

Tratamiento Conservador de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Valoración y reeducación del diafragma perineal femenino

Tte. 2o. Méd. Ana Grignola.

PALABRAS CLAVE: *Incontinencia urinaria, Prevención de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Rehabilitación, Terapia, Rehabilitación de suelo pelviano.*

KEY WORDS: *Urine incontinence, Stress incontinence prevention, Rehabilitation, Therapy, Pelvis floor rehabilitation.*

RESUMEN

Este trabajo es un aporte innovador en nuestro medio, referido al estudio, evaluación y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en la mujer.

Esta afección es de alta frecuencia e incide negativamente en la calidad de vida de la mujer.

La población a la cual está dirigido incluye con carácter preventivo a todas las púerperas, como tratamiento conservador a las pacientes con IUE leve o moderada o con contraindicación quirúrgica y por último a las pacientes operadas como tratamiento coadyuvante.

En lo que respecta a la evaluación, se propone un método de valoración del estado anatómico y funcional del suelo pelviano, elemento de fundamental importancia en la fisiopatología de la IUE en la mujer. Este nos permite plantear: un diagnóstico del estado muscular, un pronóstico funcional y un plan terapéutico.

La fase terapéutica consiste en un programa de reeducación funcional gracias al cual se obtiene curación en más del 80% de las pacientes con IUE leve o moderada.

SUMMARY

This subject is an innovative contribution in our country, it deals with the study, assessment and

treatment of urine stress incontinence (USI) in women.

This is a high frequency disorder and has a negative incidence in women's quality of life.

The target population includes, with a preventive objective, all the puerperal women and, as a conservative treatment, all women with mild or moderate USI or a surgical contraindication, lastly, patients undergoing surgery as an adjuvant treatment.

Whit respect to assessment, it is suggested an evaluation method of the anatomical and functional status of the pelvic floor, which plays an essential role in USI physiopathology in women. This enables us to outline a diagnosis of the muscular status, a functional prognosis and a therapeutical schedule.

The therapeutic phase comprises a functional reeducation program, resulting in the cure of over 80% of the patients with mild or moderate USI.

RESUME

Ce travail c'est un apport innovateur dans notre milieu, en rapport a l' etude, à l'évaluation et traitement de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) dans la femme.

C'est une affection de haute fréquence et marque négativement la qualité de vie de la femme.

La population à laquelle est dirigée

comprend avec un caractère préventif à toutes les accouchés, comme un traitement conservateur aux malades avec IUE légère ou modérée, ou avec contre-indication chirurgicale et enfin aux mala des opérées comme un traitement d'aide.

Au sujet de l'évaluation, l'on propose une méthode d'estimation de l'état anatomique et fonctionnel du plancher pelvien, un élément de fondamentale importance dans la physiopathologie de la IUE dans la femme. Ceci nous permet faire: un diagnostique de l'état musculaire, un pronostique fonctionnel et un plan thérapeutique.

Cette étape comprend un programme de rééducation fonctionnel qui donne une guérison de plus d'un 80% des malades avec IUE légère ou modérée.

INTRODUCCION

Por razones de frecuencia las causas anatómicas son las más importantes en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) en la mujer.

La multiparidad, las alteraciones hormonales y fundamentalmente la debilidad del mesénquima son las causas involucradas en la génesis de las modificaciones anatómicas del sector genitourinario, cuya traducción clínica final la constituyen la incontinencia urinaria y el prolapso (1).

Si bien prolapso e incontinencia no son sinónimos, la sociación es altamente frecuente.

La distopía genital se acompaña generalmente de distopía del sector vesiculouretral ya que comparten los mismos elementos de sostén (diafragma perineal y sistema ligamentario).

Los músculos elevadores del ano constituyen el músculo motor del diafragma perineal. El tono y la contracción de los músculos elevadores juegan un rol esencial en la estática y dinámica de las vísceras intrapélvicas, ya que reequilibran las presiones. Ellos representan el verdadero esfínter estriado del hiato urogenital siendo los encargados de la oclusión pelviana.

