

realizará durante la espiración, elevar la pelvis y al mismo tiempo realizar su retroversión y la contracción del suelo pélvico. Intentar alargar el ejercicio el máximo tiempo posible.

- Otras variantes del ejercicio

La adulta mayor debe estar acostada de forma lateral, con un brazo debajo de la cabeza y el otro delante del pecho. Realizar una espiración, cruzar la pierna derecha, enfrente del cuerpo, realizar una elevación de la pierna izquierda y al mismo tiempo una contracción del suelo pélvico.

La adulta mayor, en posición bípeda sostenida en una silla por delante. Debe realizar una espiración, elevar una de las piernas, contraer el suelo pélvico, intentar realizar el ejercicio el máximo tiempo posible. Se realizará con ambos miembros inferiores.

Posición inicial: La adulta mayor acostada de forma lateral, con un brazo debajo de la cabeza y el otro delante del pecho.

Movimiento: Realizar una respiración, cruzar la pierna derecha, enfrente del cuerpo, realizar una elevación de la pierna izquierda y al mismo tiempo una contracción del Suelo pélvico.

- Ejercicios de despegue

Posición inicial: La adulta mayor colocada en decúbito prono con los antebrazos a la altura de los hombros.

Movimiento: Durante la espiración y mientras se contrae el Suelo pélvico, elevar la pelvis hasta que quede alineada con los miembros inferiores.

Posición inicial: La adulta mayor en posición cuadrúpeda.

Movimiento: Durante la espiración y mientras se contrae el Suelo pélvico, elevar el tronco separar las rodillas del suelo.

Posición inicial: La adulta mayor colocada en decúbito prono.

Movimiento: Durante la espiración y mientras se contrae el Suelo pélvico, elevar el tronco y despegar un miembro inferior del suelo, tomar como puntos de apoyo las manos y el pie contrario.

Electroterapia

Aunque se trata de una técnica usada desde hace años para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria, la valoración de la literatura a este respecto es difícil; en primer lugar, por la ausencia de bases fisiológicas probadas en su método de actuación, y en segundo lugar por la falta de consenso en cuanto a los protocolos usados. El objetivo de la estimulación eléctrica es, según su indicación, mejorar la funcionabilidad del suelo pélvico en la Incontinencia de esfuerzo, e inhibir la hiperactividad detrusoria en la de urgencia. Los equipos actuales permiten una amplia variedad de parámetros de estimulación: tipo de corriente, morfología de la onda, frecuencia, intensidad, localización de los electrodos, etc. En nuestro caso se trató de un equipo Phisiomed.

Se indica en Incontinencia Urinaria en aquellos casos en que las mujeres presentaban incapacidad para la contracción perineal voluntaria; y, por lo tanto, la rehabilitación tradicional es ineficaz.

Corrientes combinadas/Interferenciales

Son la mezcla de dos tipos de corrientes: Combinación de corriente galvánica + corriente farádica: Corriente de Waterville. Combinación de dos corrientes alternas de media frecuencia. Esto es lo que llamamos corrientes interferenciales para lo que es necesario usar 4 electrodos. Las corrientes interferenciales (también llamadas nemectrodímicas) pueden aplicarse de dos modos: interferencia estable: dos electrodos y pasa corriente entre los dos electrodos fijos; o interferencia cinética: es un sistema de electromasaje.

El principal efecto es el exitomotor, aunque también tiene un efecto analgésico. Dicha analgesia puede obtenerse de manera secundaria, por ejemplo, la corriente galvánica al producir hiperemia puede mejorar el dolor y a veces directamente con las corrientes de Traebert, de Leduc y las diadinámicas que son las más analgésicas de las corrientes variables.

La contracción muscular por efecto exitomotor va a seguir la ley del todo o nada, es decir una fibrilla muscular o se contrae completamente por la acción de la corriente eléctrica, o no se contrae en absoluto. Esto va a depender principalmente de los siguientes factores:

Corriente interferencial de media frecuencia, exitomotriz cuando se usan 2 corrientes alternas de frecuencia media, una con frecuencia fija de 2000 HZ y

otra de 2100 y 2250. En el punto donde se cortan aparece una nueva corriente alterna de frecuencia baja con amplitud modulada, esta (AMF) es la diferencia de frecuencia de ambas corrientes. Tetrapolar, con vector de barrido y corriente constante.

La adulta debe acostarse en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas, se colocan los electrodos en la sínfisis púbica y en los puntos de Vallex. Caputo, R.M.; Benson, J.T.; McClellan, E. 1993.

Láser

Casi la mitad de la población femenina mayor de 50 años padece Incontinencia Urinaria, una patología que suele aparecer en mujeres con menopausia. Se caracteriza por adelgazamiento de la pared vaginal y los síntomas principales que son sequedad vaginal, picor, molestias e incluso dolor durante las relaciones sexuales.

Ahora llega desde Italia un nuevo láser CO₂ que promete ser la solución más revolucionaria para recuperar la funcionalidad de la zona vulvo vaginal tras la menopausia y los partos. Se llama Mona Lisa Touch, un láser de CO₂ fraccional diseñado específicamente para este tipo de trastornos causados por el paso de los años y los partos.

Este láser es capaz de transmitir energía a través de un pulso especialmente diseñado para esta zona, siempre teniendo en cuenta las características de la zona vaginal. Con sus distintas piezas se consiguen dos efectos, vaporización, con un pico de alta energía constante que logra una rápida y suave ablación superficial del tejido epitelial atrofiado, y coagulación, logrando un efecto térmico, mínimo y localizado para que las paredes vaginales se contraigan de inmediato con el fin de estimular la síntesis de un nuevo colágeno y la regeneración de los tejidos.

Al rejuvenecerse, la vagina se hidrata y los tejidos recuperan la tonicidad y firmeza. El recambio natural de las células epiteliales se estabiliza y se restablecen las condiciones naturales para la formación de lactobacilos, el PH disminuye y se vuelve a activar la barrera ácida contra los organismos patógenos. Así, la mucosa se regenera y se recuperan las funciones fisiológicas perdidas con los años (Delitto & Snyder, 1990).

La duración del tratamiento suele ser de entre una y tres sesiones, de 15 minutos cada una, dependiendo de cómo vea el ginecólogo la situación, y se realiza de forma ambulatoria, es indoloro y sin efectos secundarios importantes. En muchos casos, ya no es necesario ningún tratamiento de recuerdo pasado ese año si se siguen las recomendaciones del especialista.

- Tercera Etapa.

Evaluación Final.

Acciones

- Comparación de los resultados iniciales con los resultados después de aplicada la estrategia.
- Análisis conjunto con el paciente y la familia sobre qué se ha resuelto y qué falta por resolver.
- Recomendaciones para continuar tratamiento en las Salas de Rehabilitación de la comunidad.

Conclusiones Parciales

La estrategia terapéutica propuesta está conformada por tres etapas: evaluación inicial, aplicación del programa rehabilitador, evaluación final y un conjunto de acciones estructuradas coherentemente que posibilitan su aplicación las cuales no son fijas, pueden ser enriquecidas a partir de la reflexión y la práctica del colectivo de especialistas que participaron en su elaboración, por lo resulta necesario promover la discusión grupal entre los mismos para lograr el intercambio de opiniones que permitirán su valoración, principales logros e insuficiencias que necesiten mayor atención.

CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA MUJERES ADULTAS MAYORES CON INCONTINENCIA URINARIA

El capítulo ofrece la caracterización de los expertos seleccionados y se expresan los resultados obtenidos en: la valoración de la propuesta mediante el criterio de estos con el Método Delphi, el test diario miccional, los grupos de discusión, la encuesta de satisfacción; se explica la contribución de esta investigación así como la experiencia personal de la investigadora.

3.1- Caracterización de los expertos

La metodología utilizada para la obtención del criterio de expertos, responde a lo planteado por Cortés (2005), quien pondera el valor de estos como fuente de pronóstico. Se seleccionaron: quince expertos pertenecientes al Hospital Provincial Dr. "Gustavo Aldereguía Lima", Centro Ambulatorio Especializado de Cienfuegos "Héroes de Playa Girón" y Áreas de Salud 2 y 3, correspondientes al municipio de Cienfuegos.

Para la selección de los expertos se tomaron los siguientes criterios:

- Años de experiencia laboral
- Experiencia en rehabilitación
- Evidenciar labor investigativa
- Formación académica

Se destaca la experiencia de los mismos como Licenciados en Rehabilitación Física, con destacada trayectoria e interés en el tema, de ellos: 7 poseen más de 10 años de experiencia; 6, más de 15 y 2, más de 25 años de experiencia.

Se consideró en los 15 expertos seleccionados conocimientos y argumentación suficientes para un coeficiente de competencia alto. El coeficiente k de todos en forma global es cercano a 1.

3.1.1 Valoración teórica de la estrategia terapéutica. Criterio de expertos (Anexo 5)

Esta técnica permitió recopilar la información de los expertos que conformaron un grupo de trabajo con características de heterogeneidad y elevados conocimientos sobre el tema. Facilitó que mismos emitieran sus opiniones sin saber lo que otros colegas opinaban y se llegó a un consenso de ideas, reflexiones y criterios que incidieron en la mejora de la problemática planteada. La técnica aplicada se basó en la utilización sistemática e interactiva de juicios

del grupo de expertos hasta llegar a un acuerdo. En la selección de los expertos se tuvo en consideración la competencia del experto sobre el tema, esta se midió a partir de obtener el coeficiente K (coeficiente de competencia del experto) mediante la siguiente expresión: $K = \frac{1}{2} (Kc. + Ka)$

Donde

Kc. – Coeficiente de conocimiento del experto sobre el tema

Ka – Coeficiente de argumentación del experto sobre el tema

Al precisar la información recogida se obtuvo que el coeficiente de competencia (K) de los expertos es del orden de 0.95 y se establece que cuando K se encuentra entre los valores de 0.8 y 1 ($0.8 < K < 1$), es confiable la selección realizada. Por tanto, el resultado de 0.95 corroboró que el coeficiente de competencia de los expertos es alto por lo que se procedió a la aprobación de 15 expertos (Anexo 6).

Posteriormente se procedió a seleccionar los criterios para la valoración teórica de la estrategia terapéutica, estos se tomaron por la experiencia de la investigadora como especialista en rehabilitación, poseer más de veinte años de experiencia, resultados satisfactorios en las evaluaciones docentes, trabajos científicos presentados relacionados con el tema, resultados docentes educativos y categoría docente. Estos permitieron conformar los criterios para que los expertos evaluaran la estrategia terapéutica.

CRITERIOS	
Coherencia	Existe relación en cada etapa, se corresponde con el objetivo general, los específicos, las acciones y orientaciones para su implementación.
Representatividad	Indica la medida en que las acciones están descritas y permiten su puesta en práctica.
Calidad Técnica	Se ajusta a las etapas de la rehabilitación basada en la comunidad; los ejercicios de Kegel, el láser, y la electroestimulación reúnen los fundamentos terapéuticos y profilácticos para mejorar la condición física saludable en la adulta mayor con la afección que se estudia.

Para ello se presentaron a los expertos ejemplares del cuestionario en tres rondas (Anexo 7). Cada experto se posicionó en la escala numérica que figura

junto a cada criterio y señaló con una X el valor estimado en la casilla correspondiente. Esta escala, con amplitud entre 0 y 1, está dividida en cuatro valores:

E S C A L A D E L I K E R			
1	0.75	0.35	0
ADECUADO	MEDIANAMENTE ADECUADO	POCO ADECUADO	INADECUADO

De la valoración realizada se calculó la congruencia entre las valoraciones, por lo que consideraron un índice de congruencia superior a 0.75, (Adecuado), no se evidenciaron modificaciones en la propuesta. Por ello, junto a la valoración respecto a la coherencia, representatividad y calidad técnica, permitió a la investigadora tomar una decisión avalada por la experiencia y conocimiento del colectivo de expertos consultado (Anexo 8).

Según los pasos anteriores se obtuvo el rayo numérico que indicó el cálculo de los intervalos de confianza de los criterios establecidos en la escala de Likert para la valoración de los expertos. Como resultado del rayo numérico se obtuvo que todos los criterios fueron ubicados por los expertos en la categoría más alta de Muy Adecuado, valores muy superiores a -1.74.

Realizados todos los pasos correspondientes al método Delphi, se llegó a las siguientes conclusiones:

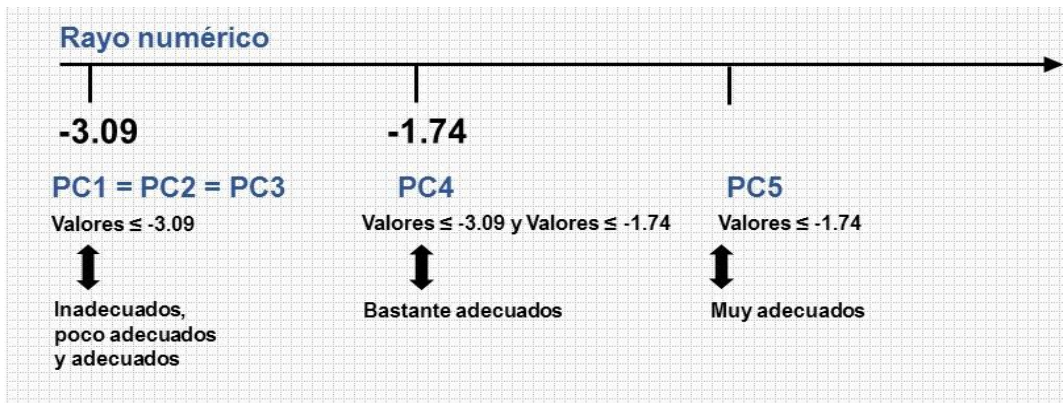
- Los puntos de corte obtenidos son:

. PC1, PC2 y PC3: -3.09 corresponde a los criterios Inadecuados, Poco Adecuados y Adecuados.

. PC4 -1.73 y ≤ 3.09 corresponde a los criterios Bastante Adecuados.

. PC5 valores ≤ 1.74 corresponde a los criterios Muy Adecuados.

Como resultados del rayo numérico se obtuvo que todos los criterios fueron ubicados por los expertos en la categoría más alta de Muy Adecuado.



Como se aprecia, la Estrategia terapéutica se evalúa de Muy Adecuada, de acuerdo con los datos estadísticos obtenidos en el Método Delphi, lo que permite plantear que fue valorada satisfactoriamente y por tanto se posibilitó su aplicación.

