



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura
Casa Central

**“EFICACIA BIOPSIICOSOCIAL DE LA ONDA H COMO
TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE
ESFUERZO, EN MUJERES TRATADAS EN LA UNIDA DE PISO
PÉLVICO DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, ENTRE LOS
MESES DE MAYO-OCTUBRE 2014”**

Tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesor Guía:
Claudia Gutiérrez Mella

Estudiantes:
Pamela Cordero Quitral
Sharon Gómez Villagrán
Constanza Leiva Rivas
María Jesús Orellana Díaz
Kiara Páez Cifuentes

Valparaíso, Chile, 2017

DEDICATORIA

Solo quiero agradecer al tiempo que me hizo crecer, creer y tener paciencia en que tarde o temprano llegaría a esta etapa en donde hice mi camino y que ha sido descubierto a través de todos estos años de servicio y entrega por el amor, amistad, comprensión, llanto, ternura, fragilidad y pasión en cada lugar recorrido marcado por cada persona conocida. Agradecer a la acogida y apoyo de esta nueva familia, madre, hermana, tatas de mi pareja y a él, a mi Nicollas, sin él nada hubiera sido igual, cada esfuerzo cobra sentido y cada sonrisa en tus ojos me dio fuerza y valentía, te amo incondicionalmente. Gracias a mis amigas que recorrieron y quisieron compartir conmigo esta etapa universitaria, sin ellas nada hubiera sido igual, gracias por cada risa, alegría, compañía y sinceridad, cualidades especiales que nos hacen únicas. Gracias a la vida que me regala la oportunidad de presenciar y tener el honor de acompañar y conocer la belleza.

Sharon Gómez V.

A mis padres, Jorge y Natalia por apoyarme incondicionalmente, me han dado las herramientas para construir mi futuro y se han sacrificado por ayudarme a cumplir mis sueños, me han dado alas y enseñado a volar, espero hacerlos sentir orgullosos. A mi hermano Jorge “Nacho” por ser la luz de mis ojos y sorprenderme con el pequeño hombre en el que se ha convertido. A mis abuelos y tíos, quienes siempre han tenido palabras de aliento y me han brindado su apoyo incondicional. A mis amigas y compañeras de tesis, por todos los bellos momentos que me han regalado durante esta loca y estresada travesía que ha sido la Universidad, por hacerme sentir como en casa cuando estoy lejos de mi hogar y por aguantarme en todo momento. Y por supuesto a todos los que han aportado su granito de arena para ayudarme a construir la persona que soy y espero llegar a ser.

Kiara Páez C.

Dedicado especialmente a mi madre, por estar siempre conmigo, en mis mejores momentos y en los peores, por ser el pilar de mi vida, mi cable a tierra y por estar cumpliendo el sueño de ambas. Gracias por ser siempre mi luz. A mi abuelita, por regalarme siempre con comida casera, por criarme y malcriarme. A mis primos, tíos y sobrinos, por alentarme siempre a dar lo mejor y por depositar tanta confianza en mí y en mis estudios. A mis amigas y compañeras de tesis, sin todo nuestro esfuerzo y coraje, no hubiésemos llegado hasta aquí, fueron fundamentales no solo en todo el proceso de este trabajo, sino que, en la compañía, cariño y amistad de estos cuatro años, gracias por tolerarme. Y, por último, a todas las personas que quedaron atrás o tomaron sendas diferentes y emprendieron el camino junto a nosotras, gracias por ayudarnos a ser más fuertes y compartir algún instante de esta travesía para llegar a ser Matrona.

Constanza Leiva R.

Dedicado a mis padres Ingrid y José, por su amor y apoyo incondicional durante este proceso. A las docentes de la Universidad de Valparaíso por entregarme las herramientas para convertirme en una profesional. A mi hermana Camila por hacerme sentir capaz de lograr todos mis propósitos. A mi pololo Christian por entregarme fuerzas para salir adelante. A mi familia en general y a todas las personas que aportaron con unas palabras de aliento durante estos años. Y en especial a mis amigas y compañeras de tesis, por creer en mí, por ayudarme cuando más lo necesite y estar a mi lado pese a todas las situaciones adversas.

María Jesús Orellana D.

Quiero dedicar esta tesis a mis amigos por confiar en mí y a mis compañeras de tesis por su infinita paciencia y alegrar mis días.

Pamela Cordero Q.

INDICE

| | |
|--|---------|
| ▶ Capítulo I: Página de Título | Pág. 6 |
| ▶ Capítulo II: Resumen | Pág. 8 |
| ▶ Capítulo III: Introducción | Pág. 11 |
| ▶ Capítulo IV: Material y Método | Pág. 18 |
| ○ Diseño de la Investigación | Pág. 19 |
| ○ Limitaciones | Pág. 21 |
| ○ Población de Estudio | Pág. 22 |
| ○ Criterios Inclusión y Exclusión | Pág. 23 |
| ○ Fuentes de Información | Pág. 24 |
| ○ Recolección de Datos | Pág. 25 |
| ○ Técnica de Análisis de Datos | Pág. 25 |
| ▶ Capítulo V: Resultados | Pág. 26 |
| ▶ Capítulo VI: Discusión | Pág. 44 |
| ▶ Capítulo VII: Agradecimientos | Pág. 55 |
| ▶ Capítulo VIII: Referencias Bibliográficas | Pág. 57 |
| ▶ Capítulo IX: Datos Suplementarios | Pág. 63 |
| ○ Anexo 1: Glosario de Términos, Siglas y Abreviaciones | Pág. 64 |
| ○ Anexo 2: Marco Teórico | Pág. 65 |
| ▪ Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria | Pág. 65 |
| ▪ Tipos de Incontinencia Urinaria | Pág. 68 |
| ▪ Tratamientos para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | Pág. 71 |
| ▪ Aspectos Biológicos | Pág. 79 |
| ▪ Aspectos Psicológicos | Pág. 80 |
| ▪ Aspectos Sociales | Pág. 82 |
| ▪ Rol profesional Matrona/Matrón en el seguimiento post tratamiento para la Incontinencia Urinaria | Pág. 84 |
| ○ Anexo 3: Objetivo General y Específicos | Pág. 86 |
| ○ Anexo 4: Operacionalización de Variables | Pág. 87 |

- Anexo 5: Carta aprobación Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren Pág. 93
- Anexo 6: Consentimiento Informado Pág. 94
- Anexo 7: Instrumento de Recolección de Datos Pág. 95
- Anexo 8: Tablas de Resultados Pág. 107

I. PÁGINA DE TÍTULO

“EFICACIA BIOPSIICOSOCIAL DE LA ONDA H COMO TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN MUJERES TRATADAS EN LA UNIDAD DE PISO PÉLVICO DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, ENTRE LOS MESES DE MAYO-OCTUBRE 2014”

AUTOR: CLAUDIA GUTIERREZ MELLA

COAUTORES: PAMELA CORDERO QUITRAL

SHARON GÓMEZ VILLAGRÁN

CONSTANZA LEIVA RIVAS

MARÍA JESÚS ORELLANA DÍAZ

KIARA PÁEZ CIFUENTES

VALPARAISO, CHILE, 2017

II. RESUMEN

“EFICACIA BIOPSIICOSOCIAL DE LA ONDA H COMO TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN MUJERES TRATADAS EN LA UNIDAD DE PISO PÉLVICO DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, ENTRE LOS MESES DE MAYO-OCTUBRE 2014”

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) afecta alrededor de 200 millones de mujeres en el mundo. Los tratamientos son variados; terapia conductual, ejercicios de Kegel, terapias farmacológicas, quirúrgico, tecnología láser y electroterapia. En esta última, surge la mioestimulación innovadora no invasiva con Onda H.

Objetivo: Determinar la eficacia del tratamiento con Onda H en mujeres con IUE atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren durante los meses de mayo y octubre del 2014.

Metodología: Cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, tipo ensayo clínico. Muestra; 15/13 mujeres tratadas por IUE con aplicación de Onda H. Recogida de datos; cuestionario de 13 preguntas, validado por pilotaje, previa firma de consentimiento informado de las participantes y aprobado por Comité Científico. Resultados; tabulados y graficados en Excel 2016.

Resultados: Al año de terminado el tratamiento con Onda H, se observa un descenso de los síntomas de IUE, igualmente la frecuencia, lubricación, satisfacción orgasmo y dolor en las relaciones sexuales. Sentimientos de autoestima, desconfianza, miedo y vergüenza también tienden a disminuir en el paso del tiempo desde el tratamiento.

Conclusiones: Si bien, existen estrategias gubernamentales de pesquisa y tratamientos para la IUE, habría falencias de coordinación post tratamiento entre los niveles de atención de salud, llevando a un ineficaz seguimiento, reeducación de piso pélvico y prevención en la reaparición de la patología. Emergiendo el desafío

de mejorar el trabajo interprofesional y los conocimientos en nuevos tratamientos efectivos para la IUE.

Palabras Claves: Incontinencia urinaria, Incontinencia urinaria de esfuerzo, Onda H.

III. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU), según la asociación internacional de continencia (ICS), corresponde a la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y que constituye, para la persona que lo sufre, un problema social e higiénico que afecta el Piso Pélvico ⁽¹⁾, entendiéndose éste como un conjunto de músculos y ligamentos que soportan los órganos contenidos en la pelvis como lo son: uretra y vejiga, útero y vagina, y recto.

Se ha clasificado la IU en tres grandes grupos: de Esfuerzo, de Urgencia y Mixta, no obstante, existen otros casos que no clasifican en los grupos anteriores como lo son: la Extrauretral, por Rebosamientos, entre otros ⁽¹⁾.

Un informe de la OMS publicado en el año 1998 determinó que la prevalencia de IU afecta a más de 200 millones de hombres y mujeres alrededor de todo el mundo, siendo estas últimas las más predominantes ⁽²⁾.

La ICS en el año 2009 determinó una prevalencia de IU de entre 30-60% en mujeres de mediana edad y edad avanzada, y se estima que alrededor de 200 millones de mujeres en todo el mundo la padecen en alguna de sus formas ⁽³⁾.

Según un estudio epidemiológico publicado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos del Departamento de Salud Pública y Atención Primaria de la Salud, Universidad de Bergen (2000), aplicado a 27.936 mujeres mayores de 20 años en el condado de Nord-Trøndelag, Noruega, demuestra una prevalencia de la IU de un 25%, de las cuales un 53% presentó IUE ⁽⁴⁾. En otra encuesta del 2004, realizada en cuatro países europeos: Francia, Alemania, España y el Reino Unido, los datos fueron recolectados mediante encuestas postal enviadas a 29.500 mujeres que vivían en aquellos países con edad mayor o igual a 18 años, mediante estas se informó que un 35% de las mujeres sufría de pérdidas involuntarias de orina, siendo la IUE el tipo más frecuente. La prevalencia más baja fue en España (23%), mientras que para el resto de los países la prevalencia

fue de: Francia (44%), Alemania (41%) y Reino Unido (42%). Solo un cuarto de las mujeres con IU tanto en Reino Unido (25%) como en España (24%) habrían consultado a un médico, mientras que en Francia y Alemania corresponden a un 33% y 40% respectivamente ⁽⁵⁾.

Un estudio realizado durante los años 2013 y 2015 por la Fundación Salud Bosque y la Residencia de Urología de la Universidad El Bosque en Bogotá, identificó en una población de 2875 mujeres, un 15% de las mujeres en la segunda década de vida y hasta un 30% hacia la quinta década pueden presentar IUE. Además, señala algunos de los factores de riesgo para dicha problemática que serían, un IMC >30, desgarro perineal, IU en la gestación y peso del neonato >4.000 gr ⁽⁶⁾.

En Chile, se publica el primer estudio epidemiológico de IU en el año 2004 el cual fue realizado en la península de la Isla de Pascua, donde se aplicó los cuestionarios para diagnosticar IU, su frecuencia, tratamientos y prevención de la enfermedad (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)). Estos cuestionarios fueron aplicados en mujeres mayores de 30 años que asistían al Hospital y Centro del adulto mayor de Rapa Nui, en el mes de junio del año 2003. 236 mujeres entre los 30 y 84 años contestaron esta encuesta, correspondiente a un 26, 3% de la población femenina. De estas, 182 mujeres correspondientes al 77,1 % refirieron episodios de IU, y un 50,4% manifestaron que la IU afecta la calidad de sus vidas ⁽⁷⁾. Cabe destacar, que este tipo de estudio solo fue trabajado en un territorio con ciertas características físicas y ambientales, por lo que no constituye un estudio representativo sobre la prevalencia de la IU a nivel nacional.

Recientemente, estudio de la Universidad del Biobío titulado “Caracterización clínica de la IU y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultra estación, en la ciudad de Chillán, Chile”, en el cual se encuestaron 289 mujeres entre 30 y 81 años entre octubre de 2012 y enero de

2013, se evidencia que la prevalencia de IU en el grupo estudiado fue de 62,6%, donde la mayoría de mujeres con IU presentaron una severidad leve y moderada de ésta, mientras que sólo 7,8% presentó IU muy severa. La incontinencia más frecuente en este grupo fue la de esfuerzo, seguida por la incontinencia urinaria mixta (IUM). Sólo 10,7% de las mujeres con IU consultaron a algún profesional de la salud y la mayoría (67.7 %) consultó con la Matrona de atención primaria durante algún control o consulta ⁽⁸⁾.

Existen diversos procedimientos para tratar la IU, entre los cuales destaca la Terapia Conductual, la cual consiste en una educación y micción calendarizada. Ejercicios de Kegel, Terapias Farmacológicas, Tratamientos Quirúrgicos (TOT), Tecnología Láser (Fotona) y Electroterapia que incluye Mioestimulación con Onda H, siendo esta última, relativamente nueva y de gran potencial investigativo en la cual se basa este estudio.

El Servicio de la Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile señala que las Unidades de Suelo o Piso Pélvico son las responsables de otorgar rehabilitación y/o tratamiento a un número importante de patologías del piso pélvico, incluyendo las IU, que afectan a mujeres, hombres y niños ⁽⁹⁾. Cabe destacar la carencia de una unidad competente para resolver problemáticas de esta índole en los Servicios de Salud a lo largo de Chile, siendo solo unos pocos los que cuentan con esta unidad.

A lo largo del país, existen 8 Unidades de Piso Pélvico, que son: Clínica las Condes, Santiago; Clínica Dávila, Santiago; Hospital Sótero del Río, Santiago; Hospital Clínico de la Universidad Católica, Santiago; Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago; Hospital regional de Valdivia, Valdivia; Clínica Alemana, Puerto Varas y Hospital Carlos Van Buren (HCVB), Valparaíso.

La unidad de especialidad de Piso pélvico del HCVB se encarga de entregar servicios de salud mediante la rehabilitación del piso pélvico y distintos tratamientos según el tipo de IU que se manifieste clínicamente. Según un análisis de estadísticas de prevalencia de la IU en mujeres atendidas en esta unidad especializada, realizado bajo el marco de Tesis de pre grado por estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, en el año 2012 se habían registrado un total de 184 usuarios de ingreso en la unidad de piso pélvico, de los cuales un 98,4% corresponden al sexo femenino y un 1,65% al sexo masculino. En el grupo de mujeres, un 46,2% (84 mujeres) sufrirían IUE, un 29,1% (53 mujeres) IUM, un 24,7% (45 mujeres) Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) y finalmente un 1,1% corresponde a otro tipo de incontinencia urinaria (vejiga hiperactiva e IU por rebosamiento) ⁽¹⁰⁾.

La revista chilena de urología, pública en el año 2013, un trabajo realizado en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB, en Valparaíso, en el que se analizan los resultados del tratamiento kinésico de la IU en un total de 68 mujeres. En este análisis se generaron 2 grupos de intervención, en el Grupo 1 se constituyó de 48 mujeres que recibieron un protocolo de biofeedback manual (BM), más una pauta de ejercicios en domicilio y neuromodulación del tibial posterior, y el Grupo 2 de 20 mujeres que fueron tratadas con biofeedbackelectromiográfico (BEM), más la misma pauta de ejercicios en domicilio y protocolo de neuromodulación tibial posterior. La evaluación de los datos obtenidos se muestra que en todos los casos y con ambas técnicas se evidencian mejoras significativas en cuanto a frecuencia miccional diurna- nocturna, número de apósitos diurno- nocturno, cuantía de la fuga, fuerza muscular y calidad de vida. Sin embargo, se objetivó menor frecuencia de micción diurna con técnica BEM, respecto al BM ⁽¹¹⁾.

Por otro lado, un estudio en el Hospital Regional de Valdivia, de la técnica de corrección de IUE con malla suburetral libre de tensión retropúbica (TVT) entre Julio de 2002 y marzo de 2006, donde se incluyeron 58 pacientes con IUE moderada-

severa. Muestra tras un seguimiento de 24 meses, un 90,9% de las mujeres se mantiene sin IUE, (42 asintomáticas (85,5%) y 8 (14,5%) presentan vejiga hiperactiva) ⁽¹²⁾.

En la investigación de la Universidad de Costa Rica "Impacto de la electroestimulación en la calidad de vida de las pacientes con IU en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva", en el periodo enero del 2011 a mayo del 2012, se incluyeron 66 pacientes entre 37 y 80 años de edad que tuvieron 12 sesiones con electroestimulación, donde se les aplicó el cuestionario de calidad de vida validado de *King'sHealth* se, cuyo resultado fue que un 81.81% de las pacientes tuvo una mejoría significativa ⁽¹³⁾.

En tanto, en el 2008 del centro de Urología avanzada de México, "Incremento de la capacidad orgásmica en mujeres bajo tratamiento para IU mediante ondas electromagnéticas", se incluyeron a 13 mujeres sexualmente activas entre 20 y 76 años de edad, de las cuáles, 6 (46,15%) -en las que 3 eran 100% orgásmicas- continuaron igual, 2 (15,39%) empeoraron y 5 (38,46%) mejoraron su capacidad de lograr al menos 1 orgasmo en cada coito ⁽¹⁴⁾.

En el año 2014 entre los meses de mayo y julio, se realizó un estudio descriptivo de los factores biopsicosociales en mujeres con IUE que se atendieron en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB a quienes se les realizó tratamiento con Onda H la cual es una onda electromagnética balanceada, simétrica, bifásica y exponencialmente decreciente, que usada en baja frecuencia genera contracciones no fatigantes a nivel muscular de la zona que se estimule, produce vasodilatación, mejorando la circulación y desechando metabolitos causantes de dolores ⁽¹⁰⁾.

La presente investigación forma parte del estudio macro que se inició en el año 2014 con la tesis llamada "Perfil Biopsicosocial y experiencia que han tenido con el profesional Matrona/Matrón las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo" En esta parte de la investigación se planten nuevos tipos de variables a investigar, lo que conlleva a que la fundamentación del estudio y el mapa conceptual se

modifiquen, todo esto con el fin de conocer la eficacia Biopsicosocial de la Onda H como tratamiento para a IUE, para ello se plantea como pregunta de investigación:

¿Cuál es la eficacia Biopsicosocial de la Onda H como tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren, entre los meses de mayo-octubre del año 2014?

IV.MATERIALY MÉTODO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación, corresponde a la segunda parte del estudio macro denominado: “Perfil Biopsicosocial y experiencia que han tenido con el profesional Matrona/Matrón las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo”. En el estudio actual, se evalúa la eficacia y seguridad del tratamiento experimental con Onda H para la IU, aplicado a las mujeres que participaron en el estudio anterior. Se trabaja con datos obtenidos en la primera parte del estudio como son: antecedentes e historial de la usuaria, metodología de tratamiento y seguimiento de éste.

La investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo de tipo ensayo clínico.

Es descriptivo y retrospectivo, ya que describe la situación de la IU en las mujeres posterior al tratamiento con Onda H. De tipo ensayo clínico, al ser un estudio experimental aplicado a una muestra seleccionada mediante sesiones recibidas con Onda H.

Se diseña un objetivo general y cuatro objetivos específicos relacionados directamente con la actual investigación, todos alusivos a lo que se desea estudiar de la eficacia biopsicosocial del tratamiento con Onda H en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico. *(Anexo 3)*

Se buscan y clasifican en un cuadro sinóptico las variables de las que podrían influir en la eficacia biopsicosocial de la onda H como tratamiento para la IUE, siendo estas clasificadas según parámetro biológico, psicológico y social. *(Anexo 4)*. Además,

se busca la variable para el 4º objetivo, que es la experiencia con el profesional Matrona/Matrón en el seguimiento posterior al tratamiento con Onda H para la IUE.

Definidas las variables, se procede a la construcción de un instrumento de recolección de datos que consiste en un cuestionario con preguntas de tipo cerrada dicotómicas y semi cerradas, con el propósito de recopilar información de las variables determinadas. Se valida el instrumento mediante proceso de pilotaje con 10 mujeres de manera aleatoria que no forman parte de la muestra. De acuerdo a los resultados obtenidos, se modifican aquellas preguntas que mostraron dificultad en su comprensión al momento de ser aplicada, resultando un cuestionario definitivo para dar inicio a la recolección de datos.

Debido a que el estudio macro se aprueba por Comité Científico del HCVB en el mes de enero 2014, la aplicación del actual cuestionario cuenta con consentimiento informado leído y firmado por parte de las mujeres participantes del estudio.