La situación anatómica del cabo uretral proximal es de suma importancia en el mantenimiento de la incontinencia (2). Es decir, que la alteración anatómica más importante desde el punto de vista fisiológico en la IUE en la mujer la constituye el cambio de posición del sector vesiculouretral secundario al defecto en el mecanismo de sostén.

Arnold Kegel ya en 1948 preconizaba la aplicación de ejercicios a sus pacientes con IUE leve o moderada, obteniendo curación en el 80% de los casos. Estos ejercicios originales se practican hoy en la mayoría de los departamentos de ginecología de los Estados Unidos ("Kegel's exercises") y se han difundido a Francia y el resto de Europa.

Sin embargo, hasta el momento actual en nuestro país no se le ofrece a la paciente portadora de IUE otra alternativa terapéutica que la intervención quirúrgica.

Este trabajo es un aporte al estudio y tratamiento de la IUE a través del planteo de una nueva metodología para nuestro medio que incluye su tipificación, las indicaciones y técnicas de tratamiento conservador (3, 4, 5).

MATERIAL Y METODOS

I.- VALORACION DEL DIAFRAGMA PERINEAL

Para evaluar el suelo pelviano, en primer término se realiza la anamnesis completa pasando luego al examen físico que comprende: el examen general, el examen uroginecológico y lo que nos interesa destacar del punto de vista fisiátrico, el examen muscular perineal propiamente dicho (3).

Este consta de dos etapas:

1. LA TASACION MUSCULAR DEL ELEVADOR DEL ANO

2. LA PERINEOMETRIA

1. TASACION MUSCULAR:

Esta se realiza con la paciente en posición ginecológica modificada, es

decir: pelvis en retroversión, caderas en flexión y abducción, rodillas flexionadas y muslos apoyados en las piernas de la camilla. Esta posición debe ser respetada para evitar el reclutamiento de los grupos musculares parásitos: abdominales, aductores y/o glúteos.

Una vez relajada la musculatura pelviana se realiza el tacto vaginal dirigiéndose hacia atrás y abajo reperando los haces pubo-coccígeos de los músculos elevadores del ano.

A partir de esta técnica se elabora la carta de identidad uroginecológica que nos permite obtener una valoración cuali/cuantitativas subjetiva.

Dicha valoración se representa a través de una escala numérica con valores que van de 0 al 5, correspondiendo el 0 a la ausencia de contracción y el 5 la máxima fuerza contráctil.

La carta de identidad consta de 7 ítems.

- ◆ 1. Cierre del orificio vulvar con ascenso del núcleo fibroso del periné.
- ◆ 2. Movilidad visceral pelviana.
- ◆ 3. Contracción contra resistencia.
- ◆ 4. Contracción mantenida.
- ◆ 5. Serie de 3 contracciones.
- ◆ 6. Sinergia-antagonismo muscular.
- ◆ 7. Inversión del comando perineal.

1. El cierre del orificio vulvar con ascenso del núcleo fibroso va a depender del nivel de toma de conciencia por parte de la paciente de su musculatura perineal. Para evaluarlo se le indica que "apriete la vagina" rara vez se obtiene respuesta con esta orden, si así fuera, tendrá un valor máximo 5, si no lo logra se le indica "intente retener la orina" se trata de un estado menos integrado del esquema corporal pero

de todas formas satisfactorio. Si tampoco lo consigue, se sugiere que "intente retener un gas"; en este caso la integración no es correcta. La toma de conciencia perineal está presente pero el esquema corporal no es perfecto en lo que respecta a esta región anatómica.

