



TESIS

**Presentada para acceder al título de grado de la carrera
Ciclo de complementación para la Licenciatura en Actividad
Física**

Título:

**“Efectos del entrenamiento del método hipopresivo en la
incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres
premenopáusicas.”**

Estudio de caso único.

Autor/res:

Salvatelli Fabiana- DNI 17942762

Director/a:

Lic. Argento Analía

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

10/10/2023

Firma autor

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fabiana Salvatelli', is positioned below the 'Firma autor' label. The signature is stylized and includes a horizontal line extending to the right.

RESUMEN

La incontinencia urinaria ha sido definida como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y de tal magnitud que cause un problema higiénico y social, ante la realización de ejercicio físico, cambios bruscos de posición, presencia de tos, entre otras, generando escapes involuntarios de orina, disminución de la función sexual y otros problemas psicosociales afectando la calidad de vida de los pacientes.

El método hipopresivo propone ejercicios posturales y respiratorios para disminuir la presión intraabdominal y activar de forma refleja la faja abdóminopelviana, mejorando de esa manera el tono abdominal y del periné.

En el siguiente estudio de caso retrospectivo se trabajó con una mujer de 48 años, premenopáusica, con incontinencia urinaria de esfuerzo, que ya había realizado rehabilitación del suelo pélvico y necesitaba seguir trabajando el mismo. Para ello se llevó a cabo un protocolo de 3 estímulos por semana de ejercicios hipopresivos estáticos y con elementos, durante 6 meses. Previamente al inicio del protocolo se realizaron evaluaciones y mediciones de perímetro umbilical, toe touch, diastasis, tono del diafragma, cuestionario ICIQ-SF para la incontinencia urinaria y fotos, también se completaron planillas personales.

El objetivo es poder determinar si el método hipopresivo mejora la incontinencia urinaria de esfuerzo en una mujer premenopáusica.

Como muestran los resultados la participante mejoró todas las variables evaluadas y sobre todo recuperó su calidad de vida.

En conclusión los resultados indican que la activación del suelo pélvico en sinergia con el tórax y el abdomen que propone el método hipopresivo, mejoran notablemente la incontinencia urinaria de esfuerzo y la calidad de vida de las personas.

-Palabras claves:

Método hipopresivo. Abdominales hipopresivos. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Menopausia. Premenopausia. Suelo pélvico.

ÍNDICE:

I – INTRODUCCIÓN	01
II- OBJETIVOS GENERALES	03
III- JUSTIFICACIÓN	04
IV- MARCO TEÓRICO	05
- IV. a: Anatomía Descriptiva y Funcional de la cavidad abdomin -pelviana.	05
- IV .a. 1: Incontinencia Urinaria. Definición. Tipos	05
- IV. a. 2: Periné. Anatomía. Descripción	05
- IV. a. 3: Pelvis. Estudios	05
- IV. a. 4: Músculos del Suelo Pélvico	07
- IV. a. 5: Órganos de la Pelvis.	09
- IV. a. 6: Músculos de la Zona Media. Importancia. Función	12
- IV. a. 7: Respiración. Músculos.	13
- IV. a. 8: Sinergia Muscular y presiones abdominales.	14
- IV .b: Método Hipopresivo	15
- IV. b.1: Descripción	15
- IV .b. 2: Enseñanza del Método	16
- IV. b. 3: Principios Técnicos	17
- IV. b. 4: Postura.	18
- IV. b. 5: Protocolo de Iniciación Y Progresión	19
- IV. b. 6: Contraindicaciones	19
- IV .c: Premenopausia.	20
- IV. c. 1: Premenopausia e Incontinencia. Posibles causas	20
V- MATERIALES Y MÉTODOS	21
- V. a: Diseño	21
- V. b: Estrategia de búsqueda	21
- V .c: Ámbito	21
- V. d: Población	21
- V. d.1: Caso clínico.	22
- V. d. 2: Variables.	22

- V. d. 3: Procedimiento de Estudio.	26
- V. d. 4: Consideraciones Éticas.	28
VI- RESULTADOS	29
VII- DISCUSIÓN.	33
VIII- CONCLUSIÓN	36
XIX- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
X- ANEXOS	40

I. INTRODUCCIÓN:

El periné es la zona del cuerpo situada en la parte inferior del tronco que forma el fondo de la pelvis, donde se reúnen piel, vísceras, cuerpos eréctiles, músculos, ligamentos y aponeurosis, nervios, vasos, orificios y esfínteres. (2) Tiene dos funciones bien definidas, de sostén de órganos pélvicos y de continencia (coordinación sensitiva y motriz, permitiendo la salida de líquidos, sólidos y gases)

La incontinencia urinaria (IU), ha sido definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y de tal magnitud que cause un problema social o higiénico. Según la nueva definición de la ICS, la IU es la manifestación de escape de orina por parte del paciente. (1) Hay distintos tipos de incontinencia urinaria: de esfuerzo, de urgencia, por rebosamiento y funcional. (1)

La incontinencia urinaria puede ser medida por el cuestionario ICIQ- SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form) que evalúa los síntomas y calidad de vida.

El método hipopresivo es un grupo de ejercicios posturales y respiratorios que logran una disminución de la presión de las cavidades torácicas, abdominal y pélvica (7) produciendo la activación refleja de los músculos abdominales y del piso pélvico, buscando el incremento del tono muscular abdominal, pero sin afectar al mismo.(4)

Para entender lo que es y lo que provoca el método hipopresivo, conviene desglosar la palabra en dos: Hypo viene del griego y significa baja, poca, menor y Pressive viene del francés y significa presión. (3)

Los principales beneficios del método son: aumentar el tono de la faja abdominal y del piso pélvico, prevenir y mejorar la incontinencia urinaria, los prolapsos y la diástasis abdominal, reducir el perímetro de cintura, mejorar la postura y disminuir los dolores de espalda y mejorar los parámetros respiratorios. (7)

El término premenopausia significa antes de la menopausia o la terminación del ciclo menstrual. Esto puede ocurrir en cualquier momento, desde finales de los treinta hasta principios de los cuarenta o cincuenta años. (1)

Es habitual que a partir de los 45 años, las mujeres experimenten una serie de cambios en su cuerpo, tanto a nivel físico como psicológicos, debido a la disminución de la producción de estrógenos (hormonas sexuales femeninas). La pérdida de

elasticidad y tensión del piso pélvico aparece y se incrementa también con los años y con ello aumenta incidencia de IU en este período de la mujer. (4)

En estas circunstancias, es normal pensar que se ha llegado a la menopausia, pero esta fase puede alargarse meses o años. De hecho, hasta que la menstruación no desaparece durante al menos 12 meses seguidos, no se puede hablar de menopausia. Estaremos ante síntomas propios del período antes mencionado. (1)

No se conoce con exactitud la cantidad de casos y situación actual de esta alteración en la población Argentina, pero un estudio realizado en el 2002, durante 2 meses, en la ciudad de Tucumán, mostró que el 54% de las mujeres encuestadas refirió pérdida de orina en algún momento de su vida. Además, al igual que en otros estudios, se pudo remarcar un aumento significativo de la incontinencia en relación con la cantidad de partos y con la edad. (6)

Cabe destacar, que el 86% de las mujeres incontinentes no consultó a un profesional ni realizó tratamiento alguno, y sólo el 21% de las encuestadas vio afectada su calidad de vida por la pérdida de orina. (6)

Quienes han estudiado también la prevalencia de esta afección, fueron los servicios de Urología del hospital Central de Mendoza y del Sanatorio Allende de la provincia de Córdoba. El primero, a través de un estudio observacional, transversal y descriptivo, mostró que las encuestas analizadas a través del uso del cuestionario universal de incontinencia "ICIQ-SF" marcaban una prevalencia del 23,9% y que esto se acrecentaba en mujeres de mayor edad (mediana de 49,5 años), presencia de IMC alto y relación directa con presencia de hipertensión arterial y diabetes, lo que abre puertas a profundizar el conocimiento de la relación entre estas patologías como factores de riesgo. Con respecto a la muestra analizada en Córdoba, la prevalencia fue del 28,35% y al igual que en el resto de los estudios mencionados, se asociaron a la presencia de sobrepeso, embarazos múltiples y a una tasa de consulta espontánea muy baja, con cierta reticencia a iniciar un tratamiento, quizás por falta de información y desconocimiento de las posibilidades existentes. (6)

En lo que respecta a los signos y síntomas de la IU, los más frecuentes son la pérdida involuntaria de orina ante la realización de ejercicio físico, cambios bruscos de posición, presencia de tos, ente otras que generen aumento de la presión abdominal que no se transmite proporcionalmente a la vejiga y uretra proximal, haciendo que la presión en la vejiga sea mayor que en la uretra, el esfínter no logre cumplir de manera correcta su función y se pierda la orina ante el esfuerzo. (5)

La IU puede causar aislamiento social, disminución de la función sexual y otros problemas psicológicos, por lo que permanece con frecuencia como un problema oculto, ya que solo algunos de los que la sufren busca ayuda profesional, lo que tiene un impacto psicosocial y en la calidad de vida de los pacientes. Esta condición se exagera aún más en el adulto mayor, produciéndose en él sentimientos de vergüenza y miedo a la discriminación social, por esta razón tienden a ocultarlo y a restringir sus actividades sociales y físicas, promoviendo un mayor deterioro en el envejecimiento. (5).

En el presente trabajo se llevó adelante un análisis de los resultados que se producen con el entrenamiento del método hipopresivo en una mujer premenopáusica de 48 años con incontinencia urinaria de esfuerzo para conocer si el mismo mejora dicha afección.

A partir de todo lo planteado se realiza la siguiente pregunta problema, la cual se tomará como guía en el presente trabajo:

¿El método hipopresivo mejora la incontinencia urinaria de esfuerzo en una mujer premenopáusica de 48 años de edad?

II. OBJETIVO:

- Determinar si el método hipopresivo mejora la incontinencia urinaria de esfuerzo en una mujer premenopáusica de 48 años.