Después de recopilar la información de los expertos, se decidió aplicar para su análisis el coeficiente de correlación Alpha de Cronbach que permitió evidenciar la confianza que ofrecían los resultados en aquellas características que benefician los fines de esta investigación pues resulta importante que los diferentes elementos de cada criterio evaluado estén cohesionados y con la mayor consistencia interna. Estos son los resultados observados en las variables de confiabilidad:

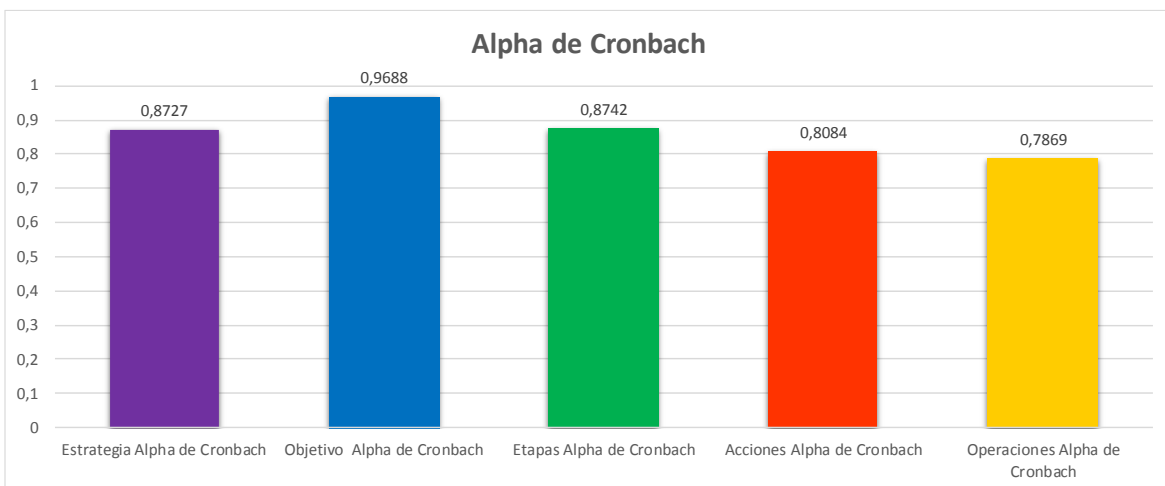


Figura 2: Resultado Alfa de Cronbach

Para culminar este proceso se estableció que los indicadores evaluados anteriormente gozan de un coeficiente de correlación de Alfa de Cronbach de 0,87.

3.2 Resultados de la valoración de la estrategia terapéutica a partir del Grupo de Discusión

Para valorar la estrategia terapéutica se seleccionaron 25 participantes en dos Grupos de discusión (Anexo 4) y el muestreo de tipo intencional, en la etapa enero- julio del 2019. La investigadora para su selección consideró la experiencia en el tema. El primer grupo estuvo conformado por 13 personas: 3 Especialistas en Fisiatría, 2 Licenciadas en Enfermería, 1 Licenciado en Podología y 7 Licenciados en Rehabilitación, de ellos: 8 mujeres (65%) y 5 hombres (35%). El segundo grupo lo constituyeron 12 personas: 5 especialistas en Fisiatría y 7 Licenciados en Rehabilitación, de ellos: 8 mujeres (68%) y 4 hombres (34%).

Para el desarrollo de cada uno de los grupos de discusión se procedió de la siguiente manera:

1. Un contacto previo para comunicarles a los participantes el objetivo de la actividad e informarles sobre los resultados que se proponen llevar a cabo con la estrategia terapéutica.
2. Al efectuar los grupos de discusión se contó con un 100% de asistencia de los integrantes.

En las valoraciones sobre la estrategia terapéutica se evidencia que:

En la etapa de evaluación inicial: se tuvo en consideración las vivencias, experiencias y reflexiones sobre los instrumentos y técnicas aplicados para conocer el estado actual de las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.

Se establece la comunicación en forma de relación interpersonal, por lo que es muy importante en esta acción la interacción humana entre el rehabilitador, el paciente y la familia, los que establecen una adecuada comunicación informativa y afectiva que posibilita la obtención de la mayor cantidad posible de datos para una eficiente intervención.

En la etapa de aplicación del programa rehabilitador, el especialista tendrá presente:

- Electroterapia exitomotriz de media frecuencia, frecuencia básica de 2000 HZ, frecuencia de barrido 100-250, cc, método tetrapolar durante 20 minutos.
- Láser Mona Lisa Touch de media potencia intracavitario.
- Ejercicios de Kegel, basados en contracciones de la musculatura pubococcígea, desarrollados en varias posiciones.

En la etapa de evaluación final, que fue la más discutida, específicamente en lo que respecta evaluar las acciones planificadas, se pudo apreciar que:

Se compararon los resultados iniciales con los resultados obtenidos. Se analizó conjuntamente con el paciente y la familia sobre qué se ha resuelto y qué falta por resolver.

Se dieron recomendaciones para continuar el tratamiento en las salas de rehabilitación. Se puso en evidencia las necesidades de sistematización en cuanto a las acciones propuestas de acuerdo a la etapa. En la discusión sobre la implementación se señaló como un aspecto esencial la preparación de los rehabilitadores, la bibliografía especializada y el acceso a la visualización de buenas prácticas, pues en general: la manera en que aquí se presenta no es común en la práctica.

3.2.1 Aplicación de la estrategia terapéutica

Se aplicó la estrategia terapéutica, en la etapa enero- junio del 2019. Se tomó como muestra a 73 mujeres adultas mayores, con muestreo de tipo aleatorio simple al azar. Participó el 100% de las consideradas en el estudio, que presentaran un grado de fuerza muscular mayor de 3, dos veces por semana durante seis semanas y mujeres que presentaran un grado de fuerza muscular menor a 3, tres veces por semana lunes, miércoles y viernes, durante doce semanas.

Además, en la aplicación se pudo demostrar que de las 73 adultas mayores que participaron en este estudio, un total de 45 féminas no presentaron pérdida urinaria, seguido por 21 las que refirieron poca pérdida, y solo dos continuaron afectadas por la diuresis abundante que, lo que se traduce que al aplicar efectivamente la estrategia terapéutica, se logró una disminución significativa de la Incontinencia Urinaria en las mujeres adultas mayores.

3.3 Procedimiento utilizado para la aplicación del test diario miccional.

Para alcanzar los objetivos de la investigación se aplicó el test diario miccional a las adultas mayores con pérdidas de orina, en una evaluación inicial y final.

Se tomó como referencia lo señalado en el libro *Bases de Uroginecología, diagnóstico y tratamiento*, el cual indica cómo evaluar las pérdidas de orina en adultas incontinentes. El test evalúa las evacuaciones de orina, las pérdida

involuntarias de la misma, si estas se deben a una actividad específica y, si la adulta utiliza protección, se indica la cantidad y el tipo.

Al valorar las cantidades de orina, se utiliza la siguiente escala: Poco, de 20-30 ml; Media, entre 60-80 ml y Abundante entre 150-170 ml. Si la adulta presenta goteo es medible en el rango de Poco, si el goteo es constante, pero no moja su ropa íntima completamente es valorado en Pérdidas medias y, si la adulta con las pérdidas moja en su totalidad la ropa se clasifica en Pérdidas abundantes.

3.3.1 Resultado de la aplicación del test diario miccional

Para la aplicación de esta técnica se seleccionó una muestra de setenta y tres mujeres adultas mayores, pertenecientes a la Consulta Multidisciplinaria del Suelo pélvico del Servicio de Rehabilitación del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, muestreo de tipo aleatorio simple al azar (Anexo 9).