Con respecto al punto 2 se entiende por movilidad visceral pelviana a la contracción pelviana del haz pubo-rectal que asegura el cierre vaginal con ascenso del tracto genital. Esto se objetiva a través de las variaciones angulares de un tubo intravaginal. En reposo entre este tubo y el plano de la camilla se forma un ángulo abierto hacia adelante de 45 grados. Cuando comienza la contracción este ángulo formado disminuye y en la contracción máxima el tubo se acerca a la horizontal paralelo al plano de la camilla. Si éste es mantenido en esta posición durante 10 segundos, la contracción tendrá valor 5. Si sólo se produce una leve modificación angular traduce unos músculos elevadores insuficientes (con valores 3, 2 ó 1). Una expulsión del tubo durante la contracción indica una inversión del comando perineal o una contracción abdominal parásita importante.

Con respecto al punto 3. La contracción con resistencia externa está representada por los dedos del examinador que se aplican fuertemente sobre los haces laterales del elevador del ano.

Los puntos 4 y 5. Es decir la contracción mantenida (6) y la posibilidad de realizar una serie de 3 contracciones sin agotamiento de la fibra muscular nos hablan del grado de resistencia a la fatiga del suelo pelviano.

En el punto 6. Se valora la sinergia-antagonismo muscular de los abdo-

minales, aductores y/o glúteos (7) que ejercen una acción nociva sobre el suelo pelviano porque disminuyen la fuerza contráctil de éste. De acuerdo a la experiencia se ha constatado que las pacientes que poseen buen periné no ponen en juego esta musculatura parásita y viceversa.

- 7. Inversión del comando perineal. Con respecto este punto al solicitarle a la paciente que realice un esfuerzo de contracción perineal, ella responde con un pujo. En la reeducación será fundamental que la paciente desde el comienzo aprenda a disociar los efectos contrarios del esquema pujo-retención.

La carta de identidad uroginecológica (Fig. 1) permite plan-tear:

- ◆ a. Un diagnóstico del estado muscular del periné.
- ◆ b. Un pronóstico funcional.
- ◆ c. Un programa de reeducación pelviperineal.

La segunda etapa del examen muscular es:

2. LA PERINEOMETRIA

Esta valoración es cuantitativa y objetiva.

Se realiza con el perineómetro de Kegel (8). Este es un instrumento muy sencillo que consiste en una cámara de aire vaginal de tamaño variable unida a un manómetro. Esta valoración instrumental se realiza introduciendo la cámara de aire en la vagina y registrando las variaciones de presión cuando se contraen los músculos adecuados.

Por medio de la perineometría se registran las presiones correspondientes a:

NOMBRE: _____

Número de Registro: _____ Fecha: / /

Carta de Identidad uroginecológica
Test de los m. elevadores.

OPERACION	5	4	3	2	1	0
1) Cierre del orificio vulvar con ascenso NFP.						
2) Movilidad visceral pelviana (Variación Angular).						
3) Contracción contra resistencia manual.						
4) Contracción mantenida 6 segundos.						
5) Fatiga muscular (3 contracciones mantenidas sin resistencia).						
6) Sinergias musculares. m. aductores. m. glúteos. m. abdominales.						
7) Inversión del comando perineal.						

FIG. 1

- ◆ Tono de reposo.
- ◆ Contracción máxima rápida.
- ◆ Contracción mantenida.
- ◆ Contracción final luego de una serie de 10.
- ◆ Tos que traduce el aumento de la presión intraabdominal transmitida a la vejiga y que debe ser contrarrestado por la fuerza de reacción muscular del piso pelviano.

La perineometría de Kegel (Fig. 2) es un método de gran ayuda porque:

- ◆ a) Pone en evidencia el trabajo desarrollado por músculos internos no visibles.
- ◆ b) Representa una técnica sencilla de bio-feedback ya que gracias a un retrocontrol de información visual es posible

NOMBRE:

Número de Registro: Fecha:

Perinometría

Diagrama de presiones. (presión en mm de HG)

Operación	Presión
1) Tono de reposo.	
2) Contracción máxima.	
3) Contracción máxima mantenida 6 segundos (Presión final).	
4) Contracción luego de una serie de 10 contracciones mantenidas (Presión final).	
5) Tos sin contracción perineal.	