III. JUSTIFICACIÓN:

Según la OMS (Organización Mundial para la Salud) la incontinencia urinaria es una de las enfermedades de más amplia expansión a nivel mundial, se calcula que existen alrededor de 200 millones de mujeres viviendo con síntomas de incontinencia urinaria y padeciendo efectos físicos y sociales. Ya que existen distintos tratamientos para el abordaje de la incontinencia urinaria, muchos de ellos sin obtener buenos resultados.
(5)

El interés de este trabajo es conocer los efectos del método hipopresivo basado en posturas y ejercicios respiratorios no convencionales, como ser inspiraciones y espiraciones forzadas, apneas espiratorias, entre otros, para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres pre menopáusicas, para mejorar su calidad de vida y aportar otras posibilidades de abordaje con el fin de no naturalizar dicha afección en personas tan jóvenes.

A su vez se brindará conocimientos a profesionales de la Educación Física especializados, kinesiólogos, médicos y pacientes de los estudios y resultados realizados.

IV. MARCO TEÓRICO:

IV. a Anatomía descriptiva y funcional de la cavidad abdominopelviana.

IV. a.1: Incontinencia Urinaria. Definición. Tipos.

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina problemas de tipo sociales e higiénicos, disminuyendo notablemente la calidad de vida de quien la padece, no siendo un riesgo vital pero limitando su autonomía y reduciendo la autoestima (1)

Se encuentran distintos tipos de incontinencia urinaria:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar).
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia. Entendemos por urgencia la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape.
- Incontinencia por rebosamiento (IUR): Algunos autores la denominan “incontinencia urinaria inconsciente”. Es la IU que se aprecia en pacientes sin deseo miccional alguno.
- Incontinencia funcional (IUF): Se puede denominar así al tipo de IU que 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. Este tipo de IU suele observarse en pacientes ancianos. (1).

Estos tipos de incontinencias se desarrollan en los órganos pélvicos que se encuentran en el periné.

IV. a. 2: Periné.

Se llama periné a la zona del cuerpo situada en la parte inferior del tronco que forma el fondo de la pelvis (2), allí se reúnen una superficie de piel, vísceras, cuerpos eréctiles, músculos, ligamentos y aponeurosis, nervios, vasos y orificios, también se conoce con este nombre a todo aquello que se encuentra bajo la capa muscular inferior hasta la piel.(2)

Esta zona, en las mujeres, está atravesada por tres orificios, la uretra, la vagina y el ano, siendo un lugar de paso. (2)

El periné también sostiene parte del tronco desde abajo, dejando claro dos propiedades bien diferentes, una de gran coordinación sensitiva y motriz, permitiendo una gran flexibilidad para que ello suceda y otra de gran fuerza para asegurar una sujeción firme durante el resto del tiempo.(2)

Esta zona inferior del tronco, se inserta en una estructura ósea que asegura la estabilidad de la pelvis inferior, llamada pelvis menor, rodeando casi totalmente a las vísceras y músculos del periné. (2)

IV.a.3: La pelvis. Estrechos.

La pelvis, soporte óseo del periné, está formada por cuatro huesos, dispuestos en forma de anillo, llamándose cintura pélvica, dos huesos ilíacos, por detrás el sacro y el cóccix. La cara interna de la pelvis contiene a las vísceras y la cara externa, a las articulaciones de la cadera. (2)

En el interior de la pelvis se encuentran zonas limítrofes que se llaman estrechos, siendo bien reconocibles y diferentes en cada mujer según las proporciones de los huesos y la talla. Estos son, estrecho superior, medio e inferior. (2)

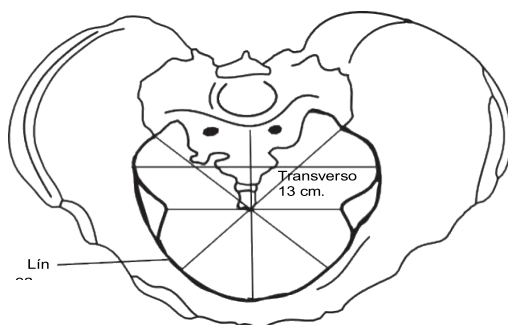


Fig. IV 1. estrechos de la pelvis.(19)

El estrecho superior divide a la pelvis en dos partes, la pelvis mayor que comprende las vísceras del abdomen en el peritoneo y la pelvis menor que contiene las vísceras más bajas del abdomen, vejiga, útero y recto, llamadas vísceras extra peritoneales, por fuera del peritoneo.(2) estas vísceras están sujetas por músculos llamados suelo pélvico muscular.

El estrecho medio se encuentra entre el estrecho superior e inferior, está formado por el sacro (S3/S4) atrás, por las espinas ciáticas a los costados y por la sínfisis púbica por delante. (2) Este estrecho es la zona de inserción de los músculos más profundos del periné, llamado diafragma pélvico muscular. (2)

En la parte más baja se encuentra el estrecho inferior, formada por el borde inferior de los isquiones y las ramas isquiopúbicas y por el cóccix, en él se insertan los músculos más superficiales del periné.(2)

IV. a. 4: Músculos del suelo pélvico.

Histológicamente el suelo pélvico está compuesto por 80% de tejido conectivo y 20% de fibras musculares estriadas, divididas en fibras de tipo I el 80% y el 20% de fibras de tipo II, cuya función principal es la amortiguación del desplazamiento de las vísceras pelvianas(7)

También están los músculos que corresponden a los orificios de las tres vísceras: los esfínteres de la uretra y el ano, los músculos del recto y los pilares de la vagina. (2)

El suelo muscular pélvico, que cierran la pelvis menor, está formado por dos capas, una superficial de músculos fibrosos y alargados, llamados comúnmente periné, y otra capa profunda de músculos anchos y gruesos conocidos como el diafragma pélvico.(2)

Este conjunto se inserta en la cara interna de la pelvis menor, las fibras se orientan hacia abajo y afuera, estos músculos se entrecruzan y rodean los tres orificios: uretra, vagina y ano, contribuyendo al control esfinteriano. (2)

Este grupo muscular asegura una doble función: una, sostener la parte baja del abdomen, relacionado directamente con la capacidad contráctil de los músculos, y la otra el paso hacia el exterior o el interior, posible gracias a la elasticidad de las estructuras.(2)

Los músculos del plano superficial del periné dibujan una especie de ocho que se cruzan en una zona llamada centro tendinoso del periné, estos músculos son:

- por delante el bulbo cavernoso, va del clítoris al centro cavernoso, el isquiocavernoso va desde el pubis hasta la punta del isquion
- y en el centro el transverso superficial entre los dos isquiones y converge en el centro tendinoso y por detrás el esfínter estriado del ano.(2)

A menudo se incluyen en el plano superficial, dos músculos situados a mayor profundidad, en la aponeurosis media perineal, es el músculo esfínter externo de la uretra y los transversos profundos del periné. (2)

Los músculos del plano profundo del periné se encuentran por encima de la capa descrita anteriormente, tiene forma de cúpula, convexa hacia abajo, parece un nidito, y se opone a la musculatura del diafragma respiratorio, llamándose diafragma pélvico.

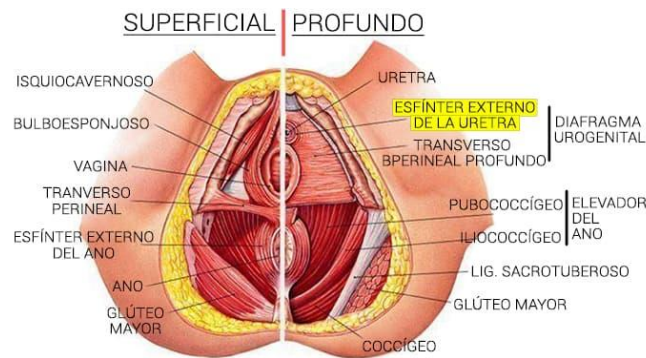


Fig. IV 2: músculos del plano superficial y profundo del periné (21)

Estos músculos sostienen en su concavidad todos los órganos pélvicos, respondiendo pasivamente de forma elástica y activa, a las variaciones de presión que suceden en el abdomen (2)

Estos músculos son:

-el elevador del ano, poderoso, dispuesto en herradura alrededor de los orificios de las vísceras, compuesto por una parte media llamada puborectal, y otra parte lateroexterna. Los músculos elevadores del ano, forman una zona libre de músculos, llamada ojal de los elevadores o hendidura urogenital. Es una zona vulnerable porque soporta el peso de las vísceras e interviene en el parto. Es de suma importancia que este haz del musculo puborectal sea fuerte para ser eficaz, ya que su debilidad es causa generalmente de prolapsos e incontinencias.(2)

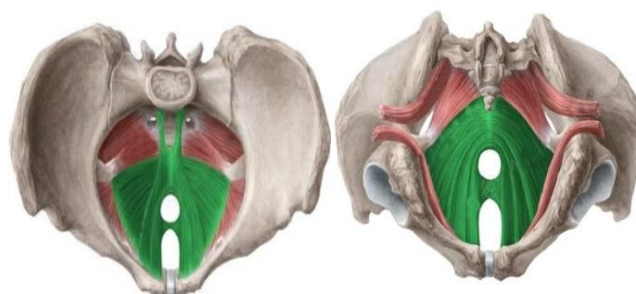


Fig. IV 3: en esta figura se puede observar la hendidura uro genital de los músculos elevadores del ano. (18)

-El isquiococcigeo, situado detrás del elevador y en el mismo plano, extendiéndose entre la espina ciática, el sacro y el cóccix.

Estos músculos mencionados anteriormente, se cruzan y forman un núcleo fibroso central del periné, llamado centro tendinoso, es una zona de tejido conectivo, donde se insertan la mayoría de los músculos de esta región, siendo esta una zona de tensión durante el parto.(2)

IV. a. 5: Órganos de la pelvis.

También se encuentran las vísceras de la pelvis menor: la vejiga, el utero y el recto, situado en la parte baja de la pelvis.

