LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

Autora:
GUZMÁN VEGA, DANIELA E.

La RIOJA
2015

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

Autora: Guzmán Vega, Daniela E.

Asesora Metodológica*:* Lic. Cubilo, María E.

Asesora Temática: Dra. Alonso, Mónica.

La Rioja
2015

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación: .....

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación: .....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....	.....	.....
VOCAL	**PRESIDENTE**	**VOCAL**

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

A mis padres, por ser mi guía, por el apoyo, paciencia y amor constante e incondicional que hicieron posible mi formación profesional, que junto con mi hermana, son parte fundamental en mi vida.

Un agradecimiento muy especial a mi compañera, amiga, y hermana de la vida Gabriela, a Mercedes y Enzo, quienes me brindaron su ayuda, comprensión, paciencia y ánimo en todo momento.

Y quisiera hacer extensiva mi gratitud a la Klga. Marcela Bue, a la Lic. María E. Cubilo y a la Dra. Mónica Alonso, por la orientación, el seguimiento, supervisión y el apoyo a lo largo de la investigación.

A todos ellos, muchas gracias.-

ÍNDICE

RESUMEN **1**

1. **INTRODUCCIÓN** **2**
2. **MARCO TEÓRICO** **3**
3. **OBJETIVOS** **7**
4. **METODOLOGÍA** **8**
5. **RESULTADOS** **10**
6. **CONCLUSIONES** **13**

ANEXOS **14**

BIBLIOGRAFÍA **27**

RESUMEN

Los objetivos de esta investigación fueron, demostrar la prevalencia de incontinencia urinaria femenina (IU) en: Hospital E. Vera Barros y Residencia el Lugar Soñado de la ciudad de La Rioja. Identificar el nivel de información que tiene la población femenina de la disfunción, abordaje para su tratamiento y demostrar la necesidad de la promoción de la fisioterapia uroginecológica. Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Del total de mujeres que comprenden la población se seleccionó una muestra intencional de 120 mujeres. La recolección de datos fue a través de una encuesta anónima, realizada en los meses de febrero y marzo de 2015. Encontrándose un 65,8% de mujeres con IU. El 42,5% no tenían conocimiento sobre lo que es la disfunción, el 53,3% desconocía el factor de riesgo del género y un 74,2%, no conocía formas de prevención. El 33,4% no concurriría a una consulta médica, 82,7% no tenían conocimiento sobre el rol del kinesiólogo, de las cuales 57,5% padecían IU. Y solo el 7,5% veía efectivo el tratamiento kinésico del 13,2% de las personas que conocían el rol del fisioterapeuta en la IU. Concluyendo que la IU es una disfunción prevalente entre las mujeres que fueron encuestadas. La falta de conocimiento de la Fisioterapia Urológica, por la población, es uno de los factores del déficit para el abordaje de IU, sumado al desconocimiento sobre la afección de las mismas mujeres que la padecen y alta prevalencia. Es necesario promocionar el tratamiento kinésico, considerado como la primera línea de abordaje por su efectividad, bajo costo y ausencia de efectos secundarios.-

ABSTRACT

The objectives of this research were to demonstrate the prevalence of female urinary incontinence (UI) in: E. Vera Barros Hospital and Residencia en Lugar Soñado the city of La Rioja. Identify the level of information that the female population of dysfunction, approach for treatment and demonstrate the need for promoting Urogynaecological physiotherapy. An observational, cross-sectional, descriptive study. Of the total female population comprising a purposive sample of 120 women was selected.

Data collection was through an anonymous survey, conducted in February and March 2015. Found 65.8% of women with UI. 42.5% had no knowledge of what is dysfunction, 53.3% were unaware of the risk factor of gender and 74.2%, no known prevention methods. 33.4% would not contest a medical consultation, 82.7% had no knowledge about the role of the physiotherapist, of which 57.5% had UI. And only 7.5% saw effective physiotherapy treatment 13.2% of the people who knew the role of the physiotherapist in the UI. Concluding that the UI is a prevalent dysfunction among women who were surveyed. Lack of knowledge of physiotherapy Urological, by population, is one of the factors deficit for addressing IU, coupled with ignorance about the condition of the same women who suffer from high prevalence. It is necessary to promote the physiotherapy treatment, considered as the first line approach for its effectiveness, low cost and absence of secundary effects.-

1. INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria (IU), según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico. Se presenta tanto en personas sanas como asociada a diferentes enfermedades, y puede ser consecuencia de diversas causas. Con gran incidencia en mujeres, y variedad de factores desencadenantes que involucra todas las edades, afectando notablemente la calidad de vida de las personas que la padecen.[1] Es un trastorno poco conocido por la población y abordado con cierto déficits a causa del desconocimiento de la Fisioterapia Urológica.[1, 2]

Se tratará de determinar la cantidad de mujeres que padecen de IU en la ciudad de La Rioja, estableciendo el grado de conocimiento que poseen sobre la disfunción, como así también niveles de conocimiento que posee la población femenina en cuanto al rol del kinesiólogo y efectividad del tratamiento kinésico, siendo éste uno de los pilares fundamentales en el primer paso a la prevención y recuperación según la ICS.[3]

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de la IU varía considerablemente, ya sea por tener en cuenta las diferentes definiciones usadas, metodología epidemiológica y características demográficas.

Sin embargo, estudios prospectivos actuales afirman que se presentan en mayor proporción en la mujer, siendo dos veces más frecuente que en la población masculina.[1, 4]

Según el Colegio Americano de Médicos[5] la IU tiene una prevalencia de aproximadamente el 25% en las mujeres jóvenes (de 14 a 21 años), de 44% a 57% en mujeres de mediana edad y posmenopáusicas (edad de 40 a 60 año), y el 75% en las mujeres de edad avanzada la incidencia aumenta linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos (mayores de ≥75 años). Estas estadísticas pueden ser subestimadas debido a un estudio mostró que al menos la mitad de las mujeres no informan de la atribución a sus médicos.

En el estudio realizado por el Servicio de Urología del Hospital Central de la provincia de Mendoza a través de 385 encuestas a trabajadoras del Hospital Central en el año 2013, se observo un 23,9% de IU (Argentina/Filice)[8], quedando como única y escasa literatura nacional que describa la prevalencia de IU femenina, mencionando la incidencia según país y autor de la siguiente manera: Méjico/Velázquez 46,5%; USA/Melville 45%; Reino Unido/Switchinbank 46,5%; Francia/Laserre 26,8%. En la conclusión afirman que es una patología frecuente, que afecta considerablemente la calidad de vida.[8]

Es un trastorno poco conocido y abordado con cierto déficits, aunque la demanda social va en aumento, muchas mujeres con IU moderada o grave no piden ayuda profesional por vergüenza, tabú, y falta de conocimiento ante la existencia de tratamientos posibles o incluso porque lo aceptan como un problema que deben sufrir y que consideran normal de la edad, siendo la tolerancia psicológica y social cada día menor.[1, 2]

Para dar respuestas a esta disfunción son muchos los tratamientos y profesionales que componen el equipo multidisciplinario anti- incontinencia que intenta recuperar la sintomatología de quienes la padecen. La aportación del fisioterapeuta dentro de este equipo es muy valiosa, ya que el tratamiento de Fisioterapia está considerado como la primera línea de abordaje por su efectividad, bajo costo y ausencia de efectos secundarios.[2]

La especialidad de la Fisioterapia Uroginecológica y Obstetricia o la Fisioterapia Abdominopelviperineal o, de forma separada, la Fisioterapia Urológica y la Fisioterapia Ginecológica y Obstétrica, está basada en evidencia científica que justifica los fundamentos, actualmente goza de cierto impulso que, sin dudas debe ser fomentado y se encuentra en plena etapa de desarrollo.[1, 2, 12]

2. MARCO TEÓRICO

El término incontinencia hace referencia a un síntoma, la pérdida de orina que conlleva la involuntariedad de la misma; a un signo, porque la pérdida se puede demostrar de forma objetiva; y a una condición, ya que se puede demostrar mediante estudios urodinámicos la causa que la provoca según la Guía de práctica Clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina presentada en el año 2013.[3, 4]

Tipo de Incontinencia Urinaria

Desde un punto de vista sintomático y de acuerdo con las directrices de la ICS[2], ésta puede clasificarse de diferentes formas[2, 3]:

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal. Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, consecuencia de un fallo en los dispositivos de resistencia uretral. Dependiendo de la etiología se encuentran dos tipos de IUE:

- Por hipermovilidad uretral, debido a un fallo en el mecanismo de sujeción, desciende de su correcta posición anatómica.
- Por disfunción uretral intrínseca, defecto de la resistencia de la uretra por una insuficiente coaptación de sus paredes.

Este tipo es el más frecuente de IU con prevalencia de 48% de los casos según la GPC[1].

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)**:** Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de "urgencia" (deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demora) que se debe a una contracción involuntaria del músculo detrusor y con miedo al escape. Cuando esta contractibilidad aumentada de la vejiga se objetiva mediante estudio urodinámico, se denomina "hiperactividad del detrusor" y se puede deber a una enfermedad neurológica, idiopática o por obstrucción uretral.

La ICS también define el ***síndrome de vejiga hiperactiva*** como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), *con o sin incontinencia*.

Clínicamente suele acompañarse de aumento en la frecuencia miccional, denominada polaquiuria (más de 8 micciones al día) y de nicturia (aumento de la frecuencia miccional nocturna).[2]

Incontinencia urinaria mixta (IUM**):** es la asociación de la pérdida involuntaria de orina ante esfuerzos físicos (IUE) con los síntomas de la IUU.