FIG. 2

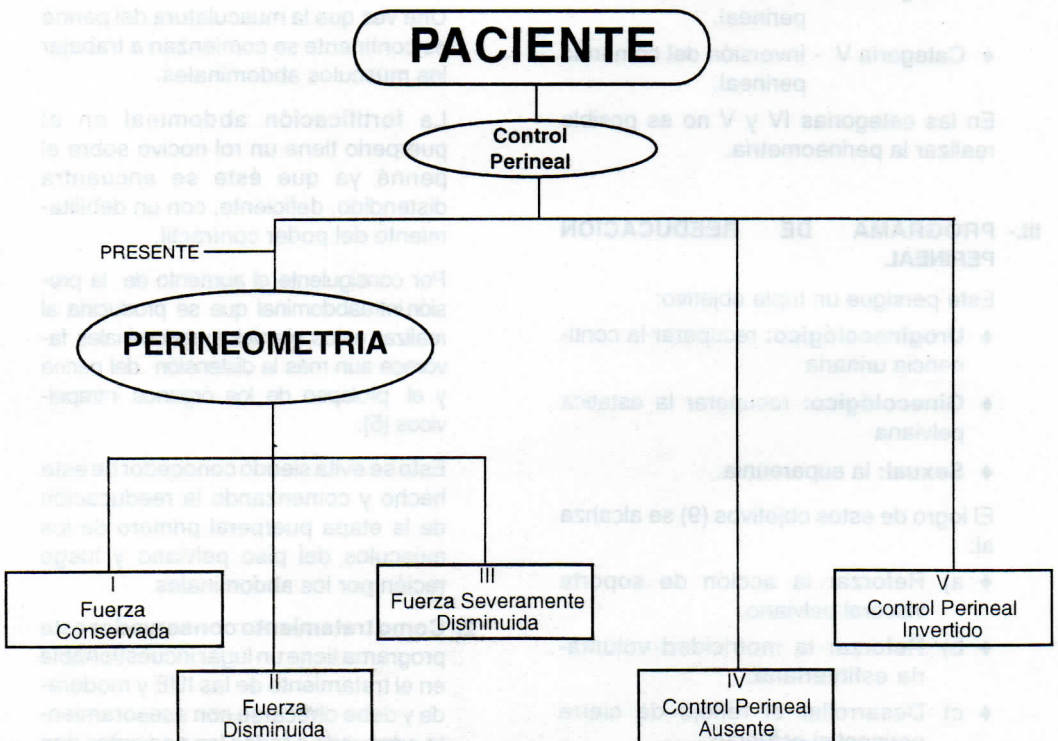
adquirir el control de la musculatura perineal.

- ◆ c) Permite obtener una valoración objetiva del funcionamiento perineal a través de un registro de presiones que nos permitirá a su vez realizar estudios comparativos y de evaluación pronóstica.

II.- CLASIFICACION:

Una vez que se hace el diagnóstico del estado muscular del periné se clasifica la paciente. De acuerdo a esta valoración los parámetros a tomar en cuenta son: la correcta comprensión

Clasificación operativa de la disfunción perineal



de la orden de contracción perineal por parte de la paciente (control perineal) y los valores hallados en la perinometría.

Agrupados estos dos parámetros se obtiene la siguiente clasificación:

(Fig. 3)

- ◆ Categoría I - Control perineal presente.
 - Perineometría: fuerza conservada.
- ◆ Categoría II - Control perineal presente.
 - Perineometría: fuerza disminuida.
- ◆ Categoría III - Control perineal presente.
 - Perineometría: fuerza severamente disminuida.
- ◆ Categoría IV - Ausencia de control perineal.
- ◆ Categoría V - Inversión del comando perineal.

En las categorías IV y V no es posible realizar la perineometría.