Estos tres órganos pertenecen a tres sistemas distintos: la vejiga al sistema urinario, el útero al reproductor y el recto al sistema digestivo. Sus orificios se relacionan con el suelo pélvico, constituyendo éste su soporte muscular y elástico, asegurando el llenado y evacuación. Para ello se necesita gran movilidad y soporte, gracias a los espacios celulo fibrosos que lo rodean, constituidos por vainas y ligamentos. (2)

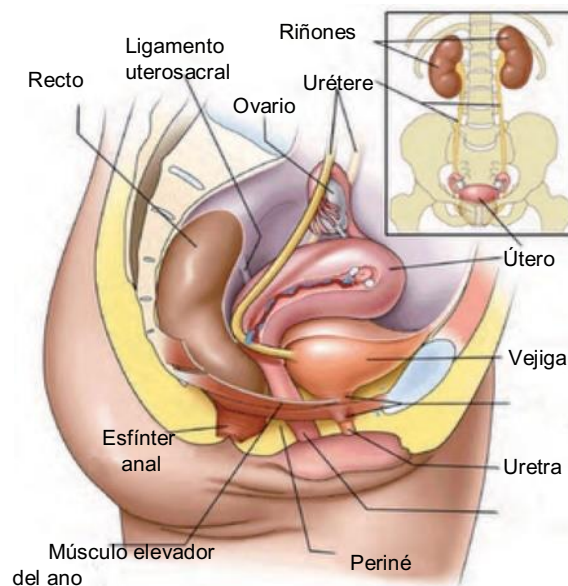


Fig. IV 4: Vista lateral de los órganos internos de la pelvis femenina (19)

Estas vísceras están replegadas las unas sobre las otras, disposición que contribuye a la estabilidad de las mismas, especialmente en la posición de pie. (2)

Las vísceras pélvicas se sostienen en la pelvis por diversos sistemas:

- están suspendidas y tabicadas por ligamentos y bandas fibrosas que se extienden del sacro al pubis, las vainas sacro-recto-génito-vesico-púbicas.
- están adheridas a tejido conjuntivo.
- están sostenidas por abajo por los músculos del suelo pélvico, este sistema es activo, o sea puede contraerse o estirarse con elasticidad.

Cuando alguno de estos sistemas se altera, generalmente después del parto, puede romperse el equilibrio del conjunto. (2)

La vejiga: es una bolsa muscular y membranosa, donde se acumula la orina entre las micciones, cambiando mucho de volumen y forma según la cantidad de orina que le llega desde los uréteres, conductos que vienen de los riñones. La pared de la vejiga está formada por un músculo llamado detrusor que se contrae cuando la vejiga está llena para vaciarla, la evacuación se produce por un orificio llamado uretra que llega hasta el exterior.(2)

La uretra puede mantenerse cerrada gracias a los músculos esfinterianos, el esfínter interno, es un músculo involuntario, reflejo, liso, contraído normalmente, cuando se contrae el detrusor para expulsar la orina, este esfínter se relaja y se abre. Más externamente se encuentra otro músculo el esfínter externo, voluntario, ambos se combinan durante el reflejo de la micción. (2)

La uretra y la vejiga se sujetan con elementos pasivos y activos, por arriba la vejiga se sujeta y está adherida al ligamento ancho, por delante se sujeta por el uraco, cordón fibroso que va de la vejiga al ombligo, y más abajo por el ligamento pubo vesical que la aproxima al pubis. Estas partes le dan movilidad y desplazamiento cuando cambia de volumen, por detrás están ligadas a la vagina por tejido conectivo, la haz de Halban, esta pared es bastante frágil y cuando están débiles puede generar cistocele, desencadenando hundimiento de la misma en el canal vaginal. (2)

Hacia los lados la vejiga está sostenida por una banda aponeurótica vertical, que va del sacro al pubis y por abajo atraviesan la aponeurosis media perineal. (2)

Con respecto a los medios activos, no hay músculos por debajo de la vejiga y la uretra, ya que éstas descansan sobre el ojal de los elevadores, siendo una zona vulnerable por su falta de sostén. (2)

Los únicos elementos musculares de sujeción en esta región están a los lados de la hendidura, ellos son el músculo transverso profundo del periné, el bulbo esponjoso y

el pubo rectal, siendo el más poderoso y un factor desencadenante de prolapsos cuando está débil. (2)

Cuando en la vejiga se acumula más de 200 ml de orina, se inicia el reflejo de la micción, activándose unos receptores sensitivos, produciendo la contracción del detrusor y el primer esfínter, el interno, se relaja. La vejiga puede almacenar hasta 2 litros de orina, pero es importante no llegar a esa instancia, ya que el sistema de reflejo se altera y las respuestas musculares también. (2)

El útero es otro de los órganos pélvicos, situado en el centro de la pelvis menor entre la vejiga por delante y el recto por detrás. Es el órgano de la gestación, musculoso y hueco, en forma de pera, midiendo 7 cm aproximadamente y llegando a crecer hasta 35 cm en el embarazo. (2)

Este órgano se comunica con la vagina, conducto cilíndrico, de 8cm de largo, inclinado hacia atrás, situado entre el útero y la vulva, ésta última cierra el conducto con el músculo constrictor.(2)

El útero y la vagina son sostenidos por su posición, el útero por la vejiga y por la vagina, siendo el recto el que sostiene por detrás (2), por planos de adherencias, se adhieren el útero y la vagina mediante la aponeurosis de Denonvilliers y la fascia de Halban. Por planos de sujeción la vagina reposa sobre la aponeurosis media perineal, debajo del músculo transverso del periné. (2)

También el útero está amarrado al sacro por ligamentos utero-sacos y por los ligamentos anchos lateralmente y por los ligamentos redondos. (2)

La vagina está bordeada por el músculo transverso profundo del periné, empotrada por abajo en la escotadura del elevador del ano, adherida mayormente a este músculo. La debilidad de estos músculos son la causa principal de prolapso uterino. (2)

Las vísceras pélvicas están cubiertas por el peritoneo abdominal formando repliegues y también al ligamento ancho del útero, llamada mesometrio. (2)

Finalmente el recto situado en la parte más posterior detrás del útero y de la vagina, tiene un orificio terminal, el ano, rodeado de músculos esfínteres, uno interno de músculo liso, funciona de manera refleja y otro externo, más voluminoso, que rodea al primero, de músculo estriado y se prolonga en las fibras del rafe ano coccígeo, que lo inserta en el cóccix y se prolonga por delante hacia el centro tendinoso del periné. Por arriba el ano atraviesa la capa de los músculos elevadores. (2)

El recto y el ano en la pelvis menor se sostienen por elementos de sujeción pasivos, en la parte superior del recto, el intestino grueso está recubierto de peritoneo al que se adhiere, formando repliegues. Los elementos activos de sujeción son el haz externo del elevador del ano, y más abajo por el rafe ano coccígeo por detrás del cóccix y por delante por el núcleo fibroso central del periné.(2)

La defecación es el acto reflejo y voluntario, actúa cuando el recto está lleno, se activan los receptores nerviosos sensitivos, iniciándose una respuesta refleja, contrayéndose los músculos de las paredes del recto y el esfínter liso se relaja, y las heces progresan hasta la parte más baja del recto para ser evacuadas. Para que este sistema funcione bien, se necesita coordinación entre sensaciones y respuestas voluntarias e involuntarias de los músculos. (2)

IV. a. 6: Musculatura de la zona media. Importancia. función

También es relevante tener en cuenta a los músculos de la zona media y su implicancia en el suelo pélvico.

Cabe aclarar que los músculos abdominales no solo se extienden en la parte anterior del abdomen sino que conforman todo el cinturón medio incorporando la zona posterior y a los lados.(2) Son músculos parietales estratificados en 3 planos que comparten la misma inervación motriz(7). Estos están conformados por diferentes tipos y proporción de fibras musculares, las fibras tipo I, posturales y de contracción lenta es de 69%, mientras que las fibras de tipo IIb, intermedias y de contracción rápida, es de 3%.(7)

Sus funciones principales son, sostén y contención, estabilización y protección de órganos internos, columna vertebral y amortiguación de las presiones internas.

Estos músculos son el recto mayor del abdomen, situado por delante del tronco, se inserta en el esternón hasta el pubis, con fibras largas, su función es flexión de tronco y espirador descendiendo las costillas(16), el transverso del abdomen, profundo, con fibras horizontales, cuya contracción produce una reducción del diámetro del abdomen e interviene en la espiración profunda, los oblicuos, externo e interno, cruzan sus fibras por encima del transverso, comprimen el abdomen en la espiración y flexionan y giran el tronco por sobre la pelvis.(2)

Cuando los abdominales se contraen comprimen fuertemente la cintura, la zona media, la masa abdominal, pero ésta no puede comprimirse, se desplaza, como una bolsa de líquido, hacia arriba apoyado contra el tórax, hacia abajo apoyado contra el periné, o hacia ambos lados a la vez (2)

Cuando se fortalecen los abdominales con ejercicios, puede haber una presión muy elevada sobre el periné, tanto cuando se hace flexión de tronco como cuando se hace una reducción de cintura, sin antes incidir en el tono de la zona inferior del abdomen y suelo pélvico. (2)

Muchas veces esta compresión no es bien tolerada por el periné, sobre todo después del parto, cuando hay prolapsos, o en el embarazo. (2) entonces es conveniente reforzar los abdominales empezando por la contracción del suelo pélvico y luego por los abdominales(2)

IV. a. 7: Respiración. Músculos.

Por otro lado están los músculos de la respiración, el más importante es el diafragma, situado entre el tórax y el abdomen, con forma de cúpula con una zona fibrosa en su parte superior de tejido conectivo, el centro frénico, se inserta en el borde interno de las costillas y termina en unos pilares sobre las vértebras lumbares, su función principal es inspirador en la respiración, se lo conoce como diafragma superior en contrapartida con el suelo pélvico, el diafragma inferior, siendo estos los dos polos de la misma bolsa abdominal, teniendo la posibilidad de moverla, cambiarla de forma, contrayéndose o relajándose, o sea estos dos músculos se relacionan con sus movimientos (2) también puede elevar las costillas e indirectamente separarlas, sus fibras son más cortas por delante que por atrás, por lo tanto produce más desplazamiento por atrás que por delante. la inervación del diafragma está asegurada por el nervio frénico en ambas cúpulas, contrayéndose de manera independiente si lo desea. (16)