Se aplica el instrumento a 13 mujeres, correspondientes a las unidades de estudio de la primera parte de la investigación “Perfil Biopsicosocial y experiencia que han tenido con el profesional Matrona/Matrón las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo”

El instrumento se aplicó durante el período marzo-junio del año 2017 por las investigadoras de manera telefónica y presencial a mujeres que recibieron más de 5 sesiones de Onda H como tratamiento durante los meses de mayo-octubre del año 2014 en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del HCVB.

El resultado obtenido se lleva a una planilla de cálculo del programa computacional Microsoft Office: Excel 2016. Se tabula y posteriormente se analizan los datos que son representados en gráficos y tablas. obteniendo así los resultados de la investigación facilitando la construcción de la conclusión final de ésta.

Limitaciones

En esta investigación se presentaron las siguientes situaciones que fueron una limitante para el estudio:

- Dificultad para contactar a las unidades de estudio de manera telefónica y coordinar fecha de entrevista. Se tuvo que realizar a algunas mujeres visitas en domicilio sin previo aviso, donde en algunos casos se tuvo que ir en más de una oportunidad porque no se encontraban en el hogar.
- Una de las mujeres contempladas para el estudio no se le pudo contactar de manera telefónica y al concurrir a su domicilio, éste había cambiado, por lo que queda excluida de la muestra pues no se logra dar con su ubicación actual.
- Otra de las mujeres entrevistadas señala que no da término al tratamiento con onda H porque fue intervenida quirúrgicamente para la corrección de la IUE al momento en que recibía las sesiones. Por esto, es excluida de la muestra ya que las preguntas de la encuesta son en relación al post tratamiento con Onda H, y no al tratamiento quirúrgico.
- Dificultad para asistir a realizar las encuestas debido a los tiempos limitantes de los investigadores, ya sea por prácticas clínicas, actividades teóricas entre otras.
- Costo de transporte para realizar entrevistas de manera presencial en lugares acordados.
- Costo de material e impresiones tanto de encuestas como de avances de la investigación.
- Falta de experiencia de los investigadores en la realización de un trabajo de investigación.

Población de Estudio

- Universo

El universo de la investigación corresponde al total de 15 mujeres que recibieron tratamiento con Onda H para la IUE atendidas en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico, en el HCVB durante los meses de mayo-octubre del año 2014.

- Muestra

Mecanismo mediante el cual se obtiene la muestra, es no aleatoria de tipo discrecional. Este mecanismo consiste en que los elementos escogidos para la muestra quedan a criterio del investigador, decidiendo como criterio para esta investigación mujeres que recibieron 5 o más sesiones de aplicación de Onda H.

Al aplicar el instrumento de recolección de datos, se presenta la dificultad de no contactar a una de las mujeres que era considerada en la muestra, de manera telefónica, ni en su domicilio, por lo que se excluye de la muestra.

Al momento de ser aplicado el instrumento de estudio, se pesquiza una mujer que no finaliza al tratamiento con Onda H, ya que es contactada por parte del personal del HCVB para la opción de ser intervenida quirúrgicamente para la corrección de la IUE, a lo cual ella aceptó. Por ende, se excluye de la muestra. Finalmente, la muestra de estudio queda constituida por 13 unidades de análisis.

Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión:
 - Mujeres diagnosticadas con IUE
 - Haber recibido tratamiento con Onda H
 - Haber participado en la primera parte de la investigación anterior.
 - Haber recibido al menos 5 sesiones de Onda H

- Exclusión:
 - Mujeres con menos de 5 sesiones con Onda H
 - No haber participado de la primera parte de la investigación.
 - Mujeres intervenidas quirúrgicamente antes de terminar el tratamiento con Onda H

Fuentes de Información

- Unidad de Estudio

Mujeres diagnosticadas con IUE atendidas en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del HCVB, que recibieron al menos 5 sesiones de Onda H como tratamiento durante el año 2014.

- Unidad Informante

Cuestionario con preguntas cerradas dicotómicas y semi cerradas utilizada como instrumento de recolección de datos, aplicada durante el período marzo-junio del año 2017 por los investigadores de manera telefónica y presencial a las 13 mujeres atendidas en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del HCVB que recibieron al menos 5 sesiones de Onda H como tratamiento durante el año 2014 y no fueron intervenidas quirúrgicamente al terminar el tratamiento

Además, se considera datos obtenidos en la primera parte del estudio como son: antecedentes e historial de la usuaria, metodología de tratamiento y seguimiento de éste.

- Unidad Referencial

Tesis anterior que corresponde a la primera parte de esta investigación, ya que, a partir de los documentos con datos de contactos, permite acceder a la ubicación de la usuaria.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento de recolección de datos

La construcción del instrumento de recolección de datos, consiste en un cuestionario con preguntas cerradas dicotómicas, y semi cerradas similares a las aplicadas en la primera parte de la investigación el año 2014. Las preguntas son orientadas a la etapa de post-tratamiento con Onda H, las cuales van dirigidas a identificar los factores biopsicosociales que influyen en la eficacia de este tratamiento (*Anexo 7*)

El instrumento fue validado a través del proceso de pilotaje durante el mes de diciembre del año 2016 con 10 mujeres elegidas de manera aleatoria que no forman parte de la muestra, y se realizaron las modificaciones necesarias para obtener el instrumento definitivo, el cual es aplicado.

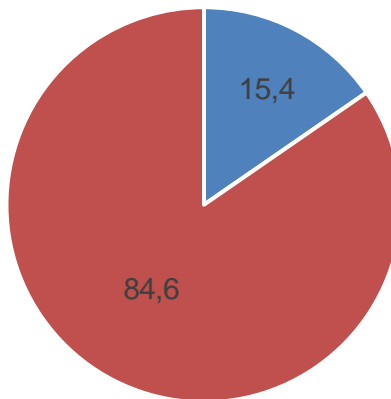
La investigación macro es aprobada por el Comité Científico del HCVB en el mes de enero 2014(*Anexo 5*). Por lo que, para la aplicación del cuestionario actual se cuenta con consentimiento informado leído y firmado por parte de las mujeres participantes del estudio (*Anexo 6*). Dicho instrumento se aplicó a 13 mujeres con diagnóstico de IUE atendidas en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del HCVB que recibieron a lo menos de 5 sesiones de Onda H como tratamiento durante el año 2014, las cuales accedieron a formar parte de esta investigación mediante dicho consentimiento informado.

Técnica de análisis de datos

La información recolectada se llevó a una planilla de cálculo del programa computacional Microsoft Office: Excel 2016. Posteriormente se analizan los datos que son representados de manera gráfica, ayudando a la construcción de la discusión final de esta investigación. Los datos obtenidos, fueron transformados a tablas y gráficos para evidenciar su relevancia (*Anexo 8*).

IV. RESULTADOS

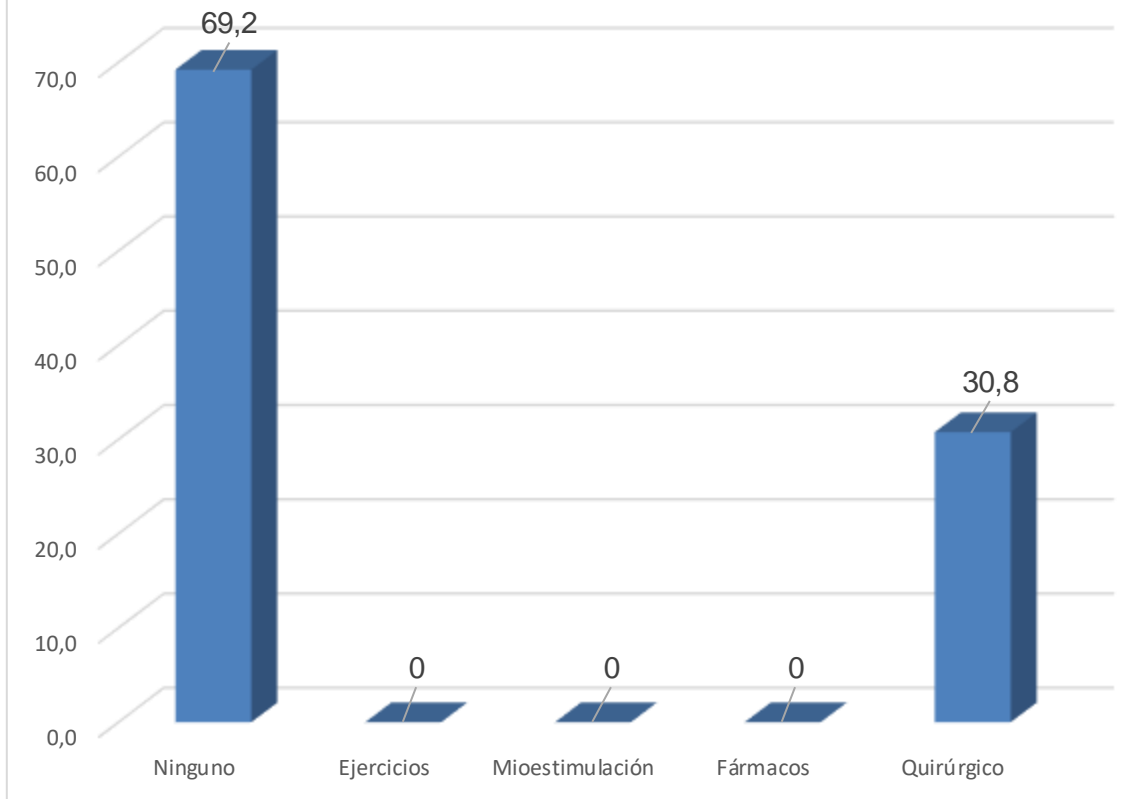
**Gráfico 1: Distribución de Mujeres con IUE
tratadas con Onda H que continúan
atendiéndose en la Unidad de Piso Pélvico
del HCVB
N=13**



- Continúan atendiendo en la unidad de piso pélvico
- No continúan atendiendo en la unidad de piso pélvico

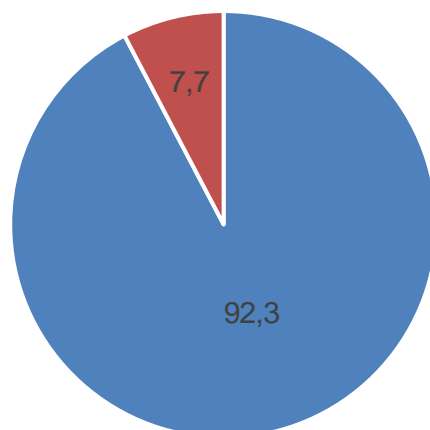
En el gráfico se observa que, de las mujeres estudiadas, la mayoría (84.6%) finalizó sus controles por IUE y sólo 15.4% se continúa atendiendo en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB.

Gráfico 2: Distribución del tipo de tratamiento que recibió o están recibiendo las mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB
N=13



Dentro de los tratamientos que recibieron o están recibiendo las mujeres con IUE posterior a la aplicación con Onda H, se destaca en el gráfico que cerca del 70% no recibió ningún tratamiento complementario y sólo 30.8% recibió tratamiento de tipo quirúrgico después de haber recibido tratamiento con Onda H.

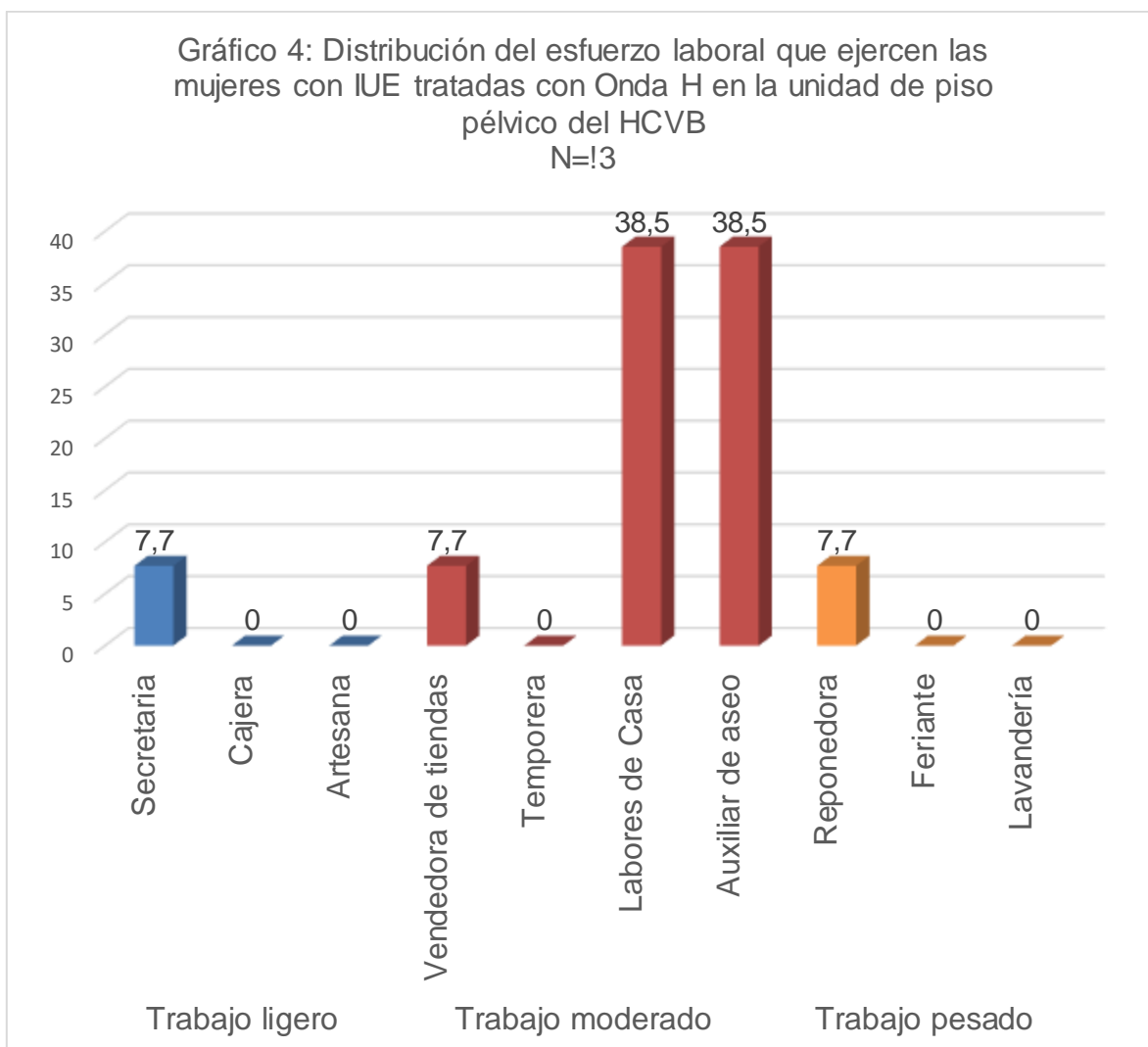
Gráfico 3: Distribución de la continuidad laboral en mujeres con IUE que recibieron tratamiento con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB
N=13



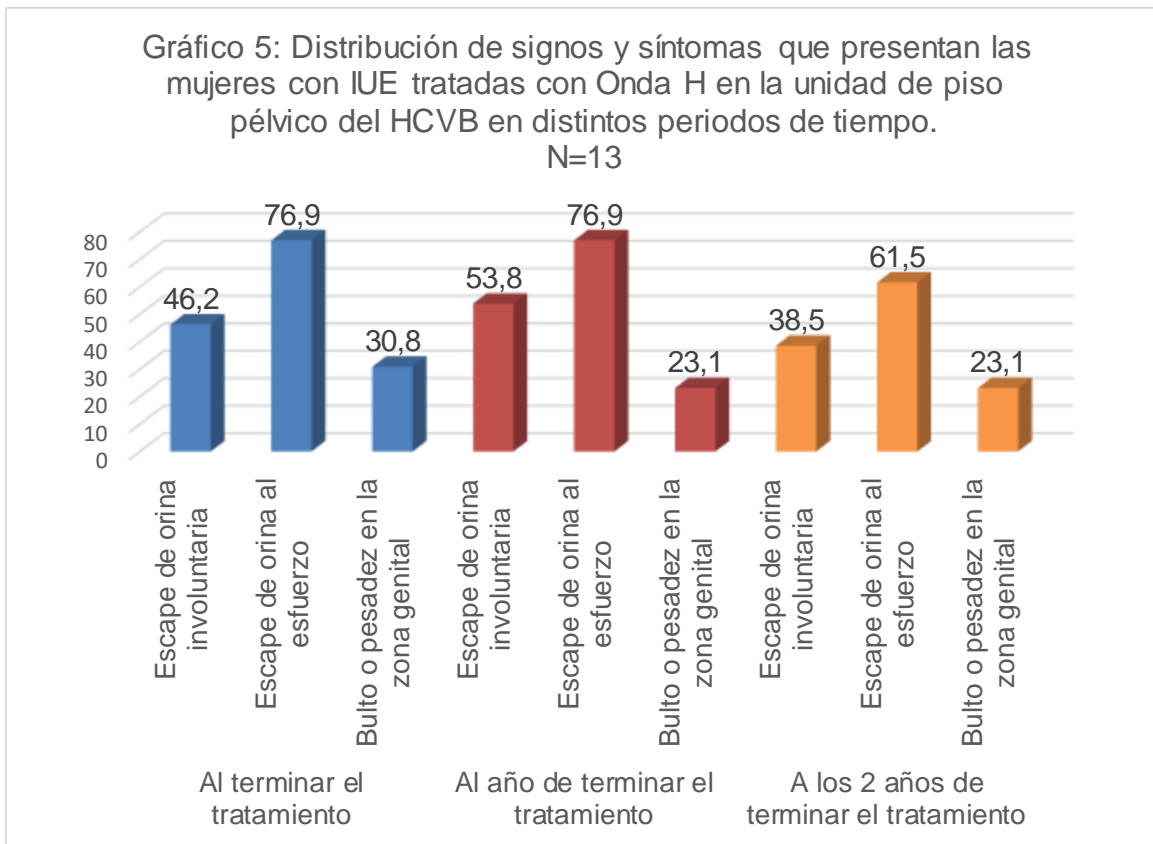
- Mantuvo el mismo trabajo anterior al tratamiento
- No mantuvo el mismo trabajo anterior al tratamiento

Se observa en el gráfico que casi la totalidad (92.3%) de las mujeres con IUE encuestadas continúan ejerciendo el mismo trabajo que realizaban al momento de recibir el tratamiento y sólo una mujer cambio su rubro laboral, al que ejercía previo al tratamiento.

Gráfico 4: Distribución del esfuerzo laboral que ejercen las mujeres con IUE tratadas con Onda H en la unidad de piso pélvico del HCVB
N=13



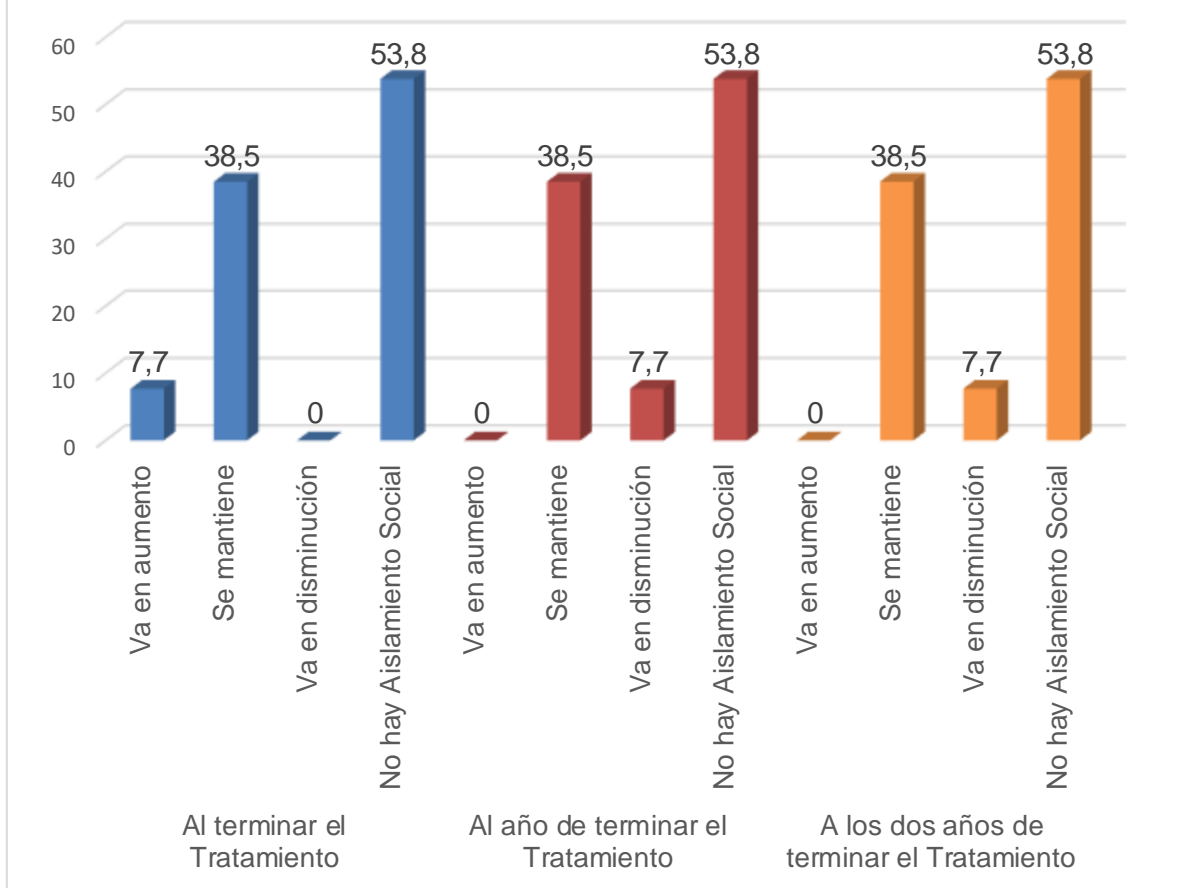
En el gráfico se observa que la mayoría 84.6% (sumatoria), de las mujeres con IUE tratadas con Onda H ejerce actualmente un trabajo con esfuerzo moderado, donde de éstas, 7.7% corresponde a vendedora de tienda y en igual porcentaje, 38.5% de las mujeres realizan trabajo de tipo de labores de casa y auxiliar de aseo. Otro punto a observar son aquellas mujeres con IUE tratadas con Onda H que actualmente realizan trabajo con esfuerzo ligero y con esfuerzo pesado, en donde sólo una persona (7.7%) trabaja de secretaria y de reponedora respectivamente.