El test tuvo como objetivo evaluar las evacuaciones de la orina (pérdida involuntarias, pérdidas por actividad específica).

Tabla 1. Diario Miccional aplicado a las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria. Se analizan los resultados obtenidos en las dos evaluaciones, inicial y final, para observar la evolución de la pérdida de orina, N=73.

Rango de Pérdida de Orina	Evaluación Inicial	Porcentaje	Evaluación Final	Porcentaje
Nada	-	-	45	61.6%
Poco	52	71.2%	21	28.8%
Medio	13	17.8%	5	6.8%
Abundante	8	11%	2	2.7%
Total	N=73	100%	N=73	100%

Fuente: Formulario de datos

Interpretación: En la tabla 1 se puede observar que en la evaluación inicial 52 (71,2%) mujeres presentaban poca pérdida de la orina, seguido por las que presentaron una pérdida media (17,8%); mientras que en la evaluación final un total de 45 (61,6%) féminas no presentaron pérdida urinaria, seguido por

las que refirieron poca pérdida con 21 (28,8%), pérdida media con 5 (6.8%) y solo dos (2,7%) mujeres adultas mayores continuaron afectadas por la diuresis abundante.

Además, los datos obtenidos desde el punto de vista estadístico, demuestran que existió una fuerte correlación negativa expresada en el coeficiente de correlación 0,775, lo que se traduce en que al aplicar efectivamente la estrategia terapéutica, se logró una disminución significativa de la Incontinencia Urinaria en las mujeres adultas mayores que formaron parte del estudio.

3.4 Técnica de Ladov. (Anexo 10). Encuesta de satisfacción aplicada a profesionales.

Para el desarrollo de la encuesta de satisfacción se tomó una muestra de 57 profesionales, se consideraron como criterios de selección: años de experiencia, resultados en las evaluaciones de desempeño y la docencia médica, muestreo aleatorio simple al azar. (Anexo 11)

El 100% de los seleccionados pertenecen al Servicio de Rehabilitación del Hospital Provincial Dr. "Gustavo Aldereguía Lima". Se aplicó a los profesionales al inicio del primer trimestre y al final del segundo trimestre del año 2019 (enero y junio), dada la importancia de conocer el nivel de satisfacción de los profesionales con la implementación de la estrategia terapéutica. Los resultados cuantitativos sobre el grado de satisfacción de los profesionales en los trimestres antes mencionados, aparecen a continuación:

- enero de 2019. De los profesionales seleccionados 48,8% declaró estar Claramente satisfecho; 28,1%, Más satisfecho que insatisfecho; 11,3%, Más insatisfecho que satisfecho; 11,8%, Claramente insatisfecho y 0%, No tengo criterio.

- junio del 2019. De los profesionales seleccionados 75,6% declaró estar Claramente satisfecho; 12,5%, Más satisfecho que insatisfecho; 5%, Más insatisfecho que satisfecho; 6,9%, Claramente insatisfecho y 0%, No tengo criterio.

Se pudo constatar que el nivel de satisfacción sobre la estrategia terapéutica por parte de los profesionales concentró el mayor porcentaje en el indicador Claramente satisfecho, además, en sus opiniones manifestaron el cambio

notorio en la rehabilitación de las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.

3.4.1 Técnica de Ladov. Encuesta de satisfacción, aplicada a mujeres adultas mayores . (Anexo 12).

Para la aplicación de la encuesta de satisfacción , se seleccionó el 100% de la muestra objeto de estudio: 73 mujeres adultas mayores, muestreo de tipo intencional, en el primer trimestre (enero) y al finalizar el segundo trimestre (junio) del año 2019. Se consideraron como criterio de selección: estar seleccionada para el estudio que se realiza y certificada por el equipo multidisciplinario de la Consulta de Suelo pélvico del Servicio de Rehabilitación, Hospital Provincial Dr. "Gustavo Aldereguía Lima".

Resultados porcentuales

Enero 2019

* De las adultas mayores el 75% declaró estar Claramente satisfecho, 19,2% Más satisfecho que insatisfecho, 5,8% Más insatisfecho que satisfecho, 0% Claramente insatisfecho y 0% No tengo criterio.

Junio 2019

* De las adultas mayores 92,3% declaró estar Claramente satisfecho, 7,7% Más satisfecho que insatisfecho, 0% Más insatisfecho que satisfecho, 0% Claramente insatisfecho y 0% No tengo criterio.

Se pudo constatar al final del segundo trimestre del año 2019, que los resultados del nivel de satisfacción de las adultas mayores sobre la aplicación de la estrategia terapéutica, se concentraron en claramente satisfecho.

A partir de la triangulación de los resultados de las distintas técnicas empleadas: criterio de expertos, test diario miccional, grupos de discusión con terapeutas, encuesta de satisfacción con profesionales de rehabilitación y adultas mayores, se llegó a las conclusiones explicitadas a continuación, sobre la aplicación de la estrategia terapéutica.

- Se evidenció la utilidad de la estrategia terapéutica elaborada para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria, la factibilidad para su aplicación y la conveniencia de continuar su utilización, extensiva al resto de las disciplinas y asignaturas de la profesión.
- Se manifestó la aceptación de las precisiones realizadas a la estrategia en el proceso de valoración.

- Se evidenció el cumplimiento de los propósitos particulares, como la consideración por parte de los profesionales de esta área de la ciencia, de las particularidades de las adultas con esta anomalía en la atención integral y la adquisición por estos de la concepción biopsicosocial, que preconiza el principio de la rehabilitación basada en la comunidad.

3.5 Contribución de la estrategia terapéutica

Los resultados demostraron los siguientes elementos:

- Dominio por los especialistas de los diferentes ejercicios que se pueden utilizar para la rehabilitación de las adultas mayores con Incontinencia Urinaria.
- La implementación de la estrategia terapéutica propició ganar en preparación en cuanto a la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria.
- Los resultados de los diferentes instrumentos aplicados demostraron que la Estrategia terapéutica contribuye a mejorar la calidad de vida en mujeres adultas mayores.

En la estrategia terapéutica se observó:

- Fundamentación de sus etapas y orden lógico en correspondencia con la problemática estudiada.
- Planificación de los ejercicios, la electroestimulación y el láser, que mejoran su condición de vida.
- Brinda información cualitativa y cuantitativa, precisa, relevante y oportuna, en función de su calidad de vida.

Se observó pertinencia en el estudio, manifestado en los diferentes aspectos.

- Su implementación se logró extender a otros sectores relacionados con el tratamiento de la Incontinencia Urinaria, lo que posibilitó uniformidad en su aplicación. A partir de las pautas denominadas en la estrategia como resultado científico, se incrementaron actividades de rehabilitación que abordan la patología estudiada.
- Se incentivó y promovió el desarrollo de investigaciones para el diseño e implementación de nuevas formas de tratamiento de la Incontinencia Urinaria como contribución de este estudio.
- Se reconoció que la Mona Lisa Touch, constituye la nueva terapia láser para la prevención y el cuidado del bienestar íntimo de las mujeres, se presenta, como la solución no quirúrgica y no farmacológica más eficaz para prevenir y tratar la atrofia vaginal y sus consecuencias.

3.5.1 Resultados de la experiencia personal de la investigadora

El análisis de la experiencia de la investigadora consideró su práctica como Licenciada en Terapia Física y Rehabilitación, desde el 1982, y especialista principal en el Departamento de Rehabilitación del Hospital Provincial “Gustavo Aldereguía Lima”.