Siendo la IUE, la IUU y la IUM los tipos más frecuentes, hay otras formas de presentación con un porcentaje menor y algunas de forma ocasional: **IU por rebosamiento** (se manifiesta en forma de goteo y es asociada a una retención urinaria), **IU continua** (pérdida involuntaria y continua sin deseo miccional) y la **enuresis nocturna** (pérdidas de orina durante el sueño). Como así también son las que se produce durante el coito, o climacturia, la incontinencia con la risa (*giggle incontinence*) y el goteo post-miccional.

Incontinencia "funcional": se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Suele observarse en pacientes ancianos.

Factores de Riesgo para la Incontinencia Urinaria

Son diversos los factores que identifican a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar problemas de incontinencia urinaria. Los profesionales de la salud necesitan saber de ellos

para desarrollar estrategias preventivas en aquellos grupos de mayor riego así como implementar estrategias terapéuticas que minimicen el efecto nocivo de los mismos.
El fisioterapeuta ha de conocer la naturaleza de la disfunción del mecanismo de continencia que vendrá determinada por la combinación de características anatómicas y funcionales fisiológicas. [1,2] (Anexo 1 y 2)

a) Factores que afectan la funcionalidad de la continencia

- Si los músculos del suelo pélvico se contraen insuficientemente o demasiado tarde, se produce un fallo en el mecanismo de soporte que afecta al mecanismo de cierre uretral. Como consecuencia, se produce un movimiento anormal del suelo pélvico que provoca una hipermovilidad uretral y del cuello vesical. Factores que pueden influir en ello son la condición física y el estado de salud general y nutricional. Esto puede estar relacionado con hábitos fumadores, sobrepeso y estreñimiento crónico.
- El uso de cateterización incrementan el riego de daño de esfínter uretral y, por ende, del mecanismo de cierre.

b) Factores de riesgo en mujeres

- La edad y el sexo es un factor de riesgo significativo en la prevalencia de IU aumentando con la edad un 46% en las mujeres y un 34% en los hombres.
- La prevalencia de IU es mayor en adultos que sufrieron de enuresis infantil.
- Los efectos del embarazo en la IU son puramente mecánicos y pueden continuar con en el pulperio. En los partos, el uso de fórceps implica el desarrollo de IUE. La IU que se desarrolla durante el embarazo y después del parto y que persiste durante tres meses después del mismo, es un factor pronóstico de problemas de continencia en el futuro. El incremento de edad maternal, la pariedad y bebes de elevado peso (>4000gr) están asociados con un mayor riesgo de IU.
- Las mujeres con alto índice de masa corporal (>30).
- Cambios asociados con la menopausia actúan en detrimento de la continencia.

Valoración y Diagnóstico en IU

La Evaluación inicial con un profesional de la salud es importante y constituye la base para el asesoramiento, la gestión y el tratamiento posterior.
El proceso de valoración y diagnóstico del fisioterapeuta (complementado con información procedente del procedimiento de derivación del especialista) está destinado a proporcionar una respuesta específica al problema y a los trastornos subyacentes y / o los factores pronósticos desfavorables que puedan existir y sean susceptibles de modificación mediante la fisioterapia.
El fisioterapeuta especialista en disfunciones de suelo pélvico toma la historia del paciente para examinar la naturaleza y la gravedad del problema, acompañado de un examen físico, ofreciendo la oportunidad de construir una relación de confianza entre terapeuta y el paciente. La información será utilizada para formular un plan de tratamiento específico según la Guía de práctica Clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria.[2] (Anexo 3 y 4).

Tratamiento Kinesiológico de la IU

Debe estar enfocado en función de la sintomatología de la paciente por lo que necesita de un diagnóstico previo, precoz y correcto, ya que las estrategias terapéuticas varían en función de la forma clínica de presentación de la incontinencia en cada mujer.
En el trabajo publicado por la Asociación de Urólogos Argentinos[11] en 1994 se explican los fundamentos de la kinesioterapia en el tratamiento de la incontinencia de orina y

determinando patologías en las cuales la misma puede aplicarse, afirmando que la reeducación vésico-esfinteriana o perineal es una especialidad de la kinesiología, definida desde 1948 por los trabajos de Kegel. La finalidad de éste tratamiento es restablecer la estática pelviana, aumentar la resistencia uretral y disminuir la hiperactividad del detrusor.
En el año 2001 la ICI (Internacional Consultation on Incontinence)[2] considera el tratamiento de Fisioterapia, concretamente los ejercicios del suelo pélvico, como el primer paso en la recuperación de la incontinencia urinaria en sus diferentes tipos, ya que es una terapia efectiva, no agresiva, sin efectos secundarios y poco costosa.
En el año 2013 se publica la Guía de Prácticas Clínicas desarrollada por Colegio Americano de Médicos (ACP)[6] donde se describen recomendaciones clínicas sobre el tratamiento conservador de la IU en la mujer, basada en literatura publicada a partir de 1990 hasta diciembre de 2013 y en octubre del mismo año se publicó la primer edición de la Guía de práctica Clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina, realizada por el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía[1].
A continuación se describen los Tratamientos Recomendados por las Guías mencionadas:

a) Ejercicios de la Musculatura del Suelo Pélvico:

Durante la sesión se realizan ejercicios de contracción perineal estimulados y evaluados por el kinesiólogo. El número de repeticiones depende de la fatigabilidad del músculo. Cuando el paciente logra contraer voluntariamente su periné, repite un plan de ejercicios para realizar fuera de la sesión.
En el entrenamiento y reeducación de la musculatura del suelo pélvico una de las dificultades es la falta de capacidad o habilidad para contraerla, un 30% de mujeres son incapaces de realizar una contracción correcta, por lo que previo al tratamiento debería ser valorada esta capacidad, al igual que la aparición de sinergias musculares de los músculos abdominales, glúteos o aductores cuando se solicitan la contracción aislada de la musculatura del suelo pélvico.
Los ejercicios deben ser la primera opción en el tratamiento ofrecido a los pacientes que sufren IU de esfuerzo y mixta. Los programas de reeducación deben tener una duración mínima de 3 meses, estar al alcance de todas las pacientes. [2,3, 6]

b) Biofeedback (BFB):

Es un sistema que recoge o capta información de un proceso fisiológico que sucede de forma inconsciente para el individuo; dicha información se amplifica y es devuelta en forma de señal visual o auditiva para que pueda ser captada por la paciente, indicando el momento en el cual debe realizar la contracción y la relajación.
Para un correcto uso la respuesta obtenida debe ser medible y detectable, así como los cambios que se produzcan en la misma; también debe ser perceptible para que la paciente reconozca cuando debe realizar un control sobre la musculatura; y por último, requiere la participación activa de los individuos, que deben estar motivados.
Existen diferentes métodos, entre ellos el BFB mediante electromiografía o mediante manometría, tanto con aplicación de electrodos intracavitarios como de superficie.
Tiene como objetivos que la paciente consiga un buen control voluntario sobre la musculatura estriada (músculo elevador del ano o esfínter uretral externo), una mayor conciencia de la zona pelvi-perineal y una disminución de las contracciones de los músculos antagonistas. No es un tratamiento por sí mismo, no se usa de forma aislada en el abordaje de la IU, se aconseja ofrecer el uso de BFB como accesorio al entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico. En relación al programa de entrenamiento oscila la duración entre 4 semanas y 6 meses.[2, 3, 6]

c) Electroestimulación Funcional (EEF):

Consiste en una estimulación de origen nervioso que tiene como objetivo actuar sobre los circuitos o fibras nerviosas responsables de la incontinencia urinaria. Busca activar las raíces sacras S1-S2-S3, para conseguir una contracción de la musculatura implicada en esta disfunción. Para que esta herramienta pueda ser utilizada precisa de un arco reflejo íntegro en la paciente.

Es utilizada en el caso de IU de esfuerzo, en pacientes con síntomas de urgencia, frecuencia y/o IU de urgencia, nocturia, vejiga hiperactiva e IU mixta.

El mecanismo y modo de actuación depende de la causa que provoque la IU de la estructura que sea estimulada mediante la corriente eléctrica. En líneas generales, en la IUE, la electroestimulación tiene como objetivo la mejora de la presión de cierre uretral y la activación esfinteriana mediante la estimulación de las fibras nerviosas del nervio pudendo, mientras que en la IUU, se persigue la inhibición de las contracciones reflejas del musculo detrusor para conseguir una contracción de la musculatura peri y para uretral, ya sea de forma directa sobre dicha musculatura o a través de los reflejos espinales. Se puede realiza con electrodos vaginales o con los electrodos cutáneos o transcutáneos. [2,3, 6]

d) Entrenamiento Vesical:

Es considerado como un tratamiento comportamental que implica un proceso de aprendizaje individual de nuevos patrones miccionales para restablecer los que se consideran normales, en quienes se encuentran alterados

El programa debe contener tres elementos clave: educación al paciente sobre anatomía de la vejiga, sobre incontinencia, mecanismos de control de la urgencia vesical; una micción programada con ajuste de la frecuencia miccional mediante la ampliación de los periodos inter-vaciados (con aumento progresivo); y refuerzo positivo proporcionado por el fisioterapeuta. Precisa de la participación activa de los pacientes (plena capacidad cognitiva y física) y muy motivados ante la terapia, cambios en sus actividades diarias y en sus hábitos, como por ejemplo en la ingesta de líquidos, realización de esfuerzos, calendario miccional, entre otros, para colaborar con el tratamiento y asegurar sus buenos resultados.