*Pregunta con más una opción posible, sumatoria supera el total de la muestra.

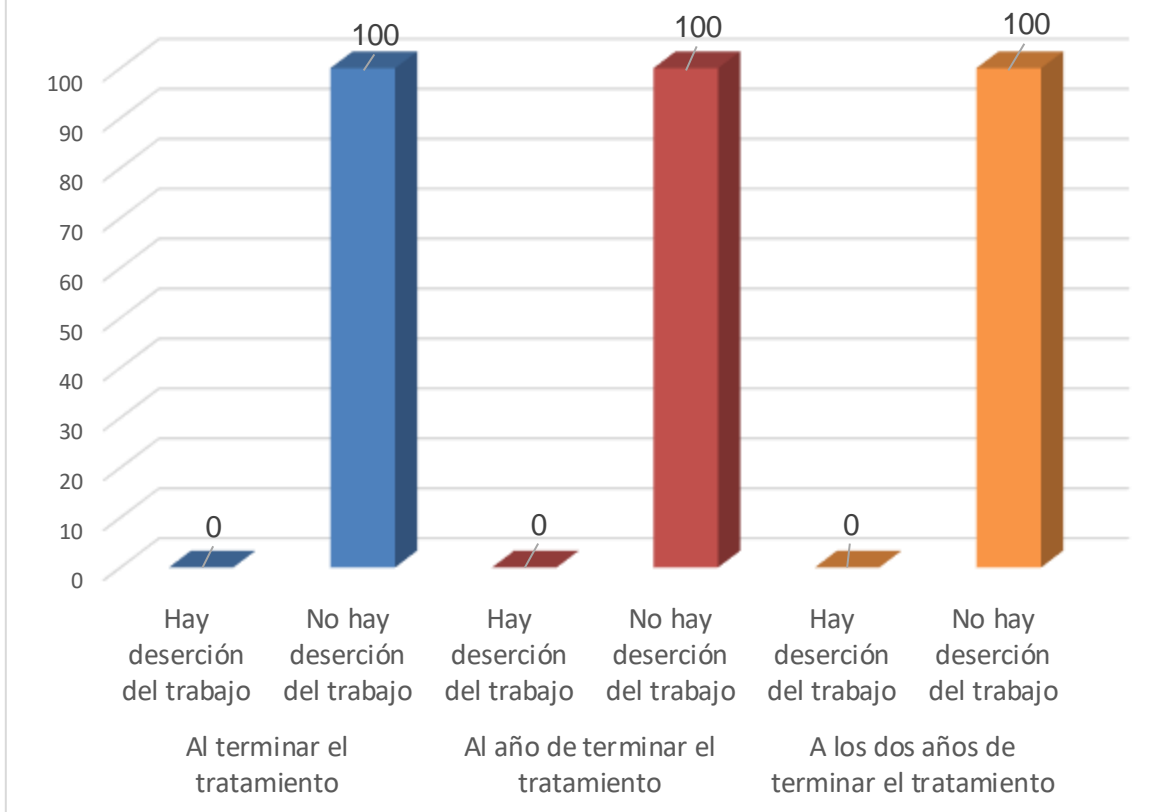
En el gráfico de presencia de signos y síntomas de IUE según periodos de tiempo, se observa que, al finalizar el tratamiento, 46.2% presentaba escapes de orina involuntarios, 76.9% escape de orina al esfuerzo, y 30.8% presentó la sensación de bulto o pesadez en la zona genital. Al año de haber terminado el tratamiento con Onda H los porcentajes son iguales y/o similares en los signos y síntomas de IUE, 53.8% presentaba escapes de orina involuntarios, 76.9% escape de orina al esfuerzo, y 23.1% presentó la sensación de bulto o pesadez en la zona genital. A los dos años de terminado el tratamiento con Onda H se observa un descenso de los porcentajes de signos y síntomas de IUE en comparación a los períodos anteriores, 38.5% presenta escapes de orina Involuntarios, 61.5% escape de orina al esfuerzo, y 23.1% tiene la sensación de bulto o pesadez en la zona genital.

Gráfico 6: Distribución de aislamiento social en mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB en distintos periodos de tiempo.
N=13



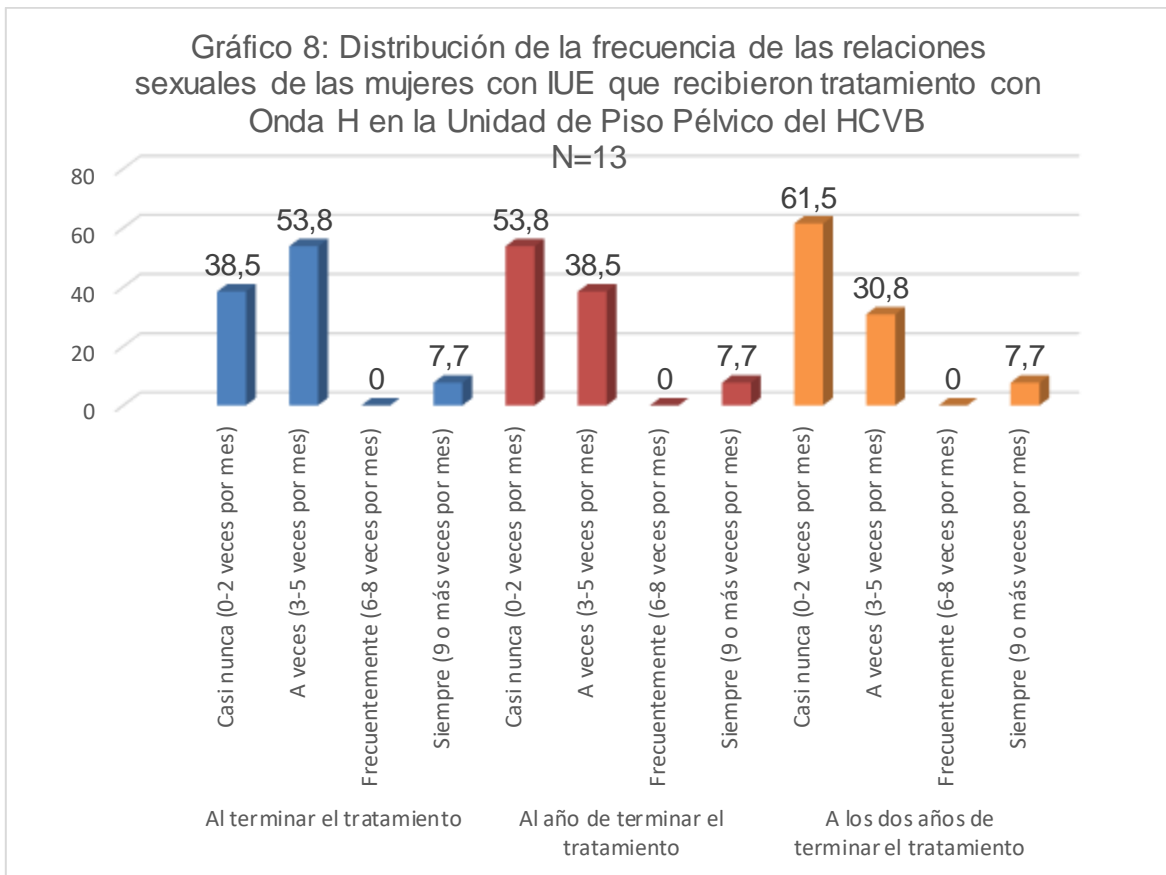
Se observa en el gráfico de aislamiento social en las mujeres con IUE tratadas con Onda H, que esta variable va disminuyendo en la distribución de los distintos períodos de tiempo. Al momento de terminar el tratamiento, 53.8% no sufría aislamiento social, 38.5% mantuvo el grado de aislamiento social previo al tratamiento y 7.7% lo aumentó. En los mismos porcentajes, al año y a los dos años de terminado el tratamiento con Onda H, se mantuvo 53.8% de las mujeres que no sufrieron aislamiento social, 7.7% disminuyó el grado de aislamiento que mantenía y 38.5% mantenía la misma condición de aislamiento

Gráfico 7: Distribución de deserción laboral en mujeres que recibieron tratamiento con Onda H para la IU en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB
N=13



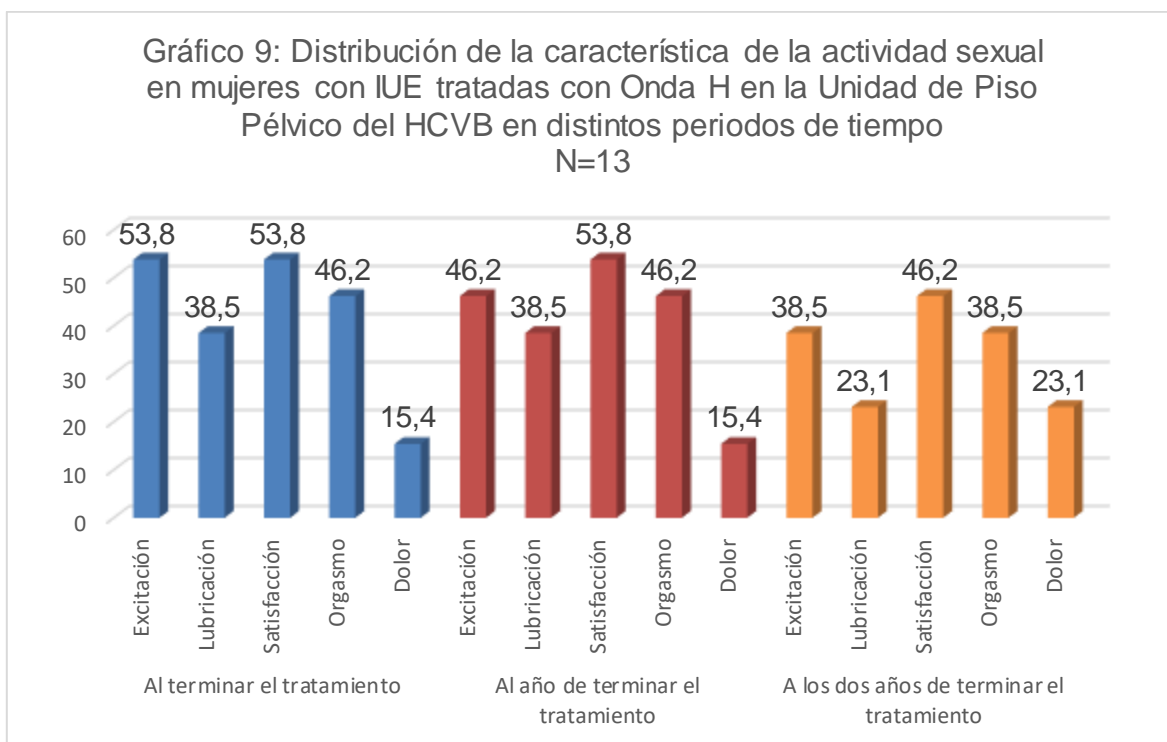
Se evidencia que el 100% de las mujeres encuestadas no tuvo deserción de su trabajo asociado a la IU en ningún momento.

Gráfico 8: Distribución de la frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres con IUE que recibieron tratamiento con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB



En relación a la frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres con IUE que recibieron tratamiento con Onda H, se observa en el gráfico que mientras más tiempo pasa desde el tratamiento con Onda H disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales. Al terminar el tratamiento 38.5% de las mujeres tenía de 0-2 veces por mes, 53.8% de 3-5 veces por mes y 7.7% 9 o más veces al mes. Al año de terminar el tratamiento, 53.8% de las mujeres tenía relaciones sexuales de 0-2 veces por mes, 38.5% de 3-5 veces por mes y 7.7% 9 o más veces por mes. A los dos años de terminado el tratamiento, la frecuencia de las relaciones sexuales de 0-2 veces por mes era de 61.5%, de 3-5 veces por mes era 30.8% y de 9 o más veces por mes, 7.7%

Gráfico 9: Distribución de la característica de la actividad sexual en mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB en distintos periodos de tiempo
N=13

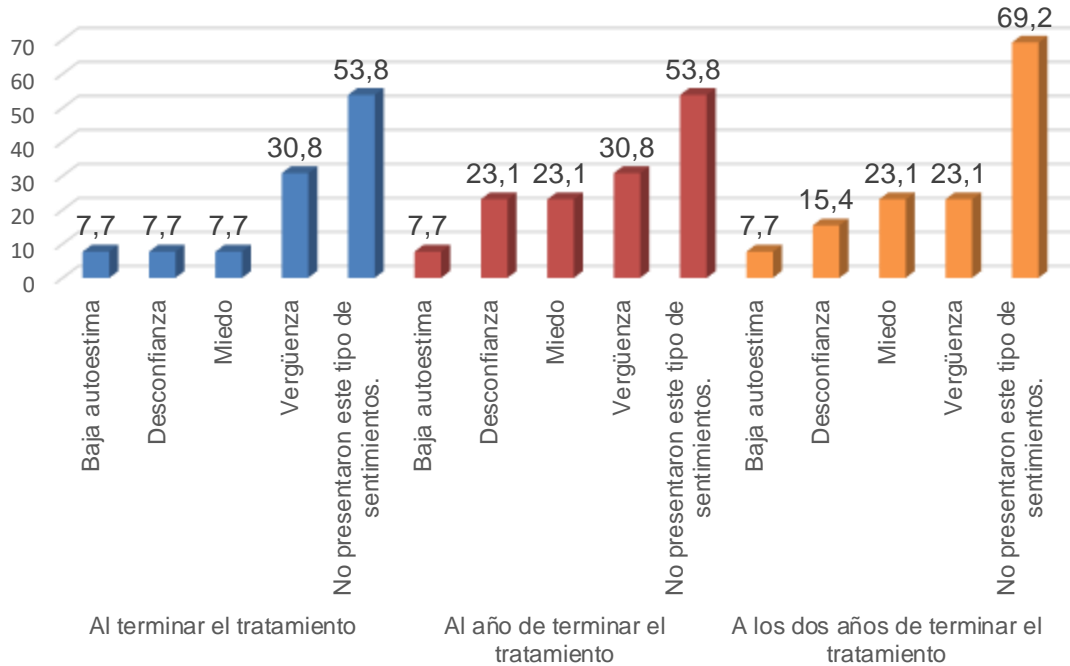


*Pregunta con más una opción posible, sumatoria supera el total de la muestra.

De la población estudiada, se observa en el gráfico que las características de las relaciones sexuales, van disminuyendo con el transcurso del tiempo, mientras que el dolor en las relaciones sexuales va aumentando.

En iguales porcentajes, al momento de terminar y al año del término de tratamiento con onda H, 53.8% de las mujeres sintió excitación en la actividad sexual, 38.5% logró una lubricación óptima, 53.8% sintió satisfacción, 46.2% pudo llegar al orgasmo y 15.4% sintió algún tipo de dolor durante el coito. Porcentajes que a los dos años después de haber finalizado el tratamiento con onda H disminuyen, 38.5% de las mujeres lograba sentir excitación, 23.1% tenía la lubricación necesaria, 46.2% experimentaba satisfacción durante la relación sexual, 38.5% alcanzaba el orgasmo y, aumenta el porcentaje del dolor en el acto sexual a 23.1%.

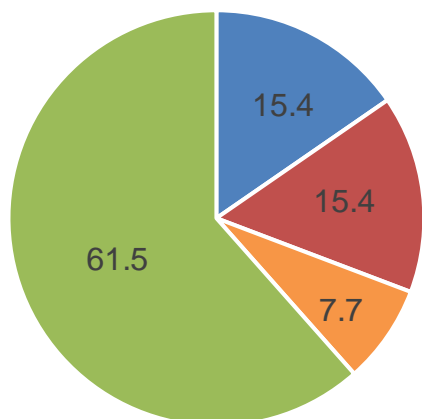
Gráfico 10: Distribución de sentimientos presentados en mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB en diferentes períodos de tiempo
N=13



*Pregunta con más una opción posible, sumatoria supera el total de la muestra.

Con respecto a los sentimientos que pudiesen presentar las mujeres con IUE tratadas con Onda H, se observa en el gráfico que, al terminar el tratamiento, un 7.7% presentó baja autoestima, otro 7.7% presentó sentimiento de desconfianza, otro 7.7% percibió miedo, un 30.8% vergüenza y el 53.8% restante no experimentó ningún sentimiento antes mencionado. Al año de terminar el tratamiento, un 7.7% experimentó baja autoestima, un 23.1% sintió desconfianza, un 23.1% miedo, un 30.8% vergüenza y un 53.8% no presentó ninguno de los sentimientos antes mencionados. A los dos años de terminado el tratamiento los sentimientos se distribuyeron de la siguiente manera; baja autoestima con un 7.7%, desconfianza con un 15.4%, sentimiento de miedo 23.1%, vergüenza con un 23.1% y un 69.2% siguió sin presentar algún tipo de sentimiento nombrado.

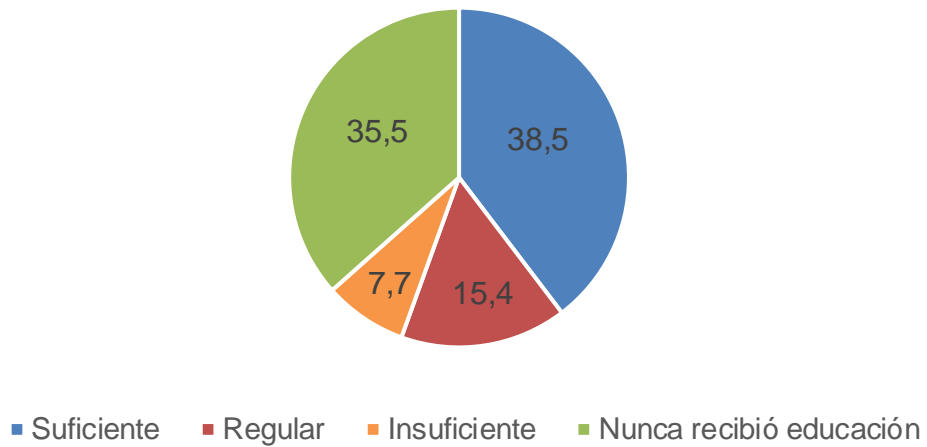
Gráfico 11: Distribución de calificación en educación de Dieta por parte del profesional Matrona/Matrón de mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB
N=13



■ Suficiente ■ Regular ■ Insuficiente ■ Nunca recibió educación

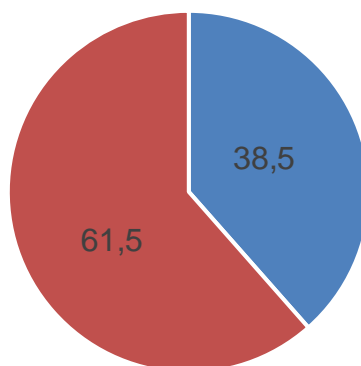
En cuanto a la variable de la educación en dieta por parte del profesional Matrona/Matrón, se aprecia en la grafico que más de la mitad de las mujeres (61.5%) indicaron nunca haber recibido educación, de las mujeres que recibieron educación en dieta (38.5%), en igual porcentaje, 15.4% lo calificó como suficiente y regular y 7,7% lo calificó como insuficiente.

Gráfico 12: Distribución de calificación en educación en cuento a Ejercicios por parte del profesional Matrona/Matrón de mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB
N=13



Con respecto a la variable de la educación en ejercicios de Kegel entregada por el profesional Matrona/Matrón, 38.5% indicó nunca haber recibido educación en cuanto a rehabilitación por medio de estos ejercicios. Del 61.6% de las mujeres que, si recibieron educación en ejercicios de Kegel, 38.5% lo calificó como suficiente, 15.4% como regular y 7.7% lo calificó como Insuficiente.