III.- PROGRAMA DE REEDUCACION PERINEAL

Este persigue un triple objetivo:

- ◆ **Uroginecológico:** recuperar la continencia urinaria
- ◆ **Ginecológico:** recuperar la estática pelviana
- ◆ **Sexual:** la eupareunia.

El logro de estos objetivos (9) se alcanza al:

- ◆ a) Reforzar la acción de soporte visceral pelviano.
- ◆ b) Reforzar la motricidad voluntaria esfinteriana.
- ◆ c) Desarrollar el reflejo de cierre perineal al esfuerzo.

- ◆ d) Mejorar la tonicidad vaginal.

INDICACIONES

Tiene diferentes indicaciones:

1. Con carácter preventivo en púerperas asintomáticas (10).

Este programa de reeducación se aplica en el post-parto inmediato de manera universal en los países desarrollados.

Estos ejercicios deben ser realizados obligatoriamente en este período pues de esta forma la musculatura del canal del nacimiento puede seguir cumpliendo en las mejores condiciones su papel de fijar y sostener los órganos contenidos en la pelvis (11).

De este modo se previene la aparición de prolapso genital e IUE tan frecuentes y temidos por la mujer en la etapa de la menopausia.

Una vez que la musculatura del periné es continente se comienzan a trabajar los músculos abdominales.

La fortificación abdominal en el puerperio tiene un rol nocivo sobre el periné ya que éste se encuentra distendido, deficiente, con un debilitamiento del poder contráctil.

Por consiguiente el aumento de la presión intraabdominal que se produciría al realizar estos ejercicios abdominales favorece aun más la distensión del periné y el prolapso de los órganos intrapélvicos (5).

Esto se evita siendo conocedor de este hecho y comenzando la reeducación de la etapa puerperal primero de los músculos del piso pelviano y luego recién por los abdominales.

2. Como tratamiento conservador este programa tiene un lugar incuestionable en el tratamiento de las IUE y moderada y debe ofrecerse con asesoramiento adecuado a todas las pacientes con

esta afección, dado que dentro de los tratamientos no quirúrgicos la reeducación constituye la terapéutica más eficaz (2).

Asimismo este tratamiento conservador está indicado en aquellas pacientes que no son de sanción quirúrgica.

3. Como tratamiento pre y post-operatorio en pacientes con IUE y/o prolapso de indicación quirúrgica.

Los resultados de los procedimientos quirúrgicos dirigidos a la corrección de la insuficiencia uroginecológica se ven favorecidos con el plan terapéutico pre y post-operatorio.

Este programa de reeducación consta de las siguientes etapas reeducativas (2):

1. Fase propioceptiva:

- ◆ 1.a) Información.
- ◆ 1.b) Toma de conciencia del estado muscular.
- ◆ 1.c) Acercamiento propioceptivo de la región perineal.

2. Fase kinesiterapia perineal.

1. Fase propioceptiva:

1.a) Información.

Es el tiempo esencial de la reeducación y de ella dependerá el éxito terapéutico. Se utilizan diferentes ayudas técnicas educativas para mostrar la situación profunda de los músculos referidos.

1.b) Toma de conciencia del estado muscular.

La paciente debe localizar exactamente su región perineal y ser consciente de la contracción muscular, ésto puede lograrse con la técnica de bio-feedback (13, 14).

En este sentido el perineómetro de Kegel es utilizado

en la terapéutica ya que gracias a un retrocontrol de información visual es posible adquirir el control de la musculatura perineal. (El desplazamiento de la aguja de manómetro es proporcional al trabajo muscular realizado).

En esta etapa se debe explicar al paciente la fisiopatogenia de la incontinencia, la importancia de una musculatura perineal en buen estado y la necesidad de su colaboración durante la terapia.

1.b) Bio-feedback.

Este método consiste en una toma de conciencia objetiva de una función fisiológica no elevada al nivel de la conciencia.

Se basa en el aprendizaje a través de métodos naturales de autocorrección.