Este músculo, el diafragma, también interviene en otras funciones, tales como la digestión, circulación, tos, voz, en la defecación, micción y en el parto cuando colabora con los músculos abdominales. (2)

Los demás músculos que participan en la respiración son: los inspiradores costales, actuando desde afuera de la caja torácica, estos se dividen en tres grupos:

- Los que elevan las costillas desde la cintura escapular y los brazos: pectoral menor, pectoral mayor y el serrato mayor
- Los que elevan las costillas desde la columna dorsal: los supracostales, los serratos menores posteriores y superiores, e indirectamente los espinales.
- Los que elevan las costillas desde la cabeza y el cuello: los escalenos, el esternocleidomastoideo, el serrato menor posterior y superior.(16)

Los músculos que ayudan a abrir las costillas tienen un papel muy importante en las respiraciones forzadas, como por ejemplo en el método hipopresivo donde se busca una inspiración torácica mayor. (16)

Por lo tanto, el pectoral menor eleva las costillas hacia adelante y la región alta del pecho, el pectoral mayor, que recubre al anterior, sus inserciones torácicas son sobre la clavícula, las 8 primeras costillas y el esternón, tienen como función elevar las costillas subiendo el esternón, abriendo el ángulo bajo las costillas, generando una inspiración más baja y más amplia.(16) y por último el serrato mayor, músculo amplio, situado en la parte lateral de la caja torácica, viene del omóplato y se inserta en su borde interno, para luego deslizarse hacia adelante a lo largo de las costillas con sus inserciones dentadas sobre las costillas 1 a 10. Su función es elevar las costillas llevándolas hacia afuera y hacia atrás, en un movimiento muy ancho y lateral, es un músculo inspirador muy potente. (16)

Los músculos que elevan las costillas desde la cabeza o el cuello, el esternocleidomastoideo que nace en el esternón y la clavícula y sube hacia atrás por el cuello hasta la base del cráneo en el occipital. Su función es elevar la caja torácica traccionando de ella, contribuyendo a una inspiración alta y alargando la postura. (16) en la autoelongación.

Los escalenos también colaboran en elevar las primer costillas y participar en las respiraciones costales altas. (16)

IV. a .8: Sinergia muscular. Presiones abdominales.

Los músculos del suelo pélvico juegan un papel sinérgico en la contracción abdominal, ya que sus músculos forman una base contráctil tanto en la inspiración como en la espiración sobre todo en los empujes bajos, adaptando su tono. (16)

El Dr Caufriez, creador del método hipopresivo, midió ya en 1987 la variación de la presión abdominal (17) vía rectal, ante un mismo esfuerzo, en el espacio manométrico abdominal, limitado por arriba por el diafragma torácico, por abajo por el periné, por detrás por la columna vertebral y adelante y lateralmente por los abdominales, siendo estas variables de hasta un 400% más, cuando se produce una presión interna (7)

Durante un esfuerzo y aunque las variaciones de presiones son idénticas en todo el EMA, los vectores de presión resultantes no son idénticos en cualquier punto de la cavidad manométrica abdominal debido a la diferente densidad y resistencia de sus paredes. (17)

En el caso de una faja abdominal competente y una lordosis lumbar fisiológica, un aumento de la presión intraabdominal provoca vectores de fuerza resultantes en dirección a la región abdominal, la zona posterior del periné y el sacro. Sin embargo, si la faja abdominal está hipotónica o bien existe una hiperlordosis lumbar, se produce un desplazamiento anterior de la línea umbílico-pubiana, con el resultado de una hipertransmisión de vectores resultantes hacia la región del periné anterior. Esto hará que el periné vaya perdiendo progresivamente capacidad de sostén de los órganos pélvicos. Este mecanismo favorece la hipotonía de la musculatura del suelo pélvico, la aparición de prolapsos pélvicos y una posible incontinencia urinaria potencial. (17)

Esta estática postural alterada, e hipotonía de la pared abdominal, hace que el vector de fuerza resultante se dirija hacia el periné anterior, zona más débil, provocando la distensión de la musculatura y los ligamentos, favoreciendo el descenso de la vagina, útero, vejiga y uretra. También se le suma a esta alteración un posible diafragma hipertónico, generando cambios en las fuerzas de cohesión. (7)

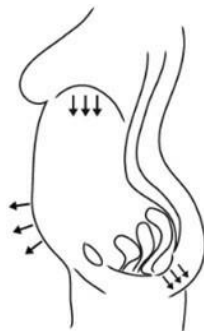


Fig IV 5: estática postural alterada por hipotonía de la pared abdominal. (3)

IV. b. Método hipopresivo.

IV. b.1: Descripción

En la década del 80 nace el método hipopresivo con ejercicios posturales y respiratorios que logran una disminución de la presión en las actividades torácicas, abdominal y pélvica, generando adaptaciones en el cuerpo. (7)

El Dr. Caufriez define a un ejercicio hipopresivo como un ejercicio postural o dinámico que debe cumplir con ciertas premisas:

- 1.- disminuir la presión en los conjuntos manométricos torácicos, abdominal y perineal, medibles con manómetro.
- 2.- activar electromiográficamente, sin una orden voluntaria directa, la faja abdominal y el periné, medible con electromiografía de profundidad.

3.- provocar una reacción neurovegetativa donde se verifica un aumento de la noradrenalina, mediante el estudio de variabilidad cardíaca. (7)

Hay evidencias en distintos estudios sobre la valoración de estas premisas. (17)

Los principales beneficios son:

- Aumentar el tono de la faja abdominal y del piso pélvico
- Reducir el perímetro de la cintura
- Prevenir y mejorar la incontinencia urinaria, los prolapsos y la diástasis abdominal
- Mejorar la postura y disminuir los dolores de espalda.
- Mejorar la vascularización en la pelvis y el retorno venoso en miembros inferiores
- Prevenir hernias de todo tipo
- Mejorar los parámetros respiratorios. (7)

Se denominan hipopresivos por la disminución de la presión que provocan en la cavidad abdómino-pélvica y torácica, activando de forma refleja la musculatura abdominal y perineal, basándose en posturas y movimientos que inciden en el tono de los músculos posturales y respiratorios.(7)

Hay distintos abordajes de ejercicios hipopresivos, se encuentran los estáticos, los dinámicos, con elementos, etc. Los ejercicios estáticos son posturas mantenidas y se utilizan en el campo de terapia, rehabilitación, prevención y fitness. (7)

Los ejercicios hipopresivos dinámicos y con elementos incorporan movimiento, suponen mayor complejidad a nivel físico y mejor manejo de la técnica, se utilizan en el campo del fitness y el deporte. (7)

IV. b. 2: Enseñanza del método

El aprendizaje de los ejercicios hipopresivos se inicia siempre en forma individual. La primer postura a enseñar será en decúbito supino para facilitar la propiocepción y concentración. (7)

Primero se enseñan las pautas posturales de base: autoelongación y postura, luego se enseñan las pautas respiratorias. (7)

Para poder aprender la respiración del método hipopresivo el alumno debe reconocer distintas formas de respirar, abdominal, torácica, etc. Después se insiste en la respiración torácica con apertura de las costillas, sintiendo la expansión del tórax al

inhalar y el cierre de las mismas al exhalar. La respiración del método es exagerada y profunda.(7) la misma se realiza en distintos ritmos, se le pide al alumno que inhale en 2 tiempos y exhale en 4 tiempos. (7)

Luego se enseña una apnea espiratoria, se le pide al alumno que exhale todo el aire y sin volver a tomar, abrir costillas como en el gesto de tomar aire pero sin hacerlo, generalmente primero se realiza esta acción con la nariz tapada o con una pinza, hasta poder vivenciar el movimiento, luego se hace normalmente.(7)

Se practica haciendo 3 respiraciones y luego una apnea espiratoria, con apertura costal.

Una vez comprendidas las pautas posturales y las respiratorias, se enseñan las demás posturas propuestas, el profesor hace continuamente indicaciones verbales y táctiles. (7)

IV. b. 3: Principios Técnicos:

Los principios técnicos son: (8) vistas de gráficos 6 y 7

- 1.- autoelongación: sensación de crecimiento desde la tapa de la cabeza, llevando levemente el mentón hacia atrás.
- 2.- decoaptación de hombros, activando la cintura escapular, con abducción de escápulas.
- 3.- apnea espiratoria y abrir costillas. Cuando se terminó de largar el aire y el diafragma está relajado y arriba, se realiza una apertura costal, alargando las fibras del diafragma y succionando las vísceras hacia arriba.
- 4.- los abdominales se contraen de forma no voluntaria, o sea de forma refleja por el estiramiento de la caja torácica y la apnea espiratoria.
- 5.- el suelo pélvico está relajado.

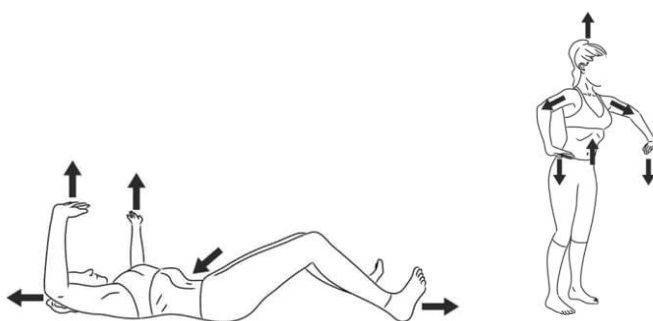


Fig IV 6: pautas técnicas en decúbito supino (8) fig. IV 7: pautas técnicas de parado (8)

IV. b .4: Posturas.

Con el fin de una mejor enseñanza y memorización de las posturas, y para agilizar las correcciones y los distintos ritmos de práctica durante la clase, las posturas a enseñar están identificadas con nombres propios, que cambian según las distintas propuestas y academias, puede ser con nombres de diosas griegas como las denomina Low Pressure Fitness, o de posición según la Prof. Valeria Tracogna, en total las posturas son 12 posturas diferentes: (7, 8)

Estas son: Alba, Aurora, Flexión de tronco, de rodillas, cuadrupedia, triángulo, oblación, sentado con piernas cruzadas, sentado con piernas semi estiradas, decúbito supino y supremo, derecha e izquierda.(7).