Gráfico 13: Distribución según la percepción sobre el interés en el estado general de la usuaria demostrado por el profesional Matrona/Matrón de las mujeres con IUE tratadas con Onda H atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB
N=13

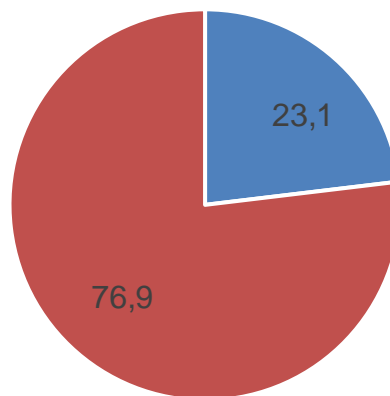


- Si demuestra interes por el estado general de la Usuaría
- No demuestra Interes por el estado general de la Usuaría

Se observa en el gráfico que más de la mitad de las usuarias, 61.5% percibe que el Matrona/Matrón no demuestra interés en su estado y 38.5% de las mujeres percibe un interés por su estado por parte del profesional.

Gráfico 14: Distribución según la percepción sobre el interés por el entorno familiar y social de la usuaria demostrado por el profesional Matrona/Matrón de las mujeres con IUE tratadas con Onda H atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB

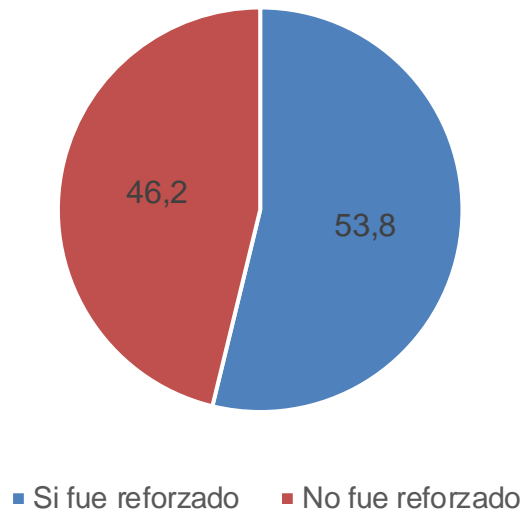
N=13



- Si demuestra interes por el entorno familiar y social de la Usuaría
- No demuestra Interes por el entorno familiar y social de la Usuaría

En el gráfico se observa que la mayoría de las mujeres (76.9%) percibe que la Matrona/Matrón no demuestra interés por el entorno familiar y social de la usuaria; sólo 23.1% de las usuarias percibe interés por parte del profesional Matrona/Matrón hacia el entorno familiar y social de ella.

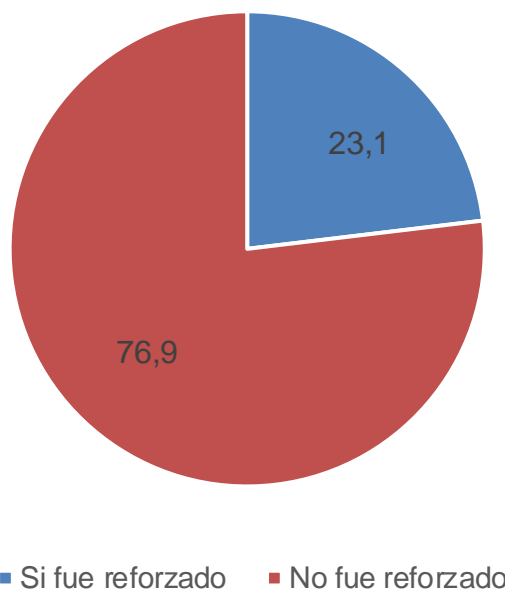
Gráfico 15: Distribución de mujeres con IUE que recibieron refuerzo sobre ejercicios de Kegel dentro de las atenciones con el profesional Matrona/Matrón en APS en control ginecológico.
N=13



Tal como se muestra en el gráfico que tiene relación al refuerzo de ejercicios pélvicos de Kegel por parte del profesional Matrona/Matrón en control ginecológico de atención primaria de salud, se observa que más de la mitad de las mujeres 53.8% fueron reforzados los ejercicios de Kegel y 46.2% no fue reforzado.

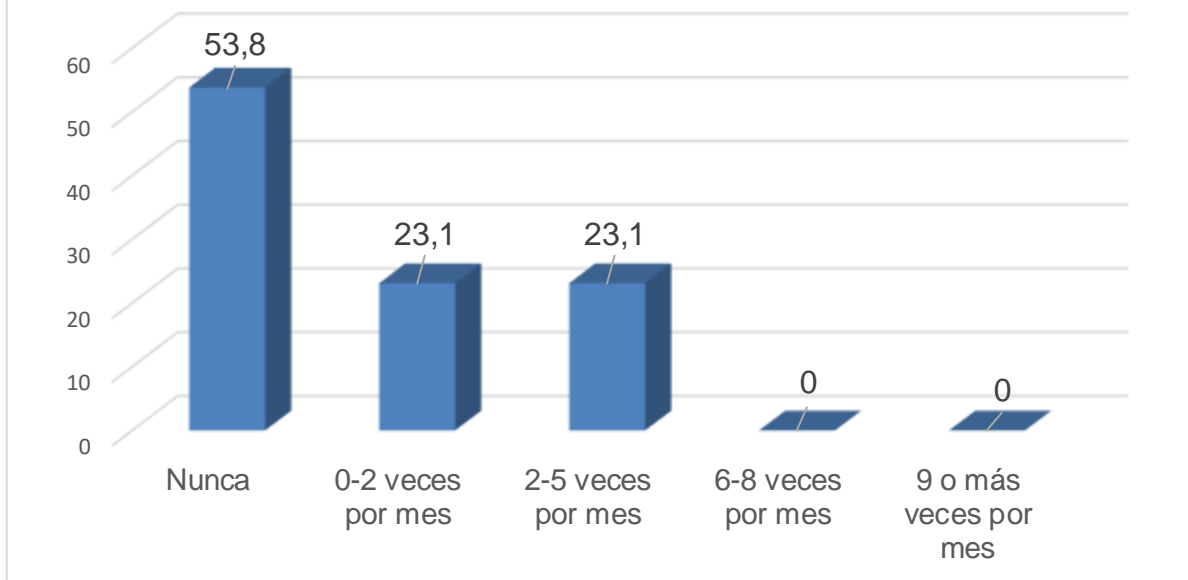
Gráfico 16: Distribución de mujeres con IUE que recibieron refuerzo sobre utilización del Balón Kinésico, dentro de las atenciones con el profesional Matrona/Matrón en APS en control ginecológico.

N=13



Como se señala en el gráfico de acuerdo al refuerzo de la utilización del Balón Kinésico en los controles de APS, se observa que, la mayoría de las mujeres 76.9% no recibió refuerzo de ejercicios pélvicos con balón kinésico y sólo 23.1% sí se les reforzó.

Gráfico 17: Frecuencia con la que las mujeres tratadas con onda H se dirigieron a consultar al profesional matrona/matrón por la reaparición de signos y síntomas de IUE.
N=13



En cuanto a la frecuencia de consulta al profesional Matrona/Matrón sobre la reaparición de signos y síntomas de IUE de las mujeres encuestadas, se observa en el gráfico que un poco más de la mitad de las mujeres (53.8%) nunca consultó y en igual porcentaje, 23.1%, concurrió a consultar 0-2 y 2-5 veces por mes. Destacándose, que no hubo más de 6 consultas en el mes por síntomas de reaparición de IUE.

V. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos del estudio; determinación de la eficacia biopsicosocial de la Onda H como tratamiento para la IUE, perteneciente a la Investigación macro ““Perfil Biopsicosocial y experiencia que han tenido con el profesional Matrona/Matrón las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo”” de la población estudiada, se describe:

Las mujeres que continúan su atención en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB corresponde a un 15.4% en cambio un 84.6% finalizó sus controles en dicha Unidad.

Dentro de los tratamientos que recibieron o están recibiendo las mujeres con IUE posterior a la aplicación con Onda H, se destaca que cerca del 70% no recibió ningún tratamiento complementario y un 30.8% recibió tratamiento de tipo quirúrgico después del tratamiento con Onda H. Según el estudio macro desarrollado el año 2014, es de elección el tratamiento quirúrgico en las mujeres con IU que no respondieron al tratamiento conservador, identificándose en la investigación como no efectiva.

Con respecto al esfuerzo laboral que ejerce la población estudiada, se evidencia que en un menor e igual porcentaje 7.7% mujeres con IUE tratadas con Onda H que actualmente realizan trabajo con *esfuerzo ligero* y con *esfuerzo pesado*, y la mayoría (84.6%) de las mujeres con IUE tratadas con Onda H ejerce actualmente un trabajo con *esfuerzo moderado*. De éstas, 7.7% son vendedora de tienda y en igual porcentaje 38.5% las mujeres realizan trabajo de tipo de labores de casa y auxiliar. Tal como se menciona en el estudio publicado por la Universidad Pública de Navarra para Master en Salud, denominada “Implantación de un programa de ejercicios de suelo pélvico como estrategia de prevención de la incontinencia urinaria”, el mayor porcentaje de mujeres que desarrollan IU son aquellas mujeres que realizan deportes o actividades de gran impacto (62.8%), al contrario de aquellos casos en que las mujeres no realizan actividades de gran impacto, la IU estaba presente sólo

en un 34% de los casos ⁽¹⁵⁾. Y como también se observa en el “estudio de prevalencia de IU en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida” de España, la IU presenta un impacto en las actividades diarias moderado/severo del 7%, dentro de las cuales las labores del hogar y cocinar indican un impacto moderado/severo de 10.9% y 9.4% respectivamente, mientras que trabajar fuera de casa tiene un impacto moderado/severo en un 13.1% de las mujeres ⁽¹⁶⁾.

En relación a la presencia de signos y síntomas de IUE según periodos de tiempo de las mujeres encuestadas al año de tratamiento con Onda H, hubo un descenso en el porcentaje de los signos y síntomas de la IUE. Al momento de finalizar el tratamiento presentaban, 46.2% escapes de orina Involuntarios, 76.9% escape de orina al esfuerzo, y 30.8% presentó la sensación de bulto o pesadez en la zona genital. Al año de haber terminado el tratamiento con Onda H, los porcentajes son iguales y/o similares en los signos y síntomas de IUE, el 53.8% presentaba escapes de orina involuntarios, el 76.9% escape de orina al esfuerzo, y un 23.1% presentó la sensación de bulto o pesadez en la zona genital. Y a los dos años de terminado el tratamiento con Onda H, se observa un descenso de los signos y síntomas de IUE; 38.5% presenta escapes de orina Involuntarios, 61.5% escape de orina al esfuerzo, y 23.1% tiene la sensación de bulto o pesadez en la zona genital. Estos datos no son posibles contrastarlos con estudios nacionales o internacionales, debido a que no se encuentra información de post tratamiento con Onda H. Cabe destacar, en este resultado, influyen las intervenciones quirúrgicas que se realizaron algunas de las usuarias al año de terminar el tratamiento con onda H, por lo que la real percepción de signos y síntomas post intervención de la onda H en la IUE se ve afectada.

En la variable de deserción laboral a causa de la IU, en el estudio se evidencia que casi la totalidad (92.3%) de las mujeres con IUE continúan ejerciendo el mismo trabajo que realizaban al momento de recibir el tratamiento con Onda H, y sólo una mujer cambió su rubro laboral el cual no fue causado por la IU. Cabe destacar, que 5 mujeres (38.5%) del presente estudio, son dueñas de casas, de este modo infiriendo que ellas no tienen deserción laboral. De igual manera, los resultados de la investigación no concuerdan con estudio cubano realizado en el Hospital Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro denominado “Incontinencia urinaria, un problema económico/social”, realizado a 68 mujeres, donde un 38.2% si abandonó su actividad laboral por causa de la IU ⁽¹⁷⁾.

En relación a aislamiento social, se observa que va disminuyendo a medida que avanzó el tiempo de post tratamiento con Onda H. Al momento de terminar el tratamiento, 53.8% no sufría aislamiento social, 38.5% mantuvo el grado de aislamiento social previo al tratamiento y sólo 7.7% aumentó el aislamiento social. Observándose los mismos porcentajes, al año y a los dos años de terminado el tratamiento con Onda H, 53.8% de las mujeres que no sufrieron aislamiento social, 38.5% mantenía la misma condición de aislamiento y sólo 7.7% disminuyó el grado de aislamiento que mantenía. Al igual que resultados de la investigación realizada en el Hospital Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro de Cuba, se concluye que posterior a una intervención para solucionar la IU, la sensación de aislamiento social va en disminución ⁽¹⁷⁾, por ende, ambos estudios son congruentes.

Con respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres con IUE que recibieron tratamiento con Onda H, se observa que mientras más tiempo pasa del tratamiento disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales. Al momento de terminar el tratamiento con onda H, 38.5% mujeres tenían relaciones coitales de 0-2 veces por mes, 53.8% tenían relaciones sexuales de 3-5 veces por mes y un 7.7% de las mujeres tenían relaciones coitales de 9 o más veces al mes. Al año de

terminar el tratamiento, 53.8% de las mujeres tenían relaciones sexuales de 0-2 veces por mes, 38.5% del grupo tenían relaciones coitales de 3-5 veces por mes y un 7.7% de las mujeres tenían relaciones sexuales de 9 o más veces por mes. A los dos años de terminado el tratamiento, 61.5% tuvieron relaciones sexuales de 0-2 veces por mes, 30.8% de 3-5 veces por mes y 7,7% con frecuencia de 9 o más veces al mes, infiriendo que las mujeres intervenidas no presentaron mejoras en el ámbito sexual, sino que, con el transcurso del tiempo, se observa una disminución en la frecuencia de relaciones sexuales. Resultados que no coincide con el estudio realizado en el Hospital Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro de Cuba ya mencionado, debido a que en él un 82.36% de las mujeres presentaban una libido disminuida desde antes de ser intervenidas para corregir la IU, y una vez realizada la intervención, ésta mejoró hasta llegar al 17.3% ⁽¹⁷⁾. La diferencia se puede deber a que el estudio realizado en Cuba corresponde a intervenciones quirúrgicas y no con tratamiento no invasivo, con onda H.

En las características de relaciones sexuales (lubricación, satisfacción, orgasmo y excitación) en mujeres con IUE tratadas con Onda H, se observa que van disminuyendo a la medida que va pasando el tiempo, mientras que el dolor en las relaciones sexuales va aumentando. Al momento de finalizar y al año del término de tratamiento con onda H, en iguales porcentajes, 38.5% logró una lubricación óptima, 53.8% sintió satisfacción, 46.2% pudo llegar al orgasmo, 53.8% de las mujeres sintió excitación en la actividad sexual y 15.4% sintió algún tipo de dolor durante el coito. La totalidad de los porcentajes de estas características sexuales disminuyen a los dos años después de haber finalizado el tratamiento con onda H; 23.1% tenía la lubricación necesaria, 46.2% experimentaba satisfacción durante la relación sexual, 38.5% alcanzaba el orgasmo, 38.5% de las mujeres lograba sentir excitación y aumenta el porcentaje del dolor en el acto sexual a un 23.1%.

Con respecto a los sentimientos de autoestima, desconfianza, miedo y vergüenza que presentaron las mujeres con IUE tratadas con Onda H, cabe destacar que más de la mitad (53.8%) no experimentó ningún sentimiento antes mencionado y del 46.2%, que experimentó algún tipo de sentimiento al momento de finalizar y al año de la aplicación de Onda H. Se observa que, al terminar el tratamiento, en un igual porcentaje 7.7% presentó baja autoestima, sentimientos de desconfianza y de miedo y 30.8% sintió vergüenza. Al año de terminar el tratamiento con onda H, 7.7% experimentó baja autoestima, en mismo porcentaje 23.1% sintió desconfianza y miedo, 30.8% vergüenza. Finalmente, a los dos años de terminado el tratamiento con Onda H, 69.2% continuo sin presentar algún tipo de sentimiento nombrado, 7.7% presentó baja autoestima, 15.4% desconfianza y en mismo porcentaje 23.1% sentimiento de miedo y vergüenza.

Por lo general se observa que los sentimientos que pudieron manifestar las mujeres tratadas con Onda H, van en disminución, lo que contribuye a un aumento de autoestima luego de recibir el tratamiento con Onda H. Infiriendo, que éste resultado puede ser producto de las sesiones realizadas con Onda H en el HCVB o debido a las intervenciones quirúrgicas de cierto grupo de mujeres perteneciente al estudio, como resolución de su dolencia.

En lo que respecta al rol que cumple el profesional Matrona/Matrón en el fomento, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, de la salud sexual y reproductiva se precisa que, en cuanto a la variable sobre educación en dieta, más de la mitad de las mujeres (61.5%) indicaron nunca haber recibido educación pertinente, del restante 38.5% que sí recibió educación en cuanto a dieta, un 15.4% la califica como “Suficiente” y en igual porcentaje como “Regular”, tan sólo un 7.7% lo calificó como “Insuficiente”.

Así mismo, en cuanto a la variable de la educación en Ejercicios de Kegel entregada por el profesional Matrona/Matrón, 38.5% indicó nunca haber recibido educación en cuanto a rehabilitación por medio de estos ejercicios. Del 61.6% de las mujeres que sí recibieron educación en Ejercicios de Kegel, 38.5% lo calificó como “Suficiente”, 15.4% como “Regular” y 7.7% lo calificó como “Insuficiente”. Lo que se también se observa en el estudio titulado “Incorporación de la Promoción de la Salud y la Prevención de las Disfunciones de Suelo Pélvico en Atención Primaria” se concluye que los profesionales de referencia en cuanto a las actividades de promoción, prevención y tratamiento inicial de las Disfunciones del Piso Pélvico son Matronas/Matrones y fisioterapeutas ⁽¹⁸⁾. De igual manera, en el estudio realizado por la Universidad de Otago, titulado “Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento o tratamientos de control inactivo para la IU en mujeres”, menciona que las mujeres tratadas con entrenamiento del piso pélvico tuvieron mayor probabilidad de tener curación y/o recuperación de la IU y presentaron menores episodios de pérdida de orina por día, que las mujeres que no realizaron los Ejercicios de Kegel ⁽¹⁹⁾. En conjunto, ambos estudios determinan que el rol de educación ya sea en dieta y en Ejercicios de Kegel durante la atención por parte del profesional Matrona/Matrón se hace fundamental para la prevención y rehabilitación del piso pélvico en mujeres que padecen de IUE.

Por otra parte, a la percepción que tienen las usuarias sobre calidad de atención brindada por el profesional, y al interés demostrado por el estado general, más de la mitad de las usuarias (61.5%), percibe que el profesional Matrona/Matrón no demuestra interés suficiente y el 38.5% de las mujeres si lo percibe. Por lo que, se sugiere que todo profesional de salud deba indagar sobre el entorno biopsicosocial que rodean a la usuaria o usuario. Así como lo menciona el artículo titulado “Patología del suelo pélvico en la mujer. Disfunción anorrectal. Papel de la Matrona en la prevención y detección” señala que dentro de la atención brindada por el profesional Matrona/Matrón está la demostración de interés por el bienestar de la

usuaria, y en este se destaca la correcta aplicación de la anamnesis y examen físico para la recopilación de datos oportunos que permitan la derivación hacia especialistas y/o centros de salud pertinentes ⁽²⁰⁾.

La mayoría de las mujeres (76.9%) percibe que la Matrona/Matrón no demuestra interés por el entorno familiar y social de la usuaria y, sólo el 23.1% de las usuarias percibe el interés. Según la primera parte de la investigación desarrollada en el año 2014 “Perfil biopsicosocial y experiencia que han tenido con el profesional Matrona/Matrón las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo”, se manifiesta que un 75% de las mujeres estudiadas, percibe que si hay interés del profesional por conocer su entorno familiar y, el 25% restante no percibe el mismo interés por parte del profesional Matrona/Matrón desde las acciones de prevención para la IUE ⁽¹⁰⁾, siendo no concordantes ambas percepciones de estudio. Esto se puede deber, a que las instancias en que interviene el profesional Matrona/Matrón es distinta, en la primera parte de la investigación se enfoca en el punto de la prevención y detección de la IUE, en cambio, en esta segunda parte de la investigación, se sitúa en la etapa de tratamiento y seguimiento.

Continuando en el mismo contexto, el 30.8% de las encuestadas perciben de forma pertinente la información entregada por el profesional Matrona/Matrón de atención primaria de salud y casi el 70% de las usuarias perciben la información entregada como no pertinente. Según la primera parte de la investigación del año 2014, de la información entregada en relación con la pesquisa y prevención de IUE, se identifica que el 61% de las mujeres, califica como pertinente la información entregada por parte del profesional y el 39% califica como no pertinente ⁽¹⁰⁾. De esta diferencia de los resultados, se puede inferir que el profesional Matrona/Matrón tiene un gran dominio en la prevención, promoción y pesquisa de problemas de salud de la mujer, sin embargo, tiene poco manejo en el seguimiento de patologías ginecológicas derivadas del nivel secundario de salud.

Menos de la mitad (46.2%) de las mujeres acordaron de manera conjunta con el profesional Matrona/Matrón la fecha y hora del próximo control en la unidad de piso pélvico y 53.8% de las mujeres recibía fecha y hora del próximo control sin previo acuerdo. Estos resultados, se pueden asociar a que el grupo estudiado manifestó una baja adhesión a los controles de seguimiento post tratamiento con Onda H, debido a que se veían imposibilitadas de asistir por topes de horarios laborales y/o problemas familiares.