Como profesora, la reflexión acerca de la experiencia previa en la docencia, la aplicación de la estrategia confirmó la necesidad de profundizar en el tema y desarrollar tareas asociadas a la elaboración de propuestas, desde los tratamientos que se presentan en la tesis.

Al asumir este proceso como una etapa de la investigación se orientó la atención a los aspectos esenciales como: pertinencia, factibilidad y viabilidad. El primero se asoció a la conveniencia de las decisiones que, desde el punto de vista estructural y funcional, se incluyeron en la estrategia; la factibilidad, a las evidencias de su posibilidad de aplicarla y modificar la realidad, mientras la viabilidad, está asociada a las condiciones para su implementación.

En principio se comprobó que los instrumentos de diagnóstico no incluían la intencionalidad de la estrategia para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria, por tanto, se definieron los ejercicios que forman parte de la estrategia en la segunda etapa. En este caso, se amplió la interpretación de los mismos para fortalecer la formación de otros especialistas desde esta perspectiva.

Los resultados evidenciaron que aún es necesaria la preparación de los rehabilitadores para enfrentar con veracidad y eficacia los tratamientos de la Incontinencia Urinaria, pues en la concepción que se promueve, no se incluye este referente como un criterio transversal, ni como específico para evaluar la preparación académica de los rehabilitadores, sobre el tema.

El trabajo realizado como profesora de Terapia Física y Rehabilitación, contempló un estudio comparativo, de la función del Suelo pélvico en la incontinencia y continencia en las mujeres postmenopáusicas, que menciona cómo las tasas de prevalencia de la incontinencia urinaria en las mujeres varían mucho, sin embargo, varios factores pueden contribuir al aumento de la prevalencia. Entre estos factores, la edad es uno de los más importantes, debido al envejecimiento natural de las fibras musculares, en el suelo de la pelvis, este proceso puede aumentar la incidencia de la interfaz de usuario con la edad y es más común en las mujeres.

Se señala, además, que la constancia en la aplicación del tratamiento y la realización de ejercicios específicos para cada musculatura pélvica favoreció el aumento de la fuerza muscular y por ende, la disminución de las pérdidas de orina.

Esta situación demostró que la estrategia en sí misma favorece en sus etapas que se fortalezcan los músculos perineos (estructuras que forman una parte muy funcional dentro del organismo), cada uno se entrelaza y forman una hamaca que sostienen a las estructuras pélvicas internas. Al estar situados en la parte inferior de la cavidad pélvica, deben estar fortalecidos para soportar carga.

La estrategia permitió solucionar los problemas descritos, con una terapia funcional, que incluye como medio físico electroterapia, láser y posteriormente diversos ejercicios especiales para el fortalecimiento de los músculos perineos y que a su vez disminuyen la hiperactividad de la vejiga, con la recuperación de las funciones perineales y la mejora del estado físico y emocional de la paciente y la recuperación e integración social, laboral y comunitaria.

Además, el tema que se estudia constituye un campo no explotado suficientemente hasta el momento, en lo que respecta a la rehabilitación. Los terapeutas al tratar la Incontinencia Urinaria podrán contar con un tratamiento coadyuvante para este tipo de adulta.

El análisis realizado la investigadora durante el proceso, confirmó las posibilidades de la estrategia, demostró la relevancia que se le otorga a los aspectos terapéuticos y profilácticos por encima de los teóricos aun cuando se logre reconocer la relación teórico- metodológica que se precisa en la propuesta. En este orden, se evidenció la pobre sistematicidad en la aplicación de ejercicios que permitan la rehabilitación de mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.

La valoración del cumplimiento de los objetivos que sustentan la estrategia durante la experiencia de la investigadora se realizó a partir de la valoración realizada con los diferentes Grupos de discusión, lo cual confirmó:

- El carácter progresivo de la formación es una condición para alcanzar cada vez mejores resultados en las adultas y como elemento esencial el carácter individualizado del tratamiento.

- El protagonismo de los rehabilitadores, durante el proceso se amplía en correspondencia con las motivaciones personales, interés en el tema y posibilidades ofrecidas al tratamiento de las vivencias, como punto de partida para sugerir nuevas acciones, con el objetivo de sistematizar la estrategia.
- La relación entre los ejercicios y el diagnóstico resulta una exigencia de primer orden y en ella descansa la posibilidad de que la adulta mayor, se motive por las acciones que se le asignan en el proceso rehabilitador.
- La reflexión asociada a situaciones de la vida cotidiana y la situación social, permiten identificar las actividades terapéuticas que posibilitan la adecuada incorporación al medio, con mejor calidad de vida.

Así mismo, propicia la mejora del rendimiento del organismo, significa que se estará menos propenso a sufrir enfermedades y deterioro orgánico, por tanto, una vida sana y activa se alarga y los síntomas de envejecimiento se retrasan, fisiológicamente, todos los sistemas del cuerpo se benefician con el ejercicio regular.

Se reconoce que la estimulación eléctrica genera cambios histológicos musculares, dados por un aumento de las fibras rápidas y disminución de las fibras lentas con frecuencias $> 20\text{Hz}$ y mejoría de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo, se disminuye la frecuencia urinaria y mejoran además los síntomas de urgencia, unido al hecho de que, al ejercitar los músculos del suelo pélvico, el efecto será incrementar el número de fibras, la excitación y el aumento en la masa muscular. Finalmente, el éxito del trabajo se basa en la conciencia que las mujeres tengan de su periné y la motivación para mejorar reclutamiento de fibras rápidas.

Conclusiones parciales

La valoración de expertos, la aplicación, la encuesta de satisfacción a los especialistas y la realización de Grupos de Discusión demostraron que la estrategia terapéutica para corregir la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores, es viable y se puede materializar.

La transferencia práctica de este resultado, su generalización en el contexto social o su transferencia a otras Instituciones del Ministerio de Educación Superior (MES) y el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), debe ser contextualizada desde la realidad, por tanto, la estrategia, aunque probó su

viabilidad se debe mejorar desde la actualización, en su enfoque teórico-práctico y enriquecida desde el punto de vista organizativo y metodológico.

CONCLUSIONES

La determinación de los fundamentos teóricos sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores, confirmó la pertinencia de asumir referentes relacionados con el tema que se estudia, así como los fundamentos que permitieron la elaboración de la estrategia terapéutica.

El diagnóstico realizado permitió identificar la necesidad de trabajar con la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en Mujeres adultas mayores, así como conocer el nivel de conocimiento y preparación que poseen los rehabilitadores para, a partir de aquí, elaborar la estrategia terapéutica.

La valoración realizada mediante el criterio de expertos, Método Delphi, de la estrategia terapéutica fue de Muy Adecuada, estos opinaron que reúne los requisitos que se propone y puede ser aplicada lo que evidencia su pertinencia, eficacia y actualidad.

La implementación de la estrategia terapéutica demostró las necesidades que persisten para tratar la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores, se consideró en la encuesta la satisfacción por haber mejorado la dolencia que poseían, evidenciado en los resultados del Test Diario Miccional.