Fig. IV 8: posturas del método hipopresivo según Valeria Tracogna (7)

Y por otro lado, las nombradas con nombres de diosas griegas (8): Venus, Atenea, Artemisa, Aura, Maya, Gaia, Hestia, Demeter, con sus variantes.



Fig. IV 9: posiciones del método hipopresivo según Low Pressure Fitness (8)

IV. b .5: Protocolo de iniciación y progresión (7) del método hipopresivo:

- Al comienzo las apneas duran entre 5 a 10 segundos en alumnos principiantes.
- Luego se incrementan hasta llegar a 25 segundos.
- Las inspiraciones se realizan en dos segundos, de forma exagerada y profunda.
- Las espiraciones se realizan lentamente, llegando a durar aproximadamente cuatro segundos, con la boca floja y tratando de exhalar todo el aire.
- Se realizan 3 repeticiones de ciclos respiratorios por ejercicio. Un ciclo respiratorio comprende 3 inhalaciones y exhalaciones con su respectiva apnea espiratoria. (7)

Para cambiar la intensidad de trabajo, se propone:

- Incrementar la dificultad del ejercicio, adelantando el eje del cuerpo en las distintas posiciones, o flexionar más los codos en los apoyos.
- Aumentar el tiempo de apnea a 25" como máximo
- Disminuir las respiraciones entre repeticiones
- Disminuir respiraciones entre ejercicios
- Incrementar la velocidad de respiración, 2 inspiraciones y una apnea, o una inspiración y una apnea. (7)

Para el aprendizaje y avance en el método hipopresivo se aconseja el siguiente protocolo. (7):

- Fase de aprendizaje: 5 semanas, 2 estímulos semanales. Clases de una hora de duración, individual o en grupos reducidos, donde se aprenden las distintas técnicas y posturas.
- Fase de automatización: después de las 5 semanas, todos los días. Se realiza en grupos más numerosos, las clases son de media hora aproximadamente, sin parar, sin descanso de la técnica. Se suman variantes de ejercicios y elementos.
- Fase de mantenimiento: después de alcanzar los resultados, 2 veces por semana.

IV. b. 6: Contraindicaciones (7)

- Elevación de la presión arterial
- Embarazo
- Hernias umbilicales
- Cardiopatías.

IV. c. Premenopausia

IV. c. 1: Premenopausia e incontinencia. Posibles causas.

Existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la IU en la mujer.

La mujer después de los 40 años puede empezar a sufrir algunos síntomas ligados a la menopausia, donde se pierde la función reproductiva y aparecen algunos síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, ausencia de menstruación, alteraciones psicológicas, cambios hormonales, transitando así un período pre menopáusico, terminando con la desaparición total de la menstruación, conocido como período de la menopausia.(20)

Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir con el desarrollo de la IU son: disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción del tono muscular liso, bajo nivel de estrógeno, deterioro cognitivo, inmovilidad, pérdida de la capacidad de concentración renal. (12)

La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pélvico así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. (12)

Estudios recientes han demostrado que la menopausia por si misma sea un factor de riesgo independiente de la edad.

La falta de estrógenos puede ocasionar una disminución de la turgencia tisular, y de la resistencia de tracción, ocasionando incontinencias urinarias, urgencia miccional, infecciones, deteriorando la calidad de vida de la mujer.

Otros estudios demuestran que la obesidad y el índice de masa corporal alto se relaciona con una mayor prevalencia de IUE y en la severidad de la IU. (12)

Hay factores uroginecológicos como los prolapsos vaginales y de órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pélvico, el estreñimiento, cirugías uroginecológicas, la cistitis y otras infecciones del tracto urinario son factores asociados a IU.

El incremento de la presión abdominal observado en las actividades deportivas puede predisponer al padecimiento de la IU, en general todos los deportes que generen un aumento importante de la presión intraabdominal, suponen un factor de riesgo perineal, entre ellos se destacan los abdominales clásicos, el atletismo, el baloncesto, el aerobico, el tenis, siendo la natación y el ciclismo los de menor riesgo. (12)

Como factores de riesgo dentro de la práctica deportiva se han señalado la duración de la sesión, la frecuencia del entrenamiento, los años de práctica deportiva y el tipo de impacto del deporte o ejercicio practicado.(12)

V. MATERIALES Y MÉTODOS:

V. a DISEÑO: Reporte de caso retrospectivo.

Se tomó como presente estudio de caso a una mujer de 48 años con derivación médica de su ginecólogo el Dr. B., la cual presentó como diagnóstico clínico incontinencia urinaria de esfuerzo, y ya había realizado la rehabilitación pertinente. A partir de su derivación se comenzó a trabajar con el método hipopresivo con distintas posturas y ejercicios.

Se realizaron evaluaciones previas al comienzo del método, donde se completó un cuestionario sobre incontinencia urinaria, se tomaron medidas y fotos.

V. b: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Palabras clave: Método hipopresivo. Abdominales hipopresivos. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Menopausia. Premenopausia. Suelo pélvico.

V. c: ÁMBITO: Centro Médico PROAR, de la ciudad de Rosario, especializado en fertilización asistida, ginecología y obstetricia, hoy con dirección en calle Güemes 2349.

V. d. POBLACIÓN:

Criterio de inclusión:

- mujer entre 45 y 55 años
- que haya tenido hijos.
- que presente el certificado médico de aptitud física.
- que tenga incontinencia urinaria de esfuerzo diagnosticada.

Criterio de exclusión:

- que esté embarazada
- que tenga infección urinaria
- que tenga algún tipo de prolapso.
- que padezca alguna enfermedad neurológica.
- que esté en tratamiento oncológico.

V. d.1 CASO CLÍNICO:

En el estudio participó una señora de 48 años, casada, con 2 hijos, ambos por parto vaginal, con estudios universitarios, de 1,58mts. de altura, y 63 kg, su historia deportiva revela que es una mujer activa. En la adolescencia hizo todo tipo de deportes (tenis, vóley, básquet, patín) en la adultez joven hizo tenis, padel y gimnasia. En su adultez media, 45 años aproximadamente, empezó a correr en un grupo de running, 2 estímulos semanales y también hacía zumba 2 veces más.

Dos años después, 47 años aproximadamente, empezó a manifestar incontinencia de orina sólo cuando corría o saltaba, no pudiendo ser controlada de ninguna manera.

En el año 2016, la participante en estudio, acudió a su médico ginecólogo el Dr, B, del Centro Médico Proar, manifestando lo que venía ocurriendo, quién sugirió un estudio urodinámico, realizado en el mismo centro médico con un aparato de software de urodinamia, versión usv V2. Centro de Ingeniería Médico Argentina. Autor Bioing Eduardo. 2008, cuyo resultado fue negativo, Incontinencia de orina grado cero, la paciente no tenía prolapsos ni pérdidas de orina en otros momentos del día.

De la consulta surge la derivación a la kinesióloga especializada en suelo pélvico para una nueva evaluación y tratamiento. Debido a que el diagnóstico de la participante fue incontinencia urinaria de esfuerzo, se realizaron 12 sesiones de rehabilitación pélvica con biofeedback y terapia manual, donde la paciente mejoró la fuerza y tiempo de contracción del suelo pélvico, al finalizar la misma la profesional sugirió completar el tratamiento con ejercicios del método hipopresivo. Su médico ginecólogo hizo la derivación al grupo de hipopresivos del mismo Centro, donde se hace la primer entrevista y comienza con las evaluaciones pertinentes y aprendizaje del método.

V. d 2. VARIABLES:

Para llevar adelante el presente caso de estudio, se completó una planilla de ingreso con datos personales (anexo 1), a su vez se realizaron evaluaciones cuyos datos se volcaron en la planilla (anexo 2) en la misma se tomaron las siguientes test.

- Valoración postural con fotos
- Test toe touch
- Suelo pélvico
- Prolapsos
- Diástasis
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (puntuación test ICIQ-SF (anexo 3))

- Perímetro umbilical
- Diafragma.

Solo se completaron las variables que formaron parte del mismo.

La planilla de datos personales se completó el primer día de entrevista (01/05/16). Las demás evaluaciones también se llevaron a cabo en el primer encuentro, se repitieron a los 3 meses (01/08/16) y luego a los 6 meses de iniciado el protocolo (01/11/16), todos fueron realizados por la misma persona, a la misma hora del día y en la misma fase del ciclo menstrual.

Al final del protocolo establecido de 6 meses de entrenamiento del método hipopresivo, se sometió a la participante al estímulo que le ocasionaba la pérdida de orina, por lo tanto se realizó una nueva evaluación en cinta de correr, en diferentes fechas, la primera se realizó el 01/12/16, la segunda el 02/01/17 y la tercera el 02/02/17.

Todas las evaluaciones originales pueden consultarse en el siguiente drive:

https://drive.google.com/drive/folders/1S3MLgA60hRT395psakYJh0e2pYEwUVpt?usp=drive_link

Evaluaciones:

Valoración postural con fotos: Para visualizar en posteriores test los cambios posturales, conviene realizar fotografías en distintas posiciones, frontal, perfil, de espalda y en sextupedia con flexión de hombros para evaluar amplitud articular y la postura del torax. En este caso clínico solo se tomó foto en posición de sextupedia. (7)

Test toe touch: en posición se sentado en el piso, con piernas juntas, se mide la distancia en centímetros entre los dedos de las manos y los dedos de los pies, siendo negativo si no llega a tocar los mismos y positivo si los toca o sobrepasa. Este test cuantifica la flexibilidad de la cadena posterior de los miembros inferiores. (7)

Diástasis: es la separación entre los dos lados, derecho e izquierdo del músculo recto mayor del abdomen, muy común después de los embarazos (3) Esta variable se evaluó con el método de palpación activa, siendo la manera más común para valorar la separación de la línea alba cuando no hay acceso a prueba de ultrasonido.(8) Existe una buena correlación entre ambas pruebas tal y como demuestra el estudio de Barboda, Moreira de Sá y Coca-Velarde (2013) (9)

A nivel general una separación de 2,5 cm se considera diástasis, algunos estudios indican como la dimensión de la diástasis abdominal es siempre un reflejo del grado de hipotonía de la cincha abdominal, relacionándose con la inestabilidad lumbopélvica y debilidad de la musculatura pelviperineal. (8)

Dicha separación reduce la integridad y funcionalidad de la pared abdominal pudiendo ocasionar dolor lumbar o inestabilidad lumbopélvica, por ello es muy importante su evaluación y recuperación, desde un punto de vista estético como por la función estabilizadora de la zona media para la postura y la eficiencia motriz (8)

La diastasis se valora en varios niveles a lo largo de la línea alba; nivel supraumbilical, a 5cm por encima del ombligo, nivel umbilical y nivel infraumbilical a 5cm por debajo del ombligo.