En relación al refuerzo de Ejercicios Pélvicos de Kegel por parte del profesional Matrona/Matrón en control ginecológico de atención primaria de salud, se observa que en más de la mitad (53.8%) del grupo fueron reforzados y 46.2% de las mujeres no lo fueron. En cuanto a los ejercicios pélvicos con balón kinésico, la mayoría de las mujeres 76.9% recibió refuerzo y sólo en un 23.1% no fueron reforzados los ejercicios pélvicos con balón kinésico. Según el estudio mencionado anteriormente de la Universidad de Otago, Nueva Zelanda, los ejercicios de Kegel o ejercicios en los músculos pubococcygeos que refuerzan el piso pélvico como el Balón Kinésico, disminuyen el porcentaje de mujeres que se ven afectadas por esta problemática, por lo tanto, se infiere que en las mujeres que recibieron tratamiento con Onda H y refuerzo en los ejercicios de Kegel, presentan mayores posibilidades de mejoras en comparación al grupo de mujeres que no fueron reforzados este tipo de ejercicios (19).

En cuanto a la frecuencia de consulta al profesional Matrona/Matrón sobre la reaparición de signos y síntomas de IUE de las mujeres encuestadas, cabe destacar que un poco más de la mitad de las mujeres (53.8%), no volvió a consultar. De las mujeres que concurren a consultar, lo hicieron en el mismo porcentaje (23.1%), 0-2 y 2-5 veces por mes, destacándose que no hubo más de 6 consultas en el mes por síntomas de reaparición de IUE. Por lo tanto, más de la mitad del grupo de

mujeres pertenecientes a este estudio sobre tratamiento de IUE con Onda H no consultó al profesional Matrona/Matrón, porque no tuvo reincidencia de aparición de signos y síntomas de IUE.

En base a los resultados obtenidos, se presenta como un desafío para los profesionales de salud y en especial a Matrona/Matrón, la coordinación entre los niveles de atención de salud para otorgar un seguimiento óptimo del tratamiento y prevención de la reaparición de los síntomas de la IUE, con el consecuente malestar emocional que conlleva esta patología. Sugiriendo la implementación de una red en línea en donde se pueda acceder a la información del manejo biológico y psicológico de la patología de la mujer, desde medidas de prevención, pesquisa, derivación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, con el propósito de acceder a registros fidedignos de la atención otorgada por el equipo multidisciplinario y así, supervisar la eficacia del tratamiento recibido por la mujer.

Si bien, existen políticas públicas dirigidas hacia la prevención, pesquisa y tratamiento de patologías del piso pélvico, estas van dirigidas a ciertos grupos etarios de mujeres. Por lo que, se propone su modificación, y así sean redirigidas a todo el ciclo vital, comenzando desde la pubertad hasta la senectud. Además, de incorporar la reeducación del piso pélvico post tratamiento y periodo de puerperio por un equipo multiprofesional idóneo (Matrona/Matrón, Médicos, Kinesiólogos, Nutricionistas, Enfermeras/os y Psicólogos), preocupados del bienestar psicoemocional de la usuaria y su entorno, a través de talleres a toda mujer inscritas en un Centro de Salud Familiar.

Teniendo en cuenta, que el presente estudio también tiene como objetivo el identificar el rol del profesional Matrona/Matrón en los niveles primario y secundario de atención de salud desde el tratamiento, seguimiento, detección de síntomas de

reincidencia y calidad de vida de las mujeres tratadas por IUE como es la reeducación, refuerzo y supervisión de los ejercicios perineales, cambios de estilos de vida saludables y seguimiento del estado de salud que manifieste la mujer; reapariciones de síntomas, cambios en la autoestima y relaciones familiares, laborales y sociales, es que se hace necesario que el profesional Matrona/Matrón se actualice y capacite sus conocimientos teóricos y prácticos en el manejo de patologías del piso pélvico, así como también en nuevos métodos de tratamientos, como la mioestimulación con Onda H. Logrando así contar con las herramientas y aptitudes necesarias para brindar una atención integral y de calidad.

Finalmente, se invita a entidades públicas y privadas a formar parte de la ampliación de conocimientos y a continuar con estudios en relación con el manejo de la IU, en todas sus clasificaciones, a lo largo de todo el ciclo vital tanto en mujeres como en hombres con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

VII.AGRADECIMIENTOS

Para finalizar, quisiéramos agradecer a todas las personas que hicieron posible la realización de esta investigación, ya sea con su aporte directo o apoyo emocional. En especial a nuestras familias, amigos y seres queridos por su comprensión y apoyo a lo largo de este proceso.

Así mismo, destacar la labor que realizan los distintos profesionales del área de la salud en relación con la Incontinencia Urinaria, ya sea en su pesquisa, derivación, tratamiento y seguimiento; su buena atención se vio reflejada en las sinceras palabras que compartían las usuarias a lo largo de la investigación.

De modo especial, agradecer a todas las mujeres que formaron parte de este estudio de manera activa, cooperativa y de buena fe, compartiendo sus experiencias y siempre con buena disposición.

A nuestras profesoras/es de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, por inculcar en nosotras los valores y la labor humanitaria en la atención, siempre incorporando la importancia de una atención de integral y de calidad.

A nuestra profesora Guía por su dedicación y orientación en la investigación.

Y, por último, pero no menos importante...

“El mundo necesita más gente que ame lo que hace”

Muchas gracias.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrams P., et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178. https://www.ics.org/publications/ici_3/v2.pdf/abram.pdf
2. Fortun J. *Pérdida urinaria afecta al 33% de los adultos*. El Día [Internet]. Bolivia. 2014. https://www.eldia.com.bo/index.php?cat=149&pla=3&id_articulo=142489
3. García D. & Aboitiz J. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia*; [Internet]. 2012, Feb; 34(2). 87-95. <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-pdf-S021156381100188X-S300>
4. Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H. & Hunskaar S. *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag [Un estudio epidemiológico basado en la comunidad de la incontinencia urinaria femenina: el estudio EPINCONT noruego. Epidemiología de la Incontinencia en el condado de Nord-Trøndelag]*. 2000. US National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106889>
<https://translate.google.cl/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106889&prev=search>
5. Hunskaar S 1, Lose G, Sykes D & Voss S. *The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries [La prevalencia de la incontinencia urinaria en las mujeres en cuatro países europeos]*. 2004. US National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764130>
<https://translate.google.cl/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764130&prev=search>
6. Sánchez J. & Barco C. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Factores de Riesgo en la población llevada a cirugía durante los años 2013-2015 en la Fundación Salud Bosque. 1º Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de

- Piso Pélvico. 2016. [Http://congreso-alapp.com/2016/wp-content/uploads/2015/05/ALAPP_Libro.pdf](http://congreso-alapp.com/2016/wp-content/uploads/2015/05/ALAPP_Libro.pdf)
7. Harwardt T., et al. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua, *Revista Chilena De Urología*. 2004. 69; 1. https://www.revistachilenadeurologia.cl/urolchi/wpcontent/uploads/2015/12/04_estudio_de_prevalencia.pdf
 8. Rincón O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Revista Médica De Chile*; [Internet]. 2015, Feb; 143. 203-212. <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/3535>
 9. Hospital Clínico Universidad de Chile, Obstetricia y Ginecología. *Piso Pélvico*. 2016. <https://www.redclinica.cl/plantilla/especialidades/ginecologia-y-obstetricia/piso-pelvico.aspx>
 10. Gutiérrez C., Et Al. *Perfil Biopsicosocial Y Experiencia Que Han Tenido Con El Profesional Matrón/ona Las Mujeres Con Incontinencia Urinaria De Esfuerzo*. [Tesis Para Obtener El Grado De Licenciado/A En Obstetricia Y Puericultura]. Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso. 2014.
 11. Jerez K., Cifuentes M., Bennett C., Fuentes C. & Ciudad D. Resultados de la rehabilitación kinésica de piso pélvico en un grupo de mujeres con incontinencia de orina. *Revista Chilena De Urología*. [Internet]. 2013; 78. 25-28. <http://www.revistachilenadeurologia.cl/resultados-de-la-rehabilitacion-kinesica-de-piso-pelvico-en-un-grupo-de-mujeres-con-incontinencia-de-orina-3-2/>
 12. Hott H., et al. Cinco años de experiencia con malla suburetral retropubiana libre de tensión en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Regional de Valdivia. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. 2007; 72(3): 165-168 <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n3/art06.pdf>

13. Castro Y., Chacón P. & Liu L. *Impacto de la electroestimulación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria en el Hospital de las Mujeres "Dr. Adolfo Carit Eva", en el periodo enero del 2011 a mayo del 2012. Revista Mexicana de Urología. 2013; 73(6), 292-298. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-impacto-electro-estimulacion-calidad-vida-X2007408513723431>*
14. Pérez C., Vargas I. & Silva H. *Incremento de la capacidad orgásmica en mujeres bajo tratamiento para incontinencia urinaria mediante ondas electromagnéticas. Revista Mexicana de Urología. 2008; 68(4), 229-233. <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur084h.pdf>*
15. Aguinaga I. *Implantación de un programa de ejercicios de suelo pélvico como estrategia de prevención de la incontinencia urinaria. 2013. UPNA. <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7845/Master%20Salud%20Publica%20Alessandra%20Olcoz.PDF?sequence=1>*
16. Modroño Freire MJ, et al. (2004). *Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. Atención Primaria 2004;34:134-49. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704794834>*
17. Gonzales, E., et al. *Incontinencia urinaria, un problema económico/social. Acta Médica del Centro. 2013. Vol. 7, No. 2, Cuba. http://www.actamedica.sld.cu/r2_13/incontinencia.htm*
18. Gómez M., Torregrosa M., Rondon A. & Blanco A. *Incorporación de la Promoción de la Salud y la Prevención de las Disfunciones de Suelo Pélvico en Atención Primaria. Enfermería Docente 2012; 96: 22-25. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-96-07.pdf>*

19. Hay-Smith E. & Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Universidad de Otago, Nueva Zelanda. 2008; 2. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/entrenamiento_muscular_del_suelo_pelviano_versus_ningun.pdf
20. Moreno C. & Mínguez M. *Patología del suelo pélvico en la mujer. Disfunción anorrectal. Papel de la matrona en la prevención y detección*. Revista Matronas Profesión. 2003;4(14):29-33 <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7346/173/patologia-del-suelo-pelvico-en-la-mujer-disfuncion-anorrectal-papel-de-la-matrona-en-la-prevencion-y-deteccion>
21. Del Campo F. *Manual de Urología Esencial, Urología Femenina*. Universidad Católica de Chile. (s.f). <http://publicacionesmedicina.uc.cl/manualUrologia/UrologiaFemenina.html>
22. Rexach L. & Verdejo C. *Incontinencia Urinaria*. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 1999; 23 (6), 149-159. <https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>
23. Quintana E., Fajardo V., Rodríguez J., Aguilera U. & Martínez M. *Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina*. Salud en Tabasco, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México. 2009; 15 (1), 839-844. <http://www.redalyc.org/pdf/487/48712088004.pdf>
24. Campbell-Walsh. Urología. *Incontinencia urinaria: revisión de su epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires. Médica Panamericana. [Internet]. 2008; 9a ed, 3. <https://books.google.cl/books?id=Rc4NFKLJL4sC&pg=PA2129&dq=tipos+de+incontinencia+urinaria&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiI4-TG65vPAhXFIZAKHfcjB4QQ6AEILjAB#v=onepage&q=tipos%20de%20incontinencia%20urinaria&f=false>

25. Gobierno de España. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona). Enfermería de la Mujer y de la Familia 3. 2009. 8. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_Formativo_V8.pdf
26. Campusano C. Que Es La Onda-H., de *Onda-H Latinoamérica*. 2016. <http://www.onda-h.cl/index.php>
27. Una técnica no invasiva con láser soluciona la incontinencia urinaria y patologías ginecológicas. *Noticias de Málaga y su provincia*. Málaga. 2016. <http://www.netmalaga.net/Noticias.asp?modo=ver&ref=46211>
28. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *La cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo*. Patient Education. ACOG Washington. 2014. <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-cirurgia-para-la-incontinencia-urinaria-de-esfuerzo>
29. University of Maryland, Medical Center. *Incontinencia urinaria de esfuerzo*. 2011. <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/incontinencia-urinaria-de-esfuerzo>
30. Sánchez M., et al. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. *Revista Matronas Profesión*. 23-29. https://www.researchgate.net/publication/293335125_Influencia_de_la_actuacion_de_la_matrona_ante_la_IUE_durante_el_embarazo_parto_y_puerperio

IX.DATOS SUPLEMENTARIOS

ANEXO 1: Glosario de Términos, Siglas y Abreviaciones.

- **ICS:** Sociedad Internacional de Continencia. (International Continence Society.)

- **IU:** Incontinencia Urinaria

- **IUE:** Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

- **Onda H:** Onda electromagnética balanceada, simétrica, bifásica y exponencialmente decreciente, utilizada como tratamiento en disfunciones musculares.

- **Mioestimulación:** Consiste en la aplicación de corrientes indoloras a los músculos produciendo una contracción, semejantes a los obtenidos mediante ejercicio físico.

- **Unidad de Piso Pélvico:** Son las unidades responsables de otorgar rehabilitación y/o tratamiento a un número importante de patologías del piso pélvico, incluyendo las IU, que afectan a mujeres, hombres y niños.

ANEXO 2: Marco Teórico

La vejiga es un órgano, formado por varias capas de tejido muscular liso orientado en diferentes direcciones, entre ellos destaca el músculo detrusor, esfínter uretral interno y el esfínter uretral externo ⁽²¹⁾.

La vejiga tiene íntimas relaciones con el aparato reproductor femenino y por ello la mujer tiene patología urológica propia ya que parte del soporte del órgano en situación normal depende de la integridad del útero y de sus anexos. Las hormonas femeninas son fundamentales en el trofismo de las vías urinarias bajas y por esto existe un incremento de la patología urológica femenina con el correr de los años ⁽²¹⁾.

El esfínter externo mantiene un tono constante, responsable de la continencia en reposo, el que es potenciado en el curso de los esfuerzos por la contracción de los músculos estriados del piso pelviano. Por ello la alteración de la relación vejiga-piso pélvico es de especial importancia en la comprensión y tratamiento de la IUE ⁽²¹⁾.

Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria

Durante el almacenamiento, la orina es propulsada a la vejiga a razón de alrededor de 1ml por minuto, llenando lenta y progresivamente la vejiga. Alrededor de los 200ml, los receptores de distensión en la vejiga informan al centro medular sacro del primer deseo miccional, el que envía esta información a la protuberancia, donde se coordina el reflejo miccional, aumentándose el tono del esfínter interno y suprimiendo la actividad parasimpática. Esta parte del reflejo es función del sistema autónomo; sin embargo, las áreas corticales facilitan o inhiben el reflejo voluntariamente. Habiéndose alcanzado un nivel de orina en la vejiga, que varía según la edad y los hábitos adquiridos, entre 350ml y 600ml, se produce igual fenómeno que el descrito a los 200ml. En esta oportunidad la respuesta cortical voluntaria es la de iniciar la micción, produciéndose una descarga de noradrenalina

en el esfínter interno, con una relajación voluntaria del esfínter externo y como resultante global, la emisión de un volumen de orina durante un tiempo determinado y con una eficiencia que permite vaciar prácticamente en su totalidad la vejiga ⁽²¹⁾.

La continencia, es el resultado de una perfecta función y coordinación del tracto urinario inferior, así como de la integridad del sistema nervioso, responsable de su actividad. El control voluntario de la micción, supone mecanismos neurológicos de gran complejidad. Además, especialmente en el paciente anciano, deben considerarse otra serie de requisitos para que se mantenga la continencia urinaria, como lo son:

- Almacenamiento adecuado en el tracto urinario inferior.
- Vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- Motivación suficiente para ser continente.
- Capacidad cognitiva para percibir el deseo miccional, entre otros ⁽²²⁾.

La pérdida de la continencia urinaria debe ser interpretada como un síntoma de una disfunción, bien del tracto urinario inferior o de algún otro sistema externo al tracto urinario, y vinculado con el mantenimiento de la continencia urinaria ⁽²²⁾.

Las causas de IU incluyen desde la obstrucción en el aparato urinario, problemas neurológicos o cerebrales, demencia u otros problemas de salud mental que dificultan el hecho de sentir y responder frente al reflejo miccional, problemas con el aparato urinario hasta trastornos neuromusculares ⁽²²⁾.

El reflejo miccional: Permite el vaciamiento de la vejiga urinaria cuando ésta ha alcanzado su límite de llenado e involucra el almacenamiento progresivo de orina en la vejiga hasta que ésta alcanza su umbral, desencadenando este reflejo nervioso; la vejiga se contrae y la orina fluye a través de la uretra. En el inicio y mantenimiento de dicho reflejo, así como en el proceso de contención de la orina, intervienen la contracción coordinada del músculo detrusor y de los músculos de la

pared abdominal, así como la relajación de los músculos del piso pélvico y de los esfínteres uretrales interno y externo, por lo que ambas estructuras están bajo un fino control nervioso central, periférico y autónomo tanto simpático como parasimpático permitiendo un adecuado cierre uretral. Se ha descrito que en el cerrado uretral participan dos mecanismos: el permanente y el complementario. El cerrado permanente de la uretra está dado por la mucosidad secretada por la pared interna de la uretra, la cual incrementa la presión intra uretral, y por el tono tanto de la musculatura lisa como del esfínter uretral. El mecanismo de cerrado complementario se presenta cuando el individuo realiza actividades físicas que incrementan la presión intra abdominal (toser, estornudar etc.), y está compuesto por la transmisión pasiva de la presión intra abdominal a través de la vejiga y la transmisión activa de dicha presión mediante la contracción de los músculos estriados periuretrales. De esta forma, cuando la presión intraabdominal aumenta repentinamente, los músculos estriados tanto periuretrales como los del piso pélvico se contraen evitando el paso de la orina. Cuando se presentan daños en cualquiera de los componentes que participan en este reflejo se desencadenan patologías como la IU ⁽²³⁾.

Principales Tipos de Incontinencia Urinaria

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Este tipo de IU se caracteriza por la pérdida de orina con los aumentos de la presión intraabdominal, por ejemplo, cuando tosen, levantan objetos pesados, entre otros.

El esfuerzo físico, aunque sea leve, provoca un aumento de la presión intra abdominal y de la vejiga, pero no se transmite a la uretra, lo que desencadena la incontinencia a través del mecanismo de cerrado complementario. El debilitamiento de los músculos puede ser causado por una alteración de las estructuras que rodean la base vesical y la uretra, así como a una hipermovilidad del cuello vesical y uretra proximal, que descienden por debajo del pubis. La participación de una serie de factores como: hipoestrogenismo (produciendo atrofia muscular, de los ligamentos, fascias e incluso del urotelio), obesidad, multiparidad vaginal, atrofia de la musculatura perineal con la edad, influyen sobre este mecanismo de soporte alterado ⁽²⁴⁾.

Para confirmar el diagnóstico se deben realizar una serie de exámenes, entre ellos:

- Un examen pélvico y rectal.
- Examen de esfuerzo urinario o Maniobras Valsalva, que se realiza con la vejiga llena y aumentando la presión intra abdominal y así poder visualizar la pérdida de orina a través de la uretra.
- Examen del apósito, en donde mientras se utiliza un apósito estéril se realiza esfuerzo físico, se procede a pesar el apósito y determinar cuánta orina se perdió.
- Cistoscopia, la cual permite visualizar la parte interna de la vejiga y evidenciar algún daño a nivel estructural.
- El análisis de orina sirve para detectar si hay infección urinaria.
- Ecografía abdominal o pélvica.

Este tipo de incontinencia no está asociada a la necesidad de orinar. La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, y ésta puede estar reducida por dos causas que pueden coexistir:

- Una uretra “hipermóvil”, en la que los elementos de sostén de la uretra están debilitados o dañados (lo que ocasiona, al producirse el esfuerzo, un descenso del cuello vesical y de la uretra desde su posición anatómica normal).
- La denominada “deficiencia esfinteriana intrínseca”, en la que existe un cierre de la uretra insuficiente, que puede ser debido a una lesión del propio esfínter, a la denervación del mismo o a anomalías estructurales de la uretra por intervenciones quirúrgicas previas (por ejemplo, una uretra fija y rígida adherida al pubis) ⁽²⁴⁾.

- Incontinencia Urinaria de Urgencia

La IUU consiste en la pérdida involuntaria de orina asociada a una necesidad imperiosa y repentina de orinar, se produce en momentos impredecibles y puede generar el vaciado completo de la vejiga, siendo muy vergonzoso para el paciente. Este tipo clínico de incontinencia, se asocia generalmente a la presencia de contracciones involuntarias del detrusor. Recientemente se ha elegido el término de «hiperactividad vesical» para definir a la demostración urodinámica de contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado vesical. En un pequeño porcentaje de casos con IU de urgencia no se demuestran las contracciones involuntarias durante el estudio urodinámico, conociéndose esta situación como «urgencia sensorial», y relacionándose con patología local vesical (infecciones, litiasis, tumor). En estos casos, la urgencia miccional es tan intensa que los pacientes llegan a presentar incontinencia, sin acompañarse de contracción involuntaria del detrusor ⁽²⁴⁾.