RECOMENDACIONES

- Elaborar materiales de apoyo que faciliten la comprensión de la estrategia en su aplicación.
- Realizar capacitaciones con la participación de especialistas en ciencias afines, relacionado con la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

Referencias Bibliográficas

- Aboseif, S Tamaddon K, Chalfin S, Freedman S, Kaptein J. (2002). Neuromodulation: as an effective treatment for refractory pelvic floor dysfunction. *Rev. Urology*, 60, (1), pp. 52-56.
<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6853/1/UDLA-EC-TLFI-2017-03.pdf>
- Abreu, P., Y., Martínez, T., J. C., Rodríguez, A., E. M., Alern, G., A., y García D., J. A. (2016). Respuesta a la reeducación de los músculos pelvianos en pacientes con prolapso vaginal en edad climática. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 16, (3) pp. 45-57.
<http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/388>
- Blowman, C., Pickles, C., Emery, S., Creates, V., Towell, L., Blackburn, N., Doyle, N. & Walken, B. (2009). *Prospective double blind controlled trial of intensive physiotherapy with and without stimulation of the pelvic floor in treatment of genuine stress incontinence. Physiotherapy*, 77(10), 661-664.
- Bo, K. J (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence. *Rev. Urology*, 15, pp.76-84.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2014/cfr142b.pdf>
- Capote, B. M. I., Segredo, P. A. M., Gómez, Z. O. (2011). Climaterio y menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 27(4), 543-557.
- Caputo, R. M., Benson, J. T. & McClellan, E. (1993). Intravaginal Maximal Electrical Stimulation in the Treatment of Urinary Incontinence. *J. Reproductive Medicine*, 38(9), 667-671.
- Castañeda, B. I., Martínez, T. J. C., García, D. J. A., Ruiz, V. P. M. (2016). Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. *Revista Cubana de Urología*, 5(2).
- Cortés, Manuel E. & Iglesias, Miriam. (2005) *Generalidades sobre la Metodología de la Investigación*. Editorial: Universidad Autonoma del Carmen.
- Delitto, A. & Snyder-Mackler, L. (1990). Two theories of muscle strength augmentation using percutaneous electrical stimulation. *Physical Therapy*, 70, 158-164.
- Díaz, A. D., Rodríguez, A. E. M, Martínez, T. J. C., García, D. J. A., Abreu, P. Y. & Martínez, P. R. (2012). La incontinencia fecal no es una situación irremediable. *Invest Medicoquir*. 4(2), 204-213
- Grosse, D., & Sengler, J. (2001). *Reeducación del periné. Fisioterapia en las incontinencias urinarias*. Editorial: Elsevier.

- Gutiérrez, G. C. & Torres, R. B. (2010). Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, (1), 23-9.
- Gutiérrez, G., C. & Torres, R., B. (2010), Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Investigaciones Médico-quirúrgicas*, 2, (5), pp.77-91. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300013&nrm=iso
- Hay-Smith, E. J. C. & Dumoulin, C. (2004). 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, 2008. Oxford: Update Software.
- Herrera, P. A., Arriagada, H. J., González, E. C., Leppe, Z. J. & Herrera, N. F. (2008). Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*, 32, 624-8
- Hirmas, A. M., Poffald, A. L., Jasmen, S. A. M., Aguilera, S. X., Delgado, B. I, Vega, M. J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 223–9.
- Hofvauer, J. (1990). The value of physical therapy in genuine female stress incontinence. *Z UrolNephrol*, 83, (5), pp.249-54.
- International Continence Society (1989). *The standarization of terminology of lower urinary tract function*. En: Polden, M.; Mantle, J. (2006) *Obstetrics and Gynaecology*. Butterworth Heinemann, London, Appendix 3.
- Kegel, A. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Journal Urology*, 56, (2), pp. 238-48.
- Laycock, J. (2003). *Assessment and treatment of pelvic floor dysfunction*. [Tesis de doctorado. University of Bradford, England]
- Leriche, A. & Leriche, B. (2010). *Place à la rééducation dans l'incontinence urinaire de la femme*. *J Urol*, 94, 285-288.
- Lopes, S. F. A., Rodríguez, M. F. A. M, Spinassé, C. E. & Oliveira, C. R. (2013). Análisis de los recursos para rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico en mujeres con prolapso e incontinencia urinaria. *Fisioter. Pesqui.* (20),1 <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000100015>
- Mancera, A. & Jiménez, H. J. (2013). Prolapso de órganos pélvicos. *Rev. Hosp Jua Mex*, 80(40), 248-50.

- Mancera, A. & Jiménez, H. J. (2013). Prolapso de órganos pélvicos. *Rev. Hosp Jua Mex*, 80(40), 248-50.
- Martínez, P. R., Martínez, T. J. C, Rodríguez, A. E. M, García, D. J. A, Díaz, A. D., & Abreu, P. Y. V. (2012). Fisioterapia en el dolor pélvico crónico. *Invest Medicoquir*, 4(1):20
- Martínez, T. J. C., Rodríguez, A. E. M., Díaz, A. D., Abreu, P. B., García, D. J. A. & Pérez, C. P. (2009). Evaluación del efecto de la magnetoterapia, la electroterapia y los ejercicios del suelo pélvico como tratamiento rehabilitador en la incontinencia urinaria. *Rev Haban Cienc méd*, 8, (1), pp.11-27. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Martínez, T. Y. C. (2015). Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. *Revista Sexología y Sociedad*, 21(2), 224-233
- Mora, G. R. (2000). *Archivo de fondos y colecciones*. Archivo museo de la memoria.
- Pena Outeiriño, J. M. (2007). La disfunción del suelo pélvico. Algunas consideraciones. *Actas Urol Esp.*, 31, (7), pp.719-731.
- Rodríguez Adams, R. (2009). Impacto de la fisioterapia para la reeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 4, (1), pp.23-31.
- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K., Artibani, W., Chapple, C. R. & Drake, M. J. (2010). *Guía clínica sobre la incontinencia urinaria*.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales.
- Torres, R. B., Alfonso, R. A. C, Gutiérrez, C. G., (2015). Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. *I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad*. 4.
- Walker, C. (1989). Fisioterapia en obstetricia y uro ginecología. Madrid, España: Editorial Elsevier.
- Walker, G. & Gunasekera, P. (2011). Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynecol J*. 22(2), 127-135
- Williams, J. R. A. (2015). Urología manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72, p.614.

Anexos

Anexo 1

Guía para el análisis de documentos.

Objetivo. Analizar los documentos relacionados con la Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria.

Documentos analizar.

Historias clínicas de las pacientes atendidas en la consulta multidisciplinaria de Suelo Pélvico.

Guía de Buena Prácticas Clínicas. (2015)

Protocolo de actuación sobre la Rehabilitación de la Incontinencia Urinaria. (2016).

Manual sobre la Rehabilitación del Suelo Pélvico (2011).

Anexo 2

Cuestionario a licenciados en Terapia Física y Rehabilitación.

Objetivo: Conocer las opiniones sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores.

1- Nivel de preparación.

Nivel de escolaridad.

Graduado de nivel superior. Especifique.

- 2- Fundamente la importancia que ud, le concede a los tratamientos que se les aplica a las mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.
- 3- Evalúe cualitativamente la preparación profesional que ha recibido en cuanto a la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en las mujeres adultas mayores.
- 4- Fundadamente en qué consiste la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en las mujeres adultas mayores.

Gracias.

Anexo 3

Entrevista Individual a mujeres adultas mayores

Objetivo: Conocer las opiniones que tienen sobre la necesidad de aplicación del tratamiento rehabilitador.

El éxito de esta técnica radica en la comunicación personal, en el vínculo que se establece persona a persona.