Para dicha prueba se le pide a la participante que se coloque en decúbito supino, rodillas ligeramente flexionadas, con los pies en el suelo. Es importante para esta valoración la función muscular del abdomen. Se evalúa la valoración estática y dinámica, en la valoración activa se le pide a la persona realizar una flexión de cabeza y cuello, hasta separar el borde inferior de las escápulas del suelo, en la valoración pasiva, la persona se mantiene en posición de reposo. (8)

En la valoración activa, para valorar la funcionalidad de la faja abdominal, se apoyan los dedos sobre el lugar a evaluar y después que la persona eleva el cuello, se valora si se expulsan los dedos hacia arriba, sino los expulsa se supone que la diástasis es funcional, ya que aguanta este leve aumento de presión sin modificación, si los expulsa no es funcional.



Fig. V 10: El test es positivo cuando la distancia supera los 2,5 cm. (8)

La variable incontinencia urinaria fue medida con el cuestionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form)(3), este cuestionario fue diseñado y validado específicamente para síntomas de IU y su impacto sobre la calidad de vida de las personas. El cuestionario ICIQ- SF consiste en 3 ítems (Frecuencia, Cantidad e Impacto) y 8 preguntas más relacionadas con los

síntomas orientativos del tipo de IU.(3) . Estas últimas preguntas no se contemplan a la hora de obtener un índice global del ICIQ-UI SF sino que su valor radica en la descripción de las circunstancias que pueden provocar la UI a la paciente, de esta forma se suman las puntuaciones de las preguntas 1, 2 y 3, siendo considerado diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a cero. (10)

La variable perímetro abdominal (umbilical) es una medición de mucho interés para verificar los resultados en reducción del perímetro de cintura, estando relacionado directamente con el tono de reposo de la faja abdominal. A mayor perímetro de cintura más distensión abdominal y viceversa (9). Para la medición se usó una cinta métrica de material flexible y no extensible, de 2cm de ancho, marca -M.N-10 A Industria Argentina. (3)

La medición se realiza con la persona de pie, con los brazos relajados a los costados del cuerpo, se marca el punto medio entre el último arco costal y la cresta ilíaca, para ello se utilizó un lápiz dermográfico de tipo delineador de ojos, marca IDI MAKE UP, color negro hipoalergénico, la lectura se realiza en el punto medio entre ambas marcas. Se le pide a la persona que haga una espiración normal y se mide el perímetro sobre el punto marcado.

Valoración de la tonicidad del diafragma: en este test se valoró el tono subjetivo del diafragma, tratando de colocar ambos pulgares por debajo de las costillas para verificar la resistencia que ofrece el mismo, según 4 niveles de valoración subjetiva.(8)

Para realizar dicho test, se colocan los pulgares debajo del reborde de la 12^a costilla de cada cúpula intentando entrar con la yema de los dedos hacia el diafragma, durante la espiración. Dependiendo de la resistencia que haga el diafragma para poder entrar durante la espiración se determina el grado de hipertonia, según la siguiente escala:

Grado 0: los dedos entran perfectamente, sin resistencia, puede ser placentero para el alumno, no hay hipertonia.

Grado 1: los dedos entran bien, no los expulsa a la inspiración, pero se nota cierta resistencia a que entren. Ligera hipertonia.

Grado 2: los dedos entran poco y al pedir a la persona una inspiración, los expulsa. Bastante hipertonia.

Grado 3: los dedos prácticamente no entran y produce molestia. Hipertonia importante del diafragma, es aconsejable recurrir al fisioterapeuta. (8)



Fig. V 11: evaluación del tono del diafragma(8)

Trote en cinta: la participante fue sometida a correr en cinta en distintas ocasiones y en diferentes distancias. La máquina que se utilizó es de marca Movement, tipo LX160, la participante empezaba la prueba caminando y luego de 5 minutos comenzaba a trotar, en la primer fecha corrió 20 minutos, en la segunda fecha corrió 30 minutos y en la última corrió 40 minutos, en todos los casos terminaba caminando para bajar la frecuencia cardíaca de manera paulatina. Se le preguntó a la participante si tenía pérdida de orina en algún momento de la prueba.

Esta prueba no se realizó al comienzo del protocolo, para no someter a la participante a la misma ya que ella había manifestado la pérdida de orina después de 20 minutos que empezaba a correr.

V.d.3. PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO.

En la primera sesión, se completó una anamnesis con datos personales (anexo 1) y un cuestionario ICIQ-SF (anexo 3) de incontinencia urinaria. Se hicieron las evaluaciones de la planilla del anexo 2, para lo cual se tomaron medidas de perímetro umbilical, se evaluó el tono del diafragma, se hizo una foto en sextupedia para observar la amplitud de flexión de hombros y tórax y se avaluó la diástasis, cuyas planillas de datos y fotos se encuentran en el siguiente drive.

https://drive.google.com/drive/folders/1S3MLgA60hRT395psakYJh0e2pYEwUVpt?usp=drive_link

Primeramente se comenzó con la enseñanza de las pautas posturales de base: autoelongación y estiramiento, con el fin de estimular el crecimiento desde la cabeza, luego se continuó con la enseñanza de las pautas respiratorias, vivenciando diferentes formas de respiración (abdominal, torácica, forzada) y para aprender la apertura costal, se realizaron distintos ritmos de respiración. (7)

Por último se enseñó la apnea espiratoria, utilizando una mano para taparse la nariz y así obtener la apertura de las costillas sin tomar aire. (7)

Una vez comprendidas las pautas posturales y de base y las respiratorias, se enseñaron las pautas completas, con posición correcta de brazos, muñecas, tobillos y decoaptación de hombros. La primera postura que se enseñó es la de decúbito supino para facilitar la concentración y propiocepción. (7) Se evaluó todo el tiempo la correcta técnica de ejecución.

Con indicaciones verbales y táctiles específicas, se enseñaron las demás posturas del método, pudiendo verificar si la técnica se aprendía correctamente. (7)

El protocolo elegido para esta participante, fueron los ejercicios hipopresivos estáticos, con 3 estímulos semanales de 45 minutos de duración, en la primer media hora de clases se llevaba a delante el método y los 15 minutos restantes se hacían ejercicios de movilidad y elongación de la zona torácica (7) para conseguir una mejor postura.

El protocolo inicial y su progresión fue la siguiente:

En el primer mes se trabajó primero en el aprendizaje de la técnica y las diferentes posturas y luego se buscó sostener las apneas de 5 a 10 segundos. En cada postura se realizaron 3 ciclos respiratorios completos, los cuales comprenden 3 inspiraciones y espiraciones, más una apnea espiratoria. (7)

Las posturas que propone el protocolo son 12, empezando en posición de parado y terminando en el piso acostado en decúbito dorsal, todas seguidas, sin interrupción, salvo en caso de necesidad. (7)

En el 2do mes de trabajo se realizaron las mismas posturas, tratando de mantener más de 10 segundos de apnea en cada posición.

En el tercer mes se buscó incrementar la dificultad del ejercicio, adelantando el eje en algunas posturas, flexionando más los codos y cuando era posible aumentando el tiempo de apnea, hasta 20 segundos. Finalizado el mes se repitieron todas las evaluaciones hechas al principio del protocolo.

En el 4to mes del protocolo se disminuyó la cantidad de respiraciones por ciclo, o sea, se realizaron 2 respiraciones y una apnea en cada ciclo, para intensificar el trabajo.

En el 5to y 6to mes se utilizaron en algunas posturas, elementos para perturbar aún más la ejecución de los mismos y así poder lograr mayor músculos involucrados en las ejecuciones.

Cumplidos los 6 meses del protocolo, se repitieron todas las evaluaciones nuevamente y se realizó una nueva evaluación sobre una cinta de correr, donde la participante fue evaluada con el estímulo que le ocasionaba la pérdida de orina involuntaria. Cabe mencionar que esta evaluación no fue hecha al comienzo de las clases porque la

participante manifestó verbalmente su pérdida de orina cuando hacía esfuerzos o corría, y siendo la evaluación del cuestionario ICIQ_SF positivo se consideró prudente no someter a la paciente a esa situación estresante y humillante. Dicha evaluación en cinta se realizó en diciembre del 2016, durante 20 minutos, en enero del 2017 durante 30 minutos y en febrero del 2017 durante 40 minutos.

V.d.4: CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Las planillas de consentimiento informado de la participante y de la institución donde se llevó a cabo el estudio se encuentran en el siguiente link:

https://drive.google.com/drive/folders/1S3MLgA60hRT395psakYJh0e2pYEwUVpt?usp=drive_link

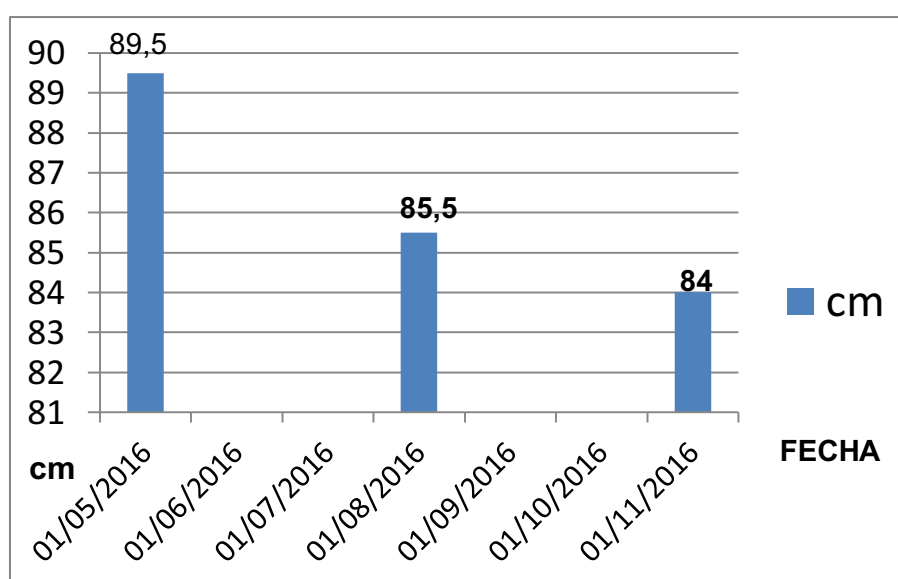
VI- RESULTADOS

Las variables evaluadas fueron transcritas en tablas y cuadros según su categoría, todas fueron realizadas en las mismas fechas y por la persona que lleva adelante el presente trabajo.