Se pueden distinguir dos tipos de IUU:

- Incontinencia sensitiva: Está provocada por un aumento de los impulsos sensitivos desde los receptores de tensión/presión que se encuentran en las paredes de la vejiga. Aparece una sensación temprana de plenitud y urgencia por orinar. Puede estar asociada a enfermedades ⁽²⁴⁾.

- Incontinencia motora: La pérdida de orina está motivada por una hiperactividad del detrusor, es decir, un fallo en la inhibición motora del reflejo de la micción. Está causada, principalmente, por mecanismos psíquicos, esfuerzos u obstrucción ⁽²⁴⁾.

- Incontinencia Urinaria Mixta

Es la pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia miccional y con ejercicios, esfuerzos, estornudos o tos.

La pérdida de orina se produce por una hiperactividad del músculo detrusor y un trastorno en los mecanismos esfinterianos. En este caso, la incompetencia del cuello vesical permite la entrada de orina en la uretra proximal. Como consecuencia, el detrusor entiende que se ha iniciado la micción y libera el reflejo que produce su contracción ⁽²⁴⁾.

Tratamientos para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

▶ Ejercicios del Piso Pélvico

Según la ICS, es *“la primera línea de tratamiento para la IU debería ser la rehabilitación kinésica de piso pélvico ya que se produce una mejoría de los síntomas hasta en un 85% de los casos”* ⁽¹¹⁾.

Corresponde a la contracción activa de los músculos del piso pélvico realizada de forma regular. Estos ejercicios mantienen el esfínter uretral fuerte y funcionamiento apropiadamente. Los pacientes recuperan el control de la vejiga aprendiendo a resistir el impulso de salida de la misma y contribuyendo de esta manera a aumentar la capacidad de la vejiga. Para poner en práctica estos ejercicios, la mujer debe acostarse de espalda, con los pies planos en el suelo, las rodillas dobladas y separadas. Luego tiene que mantener la espalda apoyada sin dejar ningún espacio en la zona lumbar. En esa posición debe contraer lentamente los músculos del periné, mantener -respirando tranquila- y luego soltar despacio, descansar y repetir. Hay tres tipos de Ejercicios de Kegel:

- Lento: consiste en apretar los músculos del piso pélvico como cuando se intenta cortar la orina. Éstos se deben subir, contraer y mantener. Contar hasta cinco y respirar suave. Luego descansar durante cinco segundos. Repetir 10 veces.
- Rápido: se trata de retraer y soltar los músculos tan rápido como se pueda hasta completar dos minutos. Repetir cuatro veces al día.
- La escala: se logra al contraer los músculos suavemente. Al hacerlo la mujer puede imaginar que va subiendo un primer peldaño. Luego debe descansar un segundo, sin relajar la musculatura, y continuar con el siguiente escalón contrayendo un poco más. Se repite la acción hasta completar cinco peldaños. Entonces se comienza a bajar soltando los músculos suavemente, con un descanso de un segundo cada vez. Al llegar abajo se debe relajar el músculo por completo durante algunos segundos y repetir 10 veces. No olvidar que hay

que respirar con mucha tranquilidad, pausadamente y sin ayuda de los glúteos y abdominales ⁽²⁵⁾.

Pueden emplearse de forma asociada técnicas como la electroestimulación, que consiguen hacer consciente a la usuaria de los grupos musculares que debe ejercitar. Una vez que la paciente ha aprendido a realizar los ejercicios, debe mantener una disciplina para que la ésta sea efectiva. Por supuesto, hay que tener en cuenta las características de cada paciente. Una mujer inconstante o que no logre aprender los ejercicios enseñados por el personal especializado dudosamente se va a beneficiar de esta excelente arma terapéutica.

▶ Onda H

La Onda-H fue aprobada por la FDA en EEUU en 1997 y por la SGS Europea en 1999. Es una Onda Simétrica, Bifásica, exponencialmente decreciente, que no agota el músculo ni desplazaba iones, la que copia el Reflejo de Hoffman, reflejo anormal de la especie Humana que a grandes rasgos consiste en retraer los dedos de la mano al mismo momento que se aprieta la uña de dicho dedo ⁽²⁶⁾.

La Onda-H es una tecnología que se origina en la NASA, EEUU con el propósito de eliminar las contracturas musculares que se le producían a los Astronautas durante los vuelos. La falta de gravedad era la responsable de esta afección. Se solicitó a dos Ingenieros Biomédicos Jim Heaney y Jim Shupara que buscaran una solución a este problema de las contracturas, ya que estas afectaban el normal desempeño de los Astronautas durante los vuelos ⁽²⁶⁾.

Estudios clínicos realizados, en el Centro de Salud Familiar Los Pinos en Quilpué y en el Hospital de Quilpué han demostrado que la Onda es capaz de mejorar la microcirculación de los Riñones en pacientes con Nefropatía Diabética y con Insuficiencia Renal Crónica. El resultado de la mejoría de la microcirculación se ha confirmado por los exámenes de Laboratorio en sangre y orina, efectuados a los pacientes ⁽²⁶⁾.

También como resultado de la mejoría de la microcirculación la Onda-H ha demostrado ser muy útil en el tratamiento de los pacientes con Pié Diabético. Estudios clínicos realizados en Centro de Salud familiar El Olivar, en Viña del Mar, Centro Médico de Carabineros en Viña del Mar Hospital de Quilpué y Centro de Salud Familiar Los Pinos en Quilpué así lo demuestran, constituyendo de esta forma una buena alternativa para el tratamiento de los pacientes que presentan dicha patología ⁽²⁶⁾.

La Onda-H se aplica de dos maneras en los pacientes:

- 1) Alta frecuencia, es decir, 60 Hertz, realizando un drenaje linfático y eliminando del sitio afectado los mediadores químicos del dolor, es decir Bradicininas, Histaminas y Prostaglandinas, desinflamando la fibra nerviosa. A su vez el movimiento muscular aumenta la producción de Beta Endorfinas, Encefalinas y Serotonina. Por esta razón los pacientes a los que se les ha aplicado la Onda H experimentan una sensación de agrado inmediato ⁽²⁶⁾.
- 2) Baja frecuencia, es decir 2 Hertz, logrando en este caso mejorar la microcirculación ya que la Onda actúa sobre la capa muscular de las arteriolas, normalizando su funcionamiento. Como resultado de estas dos maneras de actuar la Onda-H es capaz, por ejemplo, cerrar las úlceras en el caso del Pié Diabético, mejorar las Necrosis Avasculares en la cabeza del fémur, aumentar la concentración de Serotonina plasmática, etc. Todo esto se logra aplicando la Onda-H en baja frecuencia ⁽²⁶⁾.

▶ Láser Fotona

En España, el centro sanitario Healthy Women aplica en Málaga una técnica novedosa no invasiva e indolora para tratar de forma definitiva dolencias ginecológicas como la IU, que pueden padecer una de cada tres mujeres a partir de los 35 años. En concreto, una de cada tres mujeres a partir de los 35 años tiene problemas de IU. Además, con el paso del tiempo los músculos de la cavidad pélvica van perdiendo elasticidad, que también se agrava con el embarazo, el parto y el inicio de la menopausia. Estas fugas involuntarias de orina suelen provocar en la mujer problemas en su autoestima y en las relaciones sociales. El método del láser Fotona, tal y como han precisado, está "avalado por los resultados satisfactorios en las intervenciones ginecológicas y otras especialidades en EEUU y Europa". Además, el láser Fotona y sus terminales es el único autorizado por la FDA — Agencia del Medicamento de EEUU— y las autoridades europeas para su uso vaginal ⁽²⁷⁾.

La acción del láser Fotona es simple y eficaz, ya que el rayo de luz emitido calienta las paredes vaginales y estimula la producción de nuevas fibras de colágeno. El resultado final es que el órgano genital de la mujer recupera su estructura original, y la paciente, desde el primer tratamiento, comienza a recuperar la sensación de bienestar. Los tratamientos realizados con el láser Fotona son indoloros y, en casi todos los casos, sin necesidad de anestesia o precauciones especiales antes y después de las operaciones, por lo que la mujer se puede incorporar a sus hábitos cotidianos de forma inmediata. El láser Fotona trata las patologías de IU, atrofia vaginal, ginecología dermatológica, prolapso y dilatación vaginal, además de todo lo relacionado con el aparato sexual femenino ⁽²⁷⁾.

▶ Biorretroalimentación

La biorretroalimentación es un tipo de terapia complementaria utilizada cuando se indican los Ejercicios de Kegel como tratamiento y no se están produciendo cambios beneficiosos y resultados satisfactorios. Consta en colocar una serie de pequeños sensores en el interior y/o cerca de la vagina para luego pedirle a la paciente que realice los Ejercicios de Kegel normalmente. Los sensores registran los movimientos musculares permitiendo detectar si hay una inadecuada ejercitación de los músculos pélvicos. Con esto se puede identificar la falencia y corregirla para su correcto uso.

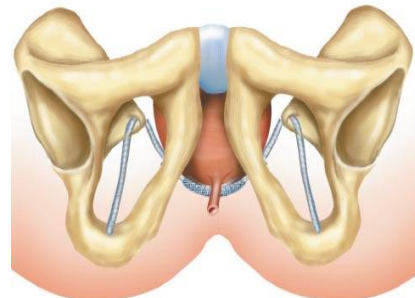
▶ Quirúrgicos

○ *Inyecciones*

Se inyecta colágeno sintético en el tejido alrededor de la uretra para apoyar y reforzar la apertura del cuello de la vejiga. Este procedimiento generalmente se realiza en el consultorio del proveedor de atención médica bajo anestesia local. En el mismo se introduce un instrumento iluminado en la uretra y se inyecta el material con una aguja delgada. El procedimiento dura menos de 20 minutos y para lograr el resultado deseado puede llegar a ser necesaria la administración de dos o tres inyecciones adicionales. Aunque las inyecciones pueden mejorar los síntomas, generalmente no son una cura completa a la IUE ⁽²⁸⁾.

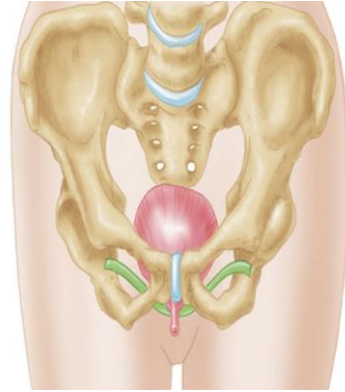
○ *Cabestrillo tradicional*

En este tipo de cirugía, el cabestrillo consta de un trozo de tejido que se obtiene de la parte inferior del abdomen o del muslo. Después de hacer dos túneles a los costados de la vagina, el cabestrillo se pasa detrás del hueso púbico y de ahí debajo de la uretra para levantarla. A continuación, se suturan los extremos del cabestrillo para sujetarlos por medio de una incisión en el abdomen ⁽²⁸⁾.



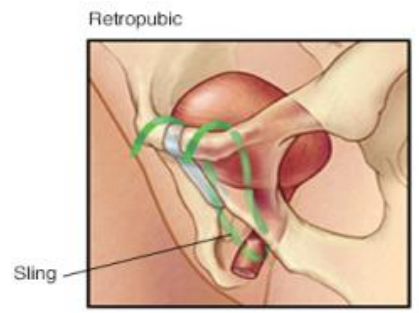
- *Cabestrillo mediouretral*

Es el tipo de cirugía más común que se utiliza para corregir la IUE. El cabestrillo consta de una tira delgada de malla sintética que se coloca debajo de la uretra. Actúa como una especie de hamaca para elevar o apoyar la uretra y el cuello de la vejiga. La malla se pasa por debajo de la uretra con un instrumento que asemeja una aguja y a través de una pequeña incisión que se hace vaginalmente. Hay dos maneras en las que se puede colocar el cabestrillo mediouretral ⁽²⁸⁾:



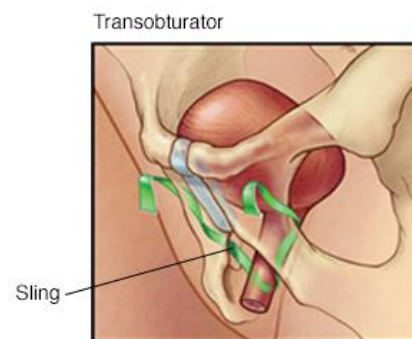
- *Cabestrillo retropúbico*

Se coloca detrás del hueso púbico a través de dos pequeñas incisiones en el abdomen, el cabestrillo resultante adquiere forma de U detrás del hueso púbico ⁽²⁸⁾.



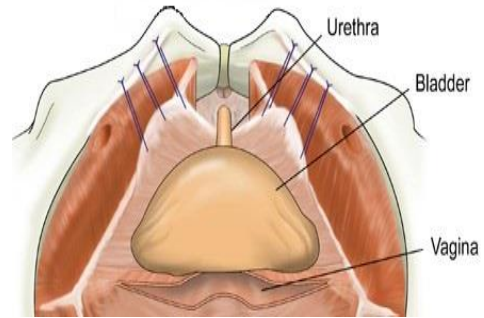
- *Cabestrillo Transobturador (TOT)*

Se coloca detrás del hueso púbico a través de dos pequeñas incisiones en el muslo, el cabestrillo resultante adquiere forma de W debajo del hueso púbico. Los cabestrillos se mantienen en su lugar por el tejido circundante, el procedimiento se hace en alrededor de 30 minutos, es ambulatorio y el periodo de recuperación generalmente es más corto que a los otros procedimientos para la IUE ⁽²⁸⁾.



- *Colposuspensión*

En este procedimiento se corrige la posición normal de la parte de la uretra que se encuentra cerca de la vejiga. El tipo más común de colposuspensión que se realiza se llama procedimiento de Burch. En este procedimiento el cuello de la vejiga se sostiene por suturas que se colocan a ambos lados de la uretra, estas



suturas ayudan a mantener en su sitio y a apoyar el cuello de la uretra. La colposuspensión se puede realizar por una incisión abdominal o por laparoscopia. Cuando se realiza por incisión abdominal el periodo de recuperación puede ser más largo que en los otros procedimientos por lo que tendrá que permanecer hospitalizado unos dos días, en cambio cuando es por una laparoscopia, a menudo, es de rápida recuperación ⁽²⁸⁾.

- ▶ Farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico es conseguir que la vejiga sea capaz de distenderse sin contraerse y que la uretra se mantenga cerrada durante el llenado. Para esto se utilizan Fármacos anticolinérgicos. Un agente anticolinérgico es un compuesto farmacéutico que sirve para reducir o anular los efectos producidos por la acetilcolina en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico, se oponen a los efectos producidos fisiológicamente por la acetilcolina, secundarios a la disminución de reactividad del músculo liso, como lo es la retención de orina, entre otros.

Algunos de ellos son Oxibutinina, Tolterodina, Enablex, Sanctura, Vesicare, Oxytrol.

- Los medicamentos antimuscarínicos bloquean las contracciones de la vejiga y muchos médicos los prescriben en primer lugar.
- Los fármacos agonistas alfa-adrenérgicos, como fenilpropanolamina y pseudoefedrina (ingredientes comunes en medicamentos para resfriados de venta libre) ayudan a incrementar la fuerza del esfínter y mejoran los síntomas en muchos pacientes. Sin embargo, estos fármacos rara vez se recetan debido a los posibles efectos secundarios sobre el corazón.
- La imipramina, un antidepresivo tricíclico, funciona de manera muy similar a los medicamentos alfa-adrenérgicos y anticolinérgicos ⁽²⁹⁾.
- Estrógeno. El estrógeno es una hormona femenina. La cantidad que el cuerpo produce de esta hormona disminuye con la edad. El estrógeno tópico se utiliza en la forma de parches para la piel o en forma de crema, tabletas o un anillo que se coloca en la vagina. El estrógeno tópico se vende con muchos nombres comerciales distintos. La terapia estrogénica se puede usar para mejorar los síntomas de polaquiuria, tenesmo vesical y ardor en mujeres posmenopáusicas. También puede mejorar el tono y el riego sanguíneo a los músculos del esfínter uretral. Sin embargo, no está claro si el tratamiento con estrógenos mejora la IUE. Algunos tratamientos hormonales administrados después de la menopausia han mostrado que son más dañinos que benéficos para la salud de la mujer. Las mujeres con antecedentes de cáncer mamario o uterino por lo general no deben usar la terapia estrogénica como tratamiento para este tipo de incontinencia ⁽²⁹⁾.

Aspectos Biológicos asociados a Incontinencia Urinaria

Escape de orina involuntaria: La mujer es incapaz de retener la orina y es lo que define que alguien sufra de IU. El estudio de “Prevalencia de IU y Vejiga Hiperactiva en la población española” (2009), muestra que en mujeres entre 25 y 65 años la prevalencia de IU es de 4,01%, y en mujeres sobre 65 años la prevalencia aumenta a un 50,21%.

Escape de orina al esfuerzo: Es un signo característico de la IUE. A las mujeres se les escapa orina de manera súbita, generalmente sin deseo miccional y asociada a actividades que aumentan la presión intraabdominal transitoriamente por sobre la resistencia uretral, como lo son; al toser, estornudar, reír, hacer ejercicio o subir una escalera, entre otras. Esta situación lleva a que las mujeres tomen medidas como usar toallas higiénicas diarias para evitar ciertas situaciones de esfuerzo, que pueden repercutir en su intimidad. En el estudio “Cinta suburetraltransobturatriz libre de tensión para el tratamiento de la IUE: 3 años de seguimiento” de la Universidad Católica del Maule, realizadas en mujeres operadas entre 2003 y 2005 en el hospital Regional de Talca, muestra que tras el tratamiento un 88% de las pacientes se encuentra sin IUE.

Sensación de pesadez: Es la sensación de vejiga llena previo a un fuerte deseo miccional o tras orinar por un vaciado incompleto, esta situación es molesta para la paciente por la necesidad inmediata de ir al baño o de ir nuevamente.

Aspectos Psicológicos asociados a Incontinencia Urinaria

Aislamiento social: Se define como el alejamiento del entorno social o el sentimiento de aislamiento del mismo. En casos severos de IU, existe una dificultad en la integración social del individuo y el sentimiento de miedo a sufrir un episodio de escape de orina en público, lo que generalmente repercute en la socialización. En un estudio del Hospital Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro de Cuba, “Incontinencia urinaria, un problema económico/social”, se realizó una encuesta a todas las pacientes que acudieron por IUE que se sometían a cirugía desde enero de 2010 hasta enero de 2012 (68 mujeres), se obtuvo como resultado que antes de la operación un 72% (49 mujeres) tenían aislamiento social y postoperatorio el aislamiento social fue de un 11,7% (8 mujeres) ⁽¹⁷⁾.

Deserción del trabajo: El abandono voluntario del empleo en mujeres con IU es relativo, ya que influye el grado de hiperactividad vesical y el tipo de esfuerzo físico que realizan en sus trabajos. En el mismo estudio del Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” de Cuba (68 mujeres) mencionado anteriormente, arroja que hubo un 38.2% de abandono de trabajo preoperatorio por causa de la IU, descendiendo este porcentaje a un 2,9% de deserción laboral postoperatorio ⁽¹⁷⁾.

Relaciones sexuales: Cuando los músculos del suelo pélvico se encuentran débiles, la mujer presenta pérdidas de orina y no se siente segura de sí misma, lo que puede llevar a que ella pierda el interés por las relaciones sexuales, debido al temor de ser rechazada. El miedo a sufrir pérdidas de orina durante el coito genera vergüenza e inseguridad en la mujer, repercutiendo en su bienestar emocional y en su relación de pareja. Según un estudio del 2009 de la Universidad de Barcelona, España. “Incontinencia de orina durante la actividad sexual coital. Síntomas asociados y gravedad de la incontinencia”, se evidencia que, de 1292 mujeres españolas diagnosticadas de IU, el 29,4% presentaban también escapes de orina durante el

acto sexual. Por otro lado, en el estudio “Incontinencia urinaria, un problema económico/social” del Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” de Cuba, de las 68 mujeres, un 82.36 % tenían disminución de libido antes de la intervención quirúrgica, y un 17,3 % postoperatorio. Además, un 27,9 % de las mujeres perdió su pareja durante el periodo preoperatorio y el 2,9 % la perdió después de operarse (17).

Estado emocional: Varios estudios han demostrado que las mujeres con IU tienden a estar con menos ánimo que las mujeres que son continentes, disminuyendo su calidad de vida. La IU les causa una preocupación constante por temor a mojarse, además se limitan para hacer algunas actividades como ir a eventos sociales para no pasar vergüenza, lo que reduce su círculo de apoyo. En el estudio “Incontinencia urinaria, un problema económico/social”,(2010-2012),Cuba, muestra que un 91, 1% de las mujeres con IU tenían algún grado de depresión, 66,1% tenían una pérdida de autoestima, 58,8% ansiedad, 61,7% negatividad, un 45,5% apatía y el 100% temía oler a orina, situación que disminuyó notablemente luego de la operación a un 5,8% depresivas, 2,9% seguían con baja autoestima, 4,4% con ansiedad, 13,2% negativas, 7,3% con apatía y 0% temía oler a orina (17).