Los efectos se apuntan a las siguientes propuestas: mejora de la inhibición cortical sobre las contracciones involuntarias del musculo detrusor; mejora de la facilitación cortical del cierre uretral durante la falle de llenado vesical; mejora de la modulación central de los impulsos aferentes; y mejora del conocimiento de los pacientes sobre las circunstancias que causan la incontinencia urinaria, llevándoles a ser más conscientes de ellas y pudiendo producir un cambio en sus comportamientos para aumentar la capacidad de reserva del tracto urinario inferior.

El “grado de recomendación A” para el uso de entrenamiento vesical con una duración de 6 semanas debería ser ofrecido como primer abordaje en las mujeres con IUU y IUM, aun que sea efectivo para los tres tipos de IU, pre y post parto, prolapsos y pre y post operatorio de la cirugía de la incontinencia. [2,3, 6]

e) Estimulación del Nervio Tibial Posterior:

Provoca una electroestimulación retrograda del plexo nervioso sacro. Se ha aplicado tanto de forma transcutánea, con electrodo de superficie como percutánea, con electrodo aguja, con en el electrodo activo colocado por encima del maléolo medial y el electrodo adhesivo dispersivo cerca del arco plantar. Efectividad en síndrome de hiperactividad vesical, disfunciones de vaciado no obstructiva, dolor pélvico crónico, vejiga neurogénica, como así también en IUU.

En relación a la pauta de tratamiento la Asociación de Urología Europea[6] recomienda realizar una sesión de 30 minutos a la semana durante un periodo inicial de 12 semanas. Para que los efectos se mantengan a largo plazo se requiere un tratamiento crónico con sesiones más espaciadas, aproximadamente 1 sesión cada tres semanas.

En la guía se describían como tratamientos la ***Magnetoterapia***, ***Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea*** (TENS) y ***Dispositivos Intracavitarios*** (Conos Vaginales), los cuales no serán desarrollados por no encontrarse evidencia aún sobre la efectividad del uso.[3]

Al igual que se encontró escasa evidencia científica sobre las ***Técnicas Hipopresivas*** las cuales son aplicadas a la reeducación uroginecológica como así también a la prevención y mejora de la salud, la estética y el rendimiento deportivo pero que . Son un conjunto ordenado de ejercicios posturales rítmicos, repetitivos y secuenciales que permiten la integración y la memorización de mensajes propioceptivos sensitivos o sensoriales asociados a una puesta en situación postural particular. Provocan el descenso de la presión intrabdominal y la coactivación de los abdominales y del suelo pélvico, consiguiendo a largo plazo un aumento del tono en ambos grupos musculares, reduciendo el riesgo de IU. La progresión en la instrucción de la GAH (Gimnasia Hipopresiva abdominal) tiene dos fases: el periodo de aprendizaje (recomiendan practicar dos veces en semana durante 15 o 20 minutos durante las dos primeras semanas y después 20 minutos diarios) y el de automatización (los ejercicios diseñados por el terapeuta deben practicarse de forma diaria, durante 20 minutos a lo largo de varios meses y de manera autónoma, realizándose controles mensuales para valorar los efectos obtenidos). Como contraindicaciones se encontraron: cardiopatía, hipertensión arterial (ambas debido a la activación del sistema simpático), embarazo y disfunción obstructiva respiratoria. En cualquier caso, se debe medir la presión arterial antes y después de los ejercicios ya que muchas veces la hipertensión no está diagnosticada.[21, 22, 23] (Anexo 5)

Prevención en la incontinencia urinaria

Según la GPC la prevención de las disfunciones de suelo pélvico es una tarea importante dentro de los programas de reeducación de esta musculatura. Es necesario identificar los grupos de población mediante la identificación de factores de riesgo para el desarrollo de las disfunciones urológicas. Al igual que profundizar más en este aspecto preventivo para conocer la repercusión y beneficios que supone para la Salud y la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. [1,2, 5, 12]

3. OBJETIVO DE ESTUDIO

General:

- Investigar la morbilidad producida por la Incontinencia Urinaria (IU) en Mujeres.

Específicos:

- Conocer la prevalencia de IU femenina en un centro asistencial y en una residencia geriátrica.
- Identificar los niveles de información sobre IU en la población femenina de las instituciones mencionadas.
- Determinar el nivel de conocimiento en la población femenina sobre el abordaje kinésico para IU en mujeres de dichas instituciones.
- Realizar propuesta de campaña informativa y de profilaxis para IU, promocionando la especialidad de Fisioterapia Uroginecológica.

4. METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal y descriptivo, el mismo se desarrolló en la ciudad de La Rioja.

Se llevo a cabo a través de encuestas anónimas a mujeres, a través de las cuales se indagó sobre el padecimiento de pérdida de orina (para estimar prevalencia), el nivel de conocimiento básico sobre la disfunción, factores de riesgo y prevención, como así también el nivel de conocimiento relacionado al abordaje terapéutico, rol del kinesiólogo en la IU y tratamiento que consideraron como efectivo para la IU.

Universo

La unidad de análisis se compuso de mujeres que acudieron voluntariamente para su atención en a los establecimientos: Hospital E. Vera Barros y Residencia el Lugar Soñado en los meses de febrero y marzo del año 2015.

Muestra

Del total de mujeres que comprenden la población se seleccionó una muestra intencional de 120 mujeres.

Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 20 años de edad, que asistieron a los establecimientos mencionados anteriormente, en los meses de febrero y marzo del año 2015.

Técnica de recolección de datos

El instrumento de estudio utilizado fue un cuestionario estructurado, el cual contenía el test ICIQ-SF (para auto diagnóstico de IU), y el IU-4 (para la clasificación clínica de la IU) y preguntas diseñadas para el enfoque kinésico. (Anexo 7)

Variables de estudio

- ✓ Edad.
- ✓ Forma de presentación de IU: IUE - IUU- IUM- IUF- No presentan IU.
- ✓ Pérdida de Orina: Frecuencia - Cantidad - Afección de Calidad de Vida.
- ✓ Nivel de información básico de IU en mujeres: Conocimiento sobre el concepto IU- Factor de riesgo - Formas de prevención.
- ✓ Nivel de conocimiento sobre el abordaje de IU: Consulta médica- Conocimiento del Rol del Kinesiólogo - Tratamiento que supone más efectivo.

Variables	Indicadores	Técnica de Relevamiento	Instrumento
Edad	Cantidad de mujeres mayores de 20 años de edad.	Anamnesis	Cuestionario
Pérdida de orina	Cantidad de mujeres según la frecuencia en la que se produce la pérdida de orina. Cantidad de mujeres según la cantidad de pérdida de orina. Cantidad de mujeres con Afectación de Calidad de Vida por pérdida de orina.	Anamnesis	Cuestionario ICIQ-SF
Forma de presentación de IU	Cantidad de mujeres que presentan IU de Esfuerzo. Cantidad de mujeres que presentan IU de Urgencia. Cantidad de mujeres que presentan IU en Mixta. Cantidad de mujeres que presentan IU Funcional. Cantidad de mujeres que no presentan IU	Anamnesis	Cuestionario IU-4
Nivel de información básico de IU	Cantidad de mujeres que tienen un concepto de IU. Cantidad de mujeres que conocen el factor de riesgo de IU en el sexo femenino. Cantidad de mujeres que conocen formas de prevención de IU.	Anamnesis	Cuestionario
Nivel de Conocimiento sobre el tratamiento de IU	Cantidad de mujeres que cree importante una Consulta Médica. Cantidad de mujeres con Conocimiento del Rol del Kinesiólogo en la IU. Cantidad de mujeres que identifica el tratamiento Kinésico como efectivo.	Anamnesis	Cuestionario

Análisis estadístico de la información

Se realizó un análisis descriptivo de variables utilizando tablas de frecuencias con el cálculo de porcentajes correspondientes, como así también gráficos estadísticos.

5. RESULTADOS

De las 120 encuestas entregadas, respondidas y recuperadas, 79 mujeres referían tener incontinencia de orina de algún tipo y 41 no referían incontinencia alguna. Estos datos arrojaron una *prevalencia de IU en la investigación del 65,8%*. (Anexo 8, 9)

Donde de acuerdo a las *Formas de presentación de IU*, en orden creciente, el 8,3% corresponde a IU de Urgencia, el 10,8% a IU de Esfuerzo, el 21,7% a IU Funcional que, corresponde en relación a edades, a las mujeres mayores a 70 años; y el porcentaje más elevado en las formas de presentación, 25,0% a IU Mixta. (Ver Tabla N°1)

Tabla N°1: **CANTIDAD DE MUJERES QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN SUS FORMAS DE PRESENTACIÓN Y LAS QUE NO PRESENTAN IU, EN RELACIÓN A LA EDAD EN MUJERES ENCUESTADAS EN LOS MESES DE FEBRERO Y MARZO DEL AÑO 2015 EN LA CIUDAD DE LA RIOJA EN PORCENTAJE.-**

		SIN IU	CON IU FORMAS DE PRESENTACIÓN				
			IUE*	IUU**	IUM***	IUF****	TOTAL C/IU según la edad
Edad en Años	20- 29	9,2%	2,5%	2,5%	5,0%	0,0%	10,0%
	30- 39	8,3%	3,3%	3,3%	5,8%	0,0%	12,5%
	40- 49	5,8%	0,8%	0,8%	5,0%	0,0%	6,7%
	50- 59	5,8%	2,5%	0,8%	4,2%	0,0%	7,5%
	60- 69	5,0%	1,7%	0,8%	4,2%	0,0%	6,7%
	>70	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	21,7%	22,5%
			10,8%	8,3%	25,0%	21,7%	65,8%
TOTAL C/S IU		**34,2%**	**65,8%**				

Fuente: Datos propios de la investigación obtenidos a través de cuestionario ICIQ-SF, IU-4.
*Incontinencia Urinaria de Esfuerzo; **Incontinencia Urinaria de Urgencia; ***Incontinencia Urinaria Mixta; ****Incontinencia Urinaria Funcional.-

En el análisis de la *frecuencia* con la que las mujeres perdían orina, se observó que, de las opciones de la encuesta, “Una vez a la semana” obtuvo el 45,6% como porcentaje mayor. Dentro del análisis de la *cantidad* de orina que perdían las mujeres, se determinó que 46 mujeres (58,2%) referían perder “muy poca cantidad de orina”. Cuando se analizó la *afectación en la calidad de vida* de las mujeres afectadas, se observó que la mayoría (39,2%) tenían una “alteración severa en su calidad de vida”, y tanto, leve como las que no presentaron alteración, el 24,1% y 12,7% moderada alteración.