VI. a: VARIABLES CUANTITAVAS

VI. a. 1: Perímetro umbilical: Esta variable mide el perímetro de cintura en la marca establecida y el tono de la faja abdominal en reposo, en posición de parado con pies separados.

Gráfico VI. a. 1: perímetro umbilical.

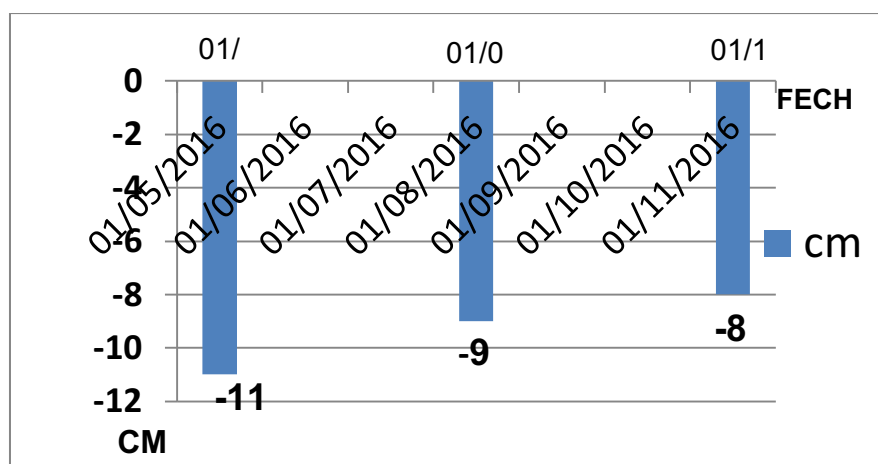


Fuente: Creación propia con datos extraídos de las evaluaciones.

En gráfico siguiente se puede apreciar que en la primera fecha de evaluación el perímetro umbilical fue de 89,5 cm, en la segunda fecha fue de 85,5 cm y en la última evaluación fue de 84 cm. Pudiéndose observar una reducción del mismo en las sucesivas evaluaciones.

VI. a. 2: Test toe touch: en el segundo gráfico podemos observar la medición en centímetros de la distancia entre los dedos de la mano y de los pies en posición de sentado en el piso, pudiéndose valorar la flexibilidad de la cadena posterior de los miembros inferiores y su evolución en las distintas 3 fechas de evaluación.

Gráfico VI. a.2: Test toe touch



Fuente: creación propia con datos extraídos de las evaluaciones

Se puede cotejar que la participante no llegó a tocarse los dedos de los pies, por lo tanto la medida en centímetros nos revela un dato negativo y que el mismo fue disminuyendo desde la primera fecha hasta la última, siendo de -11 en la primer evaluación, de -9 en la segunda y de -8 en la última. Estos resultados demostraron una mejoría en la flexibilidad de la cadena posterior de la participante en estudio, sin poder lograr, durante el tiempo del protocolo realizado, las medidas normales para tal prueba.

VI. b: VARIABLES CUALITATIVAS:

En el siguiente cuadro se pueden observar los datos recogidos de las distintas variables que figuran en el anexo 2, donde la participante manifiesta si tiene o no dicha afección.

Cuadro VI.b.1. Datos de las variables cualitativas.

VARIABLE	01/05/2016		01/08/2016		01/11/2016	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
PROLAPSO		X		X		X
DIASTASIS		X		X		X
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	X		X			X

Fuente: creación propia con datos extraídos de las evaluaciones del anexo 2 y 3

La variable prolapso se registró con una respuesta negativa en todas las evaluaciones.

La diastasis fue medida con el método de palpación activa en la zona umbilical, siendo negativa la separación de los rectos abdominales para todas las fechas evaluadas.

La variable incontinencia urinaria de esfuerzo fue evaluada con el cuestionario ICIQ S-F, anexo 3, siendo positiva en la primera y segunda fecha de evaluación y negativa para la última fecha respectivamente, arrojando un resultado favorable para la variable a tratar.

VI. c: VARIABLES DESCRIPTIVAS:

Para las variables fotos y diafragma se describen los resultados obtenidos en las fechas establecidas y reflejando los siguientes datos:

En este caso solo se tomó una foto en posición de sextupedia, donde se pudo apreciar que la participante presentaba una leve cifosis y disminución de la amplitud articular en flexión de hombros, la cual fue mejorando en las evaluaciones sucesivas.

La variable tonicidad del diafragma se evaluó con una escala subjetiva del mismo según 4 niveles de valoración descriptos en el punto V.d.2, en este caso el test reveló bastante hipertonia en las dos primeras fechas de evaluación para ambos lados y una disminución de la misma, solo en el lado derecho, en la última fecha.

Cuadro VI.c.1: Datos de las variables descriptivas.

FECHAS VARIABLES	01/05/2016	01/08/2016	01/11/1016
FOTOS EN SEXTUPEDIA	POCA AMPLITUD DE HOMBROS LEVE CIFOSIS ACORTAMIENTO DE PECTORALES	MEJORÓ TODAS	MEJORÓ TODAS
DIAFRAGMA DERECHO	BASTANTE HIPERTONÍA	BASTANTE HIPERTONÍA	MENOS HIPERTONÍA
DIAFRAGMA IZQUIERDO	BASTANTE HIPERTONÍA	BASTANTE HIPERTONÍA	BASTANE HIPERTONÍA

Fuente de creación propia con datos extraídos de las evaluaciones de las variables Descriptivas en el anexo 2.

Y por último se evaluó a la participante trotando sobre una cinta rodante, con fechas posteriores a la finalización del protocolo. En todas ellas la participante no manifestó escapes de orina y ningún tipo de molestias.

Cuadro VI. c. 2. Trote en cinta.

FECHAS	01/12/2016- 20 MIN.	02/01/2017- 30 MIN.	02/02/2017- 40 MIN-
TROTE EN CINTA	SIN ESCAPES Y SIN MOLESTIAS	SIN ESCAPES Y SIN MOLESTIAS	SIN ESCAPES Y SIN MOLESTIAS

Fuente de creación propia con datos extraídos de las evaluaciones realizadas cuyas planillas originales se encuentran en el siguiente link.

https://drive.google.com/drive/folders/1S3MLgA60hRT395psakYJh0e2pYEwUVpt?usp=drive_link

VII. DISCUSIÓN

Hace más de una década que se viene apuntando a la posible relación entre ejercicio físico-deportivo y la lesividad sobre el suelo pélvico en la práctica deportiva en general, en un estudio llevado a cabo por Tamara Rial (12) se sostiene que todos aquellos deportes que provoquen un aumento importante de la presión intraabdominal, suponen un factor de riesgo perineal, considerándolos como situaciones hiperpresivas, destacando entre las actividades que mayores niveles de presión intraabdominal generan (valores superiores a 30-50 mm de hg) los ejercicios abdominales clásicos, el atletismo; el baloncesto; el aeróbic; y el tenis, como en sentido opuesto, la natación y el ciclismo son los que menor presión abdominal generan. Esta publicación aconseja que se incorporase dentro de un programa de prevención de incontinencia urinaria de esfuerzo para la mujer deportista específicamente o para todas aquellas personas físicamente activas que quieran mantener una buena calidad de vida. También en un ensayo controlado, llevado adelante por la misma autora T.R.(11), con evaluaciones previas y al final de la intervención, participaron 197 mujeres de 45 años de edad promedio, distribuidas aleatoriamente en 3 grupos, un grupo de 1 día de hipopresivos, otro grupo de 2 días de hipopresivos y el grupo control. Los dos primeros grupos trabajaron 30 minutos con el método hipopresivo durante 12 semanas, al comienzo no había diferencias entre ellos, pero al final del protocolo se observó disminución de la sintomatología de la incontinencia urinaria y mejoras en ambos grupos al finalizar el protocolo.

En otro estudio, el Dr. Caufriez, creador del método hipopresivo (15) buscó demostrar los efectos sobre la columna dorso lumbar y la postura que se obtienen con el entrenamiento de la gimnasia hipopresiva, para lo cual se juntaron 29 estudiantes divididos en dos grupos, un grupo hizo solo ejercicios hipopresivos estandarizados de 8 posturas repetidas durante todo el protocolo una vez por semana, durante 10 semanas y el otro grupo siguió solo un entrenamiento postural. Todos hicieron evaluaciones previas y posteriores al estudio de flexibilidad de columna dorso lumbar. En este estudio, el grupo experimental obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en todos los parámetros con respecto al grupo control, lo que se concluye que el método hipopresivo mejora la postura.

En un estudio realizado en 2016/17 en Barcelona (22) donde participaron mujeres sanas de población general, no deportistas, que fueron sometidas a 8 semanas de entrenamiento hipopresivo de 30 minutos de duración, 2 días por semana, cuyo objetivo del estudio era medir los efectos del entrenamiento hipopresivo en el perímetro abdominal y la capacidad respiratoria en las participantes cuyos resultados

fueron satisfactorias ya que se consiguió una disminución media del perímetro abdominal de 3,48 cm y con mejoras en el flujo respiratorio, ya que con el método hipopresivo se ejercitan los músculos respiratorios agonistas y accesorios, provocando un fortalecimiento de los mismos, además cabe destacar que las participantes de este estudio mejoraron sus apneas durante el protocolo. Concluyendo que en un programa de 8 semanas de ejercicio hipopresivo de mujeres sanas se reduce el perímetro abdominal y el flujo respiratorio máximo. Comparativamente con el presente estudio de caso, también se registró una disminución en el diámetro de cintura abdominal y en los tiempos de apnea, desde el comienzo hasta el final del protocolo, encontrando diferencias en la duración del protocolo de entrenamiento total, de 8 semanas a 24 semanas y la participante es una mujer deportista.