La finalidad de esta técnica es de proponer un movimiento especial a una función particular para corregir una anomalía funcional. Esta corrección natural se efectúa mostrando objetivamente al paciente su efecto biológico con la utilización de signos sensoriales: visuales y auditivos.

Durante la tentativa de ejecución del movimiento voluntario, este método representa una ayuda posible y progresiva para el reaprendizaje de la performance motriz.

Este enfoque terapéutico que se refiere a sustituciones sensoriales transformadas en informaciones cuantificables de las variaciones de actividad muscular, es aplicado en el tratamiento de las disfunciones musculares.

Una vez que la velocidad, la amplitud, la performance y la pre-

cisión de la función muscular se alcanza, todas estas informaciones de retrocontrol son suprimidas.

1.c) Acercamiento propioceptivo.

Se adoptan diferentes técnicas para que la paciente logre en esta etapa percibir la musculatura intravaginal al realizar una contracción voluntaria.

2. Kinesiterapia perineal.

En la preservación o restauración de la función muscular nada es más importante que la repetición de los ejercicios guiados correctamente y efectuados activamente por la paciente (15).

Los ejercicios deben ser progresivos en cuanto a la frecuencia y resistencia ya que los músculos aumentan su fuerza y resistencia a la fatiga en proporción directa a la demanda que se les impone (16).

La kinesiterapia perineal se realiza clásicamente en 4 etapas de complejidad creciente:

- ◆ Trabajo activo del periné en decúbito.
- ◆ Trabajo activo del periné modificando la posición: sentado, cuclillas, de pie.
- ◆ Contracción perineal asociada a ejercicios de otros grupos musculares especialmente sinergistas - antagonistas del periné.
- ◆ Integración del trabajo perineal en las actividades cotidianas.

Ejercicios realizados con dispositivos intravaginales:

- ◆ 1. Tubos intracavitarios.
- ◆ 2. Conos intravaginales.

1. Tubos intracavitarios.

Se utilizan estos tubos lastrados en su extremidad distal.

La carga es variable y depende del tubo elegido. Las cargas adicionales más utilizadas son 50, 100, 200 y 250 g. Con ellos se realizan contracciones estáticas intermitentes.

El principal interés es de poder realizar un trabajo con carga cuantificable.

2. Conos intravaginales.

Consisten en un juego de 9 conos de igual tamaño pero cuyo peso se va incrementando gradualmente del primero al noveno. (De 10 a 100 g).

Se introduce el cono en la vagina con la base hacia arriba mientras que del otro extremo surge un hilo que permite su posterior extracción.

Su principal ventaja reside en la posibilidad de trabajar la musculatura perineal en posición de pie y con cargas progresivas y en ser un excelente método de bio-feedback (la sensación de deslizamiento actúa como retrocontrol sensorial que provoca una contracción refleja). El efecto está representado por la oclusión vaginal necesaria para mantener el cono en su lugar (17, 18).

Estimulación eléctrica funcional (SEF).

Es otro método que se realiza para tratar las disfunciones perineales.

Existen tres grandes categorías de estimuladores:

- a) Estimuladores internos implantables o marcapaso. Consiste en un estimulador implantado con 2 electrodos conectados a un receptor externo a batería.

Actualmente su uso ha disminuido a causa de complicaciones técnicas y fundamentalmente a que su eficacia no es superior a otras formas no implantables.

- b) Estimuladores externos. Consisten en un tampón vaginal unido por un cordón flexible a una batería. Este método es el más utilizado en nuestros días por su simplicidad.

- c) La estimulación eléctrica máxima.

Representa la forma no ambulatoria de tratamiento y seguramente la más elaborada.

Este método tiene un efecto importante sobre:

1. La presión de cierre uretral.

El efecto se produce a nivel del mecanismo esfinteriano uretral extrínseco por activación de la musculatura estriada pudiendo lograr un aumento de un 50% de su valor inicial.

2. El tono vesical.

Los resultados sobre la compliance vesical son muy significativos. Está indicada para aquellas pacientes que presentan una hiperactividad vesical o una compliance vesical baja.