En cuanto al *nivel básico de información de IU* en las mujeres encuestadas, se observó que en el 57,5% (69 casos) de las mujeres, tenían un concepto sobre lo que es la IU.

De las mujeres que no tenían conocimiento de IU, 30,0% padecían IU, según el cuestionario ICIQ-SF, del total de 42,5% que desconocían de la disfunción.

El 53,3% (64 casos) desconocían el factor de riesgo por ser mujer, del cual 37,5% cursaban con IU.

Un 74,2% (89 casos) no conocía formas de prevenir IU, siendo de éste porcentaje el 24,2% mujeres que aun no padecen de escapes involuntarios de orina. (Ver Gráfico N°1)

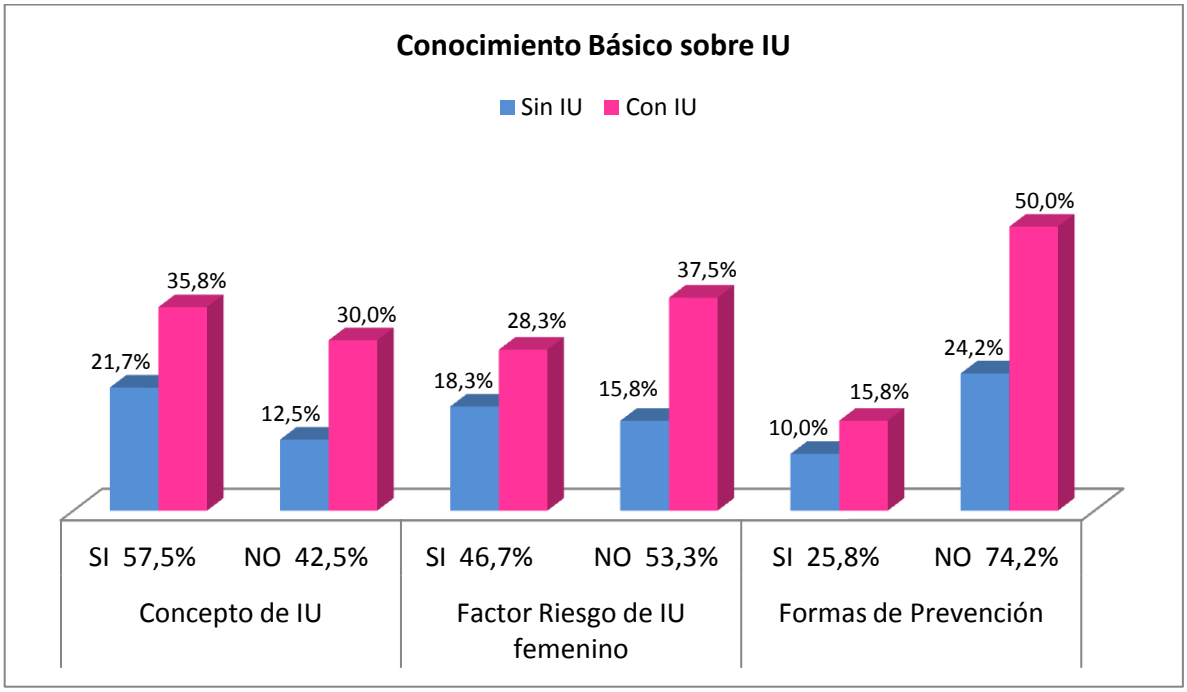


Gráfico N°1: **CANTIDAD DE MUJERES QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE CONCEPTO DE IU, FACTOR DE RIESGO Y FORMAS DE PREVENCIÓN COMPARADOS ENTRE LAS MUJERES QUE PRESENTAN IU Y LAS QUE NO PRESENTAN DISFUNCIÓN, EN EL TRANSCURSO DE FEBRERO Y MARZO DEL 2015 EN LA CIUDAD DE LA RIOJA EN PORCENTAJE.-**

Fuente: Datos propios de la investigación obtenidos a través de cuestionario ICIQ-SF ampliado.

Sobre el *nivel de conocimiento del abordaje para IU* en el análisis de los datos, 33,4% del total de los casos no cree necesario concurrir a una consulta médica. De los 66,6% que concurriría, solo el 12,5% tenía Conocimiento del Rol del Kinesiólogo para el abordaje del tratamiento en la incontinencia urinaria.

Cuando se analizó los datos de mujeres que presentaron IU, un 57,5% contestó no tener conocimiento sobre la función del kinesiólogo en el área de la uroginecología. Un 29,9% sin incontinencia, también negó tener conocimiento, solo el 13,3% del total entre mujeres con y sin IU contesto tener conocimiento sobre el rol del kinesiólogo en la incontinencia urinaria. (Ver Gráfico N°2)

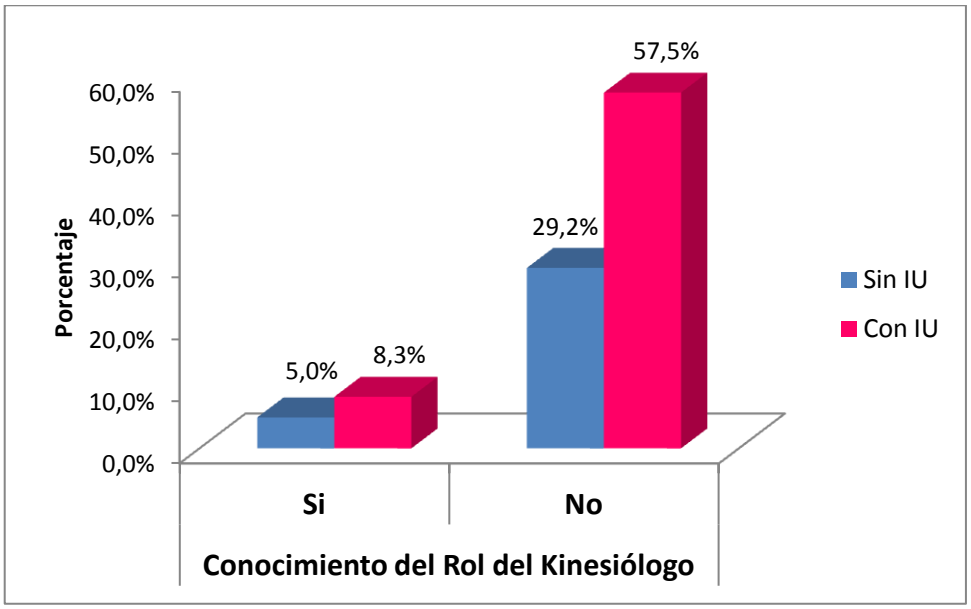


Gráfico N°2: **CANTIDAD DE MUJERES QUE TIENEN CONOCIMIENTO DEL ROL DEL KINESIOLOGO EN EL TRATAMIENTO DE IU, ENTRE LAS MUJERES QUE PRESENTAN LA DISFUNCION Y LAS QUE NO, EN EL TRANSCURSO DE FEBRERO Y MARZO DEL 2015 EN LA CIUDAD DE LA RIOJA EN PORCENTAJE.-**
Fuente: Datos propios de la investigación obtenidos a través de cuestionario ICIQ-SF ampliado.

Tabla N°2: **CANTIDAD DE MUJERES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL ROL DEL KINESIOLOGO E IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO, EN EL TRANSCURSO DE FEBRERO Y MARZO DEL 2015, EN PORCENTAJE.-**

		Tratamiento que identifica como efectivo				
		Quirúrgico	Kinésico	Farmacológico	Ninguno	Total
Conocimiento del Rol del Kinesiólogo	Si	1,7%	7,5%	2,5%	1,7%	13,3%
	No	11,7%	8,3%	29,2%	37,5%	86,7%
	Total	13,3%	15,8%	31,7%	39,2%	100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación obtenidos a través de cuestionario ICIQ-SF ampliado.

En el análisis sobre el tratamiento que identifican como efectivo, se halló que el 39,2% de los casos consideró que ningún tratamiento es seguro, 15,8% (19 casos) señaló el tratamiento kinésico y de este último resultado, de la cantidad de mujeres que conocen el rol del kinesiólogo (13,3%) el 7,5% lo identificó como el adecuado. (Ver Tabla N°2)

6. CONCLUSIONES

Se comprobó la prevalencia de Incontinencia Urinaria entre las mujeres encuestadas del Hospital E. Vera Barros y Residencia el Lugar Soñado de la ciudad de La Rioja en un 65,8%, quedando establecido que es una disfunción que afecta a muchas mujeres de diferentes edades. Siendo la IU Mixta la más frecuente con un 25,0%, a diferencia de lo indicada por estudios realizados anteriormente[1] que afirman que la prevalencia es de IU de Esfuerzo (48%). Encontrando que de las mujeres que residen en la institución geriátrica mayores a 70 años, el 100% padecían IU.