Serán necesarios más estudios experimentales que corroboren otros aspectos que puedan mejorar la GAH en otros grupos de población, con una muestra más amplia, que incorporen a hombres y que recojan más datos sobre el impacto de la GAH sobre la musculatura respiratoria.

La participante del presente estudio de caso, participó de un protocolo el doble de extenso llegando a los mismos resultados, pero cabe mencionar que la evaluación de I.U. con el cuestionario ICIQ-SF dio positivo a las 12 semanas de entrenamiento con el mismo método y se obtuvo un resultado negativo recién en la última evaluación, por lo tanto se abren muchos interrogantes, ¿de qué depende que una persona mejora en 12 semanas y otras no? ¿será poco tiempo de entrenamiento hipopresivo 12 semanas para mejorar la I.U.E? ¿si la participante en estudio hubiera sido evaluada a las 20 semanas, qué resultado se hubiera conseguido? Sería apropiado realizar nuevos estudios con poblaciones numerosas y evaluaciones continuas, ya que los estudios de caso único tienen limitaciones.

Como muestran los resultados y el procedimiento del caso en estudio, la participante realizó las posturas hipopresivas pero además sumó unos 15 minutos de ejercicios de flexibilidad de la zona dorsolumbar, ya que manifestaba acortamiento muscular y mala postura para poder realizar los mismos con mejor técnica y menos molestias. La controversia que se presenta es ¿si la participante hubiera hecho solo hipopresivos, los resultados de su mejoría en la movilidad y flexibilidad dorsolumbar hubieran sido los mismos?

Para el seguimiento de futuras investigaciones sobre este tema, sería necesario hacer un estudio mucho más exhaustivo y específico, también habría que intentar utilizar

instrumentos de medición más precisos, y no solo fotografías comparativas como se utilizó en el presente estudio de caso.

A pesar de que el trabajo aporta información valiosa para entender la importancia del trabajo preventivo y de abordaje de la patología pélvica con el método hipopresivo, en este estudio de caso único, los resultados deben ser corroborados con futuros trabajos con más personas ya que el tamaño muestral es bajo para poder obtener resultados más generalizados. Es interesante el trabajo de caso único ya que la persona se siente comprometida al cumplimiento de las clases y se puede tener un seguimiento más exhaustivo de las mismas y de sus resultados.

VIII- CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se destaca que la participante del presente estudio de caso único, mujer de 48 años, mejoró las variables evaluadas y sobre todo manifestó ausencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en la última fecha de evaluación del día 1/11/2016 según la puntuación obtenida del cuestionario ICIQ- SF.

Después de los 6 meses de protocolo con el método hipopresivo y siendo sometida a una evaluación en cinta de correr para verificar el estímulo que le ocasionaba la incontinencia, la participante no manifestó tener pérdida de orina en ningún momento, lo que mejoró notablemente su calidad de vida, pudiendo retomar la práctica de ejercicios de impacto y su vida social normal.

XIX- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÚSQUEDA MANUAL

- (1).- Gutiérrez Pérez M., Amón Sesmero J.H. Manejo de la patología urológica en atención primaria. ISBN: 978-84-616-5975-3 Depósito Legal: VA 710-2013. capítulo 4. España
- (2).-Blandine Calais G. El periné femenino y el parto. La liebre de marzo. 1998 Barcelona.
- (3). Rial T., Pinsach Ametller P. Ejercicios Hipopresivos, mucho más que abdominales. La esfera de los libros S.L. 2015. Madrid.
- (4).-Flores G, Ucl V. Ejercicios hipopresivos, 2018
- (5) -Wein A. Campbell-Walsh Urología. Editorial Médic Panamericana. 2007.
- (6) búsqueda web
- (7).- Tracogna V. Ejercicios hipopresivos estáticos. IDEHA CAPACITACIONES. 2015.
- (8).- Rial T, Pinsach Ametller P. Low Pressure Fitness, manual práctico. 1era edición febrero 2016.
- (16) Blandine Calais G. La respiración. El gesto respiratorio. La liebre de marzo, S.L. 2006. Mayo

BÚSQUEDA WEB:

- (6).-Colucci Camusso G, Arismendi Videla E., Compagnucci M., Juaneda, R. Belisle D., Barros Nores J. Prevalencia de Incontinencia Urinaria en mujeres jóvenes. Servicio de Urología, Sanatorio Allende Nueva Córdoba, Córdoba; Argentina. Revisión Sociedad Argentina de Urología. 2017. (on line) <https://www.revistasau.org/index.php/revista/issue/view/344>
- (9).- Barbosa S., Moreira de Sá R. A., Coca Velarde L. G., Diastasis of rectus abdominis in the immediate puerperium: correlation between imaging diagnosis and clinical examination. Arch Gynecol Obstet (2013) 288:299–303.) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23435798/>
- (10). - Busquets C Maritza, Serra T Ramón. Validation of a Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Ago 11] ; 140(3): 340-346.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000300009>

(11) Rial, T. ¿Puede un programa de ejercicio basado en técnicas hipopresivas mejorar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer? Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/60929?mode=full#:~:text=enlazar%20este%20%C3%ADtem%3A-,http%3A//hdl.handle.net/10045/60929,-Estad%C3%ADsticasEstad%C3%ADsticas>

(12). Rialy Riera, T. (2012). Prevalencia y abordaje desde el ejercicio físico de la incontinencia urinaria en mujeres deportistas. EFDeportes, 164. Recuperado el 10 de marzo de 2014 de: <http://www.efdeportes.com/efd164/incontinenciaurinariaenmujeres-deportistas.htm>

(13) Gonzalez, I. L. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Revisión bibliográfica del entrenamiento muscular del suelo pélvico basado en evidencia científica. Universidad pública de Navarra. 2015. <https://hdl.handle.net/2454/18317>

(14) Gómez Ayala AE. Incontinencia urinaria femenina: diagnóstico, tratamiento y prevención. Offarm 2008; 27 (3): 6071.

(15) Caufriez M. Fernández J.C. Fanzel R. Snoeck T. Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de Gimnasia Abdominal Hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar Fisioterapia 2006;28(4):205-16. <https://caufriezconcept.com/wp-content/uploads/2020/05/Efectos-de-un-programa-estructurado-.pdf>.

(16) búsqueda manual

(17) Pinsach, P., Rial, T., Caufriez, M., Fernandez, J. C., Devroux, I., & Ruiz, K. Hipopresivos, un cambio de paradigma. *Arch. Med. Deporte* ,645 (2010) [https://www.coplefc.cat/files/mes%20arxiu/Hipopresivos_un_cambio_de_paradigma%20\(2\).pdf](https://www.coplefc.cat/files/mes%20arxiu/Hipopresivos_un_cambio_de_paradigma%20(2).pdf)

(18) Calvo L., programa de prevención de la patología del suelo pélvico en mujeres practican running. universidad pública de navarra. 2019. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/33503>

(19) Saldarriaga Gil W. Artuz Alarcón A., Fundamentos de ginecología y obstetricia. Anatomía pélvica aplicada en ginecología y obstetricia La pelvis ósea. Cap. 2 <https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/download/56/7/219?inline=1>

(20) Alvarado-García, A., et al. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015, vol. 53, no 2, p. 214-225. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56575>

(21). - [imagines: https://jlfisios.com/musculos-del-suelo-pelvico/](https://jlfisios.com/musculos-del-suelo-pelvico/)

(22).-Barresi Leloutre, I., Hernández Vian, O. Efectos de un programa de entrenamiento de Hypopressive RSF Reprogramación Sistémica Funcional en mujeres sanas. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF) 2021, Barcelona

XIX: ANEXOS

Anexo 1: planilla de datos personales

PLANILLA DE INGRESO

Apellido y nombre:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Teléfono:

Teléfono en caso de urgencia:

Peso:

Talla:

¿fuma?

¿cuántos por día?

¿tiene hipertensión?

¿tiene colesterol?

¿toma alguna medicación?

Especifique:

¿padece alguna enfermedad grave?

¿tiene problemas cardíacos?

¿se encuentra en período de menopausia?

¿hace ejercicio actualmente?

Especificar:

¿cuántas veces por semana?

Comentarios:

anexo 2: planilla de evaluaciones

FICHA PERSONAL:

NOMBRE:	Fecha:
---------	--------

VALORACIÓN POSTURAL – FOTOS

PATOLOGÍAS:

COMENTARIOS:

TEST TOE TOUCH	1° Evaluación Fecha:	2° Evaluación Fecha:
Distancia en cm al piso		

SUELO PÉLVICO

CANTIDAD DE PARTOS: TIPO DE PARTO: Fecha:

INTERVENCIONES:

PROLPAPSOS: Si - No Tipo: Grado:

DIÁSTASIS: Si – No cm:

Cirugías: Si – No Tipo Cirugía Fecha:

INCONTINENCIA URINARIA ESFUERZO	1° Evaluación Fecha:	2° Evaluación Fecha:
Puntuación Test ICIQ - SF		

PERÍMETRO UMBILICAL:	1° Evaluación Fecha:	2° Evaluación Fecha:
Medición en centímetros		

DIAFRAGMA	1° Evaluación Fecha:	2° Evaluación Fecha:
CÚPULA IZQUIERDA - GRADO		
CÚPULA DERECHA - GRADO		

Anexo 3.

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

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

1	¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)		
A	Nunca	0	puntos
B	Una vez a la semana	1	
C	2-3 veces / semana	2	
D	Una vez al día	3	
E	Varias veces al día	4	
F	Continuamente	5	

2	Indique 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.		
A	No se me escapa nada	0	puntos
B	Muy poca cantidad	2	
C	Una cantidad moderada	4	
D	Mucha cantidad	6	

3	¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Nada Mucho	

4	¿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