La SEF del piso pelviano produce tres fenómenos urodinámicamente objetivables:

- ◆ Un aumento de la actividad del piso pelviano (EMG).
- ◆ Un aumento del mecanismo de cierre (esfinterometría).
- ◆ Un aumento de la compliance vesical (sistomanometría).

SEF. Contraindicaciones:

- ◆ Residuo miccional por superior a 100 ml.
- ◆ Tumor intrapelviano.
- ◆ Infección urinaria o genital.
- ◆ Nefropatía.
- ◆ Falta de colaboración de la paciente.

IV. PROGRAMA DE REEDUCACION VESICAL

Método de Frewen modificado.

El éxito de esta terapéutica radica en una indicación correcta luego de un diagnóstico acertado de inestabilidad vesical de origen sicosomático (19, 20); entendiendo por ello toda inestabilidad con traducción urodinámica sin causa orgánica (anomalías neurológicas, vasculares, diabetes, obstrucción y las infecciones urinarias recidivantes).

La reeducación vesical trabajaría sobre los mecanismos inhibidores a través de una educación apropiada.

Ella radica en la adquisición de una mejor inhibición central.

Se compone principalmente de:

- ◆ La supresión de hábitos miccionales inadecuados.
- ◆ Mejorar el ciclo continencia-micción.

Esto se logra a través de medios simples:

- ◆ Programa educativo.

- ◆ Reentrenamiento en el calendario miccional.

- ◆ Terapéutica comportamental.

Se trabaja con un calendario miccional que permite con este entrenamiento aumentar la capacidad vesical progresivamente (aumenta la compliance vesical).

Esto se apoya con una terapéutica medicamentosa y si fuera necesario con psicoterapia. Los resultados se objetivan luego de un período de tres meses por la historia clínica (disminuye la frecuencia miccional) y control cistomanométrico (vejiga estable).

Los resultados se acercan a un 75% de éxito con este método.

En las vejigas con importantes contracciones no inhibidas (superior a 100 cm. de agua), no se obtienen buenos resultados.

Estos diferentes métodos de reeducación perineal y vesical gozan de un merecido prestigio en Estados Unidos y países de Europa donde se desarrollan habitualmente programas de este tipo en instituciones públicas y privadas, tanto en pacientes con internación hospitalaria como ambulatoria (21).

El éxito de este programa de reeducación depende de la severidad de la afección, de la motivación y colaboración del paciente y de la supervisión periódica del médico rehabilitador. Logrado el mismo, permite mejorar la calidad de vida de la mujer al recuperar el periné sus funciones fisiológicas.

CONCLUSIONES

Dada la alta prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer se concluye que la siguiente metodología de estudio y tratamiento (De bajo costo y fácil implementación) constituye una valiosa contribución en la solución de esta patología en nuestro medio.

En este hospital se recomienda la im-

plementación de un programa de reeducación pelvi-perineal a ser llevado a cabo durante la internación y el control ambulatorio de las pacientes en etapa puerperal con carácter preventivo. Así mismo la coordinación con el servicio de Ginecología del Departamento de Gineco-Obstetricia a efectos de implementar un programa conjunto uroginecológico-fisiátrico para ofrecer el encare diagnóstico y terapéutico que acabamos de desarrollar a las pacientes que tengan indicación del mismo.

- ◆ Es de destacar que la puesta en marcha de estos programas no resultaría en erogaciones importantes para el Hospital Central de las FF.AA. dado que los recursos necesarios son de bajo costo y de fácil obtención:

- ◆ a) **Materiales.** Perineómetro de Kegel (Costo aproximado U\$ 1.000). Camilla ginecológica, más insumos correspondientes.

- ◆ b) **Humanos.** Médico rehabilitador y técnico fisioterapeuta.

Estos requerimientos están acordes con la casuística del Hospital Central de las FF.AA. referidas al período Enero-Diciembre 1992 en que se registran un total de 1.829 partos y 105 casos de pacientes con disfunción urogenital.

BIBLIOGRAFIA

1. PONS, J.E., MARTINEZ, J., FERNANDEZ, W., VIERA, B., POLTO., PEREIRA BONASSO, J. et al.- Incontinencia de orina en la mujer. Enfoque integral multidisciplinario. Inédito. Presentado al Gran Premio Nacional de Medicina (mención honorífica). Academia Nacional de Medicina, Montevideo.
2. GOSLING, J.- The structure of the bladder and urethra in relation to function. Clin. Obstet. Gynaecol. 6: 220; 1979.
3. BOURCIER, A., JURAS, J.- Urodynamique et readaptation en Urogynécologie. Ed. Vigot, Paris; 1986.
4. KEGEL, A.H.- Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. Am. J. Obstet. Gynaecol. 48: 56; 1948.
5. MILLIARD, R.J.- Bladder control a simple selfhelp guide. Sydney. Mac. Lennan and Petty Pty. Ltd. 21; 1987.
6. LADAS, A.K., WHIPPLE B., PERRY, J.A.- El punto G y otros descubrimientos recientes sobre la sexualidad, Ed. Grijalbo, Barcelona; 1983.

7. LAPIERRE, A.- La reeducación física. Tomo II Ed. Científico, Médica, Barcelona, 1978.
8. KEGEL ARNOLD, A.H.- Physiologic therapy for urinary stress incontinence. JAMA 10: 915; 1952.
9. BOURCIER, A., JURAS, J.- Le plancher perlvien. Ed. Vigot, Paris; 1989.
10. SLEEP J., GRANT A.- Pelvic floor exercises in postnatal care. Midwifery 3; 1987.
11. WILSON, P.D., ALSAMARRAI, T., DEAKIN M., KOLBE, E., BROWN, A.D.G.- An objective assessment of physiotherapy for female genuine stress incontinence. Br. J. Obst. Gynaecolo., 94: 575; 1987.
12. LAYCOCK, J.- Graded exercises for the pelvic floor muscles in the treatment of urinary incontinence. Physiotherapy 73; 1987.
13. LEAL LOPEZ, A.- Tratamiento de la enuresis en la urodinámica aplicada. Ed. MCR Barcelona, 413: 430; 1987.
14. PERRY, J.D.- Perineometer instructions. Fifth edition Biotechnologies, Inc. 1964.
15. BOUCIER, A.- Ejercicios para el refuerzo del diafragma pelviano. Comm. University Southern California; 1978.
16. CURA, F.- Ejercicios de Kegel en la incontinencia de orina. I Congreso Uruguayo Repr. Ester. Congr. Extra. Ginecot. Tomo 2, 217, Montevideo, 1977.
17. PEATTIE, A.B., PLEVNIC, S., STANTON, S.L.- Vaginal cones: a conservative method of lesting genuine stress incontinence. Br. Obst. Gynaecol., 95: 1049-1053; 1988.
18. WILSON, P.D., BORLAND, M.- A preliminary study of vaginal cones for the treatment of genuine stress incontinence. Proc. Univ. Otago Med. Sch., 66: 95; 1988.
19. FREWEN, W.K.- An objective assessment of the inestable bladder of psychosomat origin. Brit. J. Urol., 50: 246-249; 1978.
20. FREWEN, W.K.- A reassessment of bladder training in detrusor dysfunction in female. Brit. J. Urol., 54: 372-373; 1982.
21. HENALLA, S.M., KIRWAN P., CASTLEDEN, D.M., HUTCHINS, C.J., BREESON, A.J.- The effect of pelvic floor exercises in the treatment of genuine stress incontinence in women at two hospitals. Br. J. Obstet. Gynaecol., 95; 1988.

RESUME

Le présent travail traite sur les procédures nécessaires pour la dominance des vestus génériques dans de centres de soins et groupes dans les établissements lux domiciliaires et en

SUMMARY

The present research deals with the