En cuando a los niveles de información básica que poseía la población femenina estudiada, se demostró que la mayoría conocía de la patología, sin embargo un alto porcentaje de mujeres no tenía conocimiento sobre el factor de riesgo por su género, al igual que desconocían formas de prevención. La mayoría creía necesaria una consulta médica en caso de padecer escapes involuntarios de orina. Quedando sin poder determinarse, si médicos especialistas derivaron a rehabilitación kinésica, dejando abierto así el campo a futuras investigaciones.

Quedo identificado que, de las mujeres estudiadas, el 82,7% no tenían conocimiento sobre el rol del kinesiólogo en el área de la uroginecología. Al igual que las mujeres que padecían IU de algún tipo, la mayoría (57,5%), no tenía conocimiento sobre la función del kinesiólogo como parte de la rehabilitación y prevención frente a la IU.

Se comprobó que la mayoría de las mujeres encuestadas creía que ningún tratamiento era efectivo para la pérdida involuntaria de orina, y del porcentaje de mujeres que conociendo el rol del kinesiólogo (13,2%) solo el 7,5% (9 casos) veía efectivo el tratamiento kinésico para IU.

Coincidiendo con estudios realizados anteriormente[3], los cuales indican que la falta de conocimiento de esta especialidad, por la población, es uno de los factores del déficit para el abordaje de IU[3], sumado al desconocimiento sobre la afección de las mismas mujeres que la padecen y la alta prevalencia.

Queda así demostrado que es necesario la promoción de la fisioterapia urológica, siempre adecuando a cada paciente el agente kinésico que sea más apropiado a las diferentes clasificaciones de IU, al ser considerada como la primera línea de abordaje por su efectividad, bajo costo y ausencia de efectos secundarios[3].

Concluyendo, el área de la Fisioterapia en Uroginecología y Obstetricia, frente a la Incontinencia Urinaria Femenina es el pilar fundamental para prevención y rehabilitación, encontrándose esta especialidad en plena etapa de desarrollo.-

ANEXOS

ANEXO 1: **Anatomía del Tracto Urinario Inferior**

La vejiga es un reservorio muscular (M. Detrusor) intermediario entre los uréteres y la uretra, destinada a recoger la orina a medida que los uréteres la viertan en ella, hasta el momento en que, haciéndose sentir el deseo de orinar, la vejiga se contrae y evacua la orina por el conducto de la uretra, lo que constituye la micción.[10]

El piso pélvico lo forman un conjunto de estructuras, puede compararse como si se tratara de un puente colgante donde los componentes estructurales estarían representados de la siguiente manera: Pelvis ósea (pilares y cimientos), Fascias y ligamentos (sistema de suspensión), Capa muscular (sistema de soporte). [9, 10,11]

El tracto urinario inferior recibe inervación por tres vías bien diferenciadas: Nervios Pélvicos (S2-S4), Nervios Hipogástricos (T10-L2), Nervios pudendos. Esta triple inervación actúa sinérgicamente modulada por los centros medulares y encefálicos.[9, 10,11]

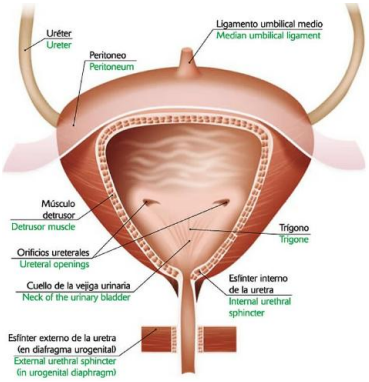


Ilustración 1: Anatomía del tracto urinario inferior femenino

Ilustración 2: Analogía de un puente con la musculatura de suelo pélvico

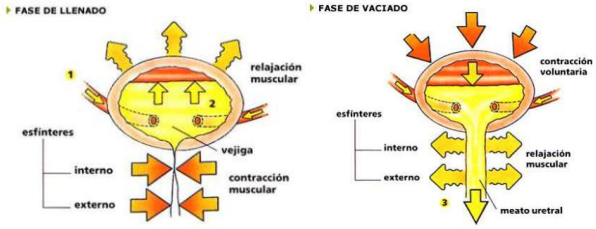
Ilustración 3: Piso pélvico

ANEXO 2: **Fisiología de la Micción**

La función del tracto urinario inferior solo puede desarrollarse de forma adecuada si existe integridad anatómica, relaciones anatómicas mantenidas e inervación intacta.

Durante la fase de llenado vesical, la orina fluye desde los uréteres a la vejiga, el músculo detrusor está relajado, esfínteres uretrales contraídos y la presión intravesical es menor que la presión uretral. La elasticidad vesical permite mantener la presión vesical constante aunque aumente su contenido.

A medida que el volumen vesical aumenta, el estímulo de distensión vesical se transmite por fibras sensitivas hasta médula y SNC percibiéndose como deseo miccional. Si el momento no es adecuado, se inhibe este deseo y se contrae voluntariamente el músculo elevador del ano que comprime la uretra contra el pubis y la vejiga sobre la uretra manteniendo la continencia. Si el momento es el adecuado, se contrae voluntariamente el músculo detrusor y se relajan los del suelo pelviano lo que provoca que la presión intravesical sea mayor que la presión de cierre uretral produciéndose la micción voluntaria. Una vez conseguido el vaciado vesical la presión intravesical cae nuevamente por debajo de la presión de cierre uretral. En condiciones normales la contracción del detrusor permite un vaciado vesical completo. [9, 10,11]



CONTINENCIA	MICCION
FASE DE LLENADO	FASE DE VACIADO
SIMPATICO	PARASIMPATICO

Ilustración 4

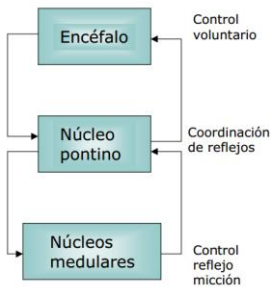


Ilustración 5

ANEXO 3: **Fármacos que pueden producir IU**

IU por rebosamiento por ↓ la contracción vesical					
• Anticolinérgicos . Antipsicóticos . Antidepresivos tricíclicos . Antihistamínicos . Espasmolíticos . Antieméticos . Opiáceos . Ipratropio	• Relajantes del músculo liso . Benzodiazepinas	• Beta agonistas . Salbutamol . Terbutalina	• Antagonistas del calcio . Nifedipino . Flunarizina . Verapamilo . Amlodipino	• Inhibidores de la síntesis de PG: AINE . Flurbiprofeno . Indometacina	• Vincristina

IU de rebosamiento por aumentar el tono uretral			
• Alfa agonista: descongestionantes nasales . Efedrina . Fenipropanolamina	• Antidepresivos tricíclicos: . Imipramina . Amitriptilina . Doxepina	• Antipsicóticos	• Estriol, bromocriptina

IU de Urgencia	
• Urgencia miccional, aumento del volumen y de la frecuencia: . Diuréticos, sobre todo del asa. . Alcohol: además, NP autonómica y sedación	• Aumentan la contracción vesical . Cafeína . Análogos de las prostaglandinas: misoprostol

IU de esfuerzo por disminuir el tono uretral o productos TOS	
• Alfa bloqueantes: doxazosina, algunos antihipertensivos.	• IECA

IU por varios mecanismos
Disminución de la inhibición central, de la contracción vesical, del tono uretral, impactación fecal, estreñimiento. Sedantes e hipnóticos: benzodiazepinas, sobre todo de acción prolongada

ANEXO 4: **Factores a tener en cuenta en la anamnesis de la IU**

Prácticas deportivas

Hábitos tóxicos y dietéticos

- Tabaquismo (como origen de tos crónica).
- Ingesta de líquidos en general y de bebidas con efecto diurético (como la cerveza) o estimulantes: café, té, infusiones, colas, bebidas gaseosas, chocolate agua tónica, cítricos.
- Ingesta de alcohol.

Utilización de fármacos que puedan desencadenar IU

– Antecedentes patológicos médicos

- Patología respiratoria que ocasione tos crónica. • Estreñimiento. • Obesidad.
- Enfermedades neurológicas y endocrinológicas, (especial atención el enolismo y la diabetes).
- Insuficiencia renal o cardiaca (pueden cursar con poliuria, nicturia y pollquiuria).
- Enfermedades urológicas (HBP, estenosis uretrales, tumores).
- Enfermedades digestivas que pueden producir IUU sensitiva.
- Situaciones que pueden producir una IU transitoria.

– Antecedentes quirúrgicos (pueden producir lesión de los nervios simpático, parasimpático o pudendo y afectar al funcionalismo del tracto urinario inferior).

- Carcinoma colorrectal. • Histerectomía. • Prostatectomía, etc.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos

- Número de partos, instrumentalización de los mismos, episiotomía, duración del periodo expulsivo.
- Número de cesáreas con trabajo de parto. • Prolapsos. • Tumores.