Algunos autores como Goetz y LeCompte (1988), Pérez Serrano (1994), Walker (1989), Álvarez Rojo (1989), Olabuénaga e Ispíza (1989), consideran algunos elementos a tener en cuenta para planificar una entrevista, los que hemos analizado y adaptado, resumiéndolos de la siguiente forma:

- Adecuada selección del contenido y estructuración adecuada de las preguntas, insistir en las preguntas abiertas.
- Crear un clima favorable y hacer que la gente se sienta cómoda.
- Realizar una adecuada orientación, tanto en el marco de la entrevista como en el contenido de la misma.
- Propiciar una adecuada comunicación, siempre tener planificadas las preguntas, con cierta flexibilidad, nunca caer en la improvisación.
- Aspectos a medir en la entrevista de forma personalizada.
 - Necesidades que persisten en la aplicación del tratamiento rehabilitador.
 - Cómo evalúa usted el tratamiento rehabilitador aplicado. Fundamente.

Gracias

Anexo 4- Grupos de discusión.

Objetivo: Conocer las necesidades de formación y preparación sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria.

Conocer la valoración y factibilidad de la estrategia terapéutica.

Fundamentación de los grupos de discusión.

Este método de investigación se aplicó en reuniones de grupo de personas (de diez a quince participantes), del Servicio de Rehabilitación del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, con la participación de médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, residentes de primer año en Medicina Física y Rehabilitación y licenciados en Terapia Física y Rehabilitación, con tiempo de duración de una a dos horas; se estableció una conversación sobre el tema objeto de esta investigación, la cual estuvo moderada por la investigadora, en ella no se juzga, se privilegia la escucha y se trabaja sobre la discusión.

Las actividades del grupo de discusión fueron provechosas y fructíferas con una amplia colaboración de los participantes, sobre todo por el aporte que hicieron al tema de investigación.

El tema a discutir fue:

- Conocer el estado de preparación sobre la rehabilitación de mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria.
- Valoración de la estrategia terapéutica.

Gracias.

Anexo 5

Valoración de los expertos.

Objetivo: Conocer la valoración por los expertos sobre la estrategia terapéutica.

1-Años de experiencia laboral: _____

a) Especialidad: _____

b) Grado Académico: _____

2-¿Cómo valora usted la estrategia terapéutica para la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores?

3-Se realizó una selección adecuada de los ejercicios para la conformación del programa que se plantea en la estrategia terapéutica.

4-Existe una lógica entre la estrategia terapéutica, los objetivos, las etapas y las acciones que la conforman, que dan solución al problema que se investiga.

5- Exprese sus opiniones sobre los cálculos realizados en este estudio.

6- Existe relación entre los criterios emitidos por los expertos y las valoraciones dadas sobre la estrategia terapéutica.

7-Se aprecia preparación de los expertos seleccionados para valorar la estrategia terapéutica.

8-Las acciones diseñadas, se relacionan con el objetivo general y los específicos en cada etapa.

9- La electroterapia, el láser y los ejercicios de Kegel seleccionados para la estrategia terapéutica se consideran coherentes y con utilidad.

10-Consideran significativa la estrategia terapéutica.

11-Se reconoce la utilidad de la estrategia terapéutica, así como su actualidad.

Expresar algún criterio o sugerencia al respecto.

Gracias.

Metodologías para el aprendizaje de los ejercicios de Kegel.											
Orientaciones a la familia sobre la rehabilitación de la Incontinencia Urinaria.											
Edades comprendidas para la aplicación del tratamiento rehabilitador.											

2. Marque con una cruz las fuentes que usted considera que han influido en su conocimiento sobre el tema, en un grado alto, medio o bajo.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	A (Alto)	M (Medio)	B (Bajo)
Análisis teóricos realizados (A.T.)			
Experiencia como profesional (E. P.)			
Estudios relacionados sobre el tema (E.T.)			
Trabajos de autores nacionales (A. N.)			
Trabajos de autores extranjeros (A. E.)			
Conocimientos sobre el problema de investigación (P. I.)			
Su intuición (I.)			

Muchas Gracias por su colaboración.

Anexo 7

Rondas del método Delphi aplicado

Desarrollo de las rondas.

Primera ronda: Se otorgó a los expertos una lista de criterios importantes sobre la estrategia terapéutica de rehabilitación para la Incontinencia Urinaria en mujeres adultas mayores, los cuales fueron resultado del diagnóstico inicial durante el proceso investigativo. De manera anónima a los expertos elegidos se les asignó la tarea de analizar la propuesta presentada con el objetivo de que se pudieran incorporar nuevas ideas o se concordara con las presentadas, o en su defecto eliminar alguna en caso de no llegar a conclusiones.

Segunda ronda: Se les proporcionó a los expertos el resultado con las ideas reconstituidas sobre la base de las observaciones de la ronda anterior; posteriormente se hizo un análisis para su aprobación con la idea de encontrar una correspondencia de criterios entre el grupo de expertos.

Tercera ronda: En esta ronda es reelaborada la estrategia terapéutica, la cual fue entregada a cada uno de los expertos para que la evaluaran finalmente.

Anexo 8

A continuación, se muestran los resultados porcentuales con relación a cada criterio, en cada ronda:

Ronda I

1. El 62% consideró adecuado, 28% medianamente adecuado y 10% poco adecuado, se considera significativa la estrategia terapéutica.
2. El 48% consideró adecuado, 38% medianamente adecuado y 14% poco adecuado, se reconoce la utilidad de la estrategia terapéutica, así como su actualidad.
3. El 43% consideró adecuado, 43% medianamente adecuado y 14% poco adecuado, la preparación de los expertos seleccionados para valorar la estrategia terapéutica.
4. El 57% consideró adecuado, 24% medianamente adecuado y 19% poco adecuado, la relación que existen relación entre las etapas y acciones de la estrategia.
5. El 57% consideró adecuado, 19% medianamente adecuado y 24% poco adecuado, los temas para la rehabilitación de la incontinencia urinaria en mujeres adultas mayores.
6. El 76% consideró adecuado, 14% medianamente adecuado y 10% poco adecuado, las etapas y acciones diseñadas responden a los propósitos de la estrategia terapéutica.
7. El 62% consideró adecuado, 19% medianamente adecuado y 19% poco adecuado, en cuanto la factibilidad y flexibilidad en la estrategia terapéutica.
8. El 67% consideró adecuado, 19% medianamente adecuado y 14% poco adecuado, la fundamentación de la estrategia terapéutica, se realiza desde las diferentes áreas del conocimiento.
9. El 67% consideró adecuado, 14% medianamente adecuado y 19% poco adecuado, la necesidad de la elaboración de la estrategia terapéutica para la rehabilitación de la incontinencia urinaria en mujeres adultas mayores.
10. El 67% consideró adecuado, 14% medianamente adecuado y 19% poco adecuado, se ofrece la posibilidad de ser generalizada en otros servicios de rehabilitación de la provincia y el país.
11. El 43% consideró adecuado, 29% medianamente adecuado y el 29% poco adecuado, el objetivo de la Estrategia se adapta al contexto actual y a las condiciones del territorio.
12. El 52% consideró adecuado, 38% medianamente adecuado y 10% poco adecuado, consideraron que las acciones diseñadas, se relacionan con el objetivo general y los específicos en cada etapa.