Aspectos Sociales asociados a Incontinencia Urinaria

Ocupación: La IU afecta en mayor porcentaje en la escala emocional (15,6%). En cambio, en la escala de actividades diarias, la IU presenta un impacto moderado/severo del 7%, dentro de esta escala se presentan subescalas entre otras podemos encontrar: labores del hogar y cocinar, las cuales indican un impacto moderado/severo de 10,9% y 9,4%, respectivamente. Así lo deja evidenciado el “Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida” (Modroño Freire MJ, et al, 2004) en el que se elige una muestra de 1000 mujeres, de las cuales 405 dan respuesta al IIQ (Incontinence Impact Quality) para valorar la calidad de vida. Además, este estudio muestra que trabajar fuera de casa tiene un impacto moderado/severo del 13,1%, y que los viajes >30 minutos tienen un impacto moderado/severo del 12,5% en comparación, por ejemplo, al impacto de los viajes <30 min que es del 6,5% ⁽¹⁶⁾.

Esfuerzo laboral: Según una publicación realizada el 23 de septiembre, 2013 por la Universidad Pública de Navarra para Máster en Salud, denominada “Implantación de un programa de ejercicios de suelo pélvico como estrategia de prevención de la incontinencia urinaria”, se analizaron factores como la práctica de deportes o actividades de gran impacto, donde la población agrupada en mujeres con embarazo, partos y menopáusicas, evidencian mayor exposición de la población femenina a un mayor riesgo de debilitamiento suelo pélvico y posible desarrollo de IU ⁽¹⁵⁾.

Las actividades de alto impacto que están mayormente relacionadas con problemas de IU son aquellas actividades que requieran cumplir condiciones como correr, ejercicios que impliquen una actividad aeróbica, levantamiento de pesos o aquellos que se necesita realizar saltos. Lo siguiente se explica por un aumento de la presión intraabdominal durante la práctica de estas actividades, genera una carga de

manera incorrecta en el piso pélvico, causando su debilitamiento, complicándose al existir una inapropiada respiración, al mantener la respiración o realizar apneas ⁽¹⁵⁾.

Un estudio realizado en mujeres nulíparas de 21.5 años de edad media con diferentes prácticas deportivas o actividades de impacto mostró que aquellas mujeres que practicaban estas actividades padecían IUE durante la práctica en un 62.8% de casos. El mayor porcentaje de mujeres que desarrollaron incontinencia fue en aquellas mujeres que realizan deportes o actividades de gran impacto, en cambio en aquellos casos donde las mujeres que no realizaban actividades de gran impacto, la incontinencia estaba presente en un 34% de los casos ⁽¹⁵⁾.

Rol de la Matrona/Matrón en el seguimiento post tratamiento de Incontinencia Urinaria

Educación en prevención de reincidencia de IU: Un estudio publicado por la revista Enfermería Docente en 2012, titulado “Incorporación de la Promoción de la Salud y la Prevención de las Disfunciones de Suelo Pélvico en Atención Primaria”, propone mediante una revisión bibliográfica que en la prevención en atención primaria en las mujeres con riesgo de padecer una disfunción del suelo pélvico (embarazadas, puérperas y menopáusicas), deben educarse y evaluarse de acuerdo a su estado, y que en atención secundaria y terciaria la prevención de mujeres con sintomatología de disfunción de suelo pélvico será necesaria una evaluación individual según el nivel de deterioro de suelo pélvico, derivación a terapia grupal de reeducación perineal, terapia individual de reeducación perineal o derivación a otros profesionales. Concluye además que la Atención Primaria es el escenario ideal para la puesta en marcha de actividades de promoción, prevención y tratamiento inicial de las Disfunciones del Suelo Pélvico, siendo Matronas y fisioterapeutas, profesionales de referencia en la atención a estos problemas de salud ⁽¹⁸⁾.

Adhesión a controles ginecológicos: El control ginecológico que realiza el profesional Matrona/Matrón anualmente es el momento ideal para que las patologías que aquejan a la mujer puedan ser prevenidas o diagnosticadas precozmente, ya que es el profesional que está más próximo en los cuidados de la salud en las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer. Según el artículo “Patología del suelo pélvico en la mujer. Disfunción anorrectal. Papel de la Matrona en la prevención y detección”, de Matronas Profesión, es de suma importancia detectar con una buena anamnesis y con un examen ginecológico diligente la IU para, posteriormente remitir su derivación a los/as especialista/s o centros de salud pertinente/s, además de educar sobre la importancia de acudir a los controles para seguimiento y tratamiento para su pronta recuperación ⁽²⁰⁾.

Ejercicios perineales o de kegel: Con estos ejercicios, al contraer y relajar de manera repetida el músculo pubococcígeo, permiten reforzar los músculos perineales que sostienen la vejiga y mantienen los otros órganos de la pelvis en su lugar, lo que puede ayudar a reducir las pérdidas de orina en la mujer, ejercitando los músculos del piso pélvico durante cinco minutos tres veces al día. En el estudio “Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres” Universidad de Otago, Nueva Zelanda, las mujeres tratadas con entrenamiento del piso pélvico tuvieron mayor probabilidad de tener curación o mejoría de la IU, y manifestaban menos episodios de pérdida de orina por día que las mujeres que no realizaron los ejercicios perineales ⁽¹⁹⁾.

Reincidencia de IU: El profesional Matrona/Matrón es uno de aquellos que están en mayor contacto directo con la mujer, es el profesional idóneo para educar a la mujer, detectar los factores de riesgo y establecer conductas en la reeducación perineal para disminuir la incidencia y reincidencia de IU en la población femenina. En el estudio “Influencia de la actuación de la Matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio, Madrid”, con una muestra de 279 mujeres que acudieron al control con la Matrona o enfermera a los dos meses de un parto vaginal entre abril y septiembre del año 2000, los resultados fueron que de las mujeres que consultaron con un profesional (49%), el 52% de ellas lo hizo con una Matrona, además se compara a mujeres atendidas por Matronas y enfermeras, donde se muestra que aquellas mujeres atendidas por Matrona tenían menos incidencia de IUE en el puerperio que las atendidas por la enfermera, donde las Matronas enseñan habitualmente los ejercicios de Kegel (89 %) y comienzan a seguir la evolución del suelo pélvico en la mayoría de las mujeres ⁽³⁰⁾.

ANEXO 3: Objetivos de la investigación

Objetivo: Determinar la eficacia del tratamiento con Onda H en mujeres con IUE atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren durante los meses de mayo y octubre del 2014

Objetivos Específicos:

- Identificar la eficacia de la onda H como tratamientos en aspectos biológicos; escape de orina al esfuerzo, sensación de bulto o pesadez, escape de orina involuntaria en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico, Hospital Carlos van Buren
- Identificar la eficacia de la onda H como tratamiento en aspectos psicológicos; aislamiento social, deserción de trabajo, relaciones sexuales, estado emocional en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico, Hospital Carlos van Buren
- Identificar la eficacia de la onda H como tratamiento en aspectos sociales; cambio de ocupación, esfuerzo laboral en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico, Hospital Carlos van Buren
- Identificar la experiencia del rol de la Matrona de atención primaria y secundaria de salud en el seguimiento de las mujeres con IUE tratadas con Onda H.

ANEXO 4: Operacionalización de Variables

- Identificar la eficacia de la onda H como tratamiento en aspectos biológicos en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico, HCVB

| Variable | Definición | Dimensiones | Indicadores | Sub-Indicadores |
|----------------|--|------------------------------|-------------|-----------------|
| Sintomatología | Conjunto de signos y síntomas que pueden ser manifestados por la usuaria posterior al tratamiento de la IUE con Onda H | Escape de orina al esfuerzo | Si | |
| | | | No | |
| | | Sensación de bulto o pesadez | Si | |
| | | | No | |
| | | Escape de orina involuntaria | Si | |
| | | | No | |

- Identificar la eficacia de la onda H como tratamiento en aspectos psicológicos en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico, HCVB

| Variable | Definición | Dimensiones | Indicadores | Sub-Indicadores |
|--------------------|---|-------------|-------------|-------------------|
| Aislamiento social | Disminuir o evitar contacto o cualquier tipo de relación con las demás personas, debido a un sentimiento de vergüenza e incomodidad que se ha producido luego de recibir el tratamiento con Onda H por la IUE | | Si | Va en aumento |
| | | | | Se mantiene |
| | | | | Va en disminución |
| | | | No | |

| | | | | |
|----------------------|--|-----------------|-----------------------|---|
| Deserción de trabajo | Abandono del trabajo definitivo y/o renuncia a éste posterior a recibir tratamiento de la IUE con Onda H | | Deserción del trabajo | Asociado a reincidencia de la sintomatología de IUE |
| | | | | No asociado a IUE. |
| | | | No hay deserción | |
| Relaciones sexuales | Vínculo sexual y/o afectivo que luego de recibir el tratamiento con Onda H se ve obstaculizado por el hecho de padecer IUE Particularidades de la relación sexual generadas en la usuaria | Frecuencia | Casi nunca | 0 - 2 veces por mes |
| | | | A veces | 3 - 5 veces por mes |
| | | | Frecuentemente | 6 - 8 veces por mes |
| | | | Siempre | 9 o más veces por mes |
| | | Características | Excitación | Si |
| | | | | No |
| | | | Lubricación | Si |
| | | | | No |
| | | | Satisfacción | Si |
| | | | | No |
| Orgasmo | Si | | | |
| | No | | | |
| Dolor | Si | | | |
| | No | | | |
| Estado emocional | Expresiones sentimentales producidas posterior al tratamiento de la IUE con Onda H | Baja autoestima | Si | |
| | | | No | |
| | | Desconfianza | Si | |
| | | | No | |
| | | Miedo | Si | |
| | | | No | |
| | | Vergüenza | Si | |
| | | | No | |

- Identificar la eficacia de la onda H como tratamiento en aspectos sociales en mujeres atendidas en la Unidad de Piso Pélvico, HCVB.

| Variable | Definición | Dimensiones | Indicadores | Sub-Indicadores |
|------------------|---|--|--|----------------------|
| Ocupación | Labor que realiza periódicamente la usuaria ya sea remunerado o no posterior a la aplicación del tratamiento con Onda H | Permanencia de trabajo antes del tratamiento | Mantuvo el mismo trabajo anterior al tratamiento | Si |
| | | | | No |
| | | Tipo de trabajo | Trabajo dependiente | Si |
| | | | | No |
| | | | Trabajo independiente | Si |
| | | | | No |
| | | | Dueña de Casa | Si |
| | | | | No |
| | | Pensionada | Si | |
| | | | No | |
| Esfuerzo laboral | Nivel de esfuerzo físico que ejerce una mujer durante la jornada laboral que se puede clasificar según la intensidad y tipo de trabajo posterior a la aplicación del tratamiento con Onda H | Intensidad | Trabajo ligero | Secretaria |
| | | | | Cajera |
| | | | Trabajo moderado | Vendedora de tiendas |
| | | | | Temporera |
| | | | | Dueña de casa |
| | | | Trabajo pesado | Reponedora |
| | | | | Feriante |


- Identificar la experiencia del rol de la Matrona de atención primaria y secundaria de salud en el seguimiento de las mujeres con IUE tratadas con Onda H.

| Variable | Definición | Dimensiones | Indicadores | Sub-Indicadores |
|------------------------------------|--|--|--------------|-----------------|
| Educación | Información que se le entregó a la usuaria con respecto a la alimentación y ejercicios, con el fin de prevenir un nuevo episodio de IU | Educación en dieta | Suficiente | 6 - 7 |
| | | | Regular | 4-5 |
| | | | Insuficiente | 1-3 |
| | | Educación en ejercicios | Suficiente | 6 - 7 |
| | | | Regular | 4-5 |
| | | | Insuficiente | 1-3 |
| Adhesión a controles ginecológicos | Promoción que realiza el profesional Matrona/Matrón sobre la importancia de una asistencia continua a los controles ginecológicos | El profesional Matrona/Matrón demuestra interés en el estado general de la usuaria | Si | |
| | | | No | |
| | | Acuerda en manera conjunta la fecha y hora del próximo control | Si | |
| | | | No | |

| | | | | |
|-----------------------|---|---------------------|--|----|
| | | | Demuestra interés por el entorno familiar y social de la usuaria | Si |
| | | | | No |
| | | | Entrega información pertinente a la situación de la usuaria | Si |
| | | | | No |
| Ejercicios perineales | Acciones de refuerzo que realiza el profesional Matrona/Matrón en los controles en APS (prenatal, puerperio y ginecológicos) y durante el seguimiento en la unidad de piso pélvico, con el fin de fortalecer la musculatura pélvica y prevenir nuevos episodios de IUE. | Ejercicios de Kegel | Si | |
| | | | No | |
| | | Balón kinésico | Si | |
| | | | No | |

| | | | | |
|-----------|---|--|----|-----------------------|
| Consultas | Frecuencia con la que la usuaria se dirige a preguntar a el profesional Matrona/Matrón por episodios de reincidencias de IUE luego de recibir el tratamiento con Onda H | | Si | 0 - 2 veces por mes |
| | | | | 3 - 5 veces por mes |
| | | | | 6 - 8 veces por mes |
| | | | | 9 o más veces por mes |
| | | | No | |

ANEXO 5: Carta aprobación Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren

 **Gobierno de Chile**

-0463 27.03.2014

Ord. N°

Hospital Carlos Van Buren
Dirección
N° 64.- egt


Ant.: No Hay.-
Mat.: Remite antecedentes


De: Dr. Luis Ponce Puebla - Director (s)
Hospital Carlos Van Buren

A.: Presidente Comisión Ética del Servicio de Salud
Valparaíso - San Antonio

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento
y **Aprobación Memorándum N° 13 del 19 de Marzo del 2014 de la Dra. Claudia Cartagena,**
encargada de la **Sección Investigación del Hospital CVB, donde adjunta trabajo de**
investigación denominado " Efectos del tratamiento con onda H en la incontinencia
urinaria de esfuerzo de las mujeres " el que se realizará por alumnas de las
Universidad Valparaíso de la Escuela de Obstetricia con el consentimiento del Jefe
de Servicio de Ginecología y Obstetricia Dr. Carlos Bennett R.

Saluda atentamente a Ud.,


Dr. Luis Ponce Puebla
Director (s)
Hospital Carlos Van Buren



Distribución:

- Presidente del Comité Ética SSVSA
- Cc Oficina de Partes
- Cc Gestión Docente
- Cc Jefe Obstetricia y Ginecología del HCVB
- Cc Dra. Claudia Cartagena - Sección Investigación Gestión Docente HCVB ✓
- Archivo

ANEXO 6: Consentimiento Informado



Consentimiento Informado

Este formulario de consentimiento informado se dirige a Mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, derivadas al Policlínico de Piso Pélvico durante el año 2014.

Acerca del estudio:

Investigadora Principal: Claudia Gutiérrez Mella

Co – Investigadoras: Ingrid Vargas Stevenson – Karin Jerez Hidalgo.

Nombre de la investigación "Efecto del tratamiento con onda H en la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren en el año 2014"

El objetivo general de la investigación: Evaluar el efecto del tratamiento con onda H en la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren en el año 2014. Este tratamiento no le causará dolor, además el acceso a él finaliza con la investigación.

Metodología: investigación cuantitativa, diseño de investigación de ensayo clínico, con 12 sesiones de electro estimulación de onda H u otro tipo de terapia de electro estimulación. Además de la aplicación de un instrumento, con preguntas cerradas en dos momentos: previo y posterior a las sesiones.

Acerca de la Participación: Su participación es voluntaria y debe comprometerse a asistir al total de las sesiones. Las respuestas que proporcione serán completamente anónimas, no recibirá pago alguno por su participación, pero ésta tampoco le ocasionará gastos. En el caso que usted no desee participar en el estudio, de igual forma tendrá acceso al tratamiento convencional.

Yo Rut..... he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Por lo que estoy en acuerdo de participar en este estudio de investigación.

Consentimiento Informado: Sí acepto..... No acepto ____ formar parte de esta investigación teniendo conocimiento de todo lo expresado en este documento.

Firma de participante

Fecha

Firma de Investigador Responsable

En caso de desistir en su participación, favor comunicarse con Claudia Gutiérrez Mella, al fono: 2507442 o al mail: claudia.gutierrez@uv.cl

ANEXO 7: Instrumento de Recolección de Datos

Encuesta Dirigida a Mujeres Tratadas con Onda H
para la Incontinencia Urinaria
2016

Nº Correlativo: _____

Nombre: _____

Edad: _____

1.- ¿Continúa atendiéndose en la Unidad de Piso Pélvico?

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

Causa: _____

2.- En el caso de que la respuesta N°1 sea "Si"

¿Cuál tratamiento recibió o está recibiendo? marque con una cruz.

| | |
|-----------------|--|
| Ejercicios | |
| Mioestimulación | |
| Fármacos | |
| Quirúrgico | |

3.- ¿Usted continúa con el mismo trabajo que tenía al momento de recibir tratamiento con Onda H?

| | | |
|--|----|--|
| Mantuvo el mismo trabajo anterior al tratamiento | Si | |
| | No | |

Si la respuesta anterior fue “no”, ¿Cuál fue la causa?

| | |
|---------------------|--|
| Despido | |
| Renuncia | |
| Traslado de puesto | |
| Traslado de trabajo | |
| Otros | |

4.- ¿Qué tipo de esfuerzo laboral realiza posterior al tratamiento con Onda H?
 Marque con una cruz.

| | | |
|------------------|-------------------------|--|
| Trabajo ligero | Secretaria | |
| | Cajera | |
| | Artesana | |
| Trabajo moderado | Vendedora de tiendas | |
| | Temporera | |
| | Dueña de casa | |
| | Aux. de aseo | |
| Trabajo pesado | Reponedora | |
| | Feriante | |
| | Lavandería (transporte) | |

5.- ¿Ha presentado algunos de estos síntomas, luego del tratamiento con Onda H?
 Marque con una cruz según corresponda.

- Al terminar el tratamiento

| Síntomas | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| Escape de orina involuntaria | | |
| Escape de orina al esfuerzo (reír, toser, estornudar o con algún tipo de ejercicio) | | |
| Bulto o pesadez en la zona genital | | |

- Un año después del tratamiento

| Síntomas | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| Escape de orina involuntaria | | |
| Escape de orina al esfuerzo (reír, toser, estornudar o con algún tipo de ejercicio) | | |
| Bulto o pesadez en la zona genital | | |

- Dos años después del tratamiento

| Síntomas | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| Escape de orina involuntaria | | |
| Escape de orina al esfuerzo (reír, toser, estornudar o con algún tipo de ejercicio) | | |
| Bulto o pesadez en la zona genital | | |

6.- ¿Ha tenido episodios de aislamiento social (distanciamiento de amigos, compañeros de trabajo, etc.) a causa de la incontinencia urinaria, luego del tratamiento con Onda H? Marque con una cruz

- Al terminar el tratamiento

| | | |
|----|-------------------|--|
| Si | Va en aumento | |
| | Se mantiene | |
| | Va en disminución | |
| No | | |

- Un año después del tratamiento

| | | |
|----|-------------------|--|
| Si | Va en aumento | |
| | Se mantiene | |
| | Va en disminución | |
| No | | |

- Dos años después del tratamiento

| | | |
|----|-------------------|--|
| Si | Va en aumento | |
| | Se mantiene | |
| | Va en disminución | |
| No | | |

7.- Luego de recibir el tratamiento con Onda H ¿Renuncia o abandona su trabajo debido al problema de incontinencia urinaria? Marque con una cruz.

- Al terminar el tratamiento

| | | |
|-----------------------|--|--|
| No hay deserción | | |
| Deserción del trabajo | Asociado a reincidencia de la sintomatología de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | |
| | No asociado a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | |

- Un año después del tratamiento

| | | |
|-----------------------|--|--|
| No hay deserción | | |
| Deserción del trabajo | Asociado a reincidencia de la sintomatología de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | |
| | No asociado a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | |

- Dos años después del tratamiento

| | | |
|-----------------------|--|--|
| No hay deserción | | |
| Deserción del trabajo | Asociado a reincidencia de la sintomatología de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | |
| | No asociado a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | |

8.- En relación a la vida sexual con su pareja ¿cuál es la frecuencia de las relaciones sexuales posterior al tratamiento con Onda H? Indique con una cruz según corresponda.

- Al terminar el tratamiento

| | | | |
|------------|----------------|-----------------------|--|
| Frecuencia | Casi nunca | 0 - 2 veces por mes | |
| | A veces | 3 - 5 veces por mes | |
| | Frecuentemente | 6 – 8 veces por mes | |
| | Siempre | 9 o más veces por mes | |

| | | |
|-----------------|--------------|----|
| Características | Excitación | Si |
| | | No |
| | Lubricación | Si |
| | | No |
| | Satisfacción | Si |
| | | No |
| | Orgasmo | Si |
| | | No |
| | Dolor | Si |
| | | No |

- Un año después del tratamiento

| | | | |
|------------|----------------|-----------------------|--|
| Frecuencia | Casi nunca | 0 - 2 veces por mes | |
| | A veces | 3 - 5 veces por mes | |
| | Frecuentemente | 6 – 8 veces por mes | |
| | Siempre | 9 o más veces por mes | |

| | | |
|-----------------|--------------|----|
| Características | Excitación | Si |
| | | No |
| | Lubricación | Si |
| | | No |
| | Satisfacción | Si |
| | | No |
| | Orgasmo | Si |
| | | No |
| | Dolor | Si |
| | | No |

- Dos años después del tratamiento

| | | | |
|------------|----------------|-----------------------|--|
| Frecuencia | Casi nunca | 0 - 2 veces por mes | |
| | A veces | 3 - 5 veces por mes | |
| | Frecuentemente | 6 – 8 veces por mes | |
| | Siempre | 9 o más veces por mes | |

| | | |
|-----------------|--------------|----|
| Características | Excitación | Si |
| | | No |
| | Lubricación | Si |
| | | No |
| | Satisfacción | Si |
| | | No |
| | Orgasmo | Si |
| | | No |
| | Dolor | Si |
| | | No |

9.- ¿Ha experimentado algunos de estos sentimientos, posterior al tratamiento con Onda H? Marque con una cruz según corresponda.

- Al terminar el tratamiento

| | | |
|-----------------|----|--|
| Baja Autoestima | Si | |
| | No | |
| Desconfianza | Si | |
| | No | |
| Miedo | Si | |
| | No | |
| Vergüenza | Si | |
| | No | |

- Un año después el tratamiento

| | | |
|-----------------|----|--|
| Baja Autoestima | Si | |
| | No | |
| Desconfianza | Si | |
| | No | |
| Miedo | Si | |
| | No | |
| Vergüenza | Si | |
| | No | |

- Dos años después el tratamiento

| | | |
|-----------------|----|--|
| Baja Autoestima | Si | |
| | No | |
| Desconfianza | Si | |
| | No | |
| Miedo | Si | |
| | No | |
| Vergüenza | Si | |
| | No | |

10.- Durante los controles con Matrona/Matrn, luego de haber sido tratada la incontinencia urinaria con Onda H, con respecto a la educacin recibida en dieta y en ejercicios, califique con una nota entre 1 y 7 si considera que la educacin fue suficiente, regular o insuficiente. Marque con una cruz

| | | | |
|------------------------|--------------|-----|--|
| Educacin en dieta | Suficiente | 6-7 | |
| | Regular | 4-5 | |
| | Insuficiente | 1-3 | |
| | Nunca | 0 | |
| Educacin en ejercicios | Suficiente | 6-7 | |
| | Regular | 4-5 | |
| | Insuficiente | 1-3 | |
| | Nunca | 0 | |

11.- Durante sus controles con el profesional Matrona/Matrón, luego de ser diagnosticada y tratada la incontinencia urinaria con Onda H ¿cómo la incentiva a asistir continuamente o periódicamente a los controles? Marque con una cruz.

| | | |
|--|----|--|
| El profesional Matrona/Matrón demuestra interés en el estado general de la usuaria | Si | |
| | No | |
| Acuerda en manera conjunta la fecha y hora del próximo control | Si | |
| | No | |
| Demuestra interés por el entorno familiar y social de la usuaria | Si | |
| | No | |
| Entrega información pertinente a la situación de la usuaria | Si | |
| | No | |

12.- Posterior de recibir el tratamiento con Onda H, dentro de sus atenciones con el profesional Matrona/Matrón en APS en control ginecológico y en la unidad de piso pélvico ¿fueron reforzados algunos de los siguientes ejercicios? Marque según corresponda.

| | | |
|---------------------|----|--|
| Ejercicios de Kegel | Si | |
| | No | |
| Balón Kinésico | Si | |
| | No | |

13.- Después de haber sido tratada la incontinencia urinaria con Onda H ¿con qué frecuencia se dirigió a consultar al profesional Matrona/Matrón por la reaparición de síntomas de incontinencia urinaria (escape de orina al esfuerzo, bulto o pesadez genital, escape de orina involuntaria)? Marque con una cruz.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nunca (sin reaparición de síntomas) | |
| 0-2 veces por mes | |
| 2-5 veces por mes | |
| 6-8 veces por mes | |
| 9 o más veces por mes | |

ANEXO 8: Tablas de Resultados

| TABLA 1: Distribución de Mujeres con IUE tratadas con onda H que continúan atendiéndose en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB | | |
|--|------------|------|
| | Nº mujeres | % |
| Continúan atendándose en la unidad de piso pélvico | 2 | 15,4 |
| No continúan atendándose en la unidad de piso pélvico | 11 | 84,6 |
| TOTAL | 13 | 100 |
| | N= 13 | |

Dentro de la muestra estudiada, 15.4% continúa atendándose en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB. Por otra parte, 84.6% finalizó sus controles en dicha Unidad.

TABLA 2: Distribución del tipo de tratamiento que recibió o están recibiendo las mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB

| <i>Tipo de tratamiento</i> | Nº mujeres | % |
|----------------------------|------------|------|
| Ninguno | 9 | 69,2 |
| Ejercicios | 0 | 0,0 |
| Mioestimulación | 0 | 0 |
| Fármacos | 0 | 0,0 |
| Quirúrgico | 4 | 30,8 |
| TOTAL | 13 | 100 |

| |
|-------|
| N= 13 |
|-------|

Dentro de los tratamientos que recibieron o aún están recibiendo las mujeres con IUE que continúan atendiéndose en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB, se distribuyen de la siguiente manera: 30.8% recibió tratamiento de tipo “*quirúrgico*”, y 69.2% no recibió ningún tipo de tratamiento.

| TABLA 3: Distribución de la continuidad laboral en mujeres con IUE que recibieron tratamiento con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB | | |
|---|------------|------|
| | Nº mujeres | % |
| Mantuvo el mismo trabajo anterior al tratamiento | 12 | 92,3 |
| No mantuvo el mismo trabajo anterior al tratamiento | 1 | 7,7 |
| TOTAL | 13 | 100 |

N= 13

De acuerdo a los datos proporcionados por esta tabla, 92,3% de las mujeres encuestadas continúan ejerciendo el *mismo trabajo* que realizaban al momento de recibir el tratamiento con Onda H para la IUE en el año 2014 y 7,7% *cambió* su rubro laboral, al que ejercía previo al tratamiento.

| TABLA 4: Distribución del esfuerzo laboral que ejercen las mujeres con IUE tratadas con Onda H en la unidad de piso pélvico del HCVB | | | | | |
|---|----------------------|------------|------|-------|--------|
| <i>Tipo de esfuerzo laboral</i> | Tipo de trabajo | Nº mujeres | % | TOTAL | TOTAL% |
| Trabajo ligero | Secretaria | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 |
| | Cajera | 0 | 0 | | |
| | Artesana | 0 | 0 | | |
| Trabajo moderado | Vendedora de tiendas | 1 | 7,7 | 11 | 84,6 |
| | Temporera | 0 | 0 | | |
| | Labores de Casa | 5 | 38,5 | | |
| | Auxiliar de aseo | 5 | 38,5 | | |
| Trabajo pesado | Reponedora | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 |
| | Feriante | 0 | 0 | | |
| | Lavandería | 0 | 0 | | |
| TOTAL | | 13 | 100 | | |
| | | N= 13 | | | |

Según el análisis de la tabla, 7,7% de las mujeres encuestadas realiza un trabajo con esfuerzo “Ligero”, de estas, el total corresponde a un trabajo tipo *secretaria*. 84,6% ejerce un trabajo con esfuerzo “Moderado”, de estas, 7.7% corresponde a un trabajo tipo *vendedora de tiendas*, 38.5% a un trabajo tipo *Labores de Casa* y 38.5% a un trabajo tipo *Auxiliar de Aseo*. Finalmente, 7,7% realiza un trabajo con esfuerzo “Pesado”, de estas el total corresponde a un trabajo tipo *Reponedora*.

| TABLA 5: Distribución de signos y síntomas que presentan las mujeres con IUE tratadas con Onda H en la unidad de piso pélvico del HCVB en distintos periodos de tiempo. | | | | | | |
|--|----------------------------|------|-----------------------------------|------|---|------|
| Signos y síntomas | Al terminar el tratamiento | | Al año de terminar el tratamiento | | A los 2 años de terminar el tratamiento | |
| | Nº Mujeres | % | Nº Mujeres | % | Nº Mujeres | % |
| Escape de orina involuntaria | 6 | 46,2 | 7 | 53,8 | 5 | 38,5 |
| Escape de orina al esfuerzo | 10 | 76,9 | 10 | 76,9 | 8 | 61,5 |
| Bulto o pesadez en la zona genital | 4 | 30,8 | 3 | 23,1 | 3 | 23,1 |
| | | | N= | 13 | | |

Al terminar el tratamiento, del total de la muestra, el 46.2% presentó *Escapes de orina Involuntarios*, el 76.9% *Escape de orina al Esfuerzo*, y un 30.8% presentó la sensación de *Bulto o pesadez* en la zona genital.

Al año de terminado el tratamiento, el 53.8% presentó *Escapes de orina Involuntarios*, el 76.9% *Escape de orina al Esfuerzo*, y un 23.1% presentó la *sensación de Bulto o pesadez* en la zona genital.

A los dos años de terminado el tratamiento, el 38.5% presentó *Escapes de orina Involuntarios*, el 61.5% *Escape de orina al Esfuerzo*, y un 23.1% presentó la *sensación de Bulto o pesadez* en la zona genital.

| TABLA 6: Distribución de aislamiento social en mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB en distintos periodos de tiempo. | | | | | | |
|--|----------------------------|------------|-----------------------------------|------------|---|------------|
| Aislamiento Social | Al terminar el Tratamiento | | Al año de terminar el Tratamiento | | A los dos años de terminar el Tratamiento | |
| | Nº Mujeres | % | Nº Mujeres | % | Nº Mujeres | % |
| Va en aumento | 1 | 7,7 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Se mantiene | 5 | 38,5 | 5 | 38,5 | 5 | 38,5 |
| Va en disminución | 0 | 0 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 |
| No hay Aislamiento Social | 7 | 53,8 | 7 | 53,8 | 7 | 53,8 |
| TOTAL | 13 | 100 | 13 | 100 | 13 | 100 |

N= 13

Con respecto al Aislamiento Social que pudiesen presentar las mujeres con IUE. Al año de terminar el tratamiento, 53.8% “no” sufrió Aislamiento Social, 38.5% “mantuvo” el grado de aislamiento social previo al tratamiento y 7.7% lo “aumentó”.

Al año de terminado el tratamiento, se mantuvo el 53.8% de las mujeres que “no” sufrieron aislamiento social, 7.7% “disminuyó” el grado de aislamiento que mantenía y 38.5% “mantuvo” la misma condición de aislamiento.

A los dos años de terminado el tratamiento, un 53.8% seguía “sin sufrir” aislamiento social, un 7.7% “disminuyó” su condición de aislamiento y un 38.5% “mantuvo” el grado de aislamiento.

| TABLA 7: Distribución de deserción laboral en mujeres que recibieron tratamiento con Onda H para la IUE en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB | | | | | | |
|--|----------------------------|-----|-----------------------------------|-----|---|-----|
| <i>Deserción</i> | Al terminar el tratamiento | | Al año de terminar el tratamiento | | A los dos años de terminar el tratamiento | |
| | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % |
| Hay deserción del trabajo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No hay deserción del trabajo | 13 | 100 | 13 | 100 | 13 | 100 |
| TOTAL | 13 | 100 | 13 | 100 | 13 | 100 |

N= 13

Se evidencia que el 100% de las mujeres encuestadas no tuvo deserción de su trabajo asociado a la Incontinencia Urinaria en ningún momento.

TABLA 8: Distribución de la frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres con IUE que recibieron tratamiento con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB

| Frecuencia | Al terminar el tratamiento | | Al año de terminar el tratamiento | | A los dos años de terminar el tratamiento | |
|------------------------------------|----------------------------|-------|-----------------------------------|------|---|-------|
| | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % |
| Casi nunca (0-2 veces por mes) | 5 | 38,5 | 7 | 53,8 | 8 | 61,5 |
| A veces (3-5 veces por mes) | 7 | 53,8 | 5 | 38,5 | 4 | 30,8 |
| Frecuentemente (6-8 veces por mes) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Siempre (9 o más veces por mes) | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 |
| TOTAL | 13 | 100,0 | 13 | 100 | 13 | 100,0 |

N= 13

En relación a la frecuencia con que la población estudiada tiene relaciones sexuales, al terminar el tratamiento 38.5% de las mujeres tenía de “0-2 veces por mes”, 53.8% de “3-5 veces por mes” y 7.7% “9 o más veces al mes”.

Al año de terminar el tratamiento, 53.8% de las mujeres tenía relaciones sexuales de “0-2 veces por mes”, 38.5% de “3-5 veces por mes” y 7.7% “9 o más veces por mes”.

A los dos años de terminado el tratamiento, la frecuencia de las relaciones sexuales de “0-2 veces por mes” era de 61.5%, de “3-5 veces por mes” era 30.8% y de “9 o más veces por mes”, era 7.7%.

| TABLA 9: Distribución de la característica de la actividad sexual en mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB en distintos periodos de tiempo | | | | | | |
|---|----------------------------|------|-----------------------------------|------|---|------|
| Característica | Al terminar el tratamiento | | Al año de terminar el tratamiento | | A los dos años de terminar el tratamiento | |
| | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % |
| Excitación | 7 | 53,8 | 6 | 46,2 | 5 | 38,5 |
| Lubricación | 5 | 38,5 | 5 | 38,5 | 3 | 23,1 |
| Satisfacción | 7 | 53,8 | 7 | 53,8 | 6 | 46,2 |
| Orgasmo | 6 | 46,2 | 6 | 46,2 | 5 | 38,5 |
| Dolor | 2 | 15,4 | 2 | 15,4 | 3 | 23,1 |
| | | | N= 13 | | | |

De la población estudiada, se aprecia que al terminar el tratamiento con onda H 53,8% de las mujeres sintió “*excitación*” en la actividad sexual, 38,5% logró una “*lubricación óptima*”, 53,8% sintió “*satisfacción*”, 46,2% pudo llegar al “*orgasmo*” y 15,4% sintió algún tipo de “*dolor*” durante el coito.

Al año después de terminar con el tratamiento, 46,2% sintió “*excitación*”, 38,5% mantuvo la “*lubricación*” en el acto sexual, 11,8% logró sentir “*satisfacción*”, 46,2% llegaba al “*orgasmo*” y 15,4% llegó a sentir “*dolor*” durante el coito.

Dos años después de haber finalizado el tratamiento con onda H, 38,5% de las mujeres lograba sentir “*excitación*”, 23,1% tenía la “*lubricación*” necesaria, 46,2% experimentaba “*satisfacción*” durante la relación sexual, 38,5% alcanzaba el “*orgasmo*” y 23,1% padeció de algún tipo de “*dolor*” en el acto sexual.

| TABLA 10: Distribución de sentimientos presentados en mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB en diferentes períodos de tiempo | | | | | | |
|---|----------------------------|------|-----------------------------------|------|---|------|
| Sentimiento | Al terminar el tratamiento | | Al año de terminar el tratamiento | | A los dos años de terminar el tratamiento | |
| | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % | Nº mujeres | % |
| Baja autoestima | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 |
| Desconfianza | 1 | 7,7 | 3 | 23,1 | 2 | 15,4 |
| Miedo | 1 | 7,7 | 3 | 23,1 | 3 | 23,1 |
| Vergüenza | 4 | 30,8 | 4 | 30,8 | 3 | 23,1 |
| No presentaron este tipo de sentimientos. | 7 | 53,8 | 7 | 53,8 | 9 | 69,2 |
| | | | N= 13 | | | |

Con respecto a los sentimientos que pudiesen presentar las mujeres con IUE.

Al terminar el tratamiento, 7.7% presentó “*baja autoestima*”, 7.7% presentó sentimiento de “*Desconfianza*”, 7.7% percibió “*Miedo*”, 30.8% “*Vergüenza*” y 53.8% restante no experimentó “*ningún*” sentimiento antes mencionado.

Al año de terminar el tratamiento, 7.7% experimento “*baja autoestima*”, 23.1% sintió “*Desconfianza*”, 23.1% “*Miedo*”, 30.8% “*Vergüenza*” y 53.8% no presentó “*ninguno*” de los sentimientos antes mencionados.

A los dos años de terminado el tratamiento los sentimientos se distribuyeron de la siguiente manera. “*Baja autoestima*” con 7.7%, “*Desconfianza*” con 15.4%, Sentimiento de “*Miedo*” 23.1%, “*Vergüenza*” con 23.1% y 69.2% siguió “*sin*” presentar algún tipo de sentimiento nombrado.

| TABLA 11: Distribución de calificación en educación de Dieta por parte del profesional Matrona/Matrón de mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB N=13 | | |
|--|--------------------|------|
| Calificación | Educación en dieta | |
| | Nº Mujeres | % |
| Suficiente | 2 | 15,4 |
| Regular | 2 | 15,4 |
| Insuficiente | 1 | 7,7 |
| Nunca recibió educación | 8 | 61,5 |
| TOTAL | 13 | 100 |

| | |
|----|----|
| N= | 13 |
|----|----|

Se le pidió a la muestra que califique la educación que recibió por parte del profesional Matrona/Matrón en cuanto a Dieta, se obtienen los siguientes resultados:

15.4% lo calificó como “*Suficiente*” y en mismo porcentaje lo califico cómo “*Regular*”, 7.7% calificó como “*Insuficiente*” y 61.5% “*Nunca recibió educación*”.

| TABLA 12: Distribución de calificación en educación de Dieta por parte del profesional Matrona/Matrón de mujeres con IUE tratadas con Onda H en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB N=13 | | |
|--|-------------------------|------------|
| Calificación | Educación en ejercicios | |
| | Nº Mujeres | % |
| Suficiente | 5 | 38.5 |
| Regular | 2 | 15.4 |
| Insuficiente | 1 | 7.7 |
| Nunca recibió educación | 5 | 35.5 |
| TOTAL | 13 | 100 |
| | N= 13 | |

Se le pidió a la muestra que califique la educación que recibió por parte del profesional Matrona/Matrón en cuanto a Ejercicios, se obtienen los siguientes resultados:

38.5% lo calificó como “*Suficiente*”, 15.4% lo calificó como “*Regular*”, 7,7% como “*Insuficiente*” y 35.5% “*Nunca recibió educación*”.

| TABLA 13: Distribución según la percepción sobre el interés en el estado general de la usuaria demostrado por el profesional Matrona/Matrón de las mujeres con IUE tratadas con Onda H atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB | | |
|---|------------|------|
| <i>Percepción</i> | Nº Mujeres | % |
| Si demuestra interés por el estado general de la Usuaría | 5 | 38.5 |
| No demuestra Interés por el estado general de la Usuaría | 8 | 61.5 |
| TOTAL | 13 | 100 |
| | N= 13 | |

Con relación a la atención brindada por el profesional Matrona/Matrón a las mujeres encuestadas, 38,5% percibe que “sí” se demuestra interés en el estado general de la usuaria, en cambio 61,5% “no” lo percibe.

| TABLA 14: Distribución según la percepción sobre el interés por el entorno familiar y social de la usuaria demostrado por el profesional Matrona/Matrón de las mujeres con IUE tratadas con Onda H atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del HCVB | | |
|---|------------|------|
| | Nº Mujeres | % |
| Si demuestra interés por el entorno familiar y social de la Usuaría | 3 | 23.1 |
| No demuestra Interés por el entorno familiar y social de la Usuaría | 10 | 76.9 |
| TOTAL | 13 | 100 |
| | N= 13 | |

En cuanto a la percepción que tienen las usuarias en relación a el interés que demuestra el profesional Matrona/Matrón por el entorno familiar y social, 23,1% si percibe este interés, por otra parte 76.9% no lo percibe.

| TABLA 15: Distribución de mujeres con IUE que recibieron refuerzo sobre ejercicios de Kegel dentro de las atenciones con el profesional Matrona/Matrón en APS en control ginecológico. | | |
|---|------------|------|
| | Nº Mujeres | % |
| Si fue reforzado | 7 | 53.8 |
| No fue reforzado | 6 | 46.2 |
| TOTAL | 13 | 100 |
| N= 13 | | |

Con respecto al refuerzo que recibieron las usuarias sobre los Ejercicios de Kegel, destaca que, 53.8% si recibió refuerzo, y 46.2% señala no haber recibido.

| TABLA 16: Distribución de mujeres con IUE que recibieron refuerzo sobre utilización del Balón Kinésico, dentro de las atenciones con el profesional Matrona/Matrón en APS en control ginecológico. | | |
|---|------------|------|
| | Nº Mujeres | % |
| Si fue reforzado | 3 | 23.1 |
| No fue reforzado | 10 | 76.9 |
| TOTAL | 13 | 100 |
| N= | 13 | |

Como se observa en la tabla, en relación al refuerzo sobre la utilización del Balón Kinésico por parte del profesional Matrona/Matrón, 23.1% señala si haber recibido refuerzo, por otra parte 76.9% no lo recibió.

| TABLA 17: Frecuencia con la que las mujeres tratadas con onda H se dirigieron a consultar al profesional Matrona/Matrón por la reaparición de síntomas de IUE. | | |
|---|------------|------------|
| | Nº mujeres | % |
| Nunca | 7 | 53,8 |
| 0-2 veces por mes | 3 | 23,1 |
| 2-5 veces por mes | 3 | 23,1 |
| 6-8 veces por mes | 0 | 0 |
| 9 o más veces por mes | 0 | 0 |
| TOTAL | 13 | 100 |
| | N= 13 | |

En cuanto a la frecuencia con la que las mujeres se dirigieron a consultar al profesional Matrona/Matrón sobre la reaparición de signos y síntomas de IUE, 23.1% de la muestra concurre 2-5 veces por mes, 23.1% 0-2 veces por mes y 53.8% nunca consultó.