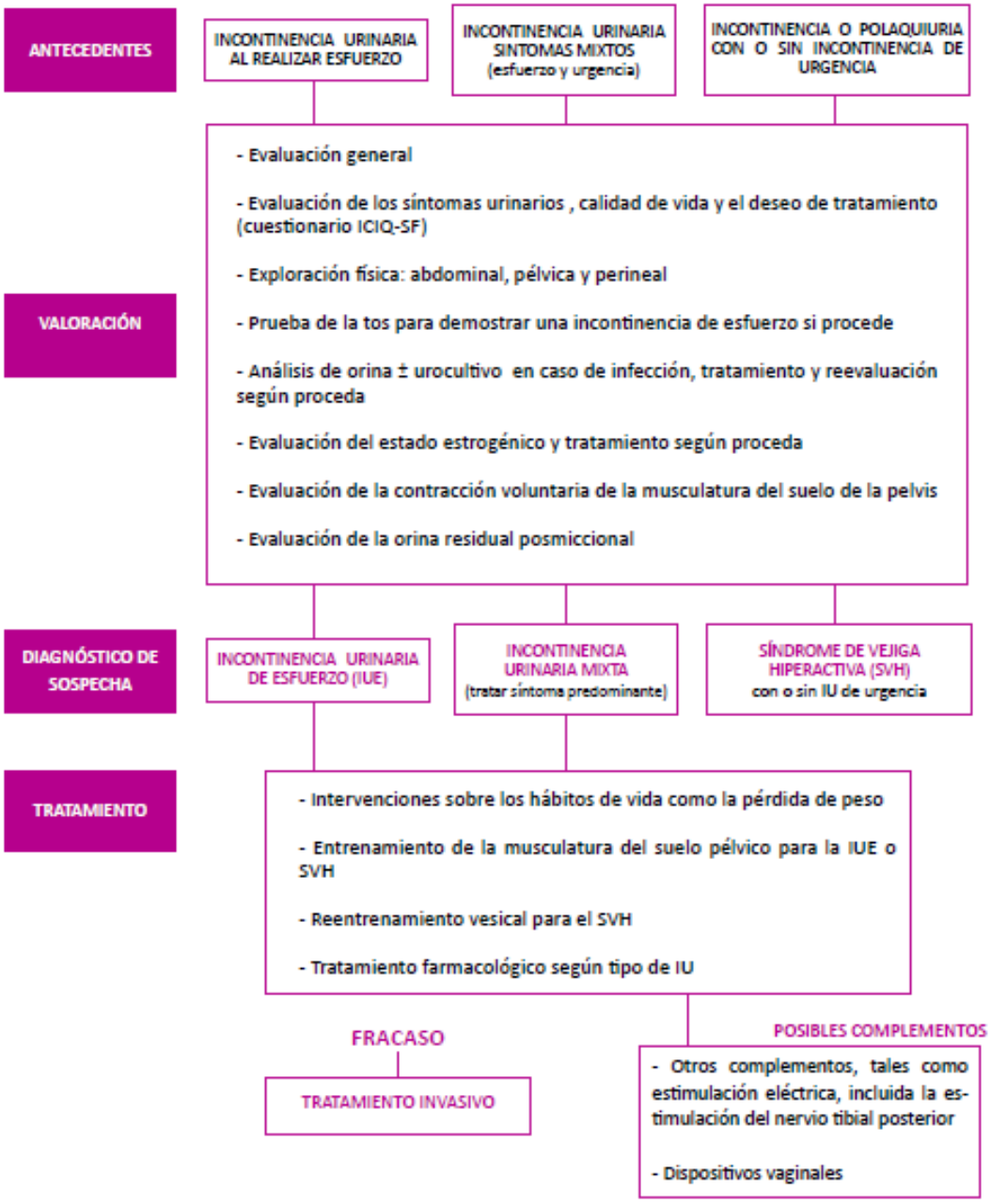
Antecedentes de radioterapia pélvica

Situaciones que pueden producir una IU funcional

Descartar trastornos asociados

- Incontinencia anal (asociación 1/3). • Disfunción sexual. • Dispareunia, sequedad o prurito vaginal.

ANEXO 5: **Algoritmo del proceso de intervención en la Incontinencia Urinaria femenina según la guía de práctica clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria.**



ANEXO 6: **NOTAS DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO FINAL DE CARRERA**

La Rioja, Septiembre del 2014.

A:

Lic. Bue, Marcela

Coordinadora de Kinesiología y Fisiatría

Facultad de medicina H. Barceló

S……/……D

La que suscribe, Guzmán Vega Daniela Eva, Matrícula 12714, alumna de la carrera de Kinesiología y Fisiatría, tiene el agrado de dirigirse a Ud. a los efectos de solicitarle su autorización para la realización del trabajo de investigación final titulado:**"Tratamiento Kinesiológico Frente a la Incontinencia Urinaria en Mujeres"**

Sin más particular y a la espera de una respuesta favorable, saludo a Ud. muy atentamente.

Marcela S. Bué
Coordinadora
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Universidad Barcelo

Guzmán Vega, Daniela Eva
DNI 31399872

FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Carrera de kinesiología
Carta aprobación de contenido
Trabajo de investigación final

La Rioja, Argentina..... 2014

Dr. Arturo Castagnaro
Director de la carrera de kinesiología

cc. Lic. Diego Castagnaro
Subdirector de la carrera de kinesiología

Por medio de la presente yo el (la) Lic..... con DNI.....y número de matricula ..... quien me desempeño como tutor de contenido del trabajo de investigación final del alumno(a) Guzman Daniela.. con el tema "Tratamiento kinesiológico frente a la Incontinencia Urinaria"

Manifiesto mi aprobación del contenido este trabajo, cumpliendo con los objetivos establecidos.

Dra. ALONSO MONICA E.
Medico Generalista
Ginecologia y Obstetricia
M.P. 1784

Firma, aclaración y sello
Tutor de contenido trabajo de investigación final

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

La Rioja, Diciembre del 2014

Sr. Ángel Hernán de la Vega Santángello
Dr. Médico RAM El Lugar Soñado
Cooperativa Unión y Trabajo

S_____/ D_____

Por medio de la presente, me dirijo a Ud. A los efectos de solicitar autorización para que la alumna Guzmán Vega Daniela Eva, con D.N.I.: 31.399.872 de la Carrera de Kinesiología y Fisiatría, del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló Facultad de Medicina, pueda realizar una encuesta a mujeres mayores de edad en el establecimiento "Residencia el Lugar Soñado" en el transcurso del año 2014 y comienzo del 2015.

La información será utilizada para la elaboración de su Trabajo Final de Investigación, titulado: **"Tratamiento Kinésico Frente a la Incontinencia Urinaria en Mujeres".**

Anexado los Objetivos de dicho trabajo.

Sin otro particular, y a la espera de una pronta y favorable respuesta. Lo saluda cordial y atte.

Firma
Marcela S. Bué
Coordinadora
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Universidad Barcelo

Consentimiento Informativo para la realización del Trabajo Final de Carrera:
"Tratamiento Kinésico Frente a la Incontinencia Urinaria en Mujeres".

Dr. Angel H. de la Vega Santangelo
M.N. 101801 - M.P. 1601
DIRECTOR MEDICO RESIDENCIA GERIATRICA EL LUGAR SOÑADO

Firma y Aclaración

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

La Rioja, Diciembre del 2014

Sr. Rafael Fernández

Director del Hospital Enrique Vera Barros

S_____/ D_____

Por medio de la presente, me dirijo a Ud. a los efectos de solicitar autorización para que la alumna Guzmán Vega Daniela Eva, con D.N.I.: 31.399.872 de la Carrera de Kinesiología y Fisiatría, del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló Facultad de Medicina, pueda realizar una encuesta a mujeres mayores de edad en el establecimiento "Hospital Enrique Vera Barros" en el transcurso del año 2014 y comienzo del 2015.

La información será utilizada para la elaboración de su Trabajo Final de Investigación, titulado: **"Tratamiento Kinésico frente a la Incontinencia Urinaria en Mujeres".**

Anexado los Objetivos de dicho trabajo.

Sin otro particular, y a la espera de una pronta y favorable respuesta. Lo saluda cordial y atte.

Dr. RAFAEL FERNANDEZ
DIRECTOR GENERAL
Hospital Dr. Enrique Vera Barros

MARIA ISABEL QUIROGA
Kinesiología y Fisiatría
Jefa de Servicio
M P 008

Firma
Marcela S. Bué
Coordinadora
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Universidad Barceló

ANEXO 7: **Instrumento de recolección de Datos.**

ENCUESTA ANÓNIMA A MUJERES (IU-4 AMPLIADO) N°___

Fecha de hoy:

Día/Mes/Año

Mucha gente pierde orina en un momento determinado. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación.

Por favor, escriba la fecha de su nacimiento Día/ mes/ Año

Ocupación:

Por favor Marque con una CRUZ (X) su respuesta:

1) ¿Sabe lo que es la Incontinencia Urinaria (IU)?

   ( ) SI ( ) NO

2) ¿Sabía que por ser mujer aumentan sus posibilidades de tener IU?

   ( ) SI ( ) NO

3) ¿Sabía que hay formas de prevenir la Incontinencia Urinaria?

   ( ) SI ( ) NO

4) ¿Cree que es importante una consulta médica en el caso de tener pérdida de orina?

   ( ) SI ( ) NO

5) ¿Sabía que el kinesiólogo es el profesional que puede brindarle un tratamiento en caso de padecer IU?

   ( ) SI ( ) NO

6) ¿Qué tratamiento piensa que es más efectivo para la IU?

   ( ) Quirúrgico ( ) Farmacológico ( ) Kinésico ( ) Ninguno

7) ¿Le gustaría tener más información sobre lo que es la IU y cómo prevenirla? sabiendo que el 50% de la población de mujeres en algún momento de su vida puede llegar a cursar con esta patología

   ( ) SI ( ) NO

8) **¿A tenido o tiene perdida de orina cuando realiza un esfuerzo físico? (al momento de reír, estornudar, toser, bajar escaleras, saltar, entre otros)**

   ( ) SI ( ) NO

9) **¿Se le presentan bruscamente las ganas de orinar?**

   ( ) SI ( ) NO

10) **¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al baño?**

   ( ) SI ( ) NO

11) **Por causa de los escapes de orina al presentarse bruscamente las ganas de orina, ¿ha necesitado usar algún tipo de protección?**

   ( ) SI ( ) NO

Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF) Nº___

Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

12) ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces/semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

13) Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	1
Una cantidad moderada	2
Mucha cantidad	3

14) ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

15) ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.

( ) Nunca
( ) Antes de llegar al servicio
( ) Al toser o estornudar
( ) Mientras duerme
( ) Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio
( ) Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
( ) Sin motivo evidente
( ) De forma continua

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.
Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.
Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

ANEXO 8: **CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES**

Edad: establece la edad en años de las mujeres que participan dentro de la investigación Categorizada en:

1. 20 a 29 años.
2. 30 a 39 años.
3. 40 a 49 años.
4. 50 a 59 años.
5. 60 a 69 años.
6. Mayores a 70 años.

Pérdida de Orina: determinada por la Frecuencia, Cantidad y Afectación de la Calidad de Vida según cuestionario ICIQ – SF. Categorizada en:

- **Frecuencia de pérdida de orina (Fr):** calcula las repeticiones por unidad de tiempo de la perdida de orina, categorizada en:
  0. Nunca.
  1. Una vez a la semana.
  2. 2-3 veces/ semana.
  3. Una vez al día.
  4. Varias veces al día.
  5. Continuamente.
- **Cantidad de pérdida de orina (Cant.):** determina la cantidad de pérdida de orina habitualmente, categorizada en:
  1. No presentan pérdida.
  2. Muy poca cantidad.
  3. Cantidad moderada.
  4. Mucha cantidad.
- **Afectación de Calidad de Vida (Af. CV):** Medida en que la pérdida de orina afecta la vida diaria, categorizada en:
  1. No presenta afectación.
  2. Entre 1 a 3, Leve afectación.
  3. Entre 4 y 6, Moderada afectación.
  4. Entre 7 a 10, Severa afectación.

Forma de presentación de IU (FRP. IU): identifica el tipo de IU según cuestionario IU-4. Categorizada en:

1. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. (IUE)
2. Incontinencia Urinaria de Urgencia. (IUU)
3. Incontinencia Mixta. (IUM)
4. Incontinencia Funcional. (IUF)
5. No presenta IU.

Nivel de Información básico de IU: establece cantidad de mujeres que poseen conocimientos básicos sobre IU. Categorizada en:

- **Conocimiento sobre la IU (CT):** Determina la cantidad de mujeres que conocen del término Incontinencia Urinaria, categorizada en:
  1. Si tienen conocimiento sobre IU.
  2. No tienen conocimiento sobre IU.
- **Conocimiento sobre la Prevalencia de IU en mujeres (CFR):** Determina la cantidad de mujeres que conocen que el sexo femenino es un factor riesgo, categorizada en:
  1. Si tienen conocimiento sobre la prevalencia.
  2. No tienen conocimiento sobre la prevalencia.
- **Conocimiento sobre formas de Prevención de IU (CP):** Determina la cantidad de mujeres que conocen sobre formas de prevención de IU, categorizada en:
  1. Si tienen conocimiento sobre prevención.
  2. No tienen conocimiento sobre prevención.

Nivel de Conocimiento sobre el Tratamiento de IU: determina la cantidad de mujeres que acudiría consulta médica, conocimiento del rol del kinesiólogo y el tratamiento que cree más efectivo. Categorizados en:

- **Consulta Médica (CM):** Identifica si la mujer cree necesario concurrir a un especialista, categorizada en:
  1. Si es de importancia una consulta médica.
  2. No es necesaria una consulta médica.
- **Conocimiento del Rol del Kinesiólogo (RK):** calcula la cantidad de mujeres que están informadas sobre el tratamiento kinésico en IU, categorizado en:
  1. Conoce sobre el rol del kinesiólogo en IU.
  2. Desconoce sobre el rol del kinesiólogo en IU.
- **Tratamiento que identifica como efectivo (TE):** Determina que tratamiento para la IU es más efectivo de acuerdo al criterio de la mujer entrevistada, categorizado en:
  1. Quirúrgico.
  2. Farmacológico.
  3. Kinésico.
  4. Ninguno, no es necesario tratar IU.

ANEXO 9: **MATRIZ DE DATOS**

VARIABLES											
N° Casos	Edad	Perdida de Orina			FRP. IU	Nivel de Inf. de IU			Nivel de Inf. de Tto.		
		Fr.	Cant.	Af. CV		CT	CFR	CP	CM	RK	TE
1	1	0	1	1	5	2	2	2	2	2	2
2	1	0	1	1	5	1	1	2	1	2	4
3	1	0	1	1	5	2	2	2	1	2	3
4	1	0	1	1	5	2	2	2	1	2	3
5	1	0	1	1	5	1	2	2	1	2	1
6	1	0	1	1	5	1	1	1	1	2	2
7	1	0	1	1	5	2	2	2	1	2	4
8	1	0	1	1	5	2	2	2	1	2	3
9	1	0	1	1	5	1	1	1	1	2	2
10	1	0	1	1	5	2	2	2	1	2	3
11	1	0	1	1	5	2	2	2	2	2	1
12	2	0	1	1	5	2	1	2	1	2	2
13	2	0	1	1	5	1	1	2	1	2	2
14	2	0	1	1	5	1	1	1	1	2	2
15	2	0	1	1	5	2	2	2	1	2	2
16	2	0	1	1	5	1	2	2	1	2	4
17	2	0	1	1	5	1	1	1	1	1	3
18	2	0	1	1	5	1	2	2	1	2	2
19	2	0	1	1	5	1	2	2	1	2	1
20	3	0	1	1	5	1	1	2	1	2	4
21	2	0	1	1	5	1	1	1	1	1	3
22	2	0	1	1	5	2	2	2	2	2	4
23	3	0	1	1	5	1	1	1	1	2	4
24	3	0	1	1	5	1	1	2	1	2	4
25	3	0	1	1	5	1	2	1	1	2	2
26	3	0	1	1	5	1	1	1	1	2	2
27	4	0	1	1	5	2	2	2	2	2	4
28	3	0	1	1	5	1	1	1	1	1	3
29	3	0	1	1	5	1	1	2	1	2	1
30	4	0	1	1	5	2	2	2	2	2	2
31	4	0	1	1	5	2	2	1	1	1	2
32	4	0	1	1	5	1	1	1	1	1	1
33	4	0	1	1	5	1	1	2	1	2	4
34	4	0	1	1	5	2	2	2	1	2	2
35	4	0	1	1	5	1	1	2	1	2	1
36	4	0	1	1	5	1	1	2	2	2	4
37	5	0	1	1	5	1	1	2	1	2	3
38	5	0	1	1	5	1	1	2	1	2	2

39	5	0	1	1	5	2	2	2	2	2	1
40	5	0	1	1	5	1	1	2	1	2	2
41	5	0	1	1	5	1	1	1	1	1	4
42	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
43	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
44	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
45	1	2	2	3	1	1	1	2	1	2	2
46	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1
47	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2
48	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1
49	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	4
50	3	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2
51	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
52	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
53	5	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2
54	5	1	2	2	1	1	1	2	2	2	4
55	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	4
56	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2
57	1	3	2	3	2	2	2	2	1	2	4
58	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	3
59	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	4
60	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2
61	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1
62	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	4
63	4	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2
64	5	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2
65	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	3
66	1	1	2	2	3	2	2	2	1	2	3
67	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	3
68	1	2	2	3	3	1	1	2	1	2	4
69	1	3	2	4	3	2	2	2	1	2	4
70	1	5	3	3	3	2	2	2	1	1	2
71	2	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2
72	2	0	2	1	3	1	1	1	1	1	3
73	2	1	2	1	3	1	1	1	1	2	1
74	2	1	2	2	3	1	1	1	1	1	2
75	2	1	2	4	3	2	2	2	1	2	2
76	2	1	2	2	3	1	2	2	1	2	2
77	3	4	3	3	3	1	1	1	1	2	3
78	2	5	4	4	3	1	1	2	1	2	3
79	3	1	2	1	3	2	2	2	1	2	2
80	3	1	2	2	3	1	1	1	1	2	2
81	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	3

82	3	2	3	3	3	1	1	1	1	2	2
83	3	4	3	3	3	1	2	2	1	2	4
84	4	1	2	1	3	1	2	2	2	2	3
85	4	1	2	2	3	1	1	2	2	2	2
86	4	1	2	1	3	1	1	1	1	2	1
87	4	2	3	3	3	1	1	1	1	2	1
88	4	4	4	1	3	2	2	2	1	2	4
89	5	1	2	2	3	1	1	1	1	1	4
90	5	1	2	1	3	1	1	2	1	2	2
91	5	4	2	4	3	1	1	1	1	1	3
92	5	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1
93	5	4	3	3	3	1	1	1	1	1	3
94	6	3	2	4	3	1	2	2	1	2	2
95	6	1	2	4	4	1	2	2	1	2	4
96	6	4	2	4	4	1	2	2	2	2	4
97	6	5	3	4	4	2	2	2	2	2	4
98	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
99	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	2
100	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
101	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
102	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
103	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
104	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
105	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
106	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
107	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
108	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
109	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
110	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
111	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
112	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
113	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
114	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
115	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
116	6	5	4	4	4	1	2	2	1	2	4
117	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
118	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
119	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4
120	6	5	4	4	4	2	2	2	2	2	4

BIBLIOGRAFÍA:

1. ***FRANCO DE CASTRO A.; PERI C. L.; ALCARAZ A.:*** Incontinencia Urinaria. Servicio de Urología, ICNU. Hospital Clínica Provincial de Barcelona. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf
2. ***ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ANDALUCIA:*** *Guía de práctica clínica para Fisioterapeutas en la Incontinencia Urinaria Femenina. España. 2013. Disponible en: http://www.colfisio.org/adjuntos/adjunto_3953.pdf*
3. ***SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CONTINENCIA*** *[www.ics.org]. Reino Unido. [Actualizada Noviembre 2014; Consultado Noviembre 2014]. Disponible en: http://www.ics.org/*
4. ***MEDTRONIC*** *[www.control-incontinencia-urinaria.es].Datos y estadísticas. Medtronic Ibérica, S.A. [Actualizada Mayo 2009; Constultado Noviembre 2014] Disponible en: http://www.control-incontinencia-urinaria.es/urinary_incontinence/ES/www.control-incontinencia-urinaria.es/TherapyAwareness/home/1179302680102.htm#*
5. ***ASOCIACION ESPAÑOLA DE UROLOGIA****: El 50% de las mujeres sufrirá INCONTINENCIA en algún momento de su vida.* ***Manifiesto en LXXIV Congreso Nacional de Urología.*** *2009. Disponible en: http://www.aeu.es/AreaPrensa.aspx?IDAP=841*
6. ***QASEEM A.; DALLAS, P.MD.; FORCIEA, M.A****.* ***[et. al****]:Tratamiento Conservador de la Incontinencia Urinaria en la Mujer: Una Guía de Práctica Clínica de la American College of Physicians. Ann Intern Med. 2014; 161:429-440. Disponible en: http://annals.org/article.aspx?articleid=1905131*
7. ***FELICE F., AVENI F., LLAVER J., [et. al****]: Incontinencia de orina en mujeres mendocinas. Revista Argentina de Urolología. Vol. 79; 1; 2014; 05-09. Disponible en: http://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/3896/3407*
8. ***SCHRÖDER A., ABRAMS P., ANDERSSON K., [et. al.]:*** *Guía Clínica sobre la incontinencia urinaria. European Association of Urology .2010. Disponible en: http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/*
9. ***LATARJET M.; RUIZ LIARD A.****: Aparato Urogenital: Anatomía Humana. España Madrid; Vol.2; Ed 3ra.1999. P.1635- 1688.*
10. ***SOCIEDAD DE EUSKAL HERRIA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION****. [www.euskalemfyre.org]. Anatomía y fisiología de la micción. 2008. Disponible en: http://www.euskalemfyre.org/publicaciones/diapos/anatomia_y_fisiologia_u.pdf*
11. ***SANTALLA HERNANDEZ A****.: Incontinencia Urinaria. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2007.*
12. ***KOBELINSKY M., KLAS G., SOLARI J.:*** *Tratamiento kinésico de la incontinencia urinaria de causa no neurogénica. Revista Argentina de Urolología. (Vol. 59); N°1; 1994; 01-05. Disponible en: http://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/2778/2727*
13. ***LAPITAN M.:*** *Entrenamiento muscular del piso pélvico para la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal en mujeres durante el período prenatal y el puerperio: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en:http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007471_Lapitanm_com/es/*
14. ***DELGADO AGUILAR H; REMÍREZ SUBERBIOLA, J M; PEREDA ARREGUI*** *Detección de incontinencia urinaria. Asociación Española De Enfermería EN UROLOGÍA. Revista Enfuru.2007; 102; 12- 13.*
15. ***ACEYTUNO M., ESPERANZA A., MIRALLES R., [et. al]:*** *Guía de buena práctica clínica en Geriatría – Incontinencia Urinaria. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid.*
16. ***GARCÍA MURILLO M.A., DE LA CALLE GIL M., MORENO MAUDO C., [et. al]:*** *El descuido de ti mismo es tu peor enemigo – Incontinencia Urinaria y sus efectos en la salud. Plan de*

cuidados para la promoción de la salud. Asociación Española De Enfermería EN UROLOGÍA. Revista Enfuru.2007; 104; 24- 29.

17. ***FERRER J., HIDALGO M., GARCIA DE LOMAS M., [et. al.]:*** *Incontinencia Urinaria en la Menopausia. Guía Clínica de la AEEM. 2009.*
18. ***IGUAL CAMACHO C., VALVERDE GIL D., LOPEZ BUENO J., [et. al]:*** *Fisioterapia en la incontinencia urinaria en la mujer. Revista Iberoamericana Fisioterapia Kinesiología. 2003; 6(1):50-4.*
19. ***ARRIBILLAGA L., LEDESMA M., GARCÍA A., [et. al]:*** *Diferencias clínicas y urodinámicas en mujeres con incontinencia urinaria mixta e incontinencia urinaria de urgencia pura. Revista Argentina de Urolología. (Vol. 78); N°4; 2013; 139-143.*
20. ***BRENES F., DIZ J., ESPERANZA M., [et. al.]:*** *A propósito de un caso en Incontinencia Urinaria- Decisiones clínicas en Atención Primaria. (Vol. 2). Madrid. 2007.*
21. **PINSACH PITI, RIAL TAMARA, CAUFRIEZ MARCEL, [et. al]:** Hipopresivos, un cambio de paradigma. [Actualizado 2011; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://www.coplefc.cat/files/mes%20arxius/Hipopresivos_un_cambio_de_paradigma%20(2).pdf
22. **SANCHEZ BEATRIZ:** Efectividad de la gimnasia abdominal hipopresiva frente al entrenamiento perineal clásico en el fortalecimiento del suelo pélvico de la mujer: revisión sistemática. Universidad de Alcalá. [Actualizado 2012; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/11506/TFG_D%C3%ADaz_%C3%81guila_2012.pdf?sequence=1
23. **CABANAS ARMESILLAA, Y A. CHAPINAL ANDRÉS:** Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal Hipopresiva. Apunts Med Esport. [Actualizado 2014; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://www.apunts.org/ficheros/eop/S1886-6581(13)00043-1.pdf
24. ***DISCASEX*** *[discapacidad-sexualidad.com]: Tratamiento de la incontinencia urinaria: [Actualizado Abril 2012; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://discapacidad-sexualidad.com/tratamiento-de-la-incontinencia-urinaria/*
25. ***SOCIEDAD KINÉSICA DE REHABILITACIÓN PELVIPERINEAL*** *[www.sokip.cl]: Información al Paciente – Preguntas Frecuentes. Disponible en: http://www.sokip.cl/index.php*
26. ***FUNDACIÓN TEKNON – INVESTIGACION, DOCENCIA Y DIVULGACION SANITARIA*** *[www.teknon.es]: Incontinencia Urinaria Femenina y Suelo Pélvico. [Actualizada Febrero 2013; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://www.teknon.es/fundacion-teknon/eventos/incontinencia-urinaria-femenina-y-suelo-pelvico/*
27. ***COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE GALICIA*** *[www.cofiga.org]: Fisioterapia el método más eficaz contra la incontinencia urinaria. [Actualizada Marzo 2014; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://www.cofiga.org/sala_de_prensa/noticias/273_Fisioterapia_el_metodo_mas_eficaz_contra_la_incontinencia_urinaria*
28. ***OBSEVATORIO NACIONAL DE LA INCONTINENCIA*** *[observatoriodelaincontinencia.es0]: Incontinencia Urinaria. [Actualizada en 2013; Consultado Febrero 2015] Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/incontinencia_urinaria.php*
29. ***SOLANO, RAFAEL*** *[rafaelsolano.net]: Incontinencia Urinaria – Conoce el gran secreto que avergüenza a las mujeres. [Publicado Marzo 2013; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://rafaelsolano.net/2013/03/04/incontinencia-urinaria-gran-secreto-que-averguenza-a-las-mujeres/*
30. ***REVISTA BUENA SALUD*** *[revistabuenasalud.cl]: 14 de marzo Día Internacional de la Incontinencia Urinaria. [Publicado Marzo 2014; Consultado Febrero 2015]. Disponible en: http://www.revistabuenasalud.cl/14-de-marzo-dia-internacional-de-la-incontinencia-urinaria/*

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

COLECCIÓN DE TESIS DIGITAL Y TRABAJOS FINALES DEL IUCS

AUTORIZACIÓN DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo Guzmán Vega, Daniela Eva identificada con D.N.I: 31.399.872; e-mail: daniela.guzmanvega@hotmail.com autora del trabajo de grado titulado: "**FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA**" presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para optar al título de Lic. Kinesiología y Fisiatría; autorizo a la Biblioteca Central del Instituto de Ciencias de la Salud- Fundación H.A. Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha específica.

- Permitir a la biblioteca Central sin producir cambios en el contenido; la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica ya sea en formato digital desde Internet, Intranet, etc. y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra. Lugar de Desarrollo de la Tesis: LA RIOJA, CAPITAL- ARGENTINA.

1 IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS:

TÍTULO DEL TRABAJO: "**FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA".**

Fecha de Defensa: 17/04/2015.

2 AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

a) Texto Completo [*] a partir de su aprobación.

b) Texto Parcial [ ] a partir de su aprobación.

Indicar capítulos…….

3 NO AUTORIZO: Marque dentro del casillero.

NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en la Biblioteca Digital de Tesis mediante su cita bibliográfica Completa, incluyendo Tabla de Contenido y Resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala en su versión completa, en la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencia de la Salud- Fundación H. A. Barceló".

…….

FIRMA AUTOR