Al culminar esta ronda se recopiló la información brindada por los expertos, los cuales hicieron énfasis en la revisión de los objetivos de las etapas, que se analizará la pertinencia de los ejercicios seleccionados. Finalmente, se rediseñó la estrategia a partir de estos criterios y se les entregó por segunda y tercera vez la propuesta para su valoración y perfeccionamiento. A continuación, se declara la última ronda:

Ronda III

1. El 100% consideró adecuado y significativo la estrategia.

2. El 90% consideró adecuado y el 10% medianamente adecuado, la utilidad y actualidad la estrategia terapéutica.
3. El 95% consideró adecuado y 5% medianamente adecuado, la preparación de los expertos seleccionados para valorar la estrategia terapéutica.
4. El 95% consideró adecuado y 5% medianamente adecuado, la existencia de etapas y acciones que propicien el cumplimiento de la estrategia.
5. El 90% consideró adecuado y 10% medianamente adecuado, los ejercicios de kegel, laser y electroterapia, en la Estrategia Terapéutica, lo consideran coherente y con pertinencia.
6. El 95% consideró adecuado y 5% medianamente adecuado, consideraron de calidad los tratamientos realizados por semanas para mejorar su padecimiento.
7. El 90% consideró adecuado y 10% medianamente adecuado, apreciación de muy adecuado las orientaciones de los terapeutas y del equipo del suelo pélvico sobre las orientaciones brindadas en el momento de realizar los tiramientos como parte de la estrategia.
8. El 90% consideró adecuado y 10% medianamente adecuado, la fundamentación de la Estrategia terapéutica se realiza desde las diferentes áreas del conocimiento.
9. El 86% consideró adecuado y 14% medianamente adecuado, la necesidad de la elaboración de la Estrategia Terapéutica.
10. El 100% consideró adecuado, la organización propuesta para la realización de los ejercicios que forman parte de la estrategia.
11. El 86% consideró adecuado y 14% medianamente adecuado, que el objetivo de la estrategia se ajusta al trabajo comunitario y las premisas de la rehabilitación en los momentos actuales.
12. El 100% consideró adecuado, la estrategia, esta se ajusta a las etapas de la rehabilitación, al programa de atención de mujeres adultas mayores con Incontinencia Urinaria y a la estrategia de la rehabilitación basada en la comunidad.

Al culminar la tercera ronda se procesó estadísticamente la información suministrada por los expertos.

Anexo 9

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

Fecha: _____ No _____

Nombre y apellido _____ Edad: _____

Dirección Actual: _____ Teléfono Casa: _____ Celular: _____

Ocupación principal: _____ Otras actividades: _____

Padece de alguna enfermedad:

ANTECEDENTES

1. ¿Gotea orina cuando usted no quiere? Si No, nunca
2. ¿Tiene problemas para llegar al baño a tiempo o moja la ropa o la cama? Si No, nunca
3. ¿Ha utilizado algún tipo de toalla absorbente para protegerse del goteo? Si No, nunca
4. ¿Cuánto tiempo ha tenido problemas con el goteo de orina? - de una sem. 1 a 4 sem.
1 a 3 meses 4 a 12 meses 1 a 5 años más de 5 años
5. ¿Con que frecuencia tiene goteo de orina? _____
6. ¿Cuándo ocurre el goteo? Durante el día Durante la noche Día y noche
7. ¿Con que frecuencia orina normalmente? Cada 3 a 5 horas Cada 1 a 2 horas
Menos de cada hora o con mayor frecuencia Lo ignora
8. ¿Se despierta por la noche a orinar? Nunca o rara vez Si, por lo general una vez
Si, 2 o 3 veces por la noche Si, 4 o más veces por la noche
9. Cuando siente la vejiga llena, ¿Cuánto tiempo puede contener la orina? Todo el tiempo que lo
desee Solo unos cuantos minutos menos de 1 o 2 minutos No puede
No sabe cuando tiene la vejiga llena
10. ¿Tiene Ud. alguno de los siguientes factores cuando orina? Malestar o dolor Sensación de
ardor Sangre en la orina
11. Los escapes de orina ¿Cuánto afectan a si vida diaria?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada

Mucho

	Cantidad de orina			Goteo		Protección	
	Poco 20-30ml	Medio 60-70ml	Abundante 150-170ml	Poco Goteo	Medio Goteo constan	Abundan Completo mojado	Tipo
12m-1am							
1am-2am							
2am-3am							
3am-4am							
4am-5am							
5am-6am							
6am-7am							
7am-8am							
8am-9am							
9am-10am							
10am-11am							
11am-12m							
12m-1pm							
1pm-2pm							
2pm-3pm							
3pm-4pm							
4pm-5pm							
5pm-6pm							
6pm-7pm							
7pm-8pm							
8pm-9pm							
9pm-10pm							
10pm-11pm							
11pm-12m							
Resultado							

Anexo 10

Técnica de Ladov

Objetivo: Conocer los niveles de satisfacción de los profesionales y adultas mayores sobre la estrategia terapéutica.

- Los sujetos encuestados utilizaron la siguiente escala de satisfacción para expresar sus opiniones en cada aspecto explorado:

- a) Claramente Satisfecho.
- b) Más satisfecho que insatisfecho.
- c) No definido.
- d) Más insatisfecho que satisfecho.
- e) Claramente Insatisfecho.

- A cada categoría de la escala de satisfacción se le asignó un valor, de la siguiente forma:

- a) Claramente satisfecho (máxima satisfacción): (1)
- b) Más satisfecho que insatisfecho: (0.5)
- c) No definido: (0)
- d) Más insatisfecho que satisfecho: (-0.5)
- e) Claramente Insatisfecho (máxima insatisfacción): (-1)

- Se calculó el índice de ladov para cada aspecto explorado mediante la siguiente fórmula:

$$I = \frac{a (+ 1) + b (0.5) + c (0) + d (- 0.5) + e (-1)}{N}$$

Donde a, b, c, d y e representan el número de sujetos contabilizados en las correspondientes categorías de la escala de satisfacción y N representa el total de sujetos encuestados.

Los resultados del índice de Ladov oscilan entre -1 y 1.

- Se interpretó el índice de Ladov de la siguiente manera:

Nivel de satisfacción

SATISFACCIÓN: valores comprendidos entre 0.5 y 1

CONTRADICCIÓN: valores comprendidos entre -0.49 y 0.49

INSATISFACCIÓN: valores comprendidos entre -0.5 y -1

Anexo 11

HOSPITAL PROVINCIAL Dr. "Gustavo Aldereguía Lima"				
Encuesta de satisfacción a profesionales				
Año: 2020				
Objetivo: Conocer el grado de satisfacción que tienen los profesionales sobre la estrategia terapéutica.				
Marque con una X el nivel de satisfacción				
Claramente satisfecho	Más satisfecho que insatisfecho	Más insatisfecho que satisfecho	Claramente insatisfecho	Especialista: Escriba su opinión de la respuesta señalada:

Anexo-12

HOSPITAL PROVINCIAL Dr. "Gustavo Aldereguía Lima"				
Encuesta de satisfacción a las adultas mayores				
Año: 2020				
Objetivo: Conocer el grado de satisfacción que tienen las adultas mayores sobre la estrategia terapéutica.				
Marque con una X el nivel de satisfacción				
Claramente satisfecho	Más satisfecho que insatisfecho	Más insatisfecho que satisfecho	Claramente insatisfecho	Especialista: Escriba su opinión de la respuesta señalada:

