



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

TESE DOUTORAL

**“Calidade de vida, custe económico e tipos de incontinencia
urinaria na terceira idade, en Galicia”**

**José María Dios Diz
ANO 2009**



Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos, *Catedrático de Enfermaría Xeriátrica e Xerontolóxica* do Departamento de Enfermaría da Universidade de Santiago de Compostela, e o **Dr. José Ramón Corrochano Santos**, profesor do Programa Oficial de Posgrao, Máster en Xerontoloxía Social da USC, como directores desta tese,

INFORMAN:

Que a memoria adxunta titulada: **“Calidade de vida, custe económico e tipos de incontinencia urinaria na terceira idade, en Galicia”**, para optar ao Grao de Doutor, presentada por **José María Dios Diz**, realizouse baixo a nosa dirección.

Considerando que constitúe traballo de tese, autorizamos a súa presentación na Universidad de Santiago de Compostela.

Asdo. Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos
DIRECTOR

Asdo. Dr. José Ramón Corrochano Santos
DIRECTOR



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

TESE DOUTORAL

**“Calidade de vida, custe económico e tipos de incontinencia
urinaria na terceira idade, en Galicia**

**José María Dios Diz
AUTOR**



AGRADECEMENTOS:

Ó profesor Jose Manuel Mayan Santos, director desta Tese, que me animou en todo momento para poder levar a cabo un proxecto ilusionante. Pola súa confianza en min e no meu traballo, indicándome en todo momento cómo mellor levar a cabo este proxecto.

Ó profesor José Ramon Corrochano, que me asesorou, e foi quen, de indicarme a orientación que debería darlle a Tese, así como os pasos a seguir para conseguilo.

O Dr. Juan Ramón García Cepeda, que ca súa colaboración desinteresada, foi fundamental para darlle contido e dinamismo a Tese Doctoral.

A miña compañeira e o meu fillo, que me animaron a tomar esta decisión tan importante e observan agora os frutos do traballo tan intenso realizado.

Quero agradecer a todos/as os/as colaboradores no Estudo, sobre todo os que fixeron posible o ardoroso traballo de campo, pois deberemos valorar o gran número de entrevistas realizadas, así como o grao de dificultade en moitos casos (desprazamentos a domicilio, pacientes con Incontinencia Urinaria Funcional, preguntar por unha persoa falecida, etc.).

**“NON TRATAMOS UNHA ENFERMIDADE, TRATAMOS UN/HA
PACIENTE”**

*Scientific Committe of the First International Consultation on Incontinence .The Lancet.
2000; 355: 2.153-8.*

*2nd International Consultation on Incontinence. Plymouth (U.K.). Plymbridge Distributors
Ltd. 2002.p. 627-97.*

INDICE:

1. Introducción	7
1.1. Incontinencia Urinaria:	14
1.1.1 Definicións	14
1.1.2 Tipos de IU	35
1.1.3 Diagnóstico da IU	43
1.1.4 Tratamento da IU	49
1.2. Prevención da IU	57
1.3. Repercusións da IU	60
1.4. Envellecemento e IU	63
1.5. Custe económico da IU	65
1.6. Calidade de Vida	66
2. Obxetivos	70
A) Obxetivo Xeral	71
B) Obxetivos Específicos	71
3. Xustificación	73
4. Metodoloxía	81
Características e determinación da mostra	83
Diseño do traballo	84
Desenrolo do protocolo	85
Tratamento estatístico	86
5. Resultados	89
6. Discusión	111
7. Conclusións	131
8. Bibliografía	135
9. Anexos	141

INTRODUCCIÓN:

A **Incontinencia Urinaria (IU)**, está considerada como un dos grandes Síndromes Xeriátricos. Como tal, é enfocada na maioría dos estudos realizados. Pero temos que dicir, que é unha patoloxía, que moitas veces reflexa unha situación previa que é a que provoca a incontinencia.

Dende a idade infantil, prodúcense os escapes de ouriños de forma involuntaria (Enurese), mulleres en idade laboral padecen este Síndrome, pacientes neurolóxicos (lesionados medulares, enfermidade de Parkinson, etc.), e por suposto, na terceira idade.

Sería máis didáctico, falar de “perda da continencia”, no lugar de incontinencia.

É unha patoloxía considerada “tabú”, e existen moitos “por qué?” para non dicírlle o Médico “escápanse os ouriños”. Dentro da casuística estudada, aparecen diferentes motivos para non falar deste cadro cos responsables sanitarios: dende “que me da vergonza, ata que “o que teño, e algo que ocorre ca vellez, e que non se pode facer nada”.

Relacionar a Incontinencia Urinaria ca **Calidade de vida**, e algo que sempre interesou os investigadores neste campo. Poucas veces, fíxose un estudo tan amplo, en poboación xeral, sin relación co Sistema Sanitario. Os estudos feitos, o foron en Residencias, en Centros de Día, en Hospitais de Agudos, en Servizos de Urgencias, etc. Pero en poboación xeral, estes traballos son escasos, por non dicir nulos. Valorar a Calidade de Vida, é algo que se realiza dende fai pouco tempo, e dá idea da importancia que vai acadando este problema.

Tendo en conta o **Custe Económico** da Incontinencia Urinaria, e comparalo con enfermidades tan prevalentes como a Diabetes ou a Hipertensión Arterial, dá idea tamén, da magnitude a nivel económico deste cadro.

A Atención Primaria, como primeiro escalón do Sistema Sanitario, ten que ter unha grande trascendencia no descubrimento de novos pacientes con este Síndrome, pois, unha vez diagnosticada, seguindo o protocolo de actuación, poderemos saber o Tipo de IU que presenta o paciente, e posteriormente tratalo da forma máis axeitada.

Tamen temos que ter unhas directrices, para saber que si o paciente ten unha IU que nós non podemos tratar, derivalo o especialista para que nas Unidades de IU dos Hospitais de referencia, podan tratar de forma adecuada a este paciente.

O traballo que pretendemos realizar, da unha idea da importancia da IU non só polos valores que expuxemos antes, senón que si seguimos unhas directrices axeitadas, podemos mellorar moito a Calidade de Vida dos nosos asegurados.

A Incontinencia Urinaria (IU), é un **Síndrome Xeriátrico**. Como tal, debe ser considerado, como que afecta as persoas maiores. Pero este cadro, que ten unha relación directa ca idade e co sexo feminino, afecta tamén a idades máis temperáns da vida, e debemos relacionalo con situacións, tales como, os partos ou as intervencións cirúrxicas. Polo tanto, é un Síndrome Xeriátrico, pero non exclusivo da terceira idade.

Valorar a Calidade de Vida dos pacientes que padecen esta enfermidade, así como ter en conta o Custe Económico que representa todo o relacionado ca Incontinencia Urinaria, será moi relevante.

Relacionar a IU con outras enfermidades prevalentes na nosa sociedade, e determinar o Tipo de IU que presenta o paciente, para, según sexa éste, poder ou non, tratalo en Atención Primaria, ou ben, derivalo o especialista correspondente, será unha das prioridades dos profesionais que nos dedicamos a tratar con persoas maiores.

A Agencia de Salud Pública de USA (Agency for Health Care Policy and Research -AHCPR-) considera a Incontinencia Urinaria, como un problema de saúde pública e unha das 7 situacións médicas que require adopción de medidas para solucionar ou mellorar a súa repercusión.

De acordo cas indicacións da “II International Consultation on Incontinence” para a práctica e a investigación clínica, incluímos o cuestionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form)¹ para avaliar os síntomas e o impacto da IU na Calidade de Vida.

Según o Catedrático de Fisioloxía e Endocrinoloxía Experimental da Universidade Complutense de Madrid, o **Profesor Jesús Angel Fernández Tresguerres**, “dentro de cuarenta anos, España (Galicia), podría ser el País con la población más envejecida del mundo”. Comenta que “sería necesario, prevenir algunas de las manifestaciones asociadas al envejecimiento, con el fin de retrasar la aparición de determinadas enfermedades”. Atendendo as indicacións deste experto, todo o que fagamos para evitar a aparición da IU sería positivo.

Importante, é que o traballo está elaborado en **poboación xeral**, e dicir, en xente que non ten ningunha relación co Sistema Sanitario, pois a forma de captación dos participantes, é a través do cupo Médico, de cada un dos investigadores participantes neste estudo.

Cos datos que nos aporte este traballo, esperamos sensibilizar os profesionais da saúde, sobre a magnitude deste problema e facilitarlle as ferramentas que contribúan a un mellor diagnóstico e tratamento destes pacientes, que traducirase nunha mellora, de forma rotunda, da súa Calidade de Vida, de forma global (salud física e psíquica, familiar e social).

Daremos datos de **Custe Económico** da Incontinencia Urinaria, e o compararemos con enfermidades tan prevalentes en Galicia, como a Diabetes, a Hipercolesterolemia ou a Hipertensión Arterial.

Outra parte importante do traballo, é saber o **Tipo de IU** que presentan os pacientes que teñen este Síndrome.

Por último, daremos datos de **Prevalencia**, en poboación xeral, sin relación co Sistema Sanitario.

A especialidade principal, na forma de enfoca-lo problema da Incontinencia Urinaria, é a Atención Primaria. O ser a porta de entrada o Sistema Sanitario, é neste nivel onde deberemos facer o esforzo de captar os/as posibles asegurados/as co problema da perda de ourinos.

Si preguntamos directamente o asegurado polas súas perdas de ouriños, a persoa, poñerase a defensiva e non nos responderá da forma máis sincera posible. Debemos seguir a **Brocklehurst JC²**, e facer 7 preguntas diferentes, onde a última, fai referencia o problema das perdas de ouriños e cando o asegurado non sepa por onde vai a entrevista.

Como é un tema “tabú”, si a persoa a que lle preguntamos polas perdas de ouriños sabe de qué vai o tema, poñerase a defensiva e nos contestará de forma diferente a realidade. Só, si non sabe de qué vai o estudo, poderemos obter unha resposta sincera a esta pregunta.

Despois de facer nós a Historia Clínica do paciente con IU, deberemos ter coidado, e valorar “si será cousa nosa”, e, lóxicamente, si o problema se nos escapa, deberemos contar ca Xinecoloxía e ca Uroloxía. E Sobre todo, cas Unidades de IU Hospitalarias.

A Incontinencia Urinaria é un **Síndrome Oculto**, no que a Atención Primaria ten un papel fundamental na captación do problema. Si éste é tratado en AP, pode mellorar moito a súa Calidade de Vida. Si o caso se complica, deberemos recurrir o Especialista para a súa valoración posterior. Teremos en conta, como veremos, que 1 de cada tres persoas, sin relación co Sistema Sanitario, maior de 64 anos, é Incontinente.

Tamen debemos ser capaces, de que os pacientes que padecen este Síndrome, non o consideren algo que “ocorre ca vellez”. Non debemos consentir que se extenda a idea de que a IU é un problema que non ten solución e que por tanto, “nin siquera o consultamos”, pois é algo que “ten que ser”.

Un paciente tratado de forma axeitada, cos protocolos previos, non curará a súa IU, pero sí mellorará as súas condicións de vida.

Outro concepto importante, é que os pacientes non sintan vergoña, de consultar un cadro deste tipo. Preguntados os asegurados por qué non consulta esta patoloxía, as respostas son do mais variado: dende o que considera que “non ten a suficiente confianza co seu Médico para decirlo”, ata o que comenta que “pensei que se me quitaría so”, ou o que non o consulta por “ter medo a que lle fagan unha serie de probas molestas”. Sempre está o que dí que “e algo que ocorre ca vellez”.

Todas estas opinións, algunhas erróneas, óense na consulta de Atención Primaria, e nós, como sanitarios, debemos cambiar uns conceptos, que actualmente están obsoletos.

Tamen é importante saber o grao de implicación dos profesionais sanitarios, tanto Médicos como Enfermeiros/as, para saber si o seu nivel de implicación co cadro é importante. Cántos profesionais preguntan ós asegurados polos seus escapes de ouriños?

A Incontinencia Urinaria, ten outra connotación importante, e é a influencia negativa que ten nas **relacións sexuais**.³ O/a paciente que a padece, deixa de manter relacións sexuais, debido a problemática que isto pode acarrear.

Qué papel desempeñan os músculos do solo pélvico na resposta sexual da muller?

A musculatura pubococcíxea está formada por varios músculos, que actúan conxuntamente durante a resposta sexual. Esta musculatura encóntrase inervada, basicamente, pola rama motora do nervio pudendo, cuxa rama sensitiva é a que recibe os estímulos da zona clitorica, os labios, a parte inferior da vaxina e o ano. Elo xá da idea da importancia que posee o estado da musculatura pélvica na resposta sexual.

Qué outras disfuncións sexuais poden producirse na vellez, pola falta de ton muscular pélvico? Anorgasmia, perda de sensibilidade, sensacións dolorosas durante o coito, inapetenza ou perda de interese sexual?

Unha perda de sensibilidade ou unha maior dificultade en alcanzar o orgasmo, si poden estar relacionadas con un baixo ton muscular. As sensacións dolorosas durante o coito, estarían máis ben relacionadas cun exceso de tensión muscular ou ben con unha falta de control desta musculatura. En moitas mulleres producense estados crónicos de tensión da musculatura pélvica, así como espasmos ou intensas contraccións, máis frecuentemente durante a relación sexual. Estes estados solen pasar desapercibidos para a muller que non posee sensibilidade hacia o estado da súa musculatura pélvica e que se mostra incapaz de contraela ou relaxala.

Tanto os problemas derivados dun baixo ton como dun exceso de tensión muscular poden comportar problemas sexuais e con elo, unha diminución do desexo sexual.

O traballo que pretendemos realizar, está confeccionado según as pautas éticas, que inclúen o **Consentimento Informado** dos pacientes. Pasóuselle un escrito oficial de consentimento informado, a él ou o familiar responsable, si a persoa estaba incapacitada, e logo de firmalo, procedéuse a facer a entrevista.

Tamén implica, que o paciente identificable, que participou no estudo, poda velo, cando sexan publicados os resultados.

1.1. INCONTINENCIA URINARIA:

1.1.1. DEFINICIÓNS:

Incontinencia de ouriños contínua: é a permanente perda de ouriños.

Sensación vesical: pode ser: normal, aumentada, reducida, ausente e inespecífica. Fai referencia ás diferentes sensacións no desexo miccional.

Nicturia (Nocturia): cando a persoa quéixase de que precisa despertarse durante a noite, unha ou máis veces para ouriñar.

Frecuencia Nocturna: é a necesidade de ouriñar unha ou máis veces durante a noite, no tempo comprendido dende que a persoa se acosta ca intención de durmir e o momento de despertarse ca intención de levantarse. A Frecuencia Nocturna, diferénciase da Nicturia, en que a primeira inclúe as miccións que se realizan logo de que a persoa acostárase, pero antes de haberse quedado durmido.

Definición de nivel socioeconómico: a determinar por variables como a profesión da persoa e a da súa parella (si a ten) e o nivel de estudos. Por sexos, consideraremos un 55% de mulleres e un 45% de homes.

En cada caso de IU, debería ser descrita, especificando os factores relevantes como o tipo, frecuencia, severidade, factores desencadeantes, impacto social, efecto sobre a hixiene e a calidade de vida, as medidas utilizadas para as perdas, si a persoa desexa axuda ou non, etc.

Os signos da IU, son indicadores obxetivos de enfermidade, observados polo Médico, incluíndo recursos simples diseñados para verificar e cuantificar os síntomas.

Outros instrumentos que se poden usar para valorar os síntomas do cadro, son as follas de frecuencia/volumen, a proba dos absorbentes, os cuestionarios validados de síntomas e calidade de vida, etc....

Existe un termo importante, cando falamos de Incontinencia, e refírese a **Enurese**: defínese como calquer perda de ouriños. Utilízase para indicar calquer perda de ouriños durante o sono. Estudos recentes, indican que a Enurese, herédase. De feito, en nenos cun pai/nai que padecera IU, ten un 50% de posibilidades de desenvolver esta patoloxía, e ata un 75% si ocorreu nos dous proxenitores.

Os especialistas en Enurese, opinan que sigue sendo un tema “tabú”, posto que a maioría dos pais/nais que acuden as consultas por outros motivos, non informan sobre este aspecto da saúde do neno/a. Calcúlase que en España existen 450.000 nenos/as con esta patoloxía, pero os pediatras estiman que esta cifra pode ser moito maior, xá que é “unha enfermidade que sigue sin verbalizarse no ámbito familiar e social”. Características éstas, que coinciden ca IU nos maiores.

A Enurese, pode causar graves problemas de socialización, fracaso escolar e afectar a vida familiar do neno/a, que, pouco a pouco, retraerese a aislarase socialmente. Os pediatras, consideran que a enfermidade está infradiagnosticada, debido o escaso coñecemento que dela se posee, polo que “se alarga e empeora un problema que tería fácil solución si os pais/nais estiveran concienciados e os pediatras contaran cas ferramentas que facilitarán o diagnóstico precoz e o tratamento”. Estas conclusións, derívanse do “Libro blanco da Enurese Monosintomática Primaria en España”, onde participaron a Asociación Española contra la Enuresis, las Sociedades de Endocrinología Pediátrica y Pediatría Extrahospitalaria, o Grupo de Uropediatria da Asociación Española de Urología e a Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Informe presentado no ano 2007.

O tratamento farmacolóxico pode curar a enfermidade da Enurese nun período de 6 meses, acompañándose doutras medidas conductuais e hixiénicas, como a retirada de cueiro, o entrenamiento vesical durante o día, evitar os derivados das cafeínas e ouriñar sempre antes de irse a durmir.

As causas que poden ocasionar a Incontinencia nos nenos, son multifactoriais: xenéticas, retraso madurativo do control miccional, baixa produción de hormona antidiurética durante a noite, trastornos do despertar, etc. Nun segundo termo, encontraríase a derivada do mal entrenamiento do uso do baño, o retraso na capacidade de manter os ouriños, vexiga pequena, malas costumes de sono, conflitos familiares, etc.

Todas estas conclusións, xá nos poñen sobre a pista do que vai ser a Incontinencia Urinaria nos adultos e por ende, nos anciáns. Moitas das explicacións para tratar un tema, serán similares ás que demos para tratar o mesmo tema pero nos maiores.

No ano 1975 a ICS **define a Incontinencia Urinaria** como “a perda involuntaria de ouriños, que é obxetivamente demostrable e que constitue un problema social e/ou hixiénico”.

Esta definición, proposta polo Comité de Estandarización da “Sociedad Internacional para la Continencia” (SIC)⁴, é a máis universalmente utilizada. No ano 2002, a SIC define a IU como “toda queixa de escape involuntario de ouriños”⁵. Esta definición, é menos rixida ca anterior, e permite unificar criterios, o que representa un avance importante no campo dos estudos epidemiolóxicos.

A definición da IU que propuso a ICS e demasiado ampla e pode incluír potencialmente a calquer persoa que tivese un único escape de ouriños o longo da súa vida, por iso, a ICS especifica que, en cada caso, o diagnóstico de IU deba ser completado ca descripción dunha serie de circunstancias relevantes, concretamente: tipo e frecuencia de presentación, severidade da IU, factores precipitantes, impacto dos síntomas sobre a Calidade de Vida, medidas utilizadas polo paciente para a contención dos ouriños e o desexo por parte do mesmo de buscar ou non, axuda médica.

No ano 2003, faise en España o **primeiro cuestionario curto de diagnóstico da IU**. Trátase dunha versión do International Consultation on Incontinence (ICIQ), creado no ano 2002 polo Comité de Expertos da Second International Consultation. É de gran utilidade na avaliación dos pacientes con IU. Está formado por tres ítems (frecuencia, cantidade dos escapes e afectación), e demostran ter unha elevada consistencia interna na versión orixinal do cuestionario.

A suma de todas as puntuacións, dá un resultado total do cuestionario, entre 0 e 21 puntos; existe un grupo, de 8 preguntas relacionadas co tipo de IU que non forman parte da puntuación do cuestionario e teñen unha finalidade descritiva e orientadora sobre o tipo de IU.

Para casi ninguén, é aceptable xá o termo de “**saúde**”, como a mera ausencia de enfermidade, senón, como define a OMS (Organización Mundial da Saúde), “o estado de benestar físico, psíquico e social”. Correspondería a mellora na Calidade de Vida.

Declaracións do Presidente do Colexio Médico de Lugo, o **Dr. José Ignacio Vidal Pardo**, debemos “servirnos da información para xerar procesos que interrelacionen ós individuos ca súa propia saúde e cos Médicos, procurando crear redes de intercambio de información, espazos que vaian dirixidos a prevención e a promoción da saúde”.

Na actualidade, non podemos ver o Médico, aínda que algúns así o pretendan, como “simple operario dunha fábrica de curar (**Juan Bestard**). Necesítanse esforzos, para crear unha maior cultura de información en saúde, incluíndo o patrocinio das Administracións.

Como dí o Catedrático de Microbioloxía da Universidade de Santiago de Compostela, o Dr. **Benito Regueiro García**, enfermidades como o Alzhéimer (que ten como un dos seus síntomas, a Incontinencia Urinaria), nun futuro, podrán ser curabeis, pois él, comenta que “en principio, os seres humanos, estamos previstos para unha duración e esa duración vai a depender do entorno no que vivimos. O desexable sería que esa vida fose de calidade. Agora, todo é curable, todo é manipulable. Pero temos que definir ben as características. Nestes anos o reto fundamental é o Cerebro e o Sistema Nervioso; agora mesmo os plans de investigación dos países máis avanzados céntranse nas Neurociencias”.

A Incontinencia Urinaria, debemos encadrala, según a sua:

- Importancia, xa que afecta fundamentalmente a Calidade de Vida (a persoa adáptase a enfermidade).
- Magnitude, en España afecta a cerca de dos millóns e medio de persoas maiores de 65 anos.
- Vulnerabilidade: diagnósticase facilmente, é prevenible en moitos casos, ten unha boa resposta terapéutica na maioría dos pacientes e as medidas paliativas melloran de forma sustancial a Calidade de Vida.
- Factibilidade, xá que o tratamento é aceptado polos pacientes, e a maioría dos casos pódese e débese, abordar dende a Atención Primaria de saúde.
- Non existen problemas éticos e non só non supón unha carga económica para o Sistema Sanitario, si nón que, con só medidas preventivas, poderíanse aforrar moitos millóns de euros o ano.

A Incontinencia Urinaria, defínese como ANISCURIA: PÉRDA DE OURIÑOS.

Os **Grandes Síndromes Xeriátricos**^{*}, podemos definilos como os problemas máis importantes que lles poden suceder os noso maiores. Entre eles consideramos:

1. Úlceras por presión.
2. **Incontinencia Urinaria.**
3. As Caídas.
4. Os Ictus: Confusión-Delirio.
5. Trastornos pola Inmobilidade.
6. Alteracións o comer ou trastornos da alimentación.
7. Alteracións do sono.
8. Infeccións no Maior.
9. Alteracións na pel.
10. Estreñimento.
11. Incontinencia Fecal.
12. Deterioro Cognitivo ou Demencia.
13. Depresión.

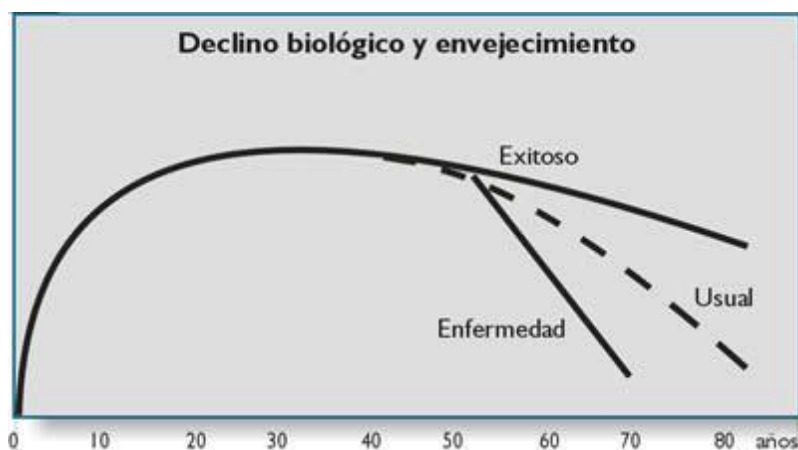
*

(Fonte: Varela, LF. *Valoración geriátrica integral*. En Varela LF: *Tópicos selectos en geriatría*, Lima, 2000, Universidad Peruana Cayetano Heredia).

O adulto maior é unha persoa que experimenta un conxunto de cambios psicolóxicos, entre os que temos: sentimentos como temor, retraibilidade, hostilidade, inseguridade, desasosego, ansiedade ou depresión. Pero é sobre todo o temor o abandono e a dependencia, aquilo que os aflixe. Neste contexto, é fácil comprender os seus problemas de adaptación a novos ambientes, máis aínda considerando a diversidade cultural do noso país, as actitudes da poboación respecto o envellecemento dos seus individuos e as dos propios Médicos e persoal da saúde.

Cas consideracións anteriores, nos é fácil comprender que as enfermidades no adulto maior, terán certos modelos de presentación e que a principal preocupación do clínico, será non soamente o diagnóstico e o tratamento causal, senón tamén o mantemento da función.

Acuñaose o termo "Síndromes Xeriátricas" para referirse as formas de presentación máis frecuentes das enfermidades no adulto maior. Como pode verse na seguinte gráfica, o proceso de envellecemento ten un **Declino Biolóxico (Gráfica 1)**,* cunha fase "exitosa/o", entre os 50 e os 60 anos, máis ou menos. En caso de enfermidade, o proceso biolóxico deteriorarase antes.



Gráfica 1. Declino Biolóxico.

* Fonte: Revista DIAGNÓSTICO. Volumen 42. Número 2. Marzo-Abril 2003.

Cada un dos Síndromes Xeriátricos, pode ser debido a unha ou a múltiples causas (exemplo: a Incontinencia Urinaria, pode ser debida a hipertrofia prostática, infección ou inmovilización forzada por un accidente cerebrovascular, etc.), así como unha mesma enfermidade pode presentarse como diferentes Síndromes (exemplo: a diabetes mellitus pode presentarse como delirio, síncope ou caídas).

Os Síndromes Xeriátricos eran así definidos, polas características que presentaban con máis frecuencia os anciáns ingresados en Xeriatria, respecto os de outros servizos.

Os Xeriatras, melloraron progresivamente a súa destreza no diagnóstico e tratamento destes problemas, de maneira que se lle foi dando a volta o concepto, e actualmente considérase que son pacientes candidatos a ser tratados por Xeriatria, ós portadores dalgún ou varios deles.

Foron definidos como "un conxunto de cadros orixinados pola conxunción dunha serie de enfermidades que alcanzan unha enorme prevalencia no ancián e que son frecuente orixen de incapacidade funcional ou social". A Comisión Nacional da Especialidade de Xeriatria, os define como Síndromes ós que se chega como consecuencia de enfermidades de alta prevalencia nos anciáns, as veces, con manifestacións atípicas ou inadecuadamente controladas e en avanzado estado de evolución e que conlevan unha notable perda da autonomía persoal e da Calidade de Vida, asociándose frecuentemente a problemas sociais.

As **relacións anatómicas** son fundamentais para entender o proceso da perda da continencia:

Aparato Xenital Masculino; (Figura 1):

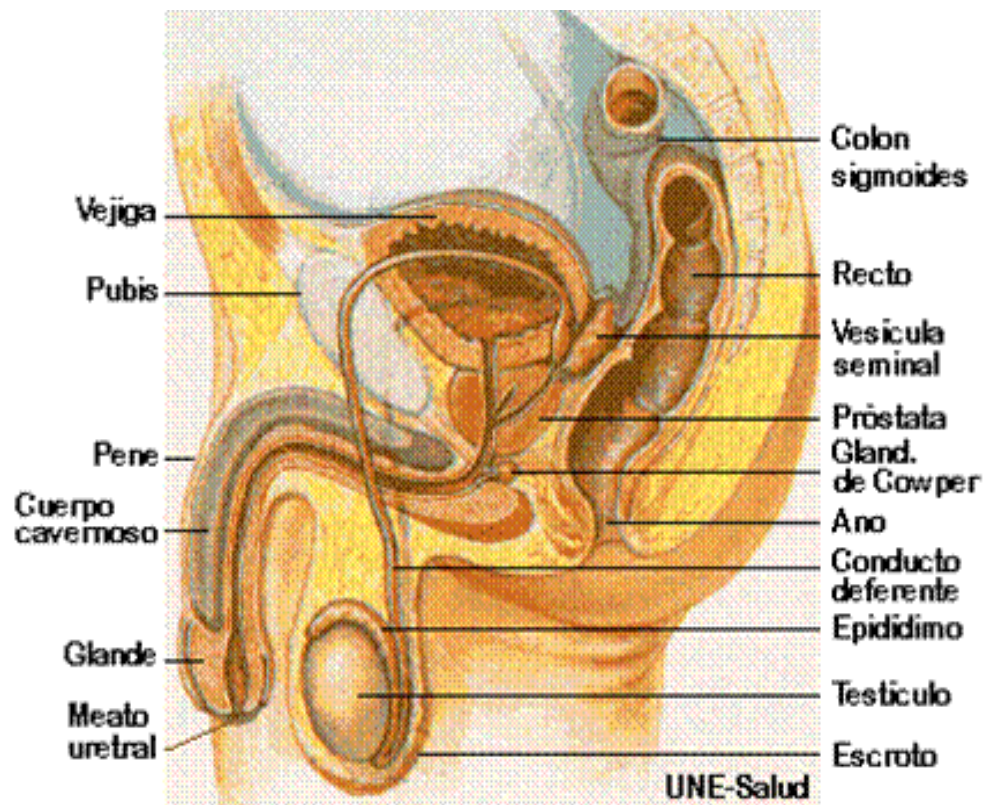


Figura 1: Fonte: Atlas de Incontinencia Urinaria y Suelo Pélvico. Dr. Jesús Moreno Sierra. 2007.

Aparato Xenital Feminino; (Figura 2):

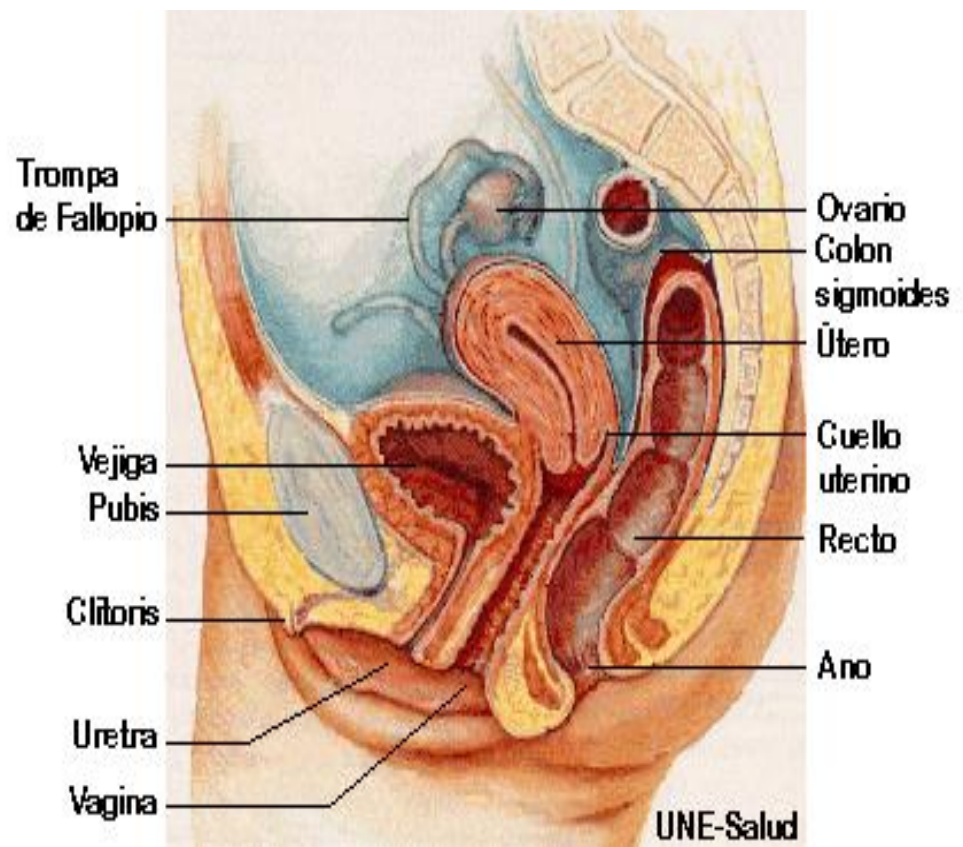


Figura 2: Fonte: Atlas de Incontinencia Urinaria y Suelo Pélvico. Dr. Jesús Moreno Sierra. 2007.

A Incontinencia Urinaria é considerada como un problema de saúde, de elevada **Prevalencia**, pero ata a data actual, nin en Galicia nin en España, realizáronse estudos deste tipo.^{2,6,7,8,9}

Os diferentes equipos de investigación, tratan de definilos conceptos da Incontinencia Urinaria, e así, a SIC, nomea un subcomité de traballo, que realiza un gran esforzo para definir diferentes conceptos terminolóxicos.¹⁰

Existen en España, máis de 7 millóns de persoas*¹¹, maiores de 65 anos; delas, o 34,64% presentan IU, é dicir, 2,530.843 persoas presentan IU. Varias son as razóns que a provocan. A causa é multifactorial e as veremos máis adiante. Pódese dicir que é unha doencia que afecta principalmente a mulleres, persoas maiores e nenos. Sin embargo, nada máis que o dez por cento deles, llo comenta o seu Médico. Sóamente razóns culturais e creenzas absurdas ("é inevitable, irremediable e incurable", que pensaban incluso os facultativos), explican esta falta de consulta.¹²

Deberemos ter en conta ós pacientes que padecen Incontinencia Urinaria como consecuencia dunha enfermidade neurolóxica (Enfermidade de Alzheimer, considerada como a Epidemia do Século XXI), e valorar que estos pacientes padecerán a IU polo déficit neurolóxico previo.¹³

Ter claros os conceptos de Calidade de Vida, é algo fundamental para alguén que quere facer un traballo de investigación sobre este tema, en persoas maiores.¹⁴

**Fonte: Traballo presentado polo autor desta tese, en 2007, en San Petesburgo, no Congreso Internacional de Xerontoloxía.*

Existen unha serie de factores que deberemos ter en conta, na **Anamnese** da IU:

- Hábitos tóxicos e dietéticos:
 - Tabaquismo como causa da tos crónica.
 - A inxesta de alcol.
 - Inxesta de outros líquidos e bebidas con efecto diurético (cervexa) ou estimulantes (café, té, infusións, colas, bebidas gaseosas, auga tónica, cítricos, etc).

- Utilización de fármacos, que podan desencadear a IU:
 - Anticolinérxicos:
 - Antisecóxicos.
 - Antidepressivos tricíclicos:
 - Imipramina.
 - Amitriptilina.
 - Doxepina.
 - Antihistamínicos.
 - Espasmolíticos.
 - Antieméticos.
 - Opiáceos. Ipratropio.

 - Relaxantes do músculo liso:
 - Benzodiazepinas.

 - Beta agonistas:
 - Salbutamol.
 - Terbutalina.

 - Antagonistas do Calcio:
 - Nifedipino.
 - Flunarizina.
 - Verapamilo.
 - Amlodipino.

 - Inhibidores da síntese de PG: AINES:
 - Flubiprofeno.
 - Indometacina.

- Vincristina.
- Alfa agonistas: desconxestionantes nasais:
 - Efedrina.
 - Fenipropalamina.
- Antipsicóticos.
- Estriol, Bromocriptina.
- Diuréticos: sobre todo os de asa.
- Alfa bloqueantes:
 - Doxazosina.
 - Alguns IECAS.
- Prácticas deportivas: deportes como a hípica, bicicleta, etc.
- Antecedentes patolóxicos previos:
 - Estreñimento.
 - Obesidade.
 - Patoloxía respiratoria con tos crónica.
 - Enfermidades neurolóxicas como o enolismo.
 - Enfermedades endocrinas: a diabetes.
 - Insuficiencia dos riles.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Enfermedades urolóxicas:
 - HBP.
 - Estenose ureteral.
 - Tumores.
 - Enfermedades dixestivas.
 - Antecedentes cirúrxicos:
 - Histerectomía.
 - Prostatectomía.
 - Carcinoma colorectal.
- Antecedentes Obstétricos e Xinecolóxicos:
 - Número de partos, instrumentación nos mesmos, episiotomía, duración do período expulsivo.

- Número de cesáreas con traballo de parto.
 - Prolapsos.
 - Tumores.
- Antecedentes de radioterapia previa.

 - As alteracións da función cerebral, que podan producir unha IU funcional.

 - Temos que descartar outros trastornos asociados, como poden ser a Disfunción eréctil, a Incontinencia Anal (que se asocia ata nun tercio dos casos), así como a dispareumia, a sequedade vaxinal e o prurito vaxinal.

Falaremos mais, de “perda da continencia”, e para elo, deberemos entender o **mecanismo de acción** dos músculos e demais estruturas, para que os pacientes non teñan Incontinencia Urinaria:

- A ouriña chega a vexiga procedente dos riles a través dos uréteres. **1**
- A vexiga vaise enchendo, de maneira que a presión no seu interior vai aumentando paulatinamente. **2**
- Cando a presión vesical (no interior da vexiga) é maior ca presión uretral (no interior da uretra), actívase o reflexo da micción, o que provoca un desexo de ouriñar. A persoa relaxa voluntariamente o esfínter externo uretral para dar paso a saída da ouriña.
- A micción voluntaria precisa tamén da relaxación dos músculos do perineo **3**, que permiten que a ouriña saia o exterior. **(Figuras 3 e 4).**

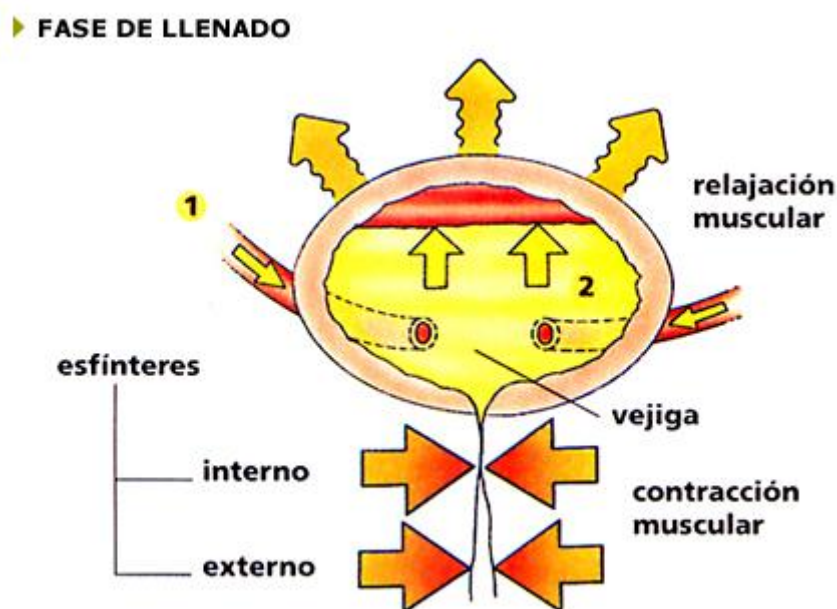


Figura 3. Fonte: www.ocu.org/map/src/234911.htm

► FASE DE VACIADO

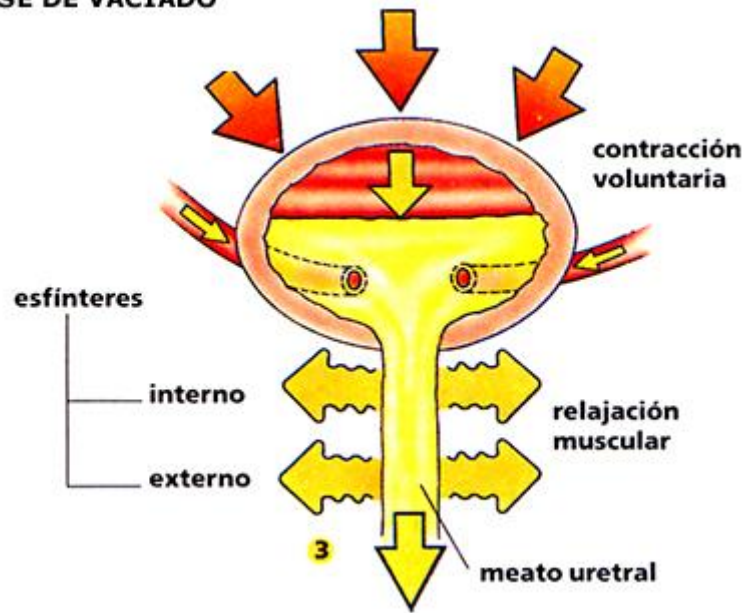


Figura 4. Fuente www.ocu.org/map/src/234911.htm

Para conseguir os obxetivos básicos na **entrevista clínica** dun paciente con IU, debemos recordar a regra nemotécnica que utiliza **Ruiz R.**¹⁵: Guía CICAA:

1. C: Conectar: establecer, manter e concluir unha boa relación terapéutica.
2. IC: Identificar e Comprender os problemas de saúde.
3. A: Acordar co paciente ós problemas, as decisións e as accións.
4. A: Axudar o paciente a entender, elixir e comprobar.

Un detalle importante que deberemos ter en conta a hora de facer a entrevista co paciente con IU, ou co familiar o cargo (si é unha IU Funcional), é que debemos tamen “**coidar o/a coidador/a**”, casi sempre coidadora, que é unha peza fundamental no tratamento dos pacientes con IU. Definimos o/a coidador/a, como esa persoa que se fai cargo dun ou máis membros da familia, en xeral dependentes, e dedica parte do seu tempo e esforzo a atención dos mesmos, sin que esta tarefa teña a consideración de actividade profesional.

O paciente que se ouriña, para a persoa que o coida, “é algo desagradable”, crea vergonza en ambos e require de grandes doses de paciencia e sensatez. Non debemos olvidar, que o paciente “non o fai a propósito”, e que en ocasións, incluso intenta ocultar a súa Incontinencia (négase a ser cambiado, esconde a roupa sucia, etc).

Existe xá unha patoloxía relacionada cos coidadores/as, como poden ser agotamento e estrés. A solicitude de hipnóticos non solicitados antes, poden servirnos de alerta de que algo esta pasando co coidador/a, problemas de sono, necesidade de enerxizantes e preparados vitamínicos, consumo excesivo de alcol, etc... deben poñernos na pista de que algo esta pasando.

Proveer coidados, afecta o/a coidador/a principal, na esfera emocional e na física, debido o impacto vivido pola enfermidade, polo vínculo que se establece co paciente, polo sentimento de obrigación, o nerviosismo, o “sin descanso”, o aumento dos gastos, que en ocasións desemboca nunha situación de estrés, e é cando aparece a sobrecarga.

O Conxunto de síntomas e de signos que aparecen nesta situación, chámase “Síndrome do/a Coidador/a”, a valórase co **TEST DE ZARIT (Anexo 1)**.

A Pesar da enorme tecnificación da medicina, na actualidade, dende a Atención Primaria de Saúde, podemos ofrecer unha asistencia humanizada, ca colaboración da familia, sin que elo implique unha diminución da calidade asistencial.

Grazas os/as cuidadores/as, podemos resolver moitos dos problemas, como a Incontinencia Urinaria en pacientes con Déficit Cognitivo, que sería imposible ofrecer en outros centros, aínda especializados. Debemos ter en conta que as consecuencias para o/a cuidador/a, é unha perda importante da súa Calidade de Vida, non só física, senón, social, económica e psicolóxica.

Nos pacientes maiores, que ademáis presentan Incontinencia Urinaria, **debemos ter** o aseo acondicionado, asegurándonos de que o paciente teña puntos de apoio, luz suficiente, roupa cómoda que se saque rápidamente e que non condicione, que si ten unha IU de Urgencia, non lle de tempo a desabrochar uns botons interminables ou uns cordóns imposibles de desatar.....

Algo importante é o olor que desprenden os pacientes con IU; a forma de prever que non exista ese olor, sobre todo en persoas de máis de 65 anos, onde poden aparecer outras dificultades de tipo físico ou psíquico, consiste en cambiar os absorbentes cando esten empapados, manter unha boa ventilación na estancia, ter en conta que as alfombras recollen os olores, polo que deben evitarse (son fonte tamén de múltiples caídas), etc.

Nos pacientes xerontolóxicos, debemos ter en conta, que o **manexo da IU**, así como outras enfermidades que pertencen o que chamamos Síndromes Xeriátricas, é **Multidisciplinar**, e en elo, debemos implicar o maior número de profesionais que traballan no entorno do paciente:

O **Fisioterapeuta**, que poda valorar a mobilidade e a destreza da persoa con IU, para levar a cabo o tratamento axeitado, prevendo accidentes ou distensións, tanto do enfermo como da persoa que o cuida. Debe asesorar no manexo de medios auxiliares para camiñar, si fixera falta, e tamén, asegurarse de que os que usa, sexan os que precisa o paciente.

O **Terapeuta Ocupacional**, cuxa prioridade será a de acadar a maior independencia na vida cotián, incluíndo a súa hixiene persoal, o uso do servizo, o facer as necesidades mínimas para que a persoa, sexa o máis independente para realizar as actividades da vida diaria. Ten que conseguir do paciente, ás maiores capacidades presentes.

O **Auxiliar de clínica**, que nos indicará o día a día do paciente incontinente, pois é o profesional, que está máis tempo con él, e permite valorar a evolución do paciente no seguimento diario.

O **Traballador social**, que é o profesional idóneo para mobilizar e coordinar os recursos da comunidade, debido o seu amplo coñecemento das instalacións e recursos cos que conta o Sistema, para facer mais levadeiro este Síndrome.

O **Psicólogo**, que será de grande axuda ós pacientes con esta enfermidade, sobre todo si existe diminución da capacidade intelectual, tanto psíquica como si existe unha Demencia, e tamén nos casos en que a IU sexa o resultado dun problema do comportamento (síndrome depresivo, estados de ansiedade, alteracións do comportamento por estados de viudedade, soiedade, etc.). Unha valoración psicolóxica detallada, facilitará a elección correcta do tratamento.

A **Enfermaría**, peza básica no entramado sanitario. Cos seus coñecementos, nos axudará a valorar a estos pacientes, e facilitará o proceso de prevención e curación das consecuencias da IU. Temos que ter en conta, que estos pacientes, moitas veces están encamados, poden presentar úlceras de decúbito ou outros problemas que requiran a presenza dun profesional motivado con estos cadros, que facilite a labor dos coidadores. Poden asesorar o coidador e minimizar as consecuencias tan terribles que poden producirse, neste Síndrome.

Os **Médicos de Cabeceira**, que ca súa laboura, son os primeiros en poder detectar unha persoa que ten IU. Debe estar motivado, pois como xá expuxemos, a IU e un tema “tabú”, que non se relata como tal na consulta diaria. O Médico de Cabeceira debe indagar e facer unhas pequenas preguntas, para primeiro diagnosticar a IU, e logo para poder seguir co caso dende o lugar máis próximo o paciente.

Os **Xeriatras**, que como profesionais especializados no manexo dos pacientes maiores, e sendo a IU un proceso que se asocia moitas veces a enfermidades relacionadas cos vellos, a súa implicación debe ser prioritaria. As Administracións Sanitarias, deberían ter unha Unidade de Xeriatria en cada Hospital de referencia, algo que hoxe en día, non ocorre en Galicia.

Outros Profesionais, como poden ser os Urólogos, os Podólogos, os Oftalmólogos, os Nutricionistas (para conquistar que manteñan unha dieta saudable), os Otorrinolaringólogos, etc.

A **educación** que os profesionais sanitarios deben realizar, estará destinada o enfermo e a familia. Os pacientes maiores, precisan unha serie de coidados, que se deben enfocar a súa idade e a súa patoloxía. Cada enfermo é “un mundo”, e debemos individualizar a nosa actuación para acadar uns resultados óptimos no coidado dos enfermos maiores. A educación sanitaria, basearase en dar unha información a:

O Enfermo: é necesario explicarlles as causas da súa enfermidade, as posibilidades de curación, os tratamentos que debe seguir, as probas que se deben realizar para confirmar o diagnóstico, as posibilidades de uso de material específico para a súa incontinencia, e cómo usar ese material; informar o paciente da existencia dos programas a domicilio, da asistencia social, etc., que podan asesorarlle e axudarlle si permanece na súa casa, a necesidade dos coidados corporais, etc....

Debe saber, a quén acudir en caso de ter algún problema novo, debemos conquistar que se encontre o paciente nun ambiente de confianza para que consulte calquer dúbida que teña, ou que perda a vergonza que ocasiona ter un problema de IU.

A Familia, debe explicárselle todo o concernente a IU do seu familiar. Unha familia ben formada e educada neste tema, é moi útil para que se tomen as medidas necesarias. Se darán charlas formativas para a educación da poboación e se posibilitará toda a información que teñamos deste cadro. Deben considerar que a IU non é un problema tan importante moitas veces, que impida desenrolar unha vida normal. Canto mellor coñezan a súa enfermidade, tanto os paciente como as súas familias, poderán verse máis aliviadas, que si son descoñecedoras deste cadro.

O persoal sanitario que trata con enfermos incontinentes, debe ter unha preparación ampla neste tema, para poder ofrecer os mellores coidados e o maior grao de resolución dos problemas que aparezan. Por todo isto, é necesario o estudo e a investigación, pois cada día e máis grande o interese que a IU está tendo no ámbito sanitario e da investigación.

O éxito e a efectividade do manexo destes pacientes, estará moi ligado a unión e a boa xestión do **Equipo Multidisciplinar**. Da súa boa praxis, dependerá que o seguimento da IU, fágase da forma que os pacientes sintanse o máis cómodos posible, dentro da gravidade dun cuadro, que moitas veces é incapacitante. Tendo en conta as premisas expostas, a Calidade de Vida dos nosos pacientes sera moito mellor.

A Incontinencia Urinaria é un factor determinante na valoración dun paciente na **Lei de Dependencia**, que entrou en vigor en Galicia o 1 de Xaneiro do 2007. Esta Lei, pretende ampliar os servizos de atención ós pacientes dependentes. A norma, contempla o reparto de axudas económicas según o seu grao de dependencia, e poderá tramitarse a instancia dos organismos autonómicos.

A Lei, recolle o apartado da Incontinencia Urinaria no seu baremo, e o basa nunha serie de preguntas, como son “acudir a un lugar axeitado para facer as necesidades”, “manipular a roupa para desvestirse”, “adoptar e abandoar a postura determinada cando se vai o servizo”, “limparse o terminar”, “si é continente na micción”, “si é continente na defecación”.

Estas cuestións, responderáanse no seu “nivel de desempeño” “problemas no desempeño” e “grao de apoio persoal”.

Respondendo ós diferentes ítems, obtense un valor determinado, que será tido en conta a hora de facer o baremo total e considerará o paciente nun grao ou noutro, dependendo das incapacidades que presenta en diferentes aspectos da súa vida.

Si dende fai casi dous anos, está en vigor a Lei de Dependencia, co aval da maioría das forzas políticas, este texto, poñía a España e a Galicia, na vangarda de Europa nesta materia. A cuestión, é que a Lei, nacía cunha deficiencia, e que se centraba en aspectos sociais e deixaba de lado, aspectos sanitarios da incapacidade, obviando que ambos deben ir unidos. Dende sectores da saúde e sobre todo, dende a Atención Primaria, demandóuse unha maior participación na súa elaboración e desenvolvemento.

Si temos en conta que a dependencia, no é unha consecuencia dunha situación social, senón dunha enfermidade ou dun estado físico, antóxase que o Sistema Sanitario e por extensión os seus profesionais, teñen moito que dicir. Pero, en realidade, os Médicos de Familia e os Xeriatras, dous colectivos que en principio deberían de estar moi implicados na norma, o ser os máis próximos a visión Médico-Sanitaria da dependencia, quedaron reducidos a “elaboración de informes de saúde”, algo que se percibe como un “trámite burocrático máis”. A falta de información, de formación e de recursos, son tamén algúns dos cabalos de batalla.

Calcúlase que no ano 2020, haberá 15 millóns de persoas dependentes, e aínda que ata o momento o desenvolvemento da Lei está sendo lento, difícil e desigual, ante o colectivo médico, ábrese un campo, no que quérase ou non, vai a estar implicado, máxime si se ten en conta que a dependencia é un proceso dinámico, que a enfermidade evoluciona e os seus problemas asociados tamén, polo que será o que se deba converter no verdadeiro actor/coordinador/planificador, fronte a incapacidade e o seu entorno.

A escasez de Xerontólogos, é un dos *hándicap* para o correcto desenvolvemento da Lei de Dependencia. E así é recollido no informe elaborado por Júbilo Comunicación, un ano despois da posta en marcha desta normativa. Este documento, elaborado en Febreiro do 2008 (Gero Farma: o periódico dos Xeriatras, Médicos de Atención Primaria, de Residencias e Xerontólogos - nº 3 febrero 2008), recóllense as opinións das persoas dependentes, dos responsables de Asuntos Sociais das Comunidades Autónomas (CCAA) e dos axentes do sector sociosanitario. Destaca a importancia de incrementar a plantilla de profesionais especializados en Xeriatría, para retrasar as enfermidades dexenerativas que podan derivar en situacións de dependencia.

Como sabemos, a IU é un síntoma, de diferentes enfermidades dexenerativas, como o Párkinson, a enfermidade de Alzheimer, etc., o que fai a esta Lei tremendamente importante na súa aplicación, e as Administracións, serán as responsables de que se poda poñer en práctica, e para elo, debe contarse co persoal especializado e suficiente, para poder levar a cabo as directrices que marca a Lei de Dependencia.

O que é seguro a día de hoxe, é que en todas as CCAA, estáse valorando a situación de dependencia dos pacientes, en base a un baremo acordado polo Goberno e as CCAA, no Consejo Interterritorial del Sistema para las Autonomías y Atención a la Dependencia, aprobado en Consejo de Ministros, no mes de Abril do 2007.

Este instrumento, ten en conta a capacidade do suxeto para tomar decisións e realizar actividades da vida cotiá, tales como beber, comer ou regular a súa micción.

O Calendario de aplicación da Lei de Dependencia, a partir do 1 de Xaneiro do 2007, é o seguinte:

- 2.007: persoas valoradas co Grao III de Gran Dependencia, niveis 2 e 1.
- 2.008 – 2.009: persoas valoradas co Grao II de Dependencia Severa, nivel 2.
- 2.009 – 2.010: persoas valoradas co Grao II de Dependencia Severa, nivel 1.
- 2.011 – 2.012: persoas valoradas co Grao I de Dependencia Moderada, nivel 2.
- 2.013 – 2.014: persoas valoradas co Grao I de Dependencia Moderada, nivel 1.

(Fonte: Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais. 2007)

A partida que o Goberno de España adica a Lei de Dependencia, nos Presupostos Xerais do Estado para o ano 2.008, é de 871 millóns de euros, o que supón un incremento do 118 por cento, con respecto o ano 2.007. A financiación, é compartida cas CCAA e os beneficiarios das prestacións, dependen do coste do servizo e a súa capacidade económica persoal.

Os profesionais sanitarios, que temos relación cos pacientes dependentes, insistimos sempre en mellorar a prevención para optimizar a mellora da Calidade de Vida das persoas maiores e aforrar, si é posible, nos recursos sociosanitarios.

Os profesionais, reivindicamos a realización dun catálogo de prestacións e servizos, contando cos coñecementos das Sociedades Científicas e Médicas, e así poder mellorar as prestacións económicas para incrementar os recursos que o Sistema Nacional de Saúde e a Lei de Dependencia ofrecen as persoas dependentes.

Moitos expertos, apostan pola creación dun Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, e sobre todo, por que a Sanidade, xogue o papel que lle corresponde no desenrolo da Lei de Dependencia. Por elo, adolece dun enfoque sociosanitario, facendo referencia, na maioría dos casos, os servizos sociais exclusivamente.

Os axentes sociais que participan na Lei de Dependencia, reclaman un maior respecto a función do Comité Consultivo, un organismo que foi, segundo os seus membros, relegado a unha función méramente presencial. Neste organismo, onde están representados os sindicatos e a patronal, a implicación resulta fundamental para o desenvolvemento das decisións que se aproban no Consejo Interterritorial del Estado.

Casi todas las CCAA, manifiestan que el Gobierno dejó toda la responsabilidad de aplicación de la Ley, sin proporcionarles los medios para poder llevar a cabo el contenido de la Ley.

Las asociaciones de afectados, también consideran que durante el primer año de aplicación de la normativa, “sólo se valoró y concedió las ayudas, los dependientes que ya eran atendidos”. Estos beneficiarios, ya recibían las prestaciones por parte de las CCAA, Diputaciones o Concellos. La mayor parte de las valoraciones, correspondieron a personas con un alto grado de minusvalía, acreditada o ingresada en residencias públicas o concertadas con la Administración.

Otro aspecto de la Ley que tiene muchas críticas, es el “Catálogo de Servicios”, que los expertos califican de “mero espejismo”, ya que quien tiene acceso a estos servicios, lo mantiene, pero quien no los tiene, sigue en la misma situación.

El doctor **Pedro Gil Gregorio**, Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, dice que “la Ley de Dependencia, está viciada desde su título, porque no sólo es de la Dependencia, sino también de la promoción de la autonomía personal (PREVENCIÓN), algo que apenas se desarrolla”. Indica que es por esto “que los médicos pensamos que la normativa tiene un hueco enorme”.

Si todos los expertos consideran que la Ley de Dependencia es el cuarto pilar del Estado de Bienestar, tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones, y que debe existir y desarrollarse, también son partidarios de dotarla de medios adecuados para poder ofrecer, con igualdad en todas las CCAA, los mismos derechos y los mismos servicios, a todos y todas las dependientes.

Cálculase que en España, tenemos más de 1,125.000 personas dependientes, cifra que, según las previsiones, alcanzará los 1,5 millones en 2020. De las, aproximadamente un millón son personas mayores, de un total de siete millones y medio de ancianos, que tenemos en España. La población española, con más de 65 años, duplicóse en las últimas tres décadas, y a superior a 80 años, en sólo dos años duplicóse, lo que demuestra la urgencia de esta normativa.

1.1.2. TIPOS DE IU (Anexo 2):

O Grupo de Incontinencias da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología¹⁶, leva traballando nos temas relacionados ca IU nas persoas maiores, máis de 15 anos. Neste tempo, un dos seus obxetivos primordiais, foi o conquistar unha Clasificación, que fose didáctica, e aglutinase tódolos tipos de Incontiencias, dando un só nome a diferentes formas que tiñan de chamala, os diferentes autores estudados. Por elo, consideramos que a máis eficaz, é a Clasificación Fisiopatolóxica exposta a continuación, que resume tódolos tipos de IU que existen na bibliografía:

1. IU Transitoria.
2. IU Establecida:
 - A) Vexiga Hiperactiva.
 - B) Incontinencia de Esforzo.
 - C) Incontinencia por Rebosamento.
 - D) Incontinencia Funcional.
 - E) IU Mixta.

Explicarei con máis detalle, cada un dos tipos de IU.

1. **Transitoria** (tamen chamada na bibliografía: aguda, reversible, secundaria a, temporal, tratable). É aquela IU, que se produce por unha causa concreta, e que ten posibilidades de curación, unha vez resolta a causa que a provocou. Falamos de IU Transitoria, cando ten unha duración inferior a catro semanas. Existe unha regra nemotécnica para recordarnos as causas que poden provocar este tipo de Incontinencia (DRIP ou DIAPPERS):

DRIP (GOTA):

- D — Delirium: Drogas ou Fármacos.
- R — Retención Urinaria. Restrición ambiental.
- I — Infección. Inflamación. Impactación. Inmobilidade.
- P — Poliúria. Polifarmacia.

DIAPPERS (PAÑAIS-CUEIROS):

D. Delirium ou estado confusional agudo. A alteración da conciencia, non lle permite o paciente percibir o desexo miccional. Debe tratarse o proceso que o causa.

I. Infección urinaria: por irritación da parede vesical con aumento da imperiosidade. Está claro que o tratamento adecuado da Infección, resolve a IU que a acompaña.

A. Atrófica (Vaxinite) e Uretrite. A exploración xinecolóxica nos permite valorar o diagnóstico.

P. Polifarmacia: con fármacos relacionados ca IU. A súa retirada ou diminución de dose, sería a actuación adecuada.

P. Psicolóxicas: ansiedade ou depresión como causas da Incontinencia Urinaria.

E. Endocrinopatías: hiperglucemia, hipercalcemia, hipopotasemia.

R. Restricción da mobilidade: o non poder desprazarse.

S. Stool (fecal) impactación: estreñimento crónico como causa da IU. Pode deberse a obstrucción na saída da ouriña ou a contraccións vesicais reflexas, inducidas polo fecaloma e a distensión do recto. Resolta unha causa, pode resolvela outra.

2. **Establecida** (ou crónica, ou persistente): cando a causa que provoca a IU é permanente no tempo. Dentro deste tipo, distinguimos:

A) Vexiga Hiperactiva (ou Inestabilidade vesical, Vexiga non inhibida, Vexiga Inestable ou Vexiga Espástica, Urgencia - Incontinencia ou Incontinencia por Urgencia): é a perda involuntaria de ouriña, acompañada de urgencia. Pérdense grandes volúmenes de ouriña, debido a incapacidade para diferir a necesidade de ouriñar. O Residuo Vesical Postmiccional (RVP) é baixo. Consiste nunha perda involuntaria de ouriña, acompañada por, ou inmediatamente precedida de, urgencia. Esta urgencia e o desexo repentino e apremiante de ouriñar, pode ser difícil de diferir. A Incontinencia de ourina de urgencia é o síntoma máis molesto e perturbador da Vexiga Hiperactiva. Estamos falando dun contexto clínico. A ICS define a Vexiga Hiperactiva como un Síndrome asociado o síntoma urinario da urgencia, acompañada de frecuencia e nicturia. Non percibindo o desexo de ouriñar, o paciente acorta voluntariamente os períodos entre miccións.

A efectos prácticos, consideramos frecuencia máis de oito miccións o día, pero é difícil dar unha cifra a partir da cal considérase anormal unha frecuencia miccional, porque ademais, depende do volumen de inxesta líquida e do tipo de alimentación. A ICS, acepta que unha persoa ten unha frecuencia miccional aumentada, cando considera que se estableceu un cambio no seu hábito miccional e ouriña máis do que era habitual nel.

Durante as horas de sono, considérase anormal que o desexo de ouriñar desperte a persoa unha ou máis veces, excluindo ás persoas que por insomnio, levántense varias veces na noite e van a ouriñar sin necesidade. A causa de que se produza a Vexiga Hiperactiva, é a contracción involuntaria do músculo detrusor vesical na fase en que se enche a vexiga. En condicións normais, o detrusor só se contrae cando voluntariamente decidimos ouriñar, polo que a este trastorno urodinámico denomínase Vexiga Inestable ou Hiperactividade do Detrusor. É unha causa fisiopatolóxica da Vexiga Hiperactiva e pode ser:

Idiopática.

Neuróxena: hiperactividade neuroxénica do detrusor.

Secundaria a Obstrucción: por Hipertrofia Benigna de Próstata sobre todo.

Secundaria a Fármacos e a outras sustancias: diuréticos, sedantes, cafeína, hipnóticos, alcol.....

Non secundaria a hiperactividade do detrusor: chamada Vexiga Hiperactiva Sensitiva (por patoloxías inflamatorias ou irritativas vesicais, como as infeccións urinarias, litiase, etc.).

Secundaria a cirurxía na Incontinencia Urinaria de Esforzo.

B) Incontinencia de Esforzo (Incontinencia de estrés, Incontinencia ca tos, ca risa, cos esbirros, co exercicio, etc.): é a percepción do escape de ouriña, cos esforzos, como poden ser a tos, a risa, o correr, os estornudos, etc. As causas, son a debilidade e a laxitude dos músculos do solo pélvico, e tamén a incompetencia do esfínter uretral. Chámase tamén IU de estrés. Existe unha perda involuntaria de pequenas cantidades de ouriña, que se producen o aumentar a presión intraabdominal. Ten o RVP baixo. O paciente quéixase de perdas involuntarias de ouriña. Pode ser por:

-- Debilidade das estruturas que conforman o solo da pelvis e que sosteñen a uretra, o que condiciona unha hipermobilidade uretral.

-- Por unha disfunción intrínseca do esfínter, producida pola debilidade do músculo do esfínter uretral, o que determina unha insuficiente coaptación das paredes da uretra. Ésto sucede casi sempre, por un traumatismo cirúrxico.

-- Combinación de ambas causas.

A etioloxía da Incontinencia de Esfuerzo, e multifactorial, destacando:

.. Tos crónica, rinite alérxica (esbirros).

.. Obesidade e estreñimento.

.. Cirurxía pélvica (histerectomía, intervencións do recto).

.. Practicar deportes que leven consigo facer saltos, carreiras rápidas, sobre todo en deportistas de élite.

.. Alteracións da estática vertebral, sexan adquiridas ou conxénitas (hiperlordose ou malposicións habituais que cambien o eixo da columna vertebral e con elo, a disposición dos órganos internos).

.. Causas xenéticas de debilidade da musculatura do solo pélvico.

.. Non existen probas que demostren que a Menopausia sexa causa da IU. O máis normal é que o deterioro propio da idade, esté en relación ca diminución do ton muscular, máis que co déficit estroxénico que se presenta nesta etapa da vida.

C) Incontinencia por Rebosamento: existe a perda de pequenas cantidades de ouriña, resultante de forzas mecánicas sobre unha vexiga distendida ou doutros efectos da retención urinaria sobre a vexiga e sobre a función do esfínter. O RVP e > a 100 ml. As causas poden ser por obstrución (a máis frecuente) do tracto urinario de saída: prostatite, cistocele, da uretra. Ou ben, por alteración da contractilidade do Músculo Detrusor, ou Detrusor Acontráctil (hipo ou arreflexia do músculo detrusor no seno dunha vexiga neuróxena) ou pola inxestión de fármacos. A perda de ouriña prodúcese de forma involuntaria cando o volumen de ouriña na vexiga, supera a capacidade da mesma. A ouriña váise acumulando na vexiga, ben de forma brusca (retención aguda de ouriña), ben de forma progresiva (distensión vesical).

O peso da ouriña acumulada, acaba por vencer a presión vesical, orixinando unha Incontinencia Urinaria paradóxica (asociada a unha afectación da micción). Pode ser por dúas causas:

1ª) Por un aumento da resistencia uretral. Por:

Obstrucción orgánica por aumento do tamaño prostático en varóns: HBP ou neoplasia prostática. Vemos no gráfico exposto a continuación, as relacións anatómicas da Próstata, e a capacidade de influir no funcionamento da Vexiga, dende o momento en que a Próstata aumenta de tamaño. **(Figura 5).**

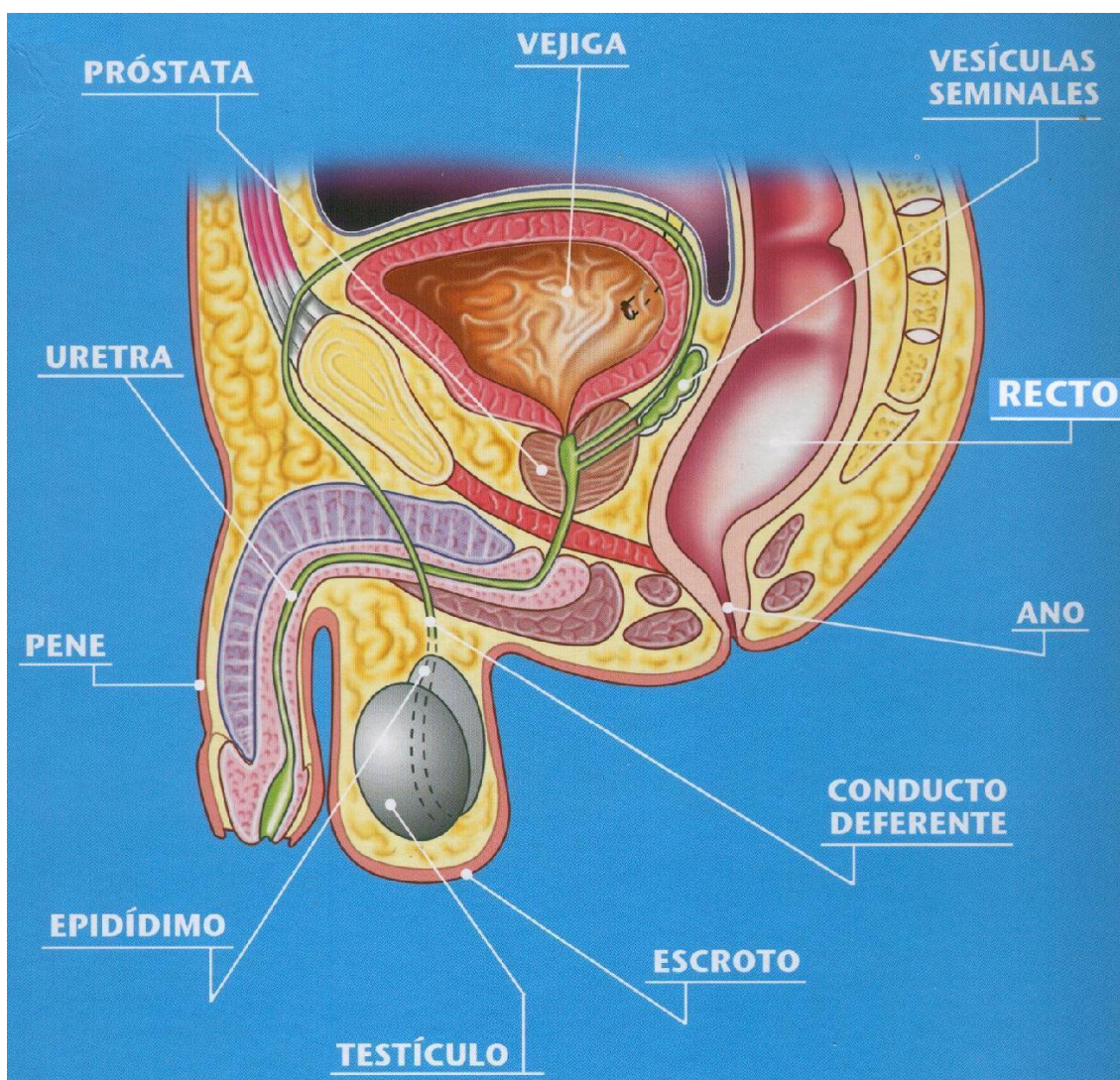


Figura 5. Fonte: Ficha Técnica de Laboratorios Pierre Fabre Ibérica.

Por Estenose uretral.

Por unha lesión da inervación simpática por enriba do centro medular simpático, que impide a relaxación do colo vesical, disinerxia do detrusor-colo vesical.

Por una lesión da inervación pudenda, por enriba do centro medular pudendo, que impide a relaxación do esfínter periuretral: disinerxia detrusor-esfínter periuretral.

Por unha ausencia de relaxación da musculatura periuretral e perineal, durante a micción, sin lesión neurolóxica: micción non coordinada.

2ª) Por unha insuficiente contracción do músculo detrusor debido a sua vez por:

Unha lesión na inervación parasimpática dende o centro sacro ata a vexiga.

Unha lesión mióxena do detrusor.

Unha inhibición psicolóxica (Síndrome de Fowler).

D) Incontinencia Funcional (IU Neuróxena): existen escapes de ouriña asociados coa incapacidade funcional para ir o retrete ou para utilizar os substitutivos, con falta de motivación ou por existencia de barreiras arquitectónicas. Ten un RVP baixo. Pode ser por incapacidade física ou mental, por falta de colaboración, por nº insuficiente de cuidadores, etc.

A disfunción do tracto urinario inferior, é de causa neurolóxica. Podemos identificar as lesións, en distintos niveis diferentes:

-- Cerebral: por afectación da primeira motoneurona. Clínicamente maniféstase por IU de urxencia, con forte desexo miccional que na maioría dos casos non se pode controlar. Dase en persoas con Accidente Cerebro Vascular (ACV), Enfermidade de Alzheimer, Enfermidade de Parkinson, Esclerose Múltiple, Tumores cerebrais, etc.

-- Medular: por afectación da segunda motoneurona. A lesión pode ser en zoa alta (suprasacra), onde a vexiga compórtase de forma automática: según se enche, vacíase sin que a persoa sexa consciente delo. Prodúcese por disinerxia, é dicir, por descoordinación entre as accións da vexiga e as da uretra por arcos reflexos liberados. Si a lesión é en zoa baixa (sacra) localízase nos núcleos medulares da micción. O arco reflexo queda interrompido. Si é completa, a vexiga e a uretra quedan desconectadas do sistema nervioso. Fálase de Detrusor Arrefléxico e de Uretra Hipoactiva. A IU prodúcese por falta de actividade dos mecanismos uretrais.

-- Pero si a lesión é na zoa dos Nervios Periféricos, a clínica vai a depender dos nervios afectados: podendo, pélvico e hipogastrio. Pode ser por alteración metabólica (diabetes, insuficiencia dos riles), tóxica (alcol, metais pesados), vascular (arteriosclerose), iatroxénica (fármacos, cirurxía), infecciosa (herpes zoster, SIDA), etc.

-- Mixtas: cando a lesión se produce a diferentes niveis.

As causas de que se produza unha IU Funcional, poden ser:

Conxénitas: Meningocele, Mielomeningocele.

Traumáticas: Traumatismo Craneoencefálico, Síndromes Medulares, lesións cirúrxicas dos nervios periféricos, etc.

Inflamatorio-Dexenerativas:

Neurite Alcohólica.

Neurite Diabética.

Herpes Zoster.

Tabes Dorsal.

EM, AVC, Enfermidade de Párkinson, etc.

Debido a unha causa de tipo Tumoral.

E) IU Mixta: mesturan compoñentes de tódolos tipos de IU. É a máis frecuente nos anciáns. As máis frecuentes son a Vexiga Hiperactiva xunto ca Incontinencia de Esfuerzo, así como a Incontinencia de Esfuerzo con Contraccións involuntarias do Músculo Detrusor.

A perda de ouriña, prodúcese por un dobre mecanismo:

Hiperactividade do Músculo Detrusor.

Incompetencia Esfinteriana.

Afecta por igual a homes que a mulleres e as causa son as mesmas que nos dous tipos de IU antes citados.

Ensaio clínicos recentes, describen as poboacións de pacientes, como “predominantemente de esforzo” ou “predominantemente de urxencia”, con criterios de inclusión inconsistentes e ferramentas incapaces de avaliar os resultados. Estes estudos, non abarcan toda a mezcla de pacientes incluídos baixo a denominación de IU Mixta, polo que limitan o seu valor.

Unha definición que abarque os síntomas que se producen na IU Mixta, sería aquela que vai acompañada de perda involuntaria de orina, xunto con urxencia, pero tamén con exercicio, esforzo, estornudo ou tos.

1.1.3. DIAGNÓSTICO DA INCONTINENCIA URINARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

Para facer unha boa valoración da IU, ésta debe ser **individualizada**, e que teña en conta: unha **Anamnese** e un **patrón miccional**; unha **Clínica**; as **Probas Complementarias** e os **criterios de derivación o especialista**.

I).- Anamnese:

- A) Antecedentes.
- B) Diario miccional.

A) Antecedentes:

1. Enfermidade neurolóxica: Demencia, ACV, Párkinson, Tumores, Hidrocefalia, Neuropatías e Lesións Medulares.
2. Enfermidade Endocrina: Diabetes, Hipercalcemia, Déficit de B12.
3. Cirurxía pélvica: histerectomía, resección abdominoperineal de recto, prostatectomía.
4. Radioterapia de pelve.
5. Historia xinecolóxica: número e vía dos partos, prolapsos, desgarros vexinais.
6. Fármacos: benzodiazepinas, anticolinérxicos, diuréticos, ADT (Antidepressivos Tricíclicos), neurolépticos, antagonistas do calcio, narcóticos, alfabloqueantes, etc.
7. Obesidade.
8. Patoloxía osteoarticular.
9. Patoloxía vesical: litiase, carcinoma, infección.
10. Patoloxía intestinal: impactación, retraemento, incontinencia fecal.
11. Insuficiencia cardíaca crónica.
12. Deprivación sensorial: catarata, glaucoma, retinopatía.
13. Inmobilidade.

B) Diario miccional:

Rexistrando o tempo de evolución, a frecuencia dos escapes (intervalos), a intensidade, os momentos de aparición, factores precipitantes, síntomas acompañantes. Suxírenos: tipo, frecuencia e gravidade.

(Instruccións do modelo de diario miccional): A continuación, detállanse as instruccións para a elaboración dun Diario Miccional. Con esta ferramenta o seu Médico comprenderá un pouco mellor os seus problemas de Incontinencia e axudarlle a realizar axustes no seu tratamento.

- *Durante tres ou catro días consecutivos nos que non teña ningún factor especial (febre, enfermidade intercurrente, etc.), deberá rexistrar nunha taboa os seguintes acontecementos e a hora a que ocorren; (utilice unha gráfica para cada día):*
 - *Miccións realizadas e volumen aproximado das mesmas.*
 - *Episodios de incontinencia, perda aproximada e factor desencadeante.*
 - *Inxesta de líquidos realizada.*
 - *Episodios de urxencia (desexo repentino e incontrolado de ouriñar) e factor desencadeante.*
 - *Recambio de compresa, cueiro, protexeslip, etc.*
- *Na primeira columna anotarase a hora a que se produce calquera dos acontecementos que se van a rexistrar. Si coinciden varios simultáneamente, anóteos na mesma fila.*
- *Na columna de “Urxencia” rexistre os episodios que tivera desexo repentino e incontrolable de ouriñar. Si se produxo un escape de ouriña, rexístreo tamén na columna correspondente. Nesta columna deberá rexistrar calquer episodio de escape de ouriña que se producira e a causa que o provocou.*
- *Na columna correspondente, anote calquer inxesta de líquido que realizara, especificando tipo e volumen (por ex.: 250 cc de café).*
- *Por último, na columna da dereita anotaránse todos os cambios de absorbentes que necesitara, especificando o tipo. Anotará incluso os cambios que realizara sin haber tido escapes de ouriña.*

Expoñemos o modelo validado¹⁷ de cuestionario do DIARIO MICCIONAL (Anexo 3).

II).- Diagnóstico clínico: que comprende:

1.-Valoración funcional:

a) Valoración cognitiva: minimal.

b) Explorar a función motora e a sensibilidade:

Marcha, ton e reflexos.

Índice de Katz: valora a dependencia/independencia, para as actividades da vida diaria: lavado, vestido, mobilización, continencia e alimentación, clasificando as persoas en 8 categorías.

Escala de Barthel.

2. Exploración abdominal: valora a distensión abdominal e vesical, e a presenza de masas.

3. Tacto rectal: ton do esfínter anal en repouso e en contracción; control voluntario; fecaloma; tamaño e nodularidade da próstata e resposta do esfínter ao reflexo cutáneo anal, bulbo cavernoso e tose.

4. Exploración pélvica e xinecolóxica:

-- En repouso: tamaño do útero por palpación bimanual, relaxación da pelve, cistocele, rectocele, masa pélvica ou cicatriz de cirurxía pélvica.

-- Con esforzo: detecta prolapso e fugas de ouriña. Na analítica, valorar a diminución de estróxenos.

5. Test de provocación en decúbito supino, lateral e bipedestación: pérdese ouriña nas incontinencias de esforzo (inmediata) e de urxencia (máis intensa en bipedestación e existe intervalo entre tose e perda).

6. TEST de Bonney-Kead Marchetti: muller en posición xinecolóxica, tras observar a perda de ouriña o tусir, introducimos os dedos 2º e 3º na vaxina para elevar a parede vaxinal e o colo vesical. Si se corrixe, podería ser tributaria de tratamento cirúrxico.

7. Proba da torunda ou Q-TIPP test: palillo na uretra ata o colo vesical, valórase o soporte uretral ao observar se co esforzo, cambia a rotación e a posición do palillo, o que indicaría hipermobilidade.

8. Balance muscular perineal: pode ser:

-- Manual: información táctil dos músculos, ton e contractilidade. Valorase do 0 ó 5:

0: nulo: non contracción.

1: indicios: duran menos de 2 sg.

2: débil: contraccións suaves que duran máis de 3 sg.

3: moderada: que dura 4-5 sg. e repítese en tres ocasións.

4: bo: contracción posterior, con elevación de dedos que dura 7-9 sg. e repítese en 4-5 ocasións.

5: forte: con elevación posterior de dedos e dura máis de 10 sg. repetíndose en 4-5 ocasións.

-- Instrumental (perinómetro), que rexistra cambios de presión; introducido na vaxina, pídesse á muller que realice contraccións, medindo o ton en repouso, ton máximo en contracción rápida e presión final de contracción sostida.

9. Test do cueiro PAD ou pesado do mesmo para valorar a perda.

III).- Probas complementarias:

- Analítica elemental de ouriña e urocultivo.
- Outros parámetros analíticos: glucemia, electrolitos, calcio e creatinina séricas como causas de poliuria.
- PSA (Antíxeno Prostático Específico) no varón.
- Volume urinario residual por sondaxe tras micción sen esforzo, que se é superior a 100 ml. indica debilidade vesical, obstrucción do tracto de saída ou alteración contráctil do detrusor.
- Citoloxía de ouriña seriada: descarta carcinoma in situ.

-- Probas secundarias importantes:

Ecografía: nas distintas versións:

Abdominal: valora volume residual, litiase e tumores vesicais.

Transrectal (varóns): que informa do tamaño e forma da próstata.

Transvaxinal (mulleres): valora a mobilidade uretral e o grosor da parede, na inestabilidade do músculo detrusor.

No futuro, podería facerse fluxometría libre, que podería realizarse en APS por persoal adestrado: proba non invasiva que mide a velocidade de fluxo da micción (ml/sg), debe ouriñar o paciente nun aparato chamado fluxómetro.

-- Outras probas que poderían solicitarse dende AP (Atención Primaria):

Estudios urodinámicos (xa no Urólogo): mide presión, fluxo e volume. Valora a función uretral.

Ureterocistoscopia.

EMG (Electromiografía).

IV).- Criterios de derivación ao especialista:

- Cando encontremos discordancia entre síntomas subxectivos e datos clínicos obxectivables. Clínica confusa.
- Cando non encontremos causa probable.
- Cando se asocia a enfermidade neurolóxica, procesos malignos pélvicos, radioterapia ou cirurxía por incontinencia previa.
- Cando se obxectiva: Infección urinaria persistente/ Hematuria/ Proteinuria significativa repetida/ Dificultade miccional ou retención de ouriña/ Dificultade de introducir sonda/ Vexiga de gran capacidade ou con gran volume residual (residuo posmiccional = máis de 100 ml) / Fístula/ Divertículo/ Prolapso xenital sintomático.
- Urgencia, frecuencia e incontinencia, de aparición súbita.
- Sospeita de que precisará tratamento cirúrxico.
- Cando non mellore tras correcto tratamento baseado na avaliación física.

Mandaremos a un paciente, sempre que consideremos que coa intervención do especialista pódese aportar algo de beneficio a persoa que padece a Incontinencia Urinaria.

1.1.4. TRATAMENTO DA INCONTINENCIA URINARIA:

TRATAMENTO CONSERVADOR DA IU:

1. Medidas xerais:

Modificacións no estilo de vida: diminución do peso, en caso de sobrepeso ou obesidade; non realizar exercicios físicos que poidan danar o solo pélvico (tenis, aeróbic, etc.); reducir a inxesta de líquidos pola tarde (beber máis pola mañá); evitar bebidas estimulantes (café, té, etc.); eliminar o tabaquismo (causa de tose crónica); evitar o retraemento; usar roupa cómoda e fácil de sacar.

Modificacións do entorno: adaptación do baño se fose necesario, bó acceso o inodoro e, se non é posible, facilitar substitutivos (ouriñal ou cuña).

Valorala existencia de fármacos que podan estar alterando a continencia como poden ser os diuréticos, IECA, antagonistas do calcio, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, etc.

2. Técnicas de Modificación de conducta:

Aquelas técnicas (segundo o método de Frewen) encamiñadas a restablecer as pautas de conduta miccional perdidas. Son as *miccións programadas* que se basean en realizar miccións nunhas horas determinadas previamente, según o caso, tratando de consqueir intervalos entre as mesmas, cada vez maiores, ata que se parezan a ciclos normais de micción (3-4 horas).

Son esenciais unha adecuada motivación e unha función cognitiva normal.

Débense consensuar co paciente os intervalos entre miccións. Utilíanse sobre todo en anciáns.

A *adaptación miccional*, é similar á anterior, pero partindo dun diario miccional previo.

O *readestramento vesical*, indicado no Síndrome de Frecuencia-Urxencia, consiste nunha reprogramación dos hábitos para conquistar a instauración dunha frecuencia miccional normal. Debe ter unha función cognitiva intacta. Un exemplo sería: si o paciente sabemos que cada 90 minutos ouriña, o pondremos a ouriñar cada hora e cuarto e así o acostubraremos a que ouriñe, aínda sin ter as gañas urxentes e imperiosas de ouriñar.

3. Cinesiterapia: Exercicios Musculares do Solo Pélvico (EMSP):

Pódense ensinar na Atención Primaria, constituíndo a mellor opción para a prevención e o tratamento eficaz da IU de Esforzo.

A súa finalidade é tonificar e potenciar a musculatura do Solo Pélvico (SP) con dous obxectivos: por un lado, asegurar a continencia e por outro, reforzar o sistema de sostén. O obxectivo fundamental, é potenciar o músculo elevador do ano, basicamente. Este músculo, é de suma importancia pola súa posición, pois ocupa todo o solo da cavidade pélvica e a limita pola súa parte inferior. Polo tanto, fai de soporte e tamén colabora na continencia urinaria. Na muller, a parte central deste músculo está atravesado pola vaxina e ésta é a causa da súa maior labilidade. Esta variación anatómica con respecto o home, unido o maior risco de sufrir agresións por múltiples embarazos, partos traumáticos, episiotomías, etc., fan que apareza a IU máis frecuentemente nas mulleres.

Os exercicios de Kegel (descubertos polo Dr. Arnold Kegel en 1948) consisten en contraccións voluntarias da musculatura pélvica. Colocado o paciente en posición decúbito supino, subenselle as pernas a unha colchoneta para que estén mais altas, a a 90 graos cos xeonllos dobrados. Debemos ensinar o paciente a contraer o periné de forma activa e a súa vontade, sin a participación doutros grupos musculares como os abductores, abdominais ou glúteos, que teñen un efecto antagonista. Farán cinco inspiracións profundas abdominais, metendo o aire polo nariz, seguida dunha expulsión suave e lenta pola boca; así moviliza o diafragma hacia o torax e invértense as presións no interior do abdomen. O mesmo tempo que se fai a espiración, iníciase a contracción voluntaria da musculatura do solo pélvico. Iníciase unha inspiración profunda polo nariz, hinchando a barriga (respiración abdominal). A continuación, se espira pola boca lentamente e realízase a vez, unha contracción de cerre hacia arriba, do ano. Unha vez terminada a espiración, reláxanse uns segundos e empézase novamente o exercicio, ata completar as repeticións previstas. O número de repeticións debe ser crecente gradualmente, pero evitando a fatiga muscular. O obxectivo será facer 30 repeticións repartidas en tres bloques de 10, intercalando en cada bloque un descanso de un ou dos minutos.

4. Conos vaxinais:

Os conos vaxinais (Plevnik 1985) son uns pequenos dispositivos que se introducen na vaxina. Teñen igual tamaño pero diferente peso, e serven para mellorar o ton muscular do solo pélvico. Encóntanse nas farmacias en caixas de 5 unidades. Comézase colocando o de menor peso no interior da vaxina e mediante unha contracción reflexa ou voluntaria, en bipedestación, trátase de manter colocado no mesmo sitio. Pode realizarse este exercicio durante 15 minutos, dúas veces ao día.

Cando se consegue soste en dúas ocasións sucesivas, pásase ao de peso superior e así sucesivamente.

5. Biorretroalimentación ou Biofeedback (BF): introdúcese unha sonda vaxinal cun electrodo que, ao contactar cos paredes da vaxina, permite a visualización: gráfica, luminosa ou sonora da intensidade da contracción muscular.

6. Electroestimulación: pódese usar para aumentar o ton muscular. Usaranse frecuencias de entre 35 e 50 Hz. A duración de cada sesión, será de 15 minutos, cunha amplitude de 0,5 milisegundos; o tempo de traballo será de tres segundos e o descanso de seis. A intensidade, depende da tolerancia do paciente. Farase nun centro especializado e os electrodos se colocarán na vaxina. En casos de intolerancia, secolocarán externos. A frecuencia das sesións, será de dúas ou tres por semana.

TRATAMENTO MÉDICO DA IU:

TRATAMENTO EMPÍRICO DA IU:

En pacientes seleccionados, sobre todo con patoloxía irritativa (urxencia-incontinencia, polaquiuria) e con RVP normal, que acepten o tratamento con estas características, e valorando os efectos secundarios.

Elixirase un fármaco de acción única, de manexo pouco complexo, con poucos efectos secundarios. Debe evitarse a Polifarmacia, dose individualizada a cada paciente dependendo da patoloxía previa que padeza.

Fármacos usados: Flavoxato/ Oxibutinina/ Imipramina/ Tolterodina/Solifenacina.

TRATAMENTO XERAL DE TÓDOLOS TIPOS DE IU:

- Medidas para promover a continencia:

Medidas hixiénico dietéticas/ Utilización de roupa cómoda/ Consellos para a noite/ Adaptacións no fogar.

- Recomendacións xerais no manexo da IU:

Modificando o hábitat e as barreiras arquitectónicas/ Cambio dos fármacos que podan ser causa da IU/ Medidas Paliativas: absorbentes, colectores externos en varóns, sondaxe vesical en situacións que o requiran.

- Técnicas de Modificación de Conduta:

Técnicas dependentes do paciente: Readestramento Vesical; Exercicios de Kegel.
Técnicas dependentes do coidador: Adestramento do hábito miccional; Miccións programadas.

TRATAMIENTO DE CADA UNHA DAS FORMAS CLÍNICAS DE IU:

1.-TRATAMIENTO DA IU TRANSITORIA:

- Medidas xerais.
- Tratamento específico da causa en cuestión:
 - Antibióticos para as infeccións, Estróxenos tópicos na Vaxinite Atrófica, corrección das alteracións metabólicas, modificación dos fármacos teoricamente implicados na IU, rehabilitación física, etc.
- Valorar de novo a IU, unha vez corrixida a causa que cremos responsable da mesma.
- Calquera causa Transitoria de IU pode predispoñer a unha Incontinencia Establecida.

2. TRATAMIENTO DA IU ESTABLECIDA:

2.A.- TRATAMIENTO DA VEXIGA HIPERACTIVA:

- MEDIDAS XERAIS a tódolos tipos de I.U.
- TRATAMIENTO FARMACOLÓXICO:

Anticolinérxicos: iniben a contractilidade vesical por bloqueo selectivo da acetilcolina nos receptores postsinápticos:

Tolterodina: 2 mg/12 horas. (NEO: 1/24h.).
Cloruro de trospio: 20 mg/12 horas.
Solifenacina¹⁸: 5 mg/24 horas.

Acción Directa: sobre o músculo liso, producindo unha diminución das contraccións involuntarias do detrusor. Acción relaxante sobre o músculo liso e acción anestésica local: Flavoxato/ Verapamilo/ Nifedipino.

Acción Mixta: Oxibutinina/ Imipramina.

Agonistas Betaadrenérxicos: Terbutalina/Clembuterol.

- ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA.
- CIRURXÍA: existen máis de 150 técnicas cirúrxicas para tratar a IU; sin embargo, só unhas poucas demostraron unha taxa elevada de curacións a longo prazo. Destacaremos a Colposuspensión Retropúbica de Burch, descrita en 1961 e consiste nun abordaxe retropúbico onde se colocan uns cabestrillos libres de tensión nos espazos parauretrais, empuxándoos por debaixo do cuello vesical hacia a cresta ilíaca anterosuperior.

Outra técnica, é a Colpolsuspensión Alternativa (Marsall e Burch Laparoscópico): emplea ligamento ileopectínic. Evita a aparición de osteíte do pube, proporciona unha suxeción das suturas máis firmes que o periostio retropúbico e diminúe o risco de retención urinaria por obstrución da uretra.

Outras técnicas son os Cabestrillos, onde os máis usados son os Retropúbicos Sin Tensión: a técnica faise baixo raquianestesia. A paciente colócase en posición de litotomía dorsal. Técnica ascendente ou transvaxinal: realízase unha pequena incisión vertical na cara anterior da vaxina, a 1,5 cm. do meato uretral, disécase a mucosa vaxinal da uretra media e pásase unha malla de polipropileno, nun envoltorio plástico, por detrás do pubis.

EFFECTOS SECUNDARIOS DOS FÁRMACOS USADOS NA VEXIGA HIPERACTIVA:

- CLORURO DE TROSPÍO: Sequidade de boca/ Visión borrosa/ Efectos cardiovasculares.
- TOLTERODINA: Sequidade de boca/ Dano hepático/ Cefalea/ Cansazo/ Visión borrosa.
- SOLIFENACINA: Sequidade de boca/ Estreñimento/ Náuseas/ Visión borrosa.
- OXIBUTININA: Sequidade de boca/ Síntomas dixestivos/ Visión borrosa/ Efectos sobre o SNC.
- IMIPRAMINA: Sequidade de boca/ Visión borrosa/ Efectos cardiovasculares.
- DOXAZOSINA: Hipotensión postural/ Colapso/ Cefalea/ Desorientación/ Mareos/ Somnolencia/ Palpitacións/ Náuseas/ Edemas.

2.B.- TRATAMENTO DA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFORZO:

- CIRURXÍA: dá moi bos resultados e é de primeira elección nestes casos.
- FÁRMACOS: (non son de primeira elección): actúan sobre os neurotransmisores vésico-uretrais: Alfaadrenérxicos (non comercializados) / Imipramina / Estróxenos. En estudo a Duloxetina (inhibidor selectivo da recaptación da Serotonina e a Noradrenalina).
- CONOS VAXINAIS.
- ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA.
- SISTEMAS OCLUSIVOS URETRAIS.

- INXECCIÓN DE SUBSTANCIAS EXPANSORAS DE VOLUME.

- ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL: xá en 1947, Foley diseñou o primeiro; consistía nun manguito que se inflaba o redor do pene e podía desinflar cando se desexaba ouriñar accionando unha bomba gardada no bolsillo do paciente. Existen, hoxe en día, diferentes próteses para o tratamento da IU masculina. O modelo AMS-800, é un dos dispositivos máis completos e o seu funcionamento sigue principios hidráulicos. Cando o paciente quere vaciar a vexiga, apreta a bomba varias veces ata que o fluído desprázase dende o manguito compresor hacia o reservorio, quedando o manguito desinflado e permitindo a micción do paciente. Existen tamén esfínteres para as mulleres (a súa colocación e por vía abdominovaxinal).

2.C.- TRATAMENTO DA INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMENTO:

Tratamento da obstrucción: corrección cirúrxica se é posible.

Tratamento da Arreflexia Vesical: fármacos (agonistas colinérxicos, como o Betanecol, de resultados dubidosos). Cateterismo Vesical Intermitente (introdución dun catéter na vexiga, de forma periódica, regular e frecuente (cada 3-6 horas), coa intención de baleirar a cantidade de ouriña existente. No varón, cun catéter de 12 ou 14 F, usándose as sondas ríxidas na muller. Evitarase o catéter permanente se é posible, se non, usarémolo.

2.D.- TRATAMENTO DA INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL:

- A intervención, será multifactorial, intentando melloralas condicións máis directamente relacionadas coa perda da continencia (inmobilidade, depresión, deterioro cognitivo, etc....).

- As técnicas condutuais son eficaces, sobre todo as Miccións Programadas.

- Debe conseguirse o suficiente persoal para atender a pluripatoloxía destes pacientes.

2.E.- TRATAMENTO DA INCONTINENCIA URINARIA MIXTA:

- Orixe Multifactorial.

- A máis frecuente é a I.U. de Esfuerzo, asociada a Vexiga Hiperactiva; poden estar relacionadas as sintomatoloxías dunhas formas e doutras.

- Tratamento:

- Da IU de Esfuerzo + Vexiga Hiperactiva: fármacos (de acción anticolinérgica, xunto cos estrógenos); cirurxía; estimulación eléctrica.

- Da Vexiga Hiperactiva + IU por Deterioro Funcional: fármacos + medidas necesarias para mellorar a situación funcional do paciente + coidadores suficientes e técnicas condutuais.

- Da Vexiga Hiperactiva + Obstrución do tracto de saída: corrección da obstrución con cirurxía e logo anticolinérgicos.

1.2. PREVENCIÓN DA INCONTINENCIA URINARIA:

Existen tres graos de **prevención**, a primaria, a secundaria e a terciaria. O obxectivo da prevención primaria é eliminar as causas da enfermidade. Por exemplo, un ensaio que comparara dúas prácticas obstétricas (por exemplo, políticas de episiotomía rutinaria versus restrictiva) e evaluara o efecto sobre a prevalencia da incontinencia postnatal entre mulleres previamente continentas, sería un ensaio de prevención primaria.

O obxectivo da prevención secundaria é detectar a disfunción asintomática e tratarla de forma temperá, para detela evolución. Un ensaio que comparara un tratamento para mellorar o soporte muscular da vexiga con ningún tratamento, en mulleres e homes, con músculos débiles do solo pelviano, pero ningún síntoma de Incontinencia Urinaria, clasificaríase como un estudo de prevención secundaria.

A prevención terciaria consiste no tratamento dos síntomas existentes para prever a evolución da enfermidade.

Outras revisións Cochrane, examinan a eficacia dos tratamentos cirúrxicos, farmacéuticos e conservadores para os síntomas existentes de Incontinencia Urinaria.

É importante ter en conta unha serie de **recomendacións**, que serían importantes de facer, co fin de evitar que no futuro, os/as pacientes, presenten unha IU:

- Na infancia, debemos ter en conta evitar os malos hábitos miccionais.
- No embarazo, limitar a ganancia ponderal e realizar unha educación perineal.
- No parto, no período expulsivo, farase ca vexiga vacía, evitar as lesións abdominais e prever os desgarrs perineais.
- No postparto, implantar uns exercicios perineais, antes dos exercicios de mobilización dos músculos abdominais.
- Nas histerectomías, reinsertar os ligamentos a cúpula vaxinal.
- Na cirurxía de prolapso, considerar a posibilidade de Incontinencia Urinaria enmascarada.
- Na menopausia, indicar hormonoterapia substitutiva.
- En xeral, combater os factores de aumento crónico da presión intraabdominal como o estreñimento pertinaz ou obesidade.

As estratexias de prevención poden dirixirse a poboación xeral (por exemplo, protección contra o sol, coidados en canto a beber e conducir) ou a grupos específicos "en risco". Históricamente, a bibliografía indica que as mulleres durante o embarazo e despois do parto, son un grupo particularmente en risco de desenvolver Incontinencia.

En bastantes ocasións, a Incontinencia Urinaria, non se produce de forma súbita senón que é precedida de algunhas “**señais**” que indican a futura aparición dun problema de Incontinencia: → *Señais de alarma*:

- Incapacidade de esperar uns minutos cando se ten o desexo de ouriñar.
- Non se ten a sensación de que se enche a vexiga.
- Cando comenza a ouriñar, e non se ten a sensación física de estar facéndoo.
- Cando acude moi poucas, ou moitas veces, a ouriñar o cabo do día.
- Cando non se é capaz de parar de ouriñar, unha vez que empezou a facerlo.

Ante a aparición de algunha destas señais, ou síntomas de que se pode padecer Incontinencia, a primeira opción é consultar co Médico de Cabeceira. Na maioría das ocasións, si se consulta a tempo, existe unha maior probabilidade de que o problema se poda solucionar en menos tempo, que si se tarda en acudir o profesional.

Cómo podemos coidarnos?

- Consultando co noso Médico de Cabeceira, cando empezamos a ter Incontinencia Urinaria. Seguir os seus consellos, para corrixir ou controlar a Incontinencia.
- Limitar a cantidade de bebidas carbonatadas, cafeinadas ou alcólicas.
- Comer menos tomates, xugos de froita, produtos lácteos, alimentos picantes, azúcar e edulcorantes artificiais. A vexiga pode irritarse cando estes alimentos cómense en gran cantidade.
- Tomar moito líquido, (parece unha contradicción, pero non). Non tratar de controlala Incontinencia Urinaria deixando de tomar líquidos. Non o vai a axudar e pode ser perigoso para a súa saúde.
- Tomar líquidos durante o día, pero limitala cantidade, 3 horas antes de acostarse. Non se olvide de vaciala vexiga cada 2 a 4 horas, e antes de acostarse.
- Si vostede ten Incontinencia por Esfuerzo, faga os seus exercicios de Kegel regularmente.
- Na medida do posible, entrene a súa vexiga para vaciala en horario fixo.
- Use compresas de Incontinencia para evitar mollarse a roupa. Non se olvide de cambiar os cueiros regularmente.
- Manteña a súa zoa inguinal o máis limpa e seca posible.

Factores de Risco de padecer Incontinencia Urinaria:

Un factor de risco é algo que incrementa a posibilidade de contraer unha enfermidade ou padecimento. Poden ser factores de risco:

- Sexo: Feminino.
- Idade: maior de 65 anos.
- Parto.
- Menopausia: os cambios hormonais poden producir perda da flexibilidade da musculatura do solo pélvico, e en consecuencia manifestarse os efectos da súa debilidade, como Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. O paso dos anos tamén debilita o solo pélvico, xa que a súa musculatura non se exercita de forma espontánea.
- Diabetes.
- Envellecemento.
- Próstata agrandada.
- Demencia
- Ataque cerebral.
- Esclerose múltiple.
- Lesións ou enfermidades da espiña dorsal.
- O uso de certos medicamentos/substancias:
 - Cafeína.
 - Alcol.
 - Beta Bloqueadores.
 - Agonistas Alfa.
 - Axentes colinérxicos.
 - Cyclophosphamide.

1.3. REPERCUSIÓNS DA INCONTINENCIA URINARIA:

1 - Repercusións físicas:

- Está suficientemente demostrado que o número de **INFECCIÓN URINARIAS** é máis elevado nos pacientes incontinentes.

- A existencia dunha humidade mantida sobre a pel, xunto ca influencia da presión mecánica, en pacientes incapacitados, predispoñen o desenrolo de **ÚLCERAS***.

- Non é infrecuente comprobar que a IU sobre todo nocturna, é factor predispoñente de **CAÍDAS** e de **FRACTURAS DE CADEIRA** asociadas sobre todo a anciáns con deprivación sensorial, mala mobilidade e/ou consumo de polifarmacia.

^{*}(Fonte: estudo realizado polo Prof. Mayán Santos JM e colaboradores, no ano 2005, titulado “2º estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes”, ponse de manifesto, que existe Incontinencia Urinaria no 14,7% dos pacientes con Úlceras Por Presión (UPP) atendidos dende a Atención Primaria, onde o 14,5% eran homes e o 14,8% eran mulleres).

2 - Repercusións psíquicas:

-- É indubidable que a IU condiciona unha **PÉRDA DA AUTOESTIMA**, o cal xenera situacións de **ANSIEDADE** e de vergoña que pode ser unha causa relativa de **DEPRESIÓN**.

-- En diferentes estudos epidemiolóxicos, sobre todo en anciáns independentes (que viven no seu domicilio) demostrouse, que un amplo número dos que padecen IU, estaban preocupados por este problema, afectándolles dunha forma considerable no seu estilo de vida, sentíndose diferentes doutros suxectos da mesma idade, pero que mantiñan a súa continencia.

-- De igual forma, comprobouse que influe sobre as **RELACIÓNS SEXUAIS**, tanto cuantitativa como cualitativamente.

3 - Repercusións sociais:

-- O ancián incontinente, tende o **ILLAMENTO**, reducindo así de forma significativa as súas relacións sociais.

-- A Incontinencia Urinaria, leva a unha maior necesidade de **APOIO FAMILIAR** e de **UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIAIS E SANITARIOS** en relación con unha maior necesidade de coidados hixiénicos e de atención dos seus problemas médicos añadidos. Neste sentido, demostrouse que a Incontinencia Urinaria, é unha causa frecuente de **INSTITUCIONALIZACIÓN**, pola gran carga de atención que supón, ademáis das complicacións que dela se podan derivar.

-- Un alto porcentaxe dos anciáns que sufren IU, evitan saír fora do seu domicilio e un alto porcentaxe tamén, elude a utilización de transportes público.

4 - Repercusións económicas:

O marxen dos problemas psicofísicos e/ou sociais da IU, xenera un elevado gasto en relación co uso de **MEDIDAS PALIATIVAS** (absorbentes, colectores externos, sondas, bolsas, etc.). Tamén aumenta a cantidade de recursos necesarios debido a maior hospitalización destes pacientes, polas complicacións que presentan.

Debemos ser conscientes, os profesionais sanitarios, que un paciente con IU, que diagnosticamos entes de que se produzcan unha serie de complicacións, non só evitamos o sufrimento innecesario desta persoa, senón que tamén evitaremos esas outras repercusións, de tipo social, económico, etc. que complican un proceso, xá de por sí bastante complicado.

Temos que intentar ser máis resolutivos na Atención Primaria. Pois a capacidade de captación de pacientes con este cadro, nos da a posibilidade de prever complicacións futuras, de incerto tratamento en algúns casos, e que ca intervención que fagamos, melloraremos moito as condicións de vida.

1.4. ENVELLECIMENTO E INCONTINENCIA URINARIA:

O envellecemento non é causa de IU, pero sí determina unha serie de cambios anatómicos e funcionais, que poden influir, en maior ou menor medida, conxuntamente cas patoloxías asociadas, no mellor ou peor control da Continencia.

As modificacións, ocorren fundamentalmente no sistema Nervioso Central, no Tracto Urinario Inferior, na Próstata e na Vaxina.

O inicio ou exacerbación da IU nos anciáns, a meudo obedece a factores alleos as vías urinarias, e que son susceptibles de tratamento, de aquí, a importancia de abordar estes factores de risco, que incluso poden restaurar a continencia, aínda que exista disfunción das vías urinarias.

As alteracións que se producen no Sistema Nervioso Central, son:

Atrofia progresiva da Corteza Cerebral.

Diminución do número de Neuronas.

As alteracións no Tracto Urinario Inferior, son:

Diminución dos nervios autonómicos.

Maior trabeculación.

Diminución do número de células uretrais, e o seu reemplazamento por tecido conectivo fibroso.

Diminución da capacidade vesical.

Diminución da habilidade para pospoñer a micción.

Aumento do Residuo Miccional Postmiccional.

Diminución da presión de cerre uretral e do fluxo urinario.

Presenza de contraccións non inhibidas, do músculo detrusor.

As alteracións a nivel da Próstata:

Crecedemento da glándula prostática. O crecedemento benigno da próstata (hipertrofia benigna), pode orixinar contraccións involuntarias da vexiga (inestabilidade vesical), que acarreen Incontinencia Urinaria por imperiosidade ou urxencia.

As alteracións a nivel da Vaxina:

Déficit estroxénico, con diminución da celularidade e atrofia do

epitelio. Diminúe o nivel de estróxenos (hormonas femininas),

producindo cambios na mucosa e no grosor muscular da

uretra, e polo tanto, una diminución na presión de cerre da mesma.

Existe unha perda na angulación entre a vexiga e a uretra (ángulo vesicouretral), favorecendo a Incontinencia de Esfuerzo.

O volumen muscular, podese reducir ata a metade, o chegar a octava década da vida. Esta diminución de masa muscular, tamén afecta a musculatura do solo pelviano, diminuindo os elementos de sostén.

A presenza de sondas e infeccións sobreañadidas, tamén poden causar Incontinencia, na terceira idade.

No ano 1998 a **OMS** afirmou que a Incontinencia Urinaria pódese tratar e prever, na maioría dos casos e que, sin duda, non se trata dunha consecuencia inevitable do envellecemento.

1.5. CUSTE ECONÓMICO DA INCONTINENCIA URINARIA¹⁹:

Os custes de atención da saúde, poden **clasificarse** como directos ou indirectos. Os directos son aqueles relacionados ca entrega ou recepción de tratamentos e inclúen os honorarios dos facultativos, dos hospitais, os custes para os medicamentos e os custes no transporte para obter a atención.

Os custes indirectos son aqueles relacionados co individuo e ca sociedade, derivados do absentismo laboral, diminución do desempeño nas súas tarefas laborais e cambios no seu traballo, secundarios a problemas na saúde (por exemplo, a asignación hacia un posto con menor ingreso monetario, para evitar contacto co público, o que pode ocorrer como resultado da Incontinencia).

Algúns economistas tamén realizan unha estimación dos custes asociados cos tratamentos das **secuelas**, que constitúen desta forma, os custes conseguintes.

O custe da Incontinencia Urinaria en pacientes hospitalizados é máis difícil de determinar. Algúns dos custes poden ser extrapolados a partir da información obtida da poboación residente en centros de atención, pero nos pacientes que se encontran en áreas de internación críticas, os custes directos poden perderse; por exemplo, un paciente que recibe tratamento nun área de coidados intensivos neurolóxicos por unha lesión da médula espinal, que cursa con IU. O poder determinar o valor real dos gastos ocasionados, é casi imposible.

O gasto no persoal para mantela hixiene adecuada, así como o uso de pañais descartables, protectores impermeables para as camas e outras provisións, é trivial o ser comparado co custe enorme da atención da saúde destes pacientes.

Os custes indirectos asociados ca Incontinencia Urinaria, non se coñecen, pero créese que son elevados. O impacto económico indirecto inclúe o pago dos reclamos por incapacidade para os pacientes con Incontinencia, quenes non son capaces de seguir traballando, e polos salarios perdidos, relacionados co retiro ou xubilación prematuros.

Tamén debe considerarse, a perda dos ingresos en membros da familia ou amigos, ós que deben deixar os seus traballos para axudar os pacientes incontinentes.

Tendo en conta todolo exposto, o custe económico da Incontinencia é enorme, pero a cifra exacta sobre individuos, familia e recursos dos países, é difícil de determinar con exactitude.

1.6. CALIDADE DE VIDA:

Definimos a Calidade de Vida, como un estado de benestar global, comprendido por avaliacións obxetivas e subxetivas do benestar físico, material, social e emocional, xunto co desenrolo e as expectativas particulares, todo elo, ponderado por unha serie de valores pessoais. É dicir, trataríase dunha combinación de condicións de vida e a satisfacción persoal ca vida, en función dunha escala de valores pessoais²⁰.

A **evaluación** da Calidade de Vida relacionada ca saúde, pretende considerar a percepción do paciente, dos distintos fenómenos relacionados ca enfermidade e o seu tratamento. Ten en consideración, cómo afectan os síntomas da enfermidade, así como os tratamentos e os seus efectos secundarios sobre diferentes ámbitos da súa vida, xá sexan físicos, emocionais, sociais, económicos ou de outro tipo. Trataríase de coñecer o concepto de saúde dende o punto de vista do propio enfermo; é dicir, a súa propia percepción da morbilidade.

A Organización Mundial de Saúde (OMS), define a Calidade de Vida relacionada ca saúde, como a percepción do individuo sobre a súa posición na vida, dentro do contexto cultural e do sistema de valores no que vive, e con respecto a súas metas, expectativas, normas e preocupacións. É un concepto extenso e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicolóxico, o nivel de independencia, as relacións sociais, as creencias pessoais e a relación cas características sobresaintes do entorno.

A pregunta clave, é cómo medir este parámetro?. A OMS desenrolou dous cuestionarios coñecidos cos nomes de WHOQOL – 100 e WHOQOL – BREIF, que poden ser utilizados en diferentes entornos culturais, como ferramenta de medición e comparación de resultados na Calidade de Vida relacionada ca saúde en senso amplo.

Posteriormente, publicáronse **numerosos cuestionarios**, non sempre traducidos o castelán ou o galego, que se clasificaron en xenéricos do Síntoma Incontinencia Urinaria e que son Específicos da condición de IU, e valoran a súa repercusión sobre a Calidade de Vida en xeral.²¹

Difrentes traballos nos informan, de que a IU altera gravemente a Calidade de Vida relacionada ca saúde a través de diferentes mecanismos²².

Existen outros cuestionarios para medir a Calidade de Vida, como poden ser: O Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF – 36). O Sickness Impact Profile. O Nottingham Health Profile. O Euroqol–5D. O PECVEC. O Láminas COOP – WONCA. O Quality of life Index – QL – Index.

Son cuestionarios xenéricos, para valorar a todo tipo de poboación, tanto xeral, como grupos específicos de pacientes. Todos, teñen validez e fiabilidade establecida, pero poden resultar pouco sensibles na valoración do impacto dun determinado problema concreto, como pode ser a IU, na Calidade de Vida dos pacientes.

Caracterizado pola súa brevidade e sencillez, o **INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM (ICIQ – SF²³)**, é un cuestionario con propiedades psicométricas, alta sensibilidade e de valor predictivo positivo, que permite recomendar o seu uso, na práctica clínica habitual. Está validado en España. O feito de que a puntuación obtida ca resposta de tan só 3 ítems, detecte o 92,1% dos casos de IU de acordo cos diagnósticos clínicos, ou que o 87,7% dos casos de acordo co diagnóstico urodinámico, o convirte nun cuestionario extremadamente útil para o seu uso na detección da IU oculta, que supón entre o 40 e o 70% do total. Este é o cuestionario utilizado por nós, para valora-la Calidade de Vida en pacientes Incontinentes, en Poboación Xeral **(ANEXO 4)**.

A definición de “Calidade de Vida” depende de qué evalúe o concepto. Unha definición xeral deste concepto na Medicina Clínica, podría ser “o efecto funcional da enfermidade e o seu tratamento sobre o paciente tal cal é percibido polo mesmo”. Disto, dedúcese que o paciente é a fonte principal de información sobre este concepto, superando así os test diagnósticos complementarios. Existen uns dominios evaluados polos parámetros de Calidade de Vida:

Función física: mobilidade, destreza, actividade física, etc.

Síntomas: dor, apetito, náuseas, enerxía, vitalidade, fatiga, etc.

Criterios globais de saúde. Incluindo a integración.

Benestar psicolóxico: morbilidade psicolóxica: ansiedade, depresión, autoestima, etc.

Benestar Social: relacións íntimas e familiares, contacto social, etc.

Funcións cognitivas: actitude, concentración, memoria, comunicación.

Modelos de Conducta: emprego. Manexo do fogar. Asuntos económicos.

Estructuración persoal: espiritualidade. Satisfacción ca vida.

Satisfacción ca atención recibida.

Ós cuestionarios de Calidade de Vida, otórgaselles o Grao A (altamente recomendado), cando dos datos publicados, infírese que é válido, fiable e sensible o cambio. O Grao B (recomendado), cando o cuestionario é válido e fiable. O Grao C (con potencial), cando dos datos publicados dedúcese que o cuestionario é válido, ou fiable ou sensible o cambio, é dicir, cando só cumpre un dos parámetros exisidos.

Os cuestionarios para avaliar a Incontinencia Urinaria, a menudo en presenza doutros síntomas do tracto urinario inferior, desenvolveronse inicialmente por separado, para o seu uso en homes ou en mulleres; pero a medida que os cuestionarios alcanzan altos niveis de recomendación, válídanse tanto para homes como para mulleres.²⁴

Un dos conceptos máis importantes nas persoas que padecen IU, é a súa relación ca **actividade sexual**, que a súa vez, está moi relacionada en cómo o paciente percibe a súa Calidade de Vida en xeral. Como diría Frida Saal (Córdoba, Arxentina, 1935 - cidade de México, 1998-, Psicoanalista, docente da UNAM por 25 anos, investigadora e fundadora do Centro de Investigación y Estudios Psicoanalíticos. Autora de numerosos artigos reunidos no volumen *Palabra de analista*) **“OS VELLLOS, SEMPRE SON OS OUTROS”**. En **“Memoria de un olvido o la sexualidad en la vejez”** fai referencia a todos estes conceptos de cómo interpretar as relacións sexuais na velez.

As empresas farmacéuticas lánzanse a búsqueda dunha Viagra feminina, co fin de paliar un dos problemas fundamentais nas mulleres, e que aumenta dunha forma considerable, o ir aumentando a súa idade. Así como aumenta a capacidade de deshibición, tamén baixa o desexo de manter relacións sexuais (añádanse os termos de viuedade, fillos maiores, separación, etc.). A conclusión é que o mantemento de relacións sexuais diminúe na velez. Si añadimos termos como os da Incontinencia Urinaria, o tema complícase moito máis. Estas pacientes será difícil que manteñan relacións, co cal a súa Calidade de Vida, verase condicionada de forma importante por estes conceptos.

O aumento dos problemas de disfunción sexual feminina, levan os científicos a intentar encontrar unha solución tras o fallo dos parches de testosterona. Un dos últimos intentos, é un composto chamado **bremelanotida**.

De qué forma pode afectar a muller a Incontinencia Urinaria nas suas relacións sexuais?

Si nos referimos a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, debemos pensar que existen dous problemas asociados: o baixo ton da musculatura pubococcíxea, xá que por sí so pode dar lugar a unha acusada insatisfacción sexual, e o temor a un escape de ouriña, que pode comportar unha negativa das relacións sexuais en xeral ou de algunhas determinadas posturas ou comportamentos sexuais.

No é de extrañar, por elo, que todos os estudos en que se compara a función sexual de mulleres continentes e incontinentes, mostren un porcentaxe moito maior de disfuncións sexuais no grupo de mulleres incontinentes. En algúns estudos, como o de Amarenco de 1996, encóntrase un 86% de mulleres incontinentes con disfunción sexual. Neste grupo de mulleres, un 28% presentaba Incontinencia Urinaria durante a relación sexual e un 60%, anorgasmia.

OBJETIVOS:

A) Obxectivo Xeral:

Valorala **Calidade de Vida** dos pacientes con Incontinencia Urinaria. Indicar cómo repercute na vida diaria dun maior de 65 anos o tema da Incontinencia.

B) Obxetivos Específicos:

1º). Saber os **Tipos de IU** máis frecuentes. Valoralo tratamento axeitado a cada tipo de IU.

2º). Coñecer o **Custe Económico** da IU, en Galicia, no ano 2006, e comparalo co custe doutras enfermidades, como a Diabetes, a Hipercolesterolemia ou a Hipertensión Arterial. Comparalo tamén, co custe económico no ano 2004, para avaliar a evolución do custe co paso de dous anos.

3º). Saber a **Prevalencia da IU** en Galicia, no ano 2007.

Si consideramos que a Incontinencia Urinaria, é un tema “**tabú**”, de difícil diagnóstico en Atención Primaria, cando o paciente ou o colaborador, non o comunica directamente, valorar a Prevalencia da IU, así como os Tipos, o Custe Económico e a Calidade de Vida, é un traballo innovador que pon de manifesto, que si os profesionais sanitarios, poñemos un pouco de interese no afloramento deste Síndrome Xeriátrico, os resultados son tremendamente productivos, pois tratado a tempo o cadro, o seu manexo e prevención das secuelas posteriores, serán moi eficaces.

O **protocolo** de actuación que sigamos, así como o cuestionario utilizado, tanto para diagnosticar que un paciente ten IU, como o tipo de Incontinencia que presenta, podrán ser utilizados por distintos profesionais interesados neste tema, para facer traballos de investigación posteriores. Incluso poder adaptalos o seu medio de traballo (residencias de anciáns, Centros de Día, Unidades de Agudos, Servicios de Urgencias Hospitalarios, Unidades de Deterioro Cognitivo, etc.). Os protocolos utilizados, servirán para mellorar a Calidade de Vida dos nosos pacientes e sobre todo, para evitar as consecuencias dunha patoloxía frecuente, previsible e tratable moitas veces.

As institucións sociais, financeiras, políticas e sanitarias, deben realizar os seus plantexamentos e obxetivos a sociedade na que vivimos; non poden permanecer inertes a unha demanda asistencial de servizos, modificada nun proceso actual e irreversible de cambio socio demográfico e que os países industrializados, deben encarar con valentía e eficiencia.

Unha adecuada asistencia en Atención Primaria, dirixida o **Campo Xerontolóxico**, redundaría no beneficio dunhas persoas, os nosos maiores, de disfrutar dunha vellez en óptimas condicións, físicas, psíquicas, sociais, de relación cos demais, etc.

A Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, propúxose facer útil e operativo o coñecemento e os resultados da investigación sobre o **envellecemento activo e saudable**, ofrecendo ferramentas de información e aprendizaxe os propios interesados, tanto persoas maiores como aquelas en idades próximas a xubilación, que lles axuden a conquistar o tan desexado obxectivo de: **“vivir muchos años de forma satisfactoria y autónoma, responsables y dueños de su propia vida y de su futuro, y con altas dosis de compromiso social”**.

O envellecemento activo e saudable, a través do proceso de optimización selectiva con compensación, está ligado a múltiples variables interrelacionadas. Si ben a saúde física ocupa un lugar fundamental neste proceso, non é menor a importancia doutros factores constitutivos do concepto de saúde. Os factores psicolóxicos, tanto cognitivos como emocionais, a capacidade de relacionarse, o nivel de participación social, a autoeficacia, o entorno afectivo e familiar, a estabilidade económica, a seguridade, a visión de futuro, as expectativas vitais, etc., son variables esenciais na predicción dun envellecemento saudable.

As sociedades modernas envellecidas, comencan a disociar cada vez con maior claridade o binomio idade-dependencia, ante a evidencia de que a etapa da vida que discurre a partir dos 60 ou 65 anos, caracterízase pola actividade, a consecución de proxectos novos ou inacabados, así como o desenrolo de iniciativas útiles socialmente. Consolidar esta tendencia, supón que, tanto dende as administracións públicas, como dende a iniciativa social, empréndanse políticas e programas de envellecemento activo, para promocionar dita situación, nun dobre aspecto: a melloría da Calidade de Vida de quen xá alcanzou a idade de xubilación, e incluso a avanzada vellez e a adquisición de coñecementos, habilidades e actitudes nas persoas máis xóvenes, que fagan posible a prolongación da vida activa e independente, ata o seu límite máximo. Ambos obxetivos, poden ser alcanzables, e ser de ampla rendibilidade social. O primeiro, pois está demostrado que nunca é demasiado tarde para un cambio de actitude vital que favoreza a saúde, como se evidencia nos casos de abandono do hábito tabáquico ou alcólico, ou nos efectos da actividade física a calquer idade. O segundo, porque é un feito científico, que a forma máis segura de garantir un estado físico, mental e social adecuado no futuro, é o desenvolvemento, durante toda a vida, de actitudes positivas e hábitos saudables.

Considero que a **prevención** da Incontinencia Urinaria, cun bó diagnóstico e un bó tratamento posterior, é un expoñente esencial do exposto como envellecemento saudable. Si somos capaces, dentro dos obxetivos do estudo, de evitar as complicacións tan importantes que padecen os pacientes con Incontinencia, dando datos importantes, habremos cumprido cún dos cometidos que nos recomenda a Organización Mundial da Saúde (OMS), que é a Prevención.

Un interés do traballo de investigación, é que ten moita importancia por non haber sido realizados da mesma maneira, nos estudos valorados previamente para a confección do mesmo.

Na bibliografía, existen traballos de Prevalencia, de Calidade de Vida, de Actividades da Vida Diaria en relación ca IU, pero non foron feitos en **poboación xeral**, sin relación co Sistema Sanitario; ningún traballo foi encontrado na laboura de investigación previa.

O traballo faise en poboación **maior de 65 anos**, o que nos indica a importancia relevante deste sector de poboación, e que os investigadores actualmente están dando un pulo de interese a este grupo de persoas, as veces, olvidado polos investigadores.

Deberemos ter en conta, o alto nº de enquisas realizadas, que fan que o traballo sexa representativo do que queremos demostrar, que é a alta prevalencia deste cadro, así como a gran afectación que sufren os pacientes con respecto a súa Calidade de Vida.

Existen uns grandes **determinantes da saúde, que afectan o proceso de envellecemento**, como son a cultura e o sexo, determinantes relacionados cos servizos sanitarios e sociais (promoción da saúde, prevención da enfermidade, servizos curativos, asistencia de larga duración, servizos de saúde mental), determinantes conductuais (tabaquismo, actividade física, alimentación sán, saúde bucodental, alcol, medicamentos, cumprimento terapéutico), determinantes relacionados cos factores persoais (bioloxía e xenética, factores psicolóxicos), determinantes relacionados co entorno físico (seguridade e vivenda, caídas, auga limpa, aire puro, alimentos sáns), determinantes relacionados co entorno social (apoio social, violencia e abuso, educación, alfabetización) e determinantes de tipo económico (ingresos, protección social, traballo).

O **infradiagnóstico**, é un dos principais enemigos da Incontinencia Urinaria. Os especialistas en Uroloxía e Xinecoloxía, así como os Médicos de Atención Primaria, consideramos que o ostracismo que aínda rodea este cadro, debe eliminarse, porque hoxe en día, existen xá unhas formas de actuación protocolizadas, así como diferentes tratamentos para controlar os diferentes tipos de IU.

A IU é un dos problemas de saúde máis comúns e incómodos de tratar, sobre todo nos anciáns. Debido o seu infradiagnóstico, concretala súa incidencia e a súa frecuencia, é difícil de cuantificar. O **Dr. Javier Iglesias Guiu**, Coordinador do Grupo de Suelo Pélvico da Sociedade Española de Ginecología y Ostetricia, del Hospital Clínico de Barcelona, dí “el ostracismo en torno a la Incontinencia Urinaria, debe variar, porque hoy en día, se dispone de soluciones que se traducen en formas efectivas de tratamiento: rehabilitación, fármacos y cirugía con nuevas técnicas más sencillas y eficaces, que son relativamente perdurables en el tiempo”.

O Dr. **Luis Prieto Chaparro**, Coordinador Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica, de la Asociación Española de Urología, do Hospital San Juan, de Alicante, dice: “el grado de afectación de la Calidad de Vida que percibe el paciente, y que se objetiva mediante diversos cuestionarios, debe ser el punto de partida de los tratamientos que se apliquen. Establecer el límite sobre si una persona está o no enfermo/a, se lleva a cabo, mediante cuestionarios sobre qué piensa el afectado, respecto a su Calidad de Vida. Las variables sobre la Calidad de Vida, son esenciales para optar por un tratamiento o por otro”.

Dacordo ca bibliografía consultada, podese estimar que a Prevalencia da IU en España, en maiores de 65 anos, será aproximadamente do 33%, polo que representa un importante problema de saúde que vai a afectar de forma fundamental a Calidade de Vida do/a paciente, así como un coste social, económico e sanitario de gran importancia.

Sabemos que o diagnóstico, e un tratamento precoz, da IU, así como un seguimento médico adecuado, non só restablece a Calidade de Vida do/a paciente, senón que tamén reduce de forma considerable o custe económico.

Tamén xustifica o estudo, o saber os Tipos de IU máis frecuentes. Seguiremos a Clasificación, fisiopatolóxica, elaborada polo **Grupo de Incontinencias da Sociedad Española de Geriatría y Gerontología**, na cal, realízase un traballo exhaustivo de recopilación de termos en toda a bibliografía, para unificar criterios, e chamarlle a cada tipo de IU con un nome igual, habendo diferentes formas de definir os mesmos conceptos.

Por último, o traballo xustifícase o dar o dato de Prevalencia da IU, en Galicia, nos anos 2007-8, en Poboación Xeral e sin relación co Sistema Sanitario, dato, que non existe na actualidade.

Para facer a valoración da Calidade de Vida dos pacientes con Incontinencia Urinaria, utilízase o **ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire)** que é un cuestionario autoadministrado, que identifica ás persoas con incontinencia de ouriña e o impacto na Calidade de Vida.

É moi utilizado na práctica clínica, pola súa sencillez e pola súa boa capacidade de investigar, tanto a presenza ou non do problema, como a intensidade e a interferencia coa vida habitual do paciente.

É válido para homes e mulleres de calquer idade. Si se desexa, existe unha forma abreviada de dito cuestionario (ICIQ SF). A Puntuación do ICIQ-SF: sumaremos as puntuacións das preguntas 3+4+5. Considerase diagnóstico de IU calquer puntuación superior a cero. Este instrumento, posee 6 preguntas e os valores de tres delas, sumados, dan un puntaxe (mínimo 3, máximo 21).

A **Valoración Xerontolóxica** que fagamos neste campo da Incontinencia Urinaria, debe ser un proceso multidimensional e interdisciplinar, pretendendo cuantificar as capacidades e problemas asistenciais, médicos, psicolóxicos, funcionais, sociais e a Calidade de Vida do ancián.

Ós pacientes anciáns, deberemos realizarlles unha valoración social. Utilízanse cuestionarios semiestructurados con variables económicas, de vivenda, de entorno familiar e social, de illamento, grao de satisfacción persoal, etc. Estas valoracións, son útiles para detectar situacións socioeconómicas e ambientais capaces de condicionar a evolución clínica e funcional dos pacientes anciáns.

Os profesionais sanitarios, deberemos enfocar os nosos esforzos en facer avanzar a saúde e o benestar os anos que se añaden a vellez, profundizando no concepto de **envellecemento activo** e apostando por unha reorientación de esforzos hacia o mantemento da independencia e capacidade funcional o máis posible. Todos os esforzos que realicemos a prol de mellorar a asistencia os pacientes con Incontinencia Urinaria, serán obxetivos primordiais da nosa actuación en Atención Primaria, en beneficio dos nosos maiores.

Con traballos como o que pretendemos realizar, dando datos importantes, non existentes na actualidade, conqueriremos levar a práctica o novo paradigma de envellecemento activo, facendo posible que as persoas maiores teñan novas oportunidades de información e formación, e que apoiem o aprendizaxe durante toda a súa vida. Trataremos tamén, dentro dos obxetivos, de dar unha imaxen do envellecemento, axustada a realidade e libre de estereotipos negativos.

Procuraremos informar as persoas maiores, sobre os aspectos relacionados co envellecemento activo relacionado directamente ca Incontinencia Urinaria. Dotaremos as persoas maiores, da información necesaria para prever as situacións de dependencia, tales como a IU. Promoveremos a **autonomía persoal** dos maiores e dos seus cuidadores, evitando no posible a discapacidade. Facilitaremos os profesionais da saúde e os servicios sociosanitarios, as ferramentas adecuadas, así como os protocolos axeitados, para evitar as complicacións tan importantes da IU. Xeneraremos un cambio de actitudes e de pensamento positivo ante o proceso de envellecemento e ante a IU en particular.

Abordaremos o traballo, dende unha perspectiva **interdisciplinaria**, consustancial a filosofía do envellecemento activo e saudable. Daremos información asequible, didáctica, comprensible e atractiva. Daremos a información, as persoas que en principio teñen máis dificultade para acceder a ela, como son as persoas do rural, de baixo nivel socioeconómico, de baixo nivel socioeducativo, poboación inmigrante, etc. Ademáis, teremos un especial interese no grupo familiar, pedra fundamental na prevención e cuidados do paciente incontinente; o deseño do estudo e os contidos do traballo, pretenden chegar a calquer grupo de idade, para xerar cambios de actitudes hacia procesos tan denostados como a Incontinencia Urinaria.

Como non existen traballos anteriores o realizado por nós, o coñecer as necesidades da poboación a quen vai dirixido este estudo, coñecer as súas expectativas e, moi especialmente, os que padecen IU, o concepto de envellecemento saudable, envellecemento activo ou simplemente **“envellecer con dignidade”**, é o obxectivo central deste traballo. Parece obvio, e de feito é un dos principios intrínsecos a toda intervención social, pero a realidade é, que en este tipo de iniciativas, non existen antecedentes, de procesos metodolóxicos similares. Ademais, a participación dos potenciais usuarios nas investigacións xerontolóxicas, sigue sendo unha práctica fundamental, aínda que por desgracia, escasa.

Debemos considerar, que o comenzo do traballo, existiu unha certa “incomodidade”, dos profesionais para colaborar no desenvolvemento do mesmo. No noso caso, nos encontramos con algunhas sorpresas non previstas, que demostran, unha vez máis, a importancia de preguntar antes de actuar, e non utilizar o exceso de presunción da nosa “profesionalidade”. Sabemos que a Incontinencia Urinaria, é un tema “tabú”, pero non só para os que a padecen. Existe persoal sanitario, “pouco” interesado no tema, e limítanse a derivar os seus asegurados as Unidades de Incontinencia Urinaria dos Hospitais de referencia.

A totalidade do proxecto, configurouse dende unha aposta global e interdisciplinaria, usando unha metodoloxía cuxa base foi a implementación dos resultados dunha parte, para seguir configurando a seguinte.

Para ter en conta qué obxetivos eran máis interesantes de estudar, tivemos que valorar, entre outras cousas, as propias expectativas vitais ente a vellez, é dicir, cales eran os factores determinantes na construción de opinións e percepcións, por parte dos maiores. Unha das conclusións que sacamos, foi que as persoas maiores centran a súa vida, o redor de diferentes expectativas, como **“vivir o día a día como un valor en sí mesmo”**, é dicir, ter a sensación de estar vivo, é un valor en sí mesmo nada desprezable; aínda que añoran tempos pasados, incluso do pasado máis recente, a vida en sí mesma á a gran aspiración, sin grandes plantexamentos de futuro e ca máxima continuidade na súa traxectoria vital. Queren manter unha boa saúde, ou mellor dito “a mellor saúde posible”, e que lles permita conservar a súa independencia, seguir vivindo na súa casa, no seu entorno, e cas súas vivencias do pasado. Tamén observamos que as limitacións e as expectativas vitais, son a nota predominante nos nosos maiores.

Existe algo que tamén debemos ter en conta a hora de traballar con maiores, e en temas tan delicados como a Incontinencia Urinaria, moito máis, e é que as persoas máis xóvenens, expresan claramente un sentimento de exclusividade social ante os maiores, e un certo rechazo as demandas familiares que lles implican excesivamente nas tarefas de coidado, tanto dos seus pais como dos seus abós. Obviamente, as súas autopercepcións como coidadores duns e de outros, son moi diferentes, e as veces non colaboran, sobre todo co/a coidador/a principal, do xeito que se debería esperar en persoas xóvenes e por natureza solidarias cos máis necesitados.

Estamos convencidos e somos conscentes, que este traballo en sí mesmo, non vai a cambiar sustancialmente a vida dos nosos maiores. Sin embargo, é unha excelente ferramenta para abrir unha serie de procesos de cambio no enfoque da Incontinencia Urinaria. O que sí está claro, dentro dos obxetivos do traballo, é que os profesionais que participamos nel, as veces ata de forma sorprendente, aprendimos moito, desmontando moitos estereotipos e valorando a riqueza importante dun traballo interdisciplinario. Todos os profesionais que participan no traballo que require un paciente con Incontinencia Urinaria, usan humildemente dos seus coñecementos, técnicas e habilidades, o servizo dun obxectivo común. Non se trata de impoñer disciplinas nin profesións, senón dun recoñecemento mútuo dunha laboura conxunta.

Pero ademáis, o traballo conxunto de moitos profesionais no estudo da Incontinencia Urinaria, e este traballo en concreto que presentamos, ten como obxectivo ser un pouco innovador en sí mesmo, sinalando non todos, pero sí algúns posibles campos, camiños e métodos “novos”, para facer **I+D+i na vellez**, ou dito doutra maneira, mellorar a Calidade de Vida das persoas maiores e das súas familias, nun campo tan apaisoante como a Incontinencia Urinaria.

Tamén temos que considerar, tomarnos con **sentido do humor** unha patoloxía en sí mesma moi dramática, polo que representa para os pacientes que a padecen. Así, un caricaturista galego, Xaquín Marín, enfoca o tema, da seguinte maneira, nun dos seus dibuxos no periódico La Voz de Galicia, no ano 2007:



A **filosofía da vida dos maiores**, debemos tela en conta a hora de planificar infraestructuras para eles.

METODOLOGÍA:

CARACTERÍSTICAS E DETERMINACIÓN DA MOSTRA:

O número total de persoas entrevistadas en Galicia (con 2,750.000 habitantes) foi de **1.209**, onde **535** son Homes e **674** Mulleres. Separouse por estratos de idade entre os 65-74 anos, e de máis de 74 anos.

O número total de persoas entrevistadas en Tordoia, pobo de 4.500 habitantes, foi de **180**: deles **100** eran mulleres e **80** homes.

- ◇ **Universo**, poboación diana u obxectivo: persoas maiores de 65 anos, residentes en Galicia, no ano 2007.
Persoas maiores de 65 anos, residentes en Tordoia no ano 2007- 8.
- ◇ **Unidade de análise**: Galegos/as maiores de 65 anos, afiliados a Seguridade Social no ano 2007 en Galicia.
- ◇ **Ámbito**: Galicia e Tordoia.
- ◇ **Data do Traballo de Campo**: Maio do 2007 a Novembro do 2008, en Galicia e en Tordoia.
- ◇ **Método de muestreo**: a mostra calculouse mediante o programa EPIDAT.
Tendo en conta que Galicia ten 2,750.000 habitantes, considerando unha proporción hipotética do 33% de Incontinencia Urinaria, unha precisión absoluta do 2% e un nivel de confianza do 95%, obtense: que deben realizarse 1.209 entrevistas. Mediante sorteo aleatorio, nos diferentes lugares de Galicia, de acordo cos datos publicados polo INE (Instituto Nacional de Estadística), na súa páxina oficial en Internet (www.ine.es).
- ◇ **En Tordoia**, cunha poboación de 4.500 habitantes, cun 23,30% de maiores de 65 anos, realizáronse 180 entrevistas, onde 100 eran mulleres e 80 homes.
- ◇ **Mostra teórica**: 1.209 entrevistas en Galicia en maiores de 65 anos. 180 entrevistas en Tordoia.
- ◇ **Tamaño** (mostra real): 1.230 en Galicia en maiores de 65 anos. 185 entrevistas en Tordoia.

- ◇ **Puntos de muestreo:** dacordo ca distribución da poboación galega, co número de entrevistas que debemos realizar e a estratificación, según o medio, debemos proceder a selección aleatoria dos Concellos e lles asinamos proporcionalmente o número de entrevistas que se deben realizar, obténdose que a poboación entrevistada, nos anos 2007-8 en Galicia, divídese en:

DISEÑO DO TRABALLO:

O **Diseño do traballo**, parte dun Estudo Piloto, realizado no Concello de Outes, no ano 2004, onde os resultados foron espectaculares e moi parecidos os conseguidos neste traballo. É un estudo descriptivo, baseado nunha entrevista persoal, realizada persoalmente por 7 Médicos investigadores, a cada unha das persoas da mostra. Toda a información é recollida por un coordinador, que codifica os datos e os pasa o epidemiólogo. O estudo está realizado en **Galicia desde o ano 2007** e como **traballo específico en Tordoia** (A Coruña) tamén no ano 2007 e parte do 2008.

O tamaño mostral calculouse co programa EPIDAT. Os puntos de muestreo obtivéronse por un proceso aleatorio proporcional a súa poboación.

Para saber qué persoas participan no estudo, sacáronse o azar, de 5 en 5, do listado do cupo médico de cada un dos Médicos participantes. Sacouse o número predeterminado de persoas, baseándonos na proporción de mulleres e de homes existentes, así como no extracto de idade correspondente (de 65 a 74 anos, e máis de 74 anos). Explicóuselle ós asegurados a finalidade do estudo por medio dunha **carta previa**. A continuación contactouse por **teléfono** co asegurado (ou un familiar si éste estaba incapacitado) e concertouse a entrevista para realizar o cuestionario. Pídeuse a conformidade por escrito, co **consentimento informado**, para participar no estudo.

Unha vez elaboradas as entrevistas, integráronse nunha base de datos e procedeuse o seu análise estatístico. Como paso previo a realización do traballo, realizouse unha **búsqueda bibliográfica**, relativa a IU, así como os factores que pudesen ter algunha influencia sobre o mesmo, buscando principalmente estudos similares no mesmo contexto xeográfico. O método de búsqueda bibliográfica que se usou, sitúase na línea das estratexias propostas por Martín-Moreno e Cols., consistente no uso de descritores e operadores lóxicos no caso da búsqueda por CD-ROM na base de datos MED-LINE, e no uso de diversos índices bibliográficos relacionados con ciencias da saúde (Index Medicus, Índice Médico Español, Current Contents, Excerpta Médica, etc...).

DESENROLO DO PROTOCOLO:

O traballo corresponde a un estudo transversal, onde se analizan unha serie de variables, que nos van a permitir describirla Prevalencia da IU, nos maiores de 65 anos. A información, obtense a partir dunha enquisa (**Anexo 5**), que se realiza mediante entrevista persoal, por un Médico, na consulta, ou no domicilio do/a entrevistado/a (en caso de incapacidade física ou psíquica).

Realízase nunha mostra representativa da poboación diana; unha vez recollida e codificada, informatízase, para posibilitar o estudo das variables consideradas, cas probas estatísticas máis idóneas.

Faise a través dunha mostra aleatoria da poboación diana.

Para levar a cabo o estudo, mandarásese unha carta persoal (**Anexo 6**) a todos os participantes, e contactarase con todos/as Médicos/as do EAP (Equipo de Atención Primaria), dos puntos de mostreo, pedíndolles a súa colaboración para poder levar a cabo o estudo, conseguindo, si é posible, que todos eles participen no mesmo. Os/as asegurados/as tomaranse por ORDEN ALFABÉTICO dos listados de cada cupo Médico, de 5 en 5. Si o/a asegurado/a non nos vale, volvemos a contar outros 5, e así ata completar o número de persoas a entrevistar.

Deberemos equilibralo entre homes e mulleres según a realidade de Galicia (55% para mulleres e 45% para homes).

Reflexaremos no estudo as incidencias: si non quere participar, si finou, etc. Nombrarásese un/ha Coordinador/a de cada zoa, que se encargará de pasala información, o Coordinador do estudo.

As variables fundamentais do estudo son: idade (cuantitativa, que agruparase en intervalos, de acordo ca pirámide poboacional), sexo (cualitativa dicotómica, valores home e muller), IU (cualitativa dicotómica, valores “si”, “non”, e en caso afirmativo cuantificación da IU mediante a variable cualitativa, cuos valores son: gotas - pouca - moita).

Puntos de muestreo en Galicia anos 2007- 8: 1.209 entrevistas:

A Coruña: Santiago, Boiro e Serra de Outes.
Lugo: Lugo, Begonte, O Corgo e Vilalva.
Ourense: Ourense e San Cristobó de Cea.
Pontevedra: Vigo, Vilagarcía, Pontevedra e Redondela.

Puntos de muestreo en Tordoia anos 2007- 8: 180 entrevistas:

Nos anos 2007-2008, fíxose en Tordoia (A Coruña) un muestreo específico deste concello de Galicia. O motivo do complemento do traballo, foi polas características deste concello, cun altísimo índice de maiores de 65 anos, o 23,30%.

(CADA ENTREVISTADOR, REALIZARÁ 5 ENTREVISTAS A MAIORES, PARA IMPREVISTOS).

- ◇ **Tipo de muestreo e método de selección:** dacordo co número de entrevistas que se deben realizar en cada municipio, elixíronse o azar das fichas de afiliación a Seguridade Social, correspondentes a poboación determinada.
- ◇ **Enquisa:** a utilizada (**Anexo 5**), sigue o modelo de Brocklehurst e a definición clásica da SIC (Sociedade Internacional para a Continencia). Pretendemos saber si o asegurado é Incontinente, ademáis de outros parámetros, como son o Tipo de IU que presenta, a Calidade de Vida e o Custe Económico deste Síndrome.
- ◇ **Recollida de datos:** mediante entrevista persoal, facendo a entrevista o Médico, ca colaboración do Médico de Cabeceira de cada un dos entrevistados.
- ◇ **Entrevistadores:** Médicos participantes neste estudo, previamente adestrado, unificando o proceso entrevistador e tratando de resolvelos problemas que puideran aparecer.

TRATAMENTO ESTADÍSTICO:

Unha vez recollidos os datos, mediante as entrevistas, pasouse a unha base de datos para o seu procesamento informático, para o cal, utilizouse o seguinte “software”: Sistema operativo: Windows[®].

- **Base de datos:** unha vez codificadas todas as entrevistas, serán introducidas nunha base de datos mediante os programas DBaseWin[®] e Excel[®].
- **Tratamento estatístico:** mediante os paquetes estatísticos SPSS-PC[®] para Windows[®], o paquete estatístico da Folla de Cálculo Excel (analysis toolpack) e o programa C.I.A[®].

- **Tratamento de textos:** o programa de tratamento de textos utilizado para-la realización do traballo foi o Word[®] para Windows[®].
- **Tratamento gráfico:** os gráficos foron elaborados mediante Excel[®], SPSS-PC[®] para Windows[®], Map-info[®] e Corel DRAW 3.0[®].

➤ **Análise univariante:**

- Análise dunha variable cualitativa:
Levóuse a cabo mediante a comparación das proporcións dos diversos valores (neste caso nominais), que toma a variable, dacordo cos resultados da entrevista.
- Análise dunha variable cuantitativa:
Calculáronse os índices estatísticos descriptivos seguintes: medidas de tendencia central (media co seu error estándar, moda e mediana) e medidas de dispersión (desviación estándar e varianza).

E finalmente, cos datos obtidos, infírese a partires da mostra, o intervalo de confianza (cun nivel do 95%) da media poboacional.

As variables obxeto de estudo son:

- | | |
|----------------|---|
| Dependente: | <ol style="list-style-type: none">1. Prevalencia da IU.2. Custe Económico: Galicia e Tordoia.3. Calidade de Vida. |
| Independentes: | <ol style="list-style-type: none">1. Sexo.2. Idade cronolóxica (que posteriormente se estratifica). |

➤ **Análise bivariante:**

- Relación entre dúas variables cualitativas:

Para comprobar si existían diferenzas significativas, comparáronse as proporcións mediante a construción das tablas de continxencia (crosstabs) realizando a proba de independencia Chi cuadrado e a proba de Pearson.

E, finalmente, si había diferenzas significativas, calculóuse o intervalo de confianza das diferenzas entre as proporcións.

- Relación entre unha variable cualitativa e una cuantitativa:

Realizouse a comparación de medias, a través do análise da variancia (ANOVA) mediante o procedemento ONEWAY.

E, finalmente si había diferenzas significativas, calculouse o intervalo de confianza da diferenza entre as variables.

- Relación entre dúas variables cuantitativas:

Comprobouse mediante o cálculo dos coeficientes de correlación lineal cos intervalos de confianza.

Existe unha necesidade importante, de realizar estudos metodolóxicos que documenten o impacto económico e persoal da Incontinencia Urinaria, a fin de desenvolver guías para-la asignación de recursos na atención da saúde, e para fondos de investigación para este síndrome.

A Incontinencia Urinaria é un importante problema de saúde. Pero tamén é un importante **problema económico** para as arcas dos Sistemas Sanitarios. O estudo, quere reflexar o enorme impacto económico que supón a Incontinencia Urinaria según os datos da Subdirección Xeral de Farmacia e Productos Sanitarios do Servizo Galego de Saúde da Consellería de Sanidade no ano 2007. Neste traballo de recollida de datos, se lle preguntou a Farmacia o gasto en produtos para a IU, en termos xerais, e os resultados foron espectaculares. A través da valoración feita no ano 2006, en Galicia, dá un resultado de gasto en produtos para a IU, de 27,986.314 euros, o que nos dá unha idea da enorme magnitude no gasto, que supón os produtos para a IU, tanto de tratamento médico, como en substitutivos, preventivos e demais materiais para tratar este Síndrome (incluídas sondas, pañais, etc....).

Comparativamente falando, dende o ano 2004 ó ano 2006 en que se teñen datos deste Síndrome, existe un aumento significativo do gasto en produtos para a IU. Pasóuse de gastar 25,602.936 a 27,986.314 euros en tan só dous anos.

Resultados:

Nos últimos anos, apareceu un interese crecente por **informar os pacientes** dos resultados obtidos nos traballos de investigación que se realizan con eles. Este interese, está sendo liderado, sobre todo, por bioéticos, investigadores e organizacións relacionadas co tratamento do Cáncer. Quizá, o maior beneficio desta forma de proceder, sexa o de recoñecer a importancia da súa contribución e, o mesmo tempo, mostrar o agradecemento do equipo investigador. Os pacientes, tamén consideran maioritariamente, que teñen dereito a coñecer os resultados. Sin embargo, a normativa sobre ensaios clínicos nos países occidentais, non se ocupa desta cuestión, e si o fai, é dunha forma moi tímida. A razón, pode ser que todavía ignórase que é beneficioso ofrecer de forma sistemática os resultados os participantes. Neste estudo que nos ocupa, todos os participantes foron informados dos resultados obtidos no traballo onde eles habían participado. A súa resposta, foi moi satisfactoria para o equipo investigador.

Como explican os Doctores **Dal-Ré e Costa**: “sería interesante realizar estudos, que nos permitieran conocer qué piensan y cómo reaccionan los pacientes que participan en ensayos clínicos, al conocer sus resultados, ya que entendemos que tarde o temprano, los investigadores, promotores y comités técnicos de investigación, tendrán que plantearse cómo abordar este asunto”.

Vivimos nunha sociedade, onde as prestacións sociosanitarias, son cada vez maiores. Neste contexto, a laboura de acompañar, aconsellar, protexer, ós pacientes maiores, escríbese con maiúsculas.

A **Medicina de Familia**, como disciplina Integral, Integrada e Integradora, vai abríndose camiño o largo dos anos. A laboura do Médico de Cabeceira, non se resume en tratar de curar os seus pacientes, fai tamén outras funcións, como actividades de outros especialistas, inspectores médicos, traballadores sociais, xuíces e ata de banqueiros.

Os Médicos de Familia, xestionamos recursos sanitarios e non sanitarios, que intentan facer que a xente viva mellor. Neste contexto, a labor investigadora dos Médicos de Familia, ten unha importancia capital no desenvolvemento da actividade diaria, e así, poder facer traballos de investigación como o que actualmente temos entre máns, e cuos resultados plantexamos a continuación.

Como se ve na **Gráfica 1: O nº total** de persoas entrevistadas en Galicia foi de 1.209, onde 674 (55,7%) son mulleres, e 535 (44,3%) son Homes.

O nº total de persoas entrevistadas en Tordoia, foi de 180. 100 (55,5%) foron Mulleres e 80 (44,5%) Homes.

<i>Nº total de persoas entrevistadas:</i>	<i>Mulleres</i>	<i>Homes</i>
Galicia: 1.209	674 (55,7%)	535 (44,3%)
Tordoia: 180	100 (55,5%)	80 (44,5%)

Gráfica 1.

A proporción de persoas entrevistadas, entre Mulleres e Homes, corresponde a proporción existente na realidade da sociedade.

A **Prevalencia da IU en Galicia**, nos anos 2007-8, é do **34,64%**.

Entre os 65-74 anos, o 30,45% tiña IU; Nos de máis de 74 anos, o 41,50% da poboación é Incontinente.

Entre a poboación de 65 a 74 anos, as mulleres teñen ó 33,39% de Incontinencia. Os homes, o 27,12%.

Entre a poboación de > 74 anos, as mulleres, son ó 47,99%, é dicir, 1 de cada 2 mulleres é Incontinente. Os homes o 31,72%.

A **Prevalencia da IU en Tordoia**, nos anos 2007 e 2008, foi de **34,82%**.

Entre a poboación de 65 a 74 anos, as mulleres teñen o 34,10% de Incontinencia. Os homes o 27,92%.

Entre a poboación de > 74 anos, as mulleres son o 48,52%. Os homes o 30,50%.

Existe un aumento da IU ca idade, en Homes e en Mulleres.

Por **Tipos de IU**, nos Homes, a IU máis frecuente, e a Mixta (43,76%), e nas Mulleres, é a Mixta co 44,93%. O Total, é tamén a Mixta, co 43,44%.

Por Idade, entre os 65-74 anos, a máis frecuente e a Mixta co 42,54% e por encima dos 74 anos, a Mixta co 44,50%. No Total, tamén e a IU Mixta co 43,44%.

Relacionando o Tipo de IU, ca Idade e o Sexo, observase que a Mixta e a máis frecuente en relación os dous parámetros.

Realizado o **test ICIQ-SF** obtúbase un rango entre 2 e 11 entre os que presentaban IU (cunha media de 7.63).

No 94% da poboación estudada, que presenta IU, obxetívase unha repercusión na súa Calidade de Vida, afectando non só a área individual senón tamén social.

A **Gráfica 2**, representa o **nº total de persoas entrevistadas**: 1.209, onde 535 son Homes e 674 Mulleres. Por estratos de idade, os Homes, entre os de 65-74, foron 352 (65,79%) e nos de máis de 74 anos, os Homes, foron 183 (34,21%). As Mulleres, por estratos de idade, entre as de 65-74 anos, eran 398 (59,05%), e entre as de >74 anos, eran 276 (40,95%).

Idade	Homes		Mulleres		Total	
	N	%	N	%	N	%
65-74	352	65,79	398	59,05	750	62,03
> 74	183	34,21	276	40,95	459	37,97
Total	535		674		1.209	

Gráfica 2.

Vemos que o nº total de entrevistad@s entre os 65 e os 74 anos, foi de 750, o que representa o 62,03%. Entre os de máis de 74 anos, entrevistáronse a 459, o 37,97%.

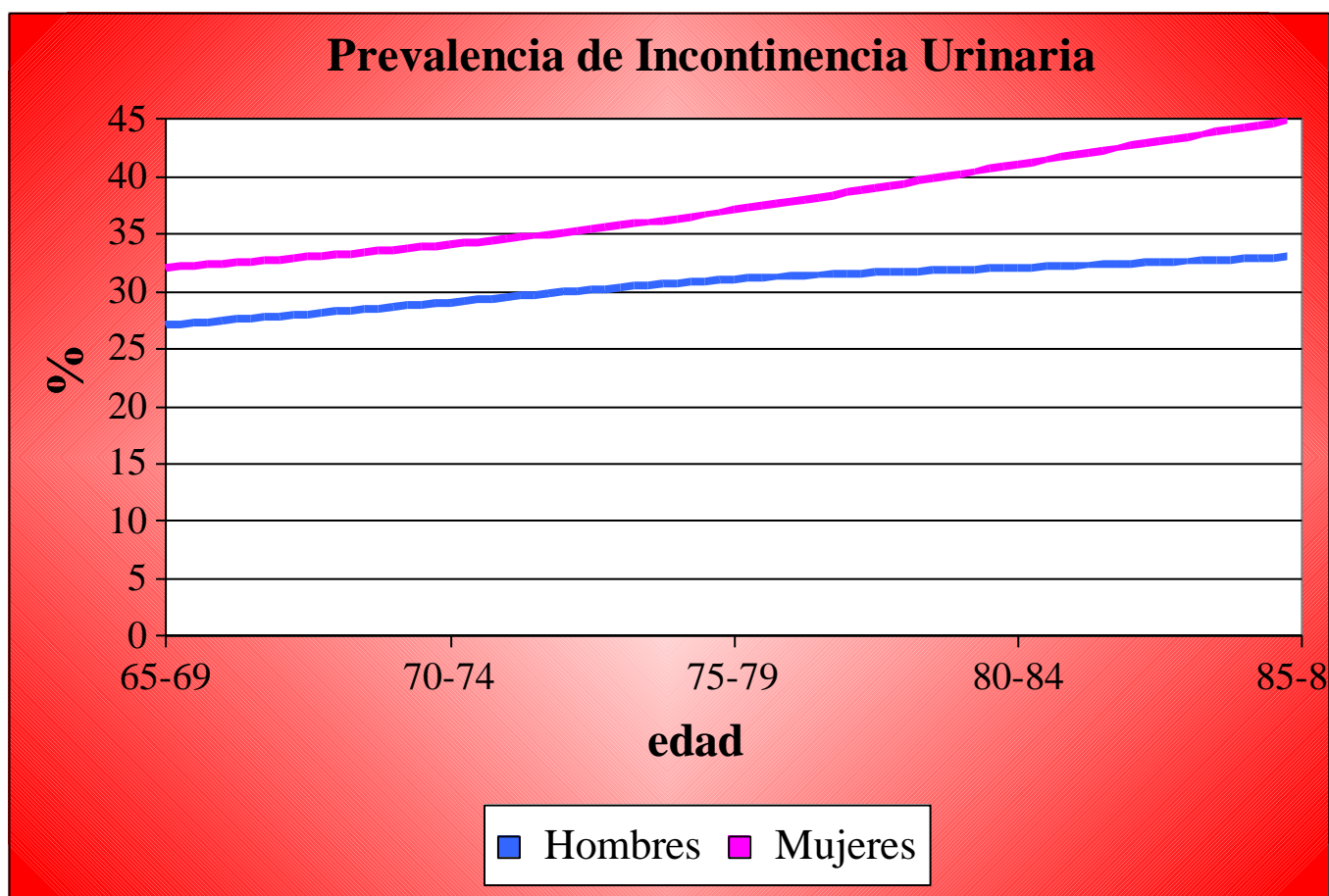
A **Gráfica 3**, representa a **Prevalencia da IU**, onde vemos que o **34,64%** de todos os pacientes entrevistados, é Incontinente. Entre os 65-74 anos, as Mulleres teñen o 33,39% de Incontinencia e nas de máis de 74 anos, o 47,99%. É dicir, 1 de cada 2 Mulleres é Incontinente. Os Homes, entre os 65-74 anos, o 27,12%, é Incontinente. Nos de máis de 74 anos, ó 31,72% son Incontinentes, é dicir, que un de cada tres, é Incontinente.

Prevalencia IU (%)			
Idade	Homes	Mulleres	Total
65-74	27,12	33,39	30,45
> 74	31,72	47,99	41,50
Total	28,69	39,37	34,64

Gráfica 3.

No total de pacientes con IU, observamos que entre os 65 e os 74 anos, o 30,45%, é Incontinente. Entre os de máis de 74 anos, o 41,50%, é Incontinente.

Na **Gráfica 4**, representase o **aumento da IU ca idade**, en Homes e en Mulleres. Sabendo que é algo que os pacientes asocian a idade, na gráfica representábase que a medida que aumenta a idade dos pacientes, aumenta tamén o número de persoas que padecen a Incontinencia Urinaria. Que sexa algo que ocorre máis na vellez, non é motivo para resignarse e pensar en que é algo “que ocorre ca vellez”. Poñendo os medios axeitados, se podería prever e incluso tratar, moitos tipos de IU.



Gráfica 4.

Por pouca intervención que fagamos, a nivel interdisciplinar, non curaremos a IU, pero sí, melloraremos a Calidade de Vida dos nosos pacientes.

Na **Gráfica 5**, por **Tipos de Incontinencia Urinaria**, comentar que a máis recuente é a IU **MIXTA**, tanto si temos en conta a variable Idade, como a variable Sexo. Lle sigue a IU DE ESFORZO e logo a VEXIGA HIPERACTIVA.

Por **Sexo**, comentar que o Tipo de IU, nos Homes, a Incontinencia máis frecuente é a **Mixta** (43,76%), que nas Mulleres, é a Mixta co 44,93% e que o Total, é tamén a Mixta, co 43,44%.

Por **Idade**, entre os 65-74 anos, o Tipo de IU máis frecuente, é a **Mixta** co 42,54% e por enriba dos 74 anos, a Mixta co 44,50%. No Total, tamén é a IU Mixta co 43,44%.

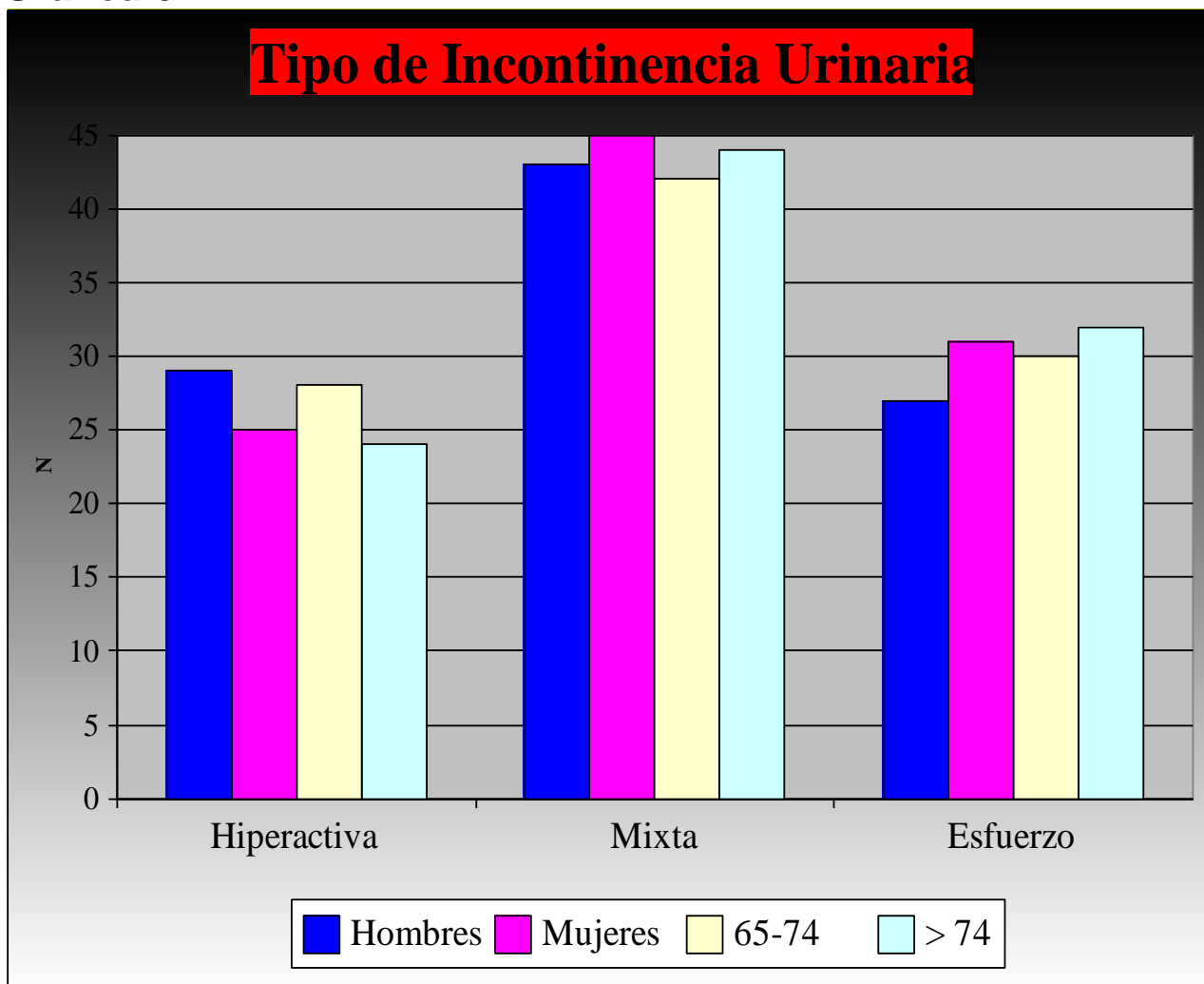
Tipo de IU (%)				Tipo de IU (%)			
Sexo	Vexiga Hiperactiva	Mixta	IU de Esforzo	Idade	Vexiga Hiperactiva	Mixta	IU de Esforzo
Homes	29,23	43,7	27,01	65-74	27,63	42,5	29,82
Mulleres	24,78	44,9	30,29	> 74	24,61	44,5	30,89
Total	26,25	43,4	30,31	Total	26,25	43,4	30,31

Gráfica 5.

Vemos que a IU Mixta é a máis frecuente, debido o solapamento de síntomas entre unha Incontinencia e outra. Tamén por iste motivo, existe máis dificultade a hora de realizar un diagnóstico axeitado, si non se siguen os protocolos o efecto.

A **Gráfica 6**, relaciona o **Tipo de IU**, ca **Idade** e co **Sexo**. Observase que a Mixta é a máis frecuente en relación os dous parámetros.

Gráfica 6.



Vemos que a IU Mixta, é máis frecuente nas mulleres, e tamén que é máis frecuente a medida que vai aumentando a idade.

Na **Gráfica 7**, vemos que a **Prevalencia da IU en Tordoia**, nos anos 2007-2008, foi de **34,82%**.

O nº total de persoas entrevistadas, foi de 180. Deles 100 mulleres e 80 homes.

Entre a poboación de 65 a 74 anos, as mulleres teñen o 34,10% de Incontinencia. Os homes o 27,92%.

Entre a poboación de > 74 anos, as mulleres con IU, son o 48,52%. Os homes o 30,50%.

<i>PREVALENCIA TOTAL DE IU EN TORDOIA: 34,82%</i>	<i>MULLERES</i>	<i>HOMES</i>
<i>De 65 a 74 anos</i>	<i>34,10%</i>	<i>27,92%</i>
<i>De > 74 anos</i>	<i>48,52%</i>	<i>30,50%</i>

Gráfica 7.

Vemos que existen diferencias significativas entre a variable Sexo, sendo máis frecuente nas Mulleres que nos Homes, e que se mantén en Tordoia, a mesma proporción de pacientes incontinentes que no traballo de Galicia, é dicir, un de cada tres pacientes maiores de 65 anos, é Incontinente.

Na **Gráfica 8**, vemos que por **Tipos de IU**, en Tordoia, e nos anos 2007-2008, a máis frecuente, foi a IU Mixta cun 42,92%, relacionada cos outros tipos de IU.

Por **Sexo**, nas mulleres, o 45,16% eran IU Mixta. Nos homes, o 42,92% eran IU Mixta, relacionado cos outros tipos de IU.

Vemos que non existen diferenzas significativas no estudo realizado en Galicia, co estudo realizado en Tordoia.

<i>Tipos de IU: (MIXTA)</i>	<i>MULLERES</i>	<i>HOMES</i>	<i>TOTAL</i>
GALICIA	44,93%	43,76	43,44%
TORDOIA	45,16%	42,92%	42,92%

Gráfica 8.

Vemos que os totais de Incontinencia Mixta, en Galicia e en Tordoia, non presentan diferenzas significativas. Tampouco as presenta, si comparamos a variable Sexo co Tipo de IU (Mixta).

Na **Gráfica 9**, vemos o Tipo de IU, según a **Idade**: o 42,33% eran IU Mixta, no traballo realizado en Tordoia; os de 65 a 74 anos, o 41,82% e os de > 74 anos, o 43,92%.

Comparado co estudo de Galicia, vemos que o 43,44% presentaban IU Mixta, sendo os de 65 a 74 anos o 42,54% e os de >74 anos, o 44,50%.

TIPOS DE IU (MIXTA)	65 A 74 ANOS	> 74 ANOS	TOTAL
GALICIA	42,54%	44,50%	43,44%
TORDOIA	41,82%%	43,92%	42,33%

Gráfica 9.

Vemos que non existen diferenzas significativas, na variable Idade, si comparamos o estudo de Galicia co de Tordoia. Relacionado co Tipo de IU, vemos que é a Mixta, e que tampouco existen diferenzas significativas entre un traballo e o outro.

Que a Incontinencia Urinaria máis frecuente sexa a Mixta, é algo natural, pois a mezcla de síntomas de un cadro e de outro é o mási frecuente nos pacientes que padecen IU. Que se entremezclen os síntomas, predominando uns ou outros, dase en casi que a metade das Incontinencias. Debemos dicir que unha incontinencia é Mixta, con síntomas “predominantes de”.....sendo éstos, a urxencia, a frecuencia aumentada, etc.

Na **Gráfica 10**, observamos a **Calidade de Vida**, en relación ca IU. Despois de realizar o test ICIQ-SF nos mostra un rango entre 2 e 11 entre os que presentaban IU (cunha media de 7.63). Indícanos, que o paciente considera que afecta a súa Calidade de Vida, de forma moi significativa.

Despois de realizar o **ICIQ-SF**, preguntando:
“En qué medida cree que lle afecta a súa vida cotiá, os escapes de ouriña” (de 0 - Nada - a 10 - Moito -), a mostra distribúiese da seguinte forma:

<i>EN QUÉ MEDIDA AFECTA A SÚA CALIDADE DE VIDA?</i>	<i>MULLERES</i>	<i>HOMES</i>
	7	4

Gráfica 10.

As mulleres, consideran nun 7, o porcentaxe de afectación da IU na súa vida cotiá. Os homes, consideran que un 4 é a afectación. Considerando “0” Nada e “10” Moito. Despréndese que os/as pacientes que padecen este Síndrome, consideran que a súa vida, vese afectada de forma significativa por ter Incontinencia de Ouriña.

O interese das Administracións polas condicións de vida e polas circunstancias responsabeis de que os cidadáns alcancen as mellores cotas de satisfacción, de benestar e de felicidade, tendrá consecuencias en ámbitos máis reducidos. **O benestar**, é un valor importante nas sociedades desenroladas e chegou a impregnar a distintos ámbitos da sociedade. Ese valor alcanza a aqueles que chegan a vivir máis anos, despois de haberse apartado do sistema productivo: os anciáns.

Así mesmo, este grupo de persoas presenta a maior prevalencia de enfermidades crónicas para as que non existe un tratamento eficaz definitivo. Hoxe en día, entre elas, encontraríase a Incontinencia Urinaria, que si ven en moitos casos non ten un tratamento definitivo e curativo, sí que por pouca actuación que fagamos desde os diferentes sectores implicados na atención os maiores, podremos mellorar a súa Calidade de Vida, sendo áxiles no diagnóstico precoz do cadro e na valoración integral do paciente, para que si non lle curamos a enfermidade, o leve da mellor maneira posible.

As persoas maiores, hoxe en día, constituen un grupo de presión política cada vez máis numeroso e con unha esperanza de vida cada vez máis alta. Están organizados, e demandan unha asistencia non só clínica, senón social e de benestar, á cal os responsable políticos non poden dar a espalda, pois a forza que teñen en número de votos nas eleccións, condicionan as políticas dos gobernos unha vez eleixidos.

OS RESULTADOS DO CUSTE ECONÓMICO²⁷ DE PRODUCTOS PARA A INCONTINENCIA URINARIA, SERÍAN OS SEGUINTEs: (Subdirección Xeral de Farmacia e Produtos Sanitarios. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. 2007).

1º) CUSTE ECONÓMICO DE MEDICAMENTOS PARA A IU, EN GALICIA, ANO 2004:

FLAVOXATO.
HOMATROPINA-BROMHIDRATO.
IMIPRAMINA.
OXIBUTININA.
TOLTERODINA.
TROSPÍO CLORURO.

4.325.821	Euros.
719.756.052	Pts.

2º) CUSTE ECONÓMICO DE OUTROS PRODUCTOS PARA A IU, EN GALICIA, ANO 2004:

ABSORBENTES:
19.910.809 Euros.
3.312.879.866 Pts.
COLECTORES E SONDAS:
1.366.306 Euros.
227.334.190 Pts.

3º) CUSTE ECONÓMICO TOTAL DE PRODUCTOS PARA A IU, EN GALICIA, ANO 2004:

- Gasto en Medicación máis outros gastos (absorbentes, colectores e sondas):

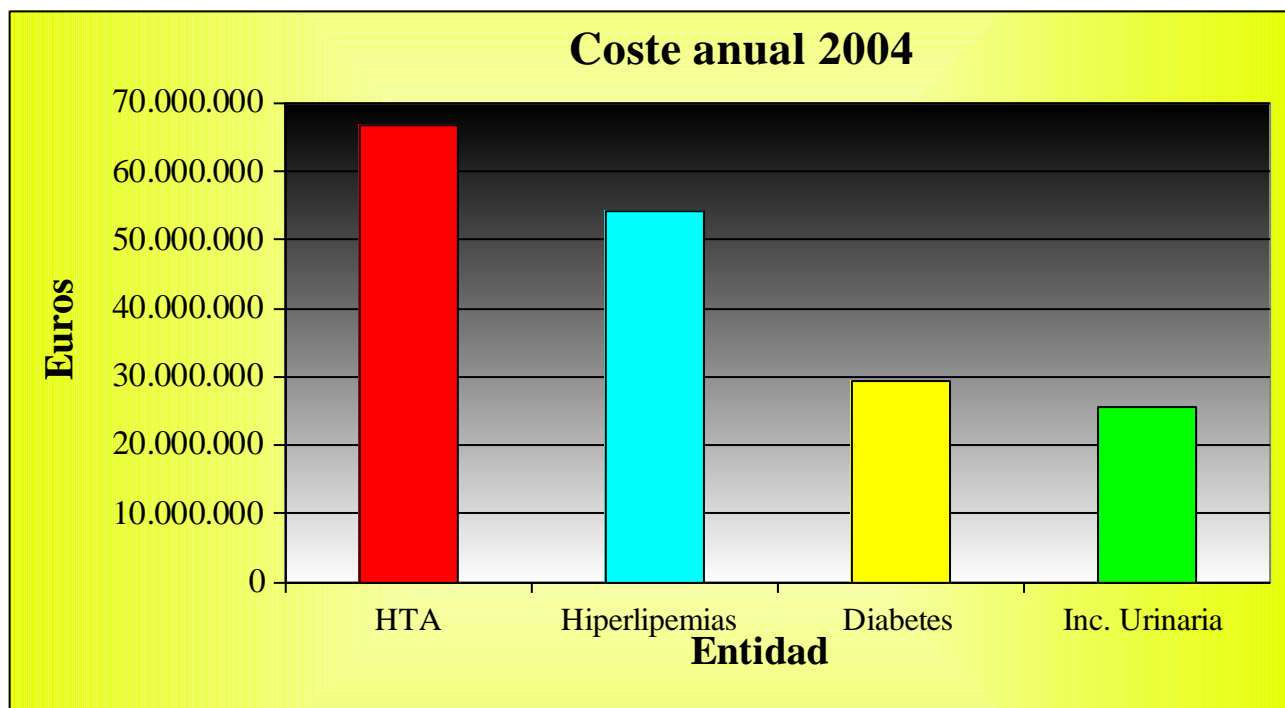
25.602.936	Euros.
4.259.975.109	Pts.

Na **Gráfica 11**, vemos o custe anual de diferentes enfermidades, moi prevalentes na nosa Comunidade Autónoma, no ano 2004 e no ano 2006, e observamos que o gasto, por exemplo, en produtos para a Diabetes, son só millón e medio de euros máis que o utilizado para a IU (valorando a importancia que se lle dá na nosa sociedade a unha enfermidade e a outra, así como as medidas de carácter preventivo que se utilizan para unha e para outra). Vemos un dato significativo, que é o descenso no custe económico de recursos para a Diabetes no ano 2004 con respecto o ano 2006 (pode ser por darlle a importancia que se lle da a esta enfermidade).

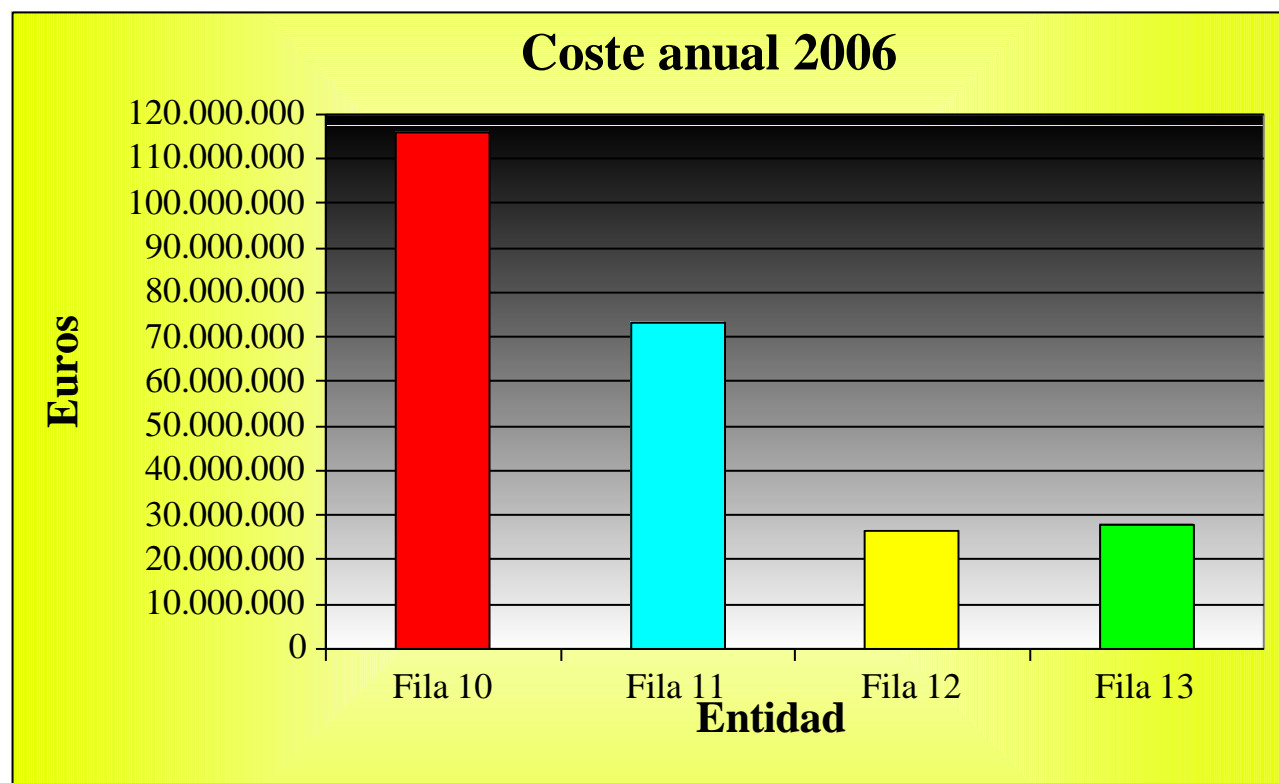
Coste anual	2004	2006
HTA	66.755.798	115.763.682
Hiperlipemias	54.131.519	73.016.232
Diabetes	29.347.256	26.377.992
Inc. Urinaria	25.602.936	27.986.314

Gráfica 11.

Nas **Gráficas 12 e 13**, expostas a continuación, refléxase o custe anual no 2004 das diferentes enfermidades analizadas, e o seu custe no ano 2006.

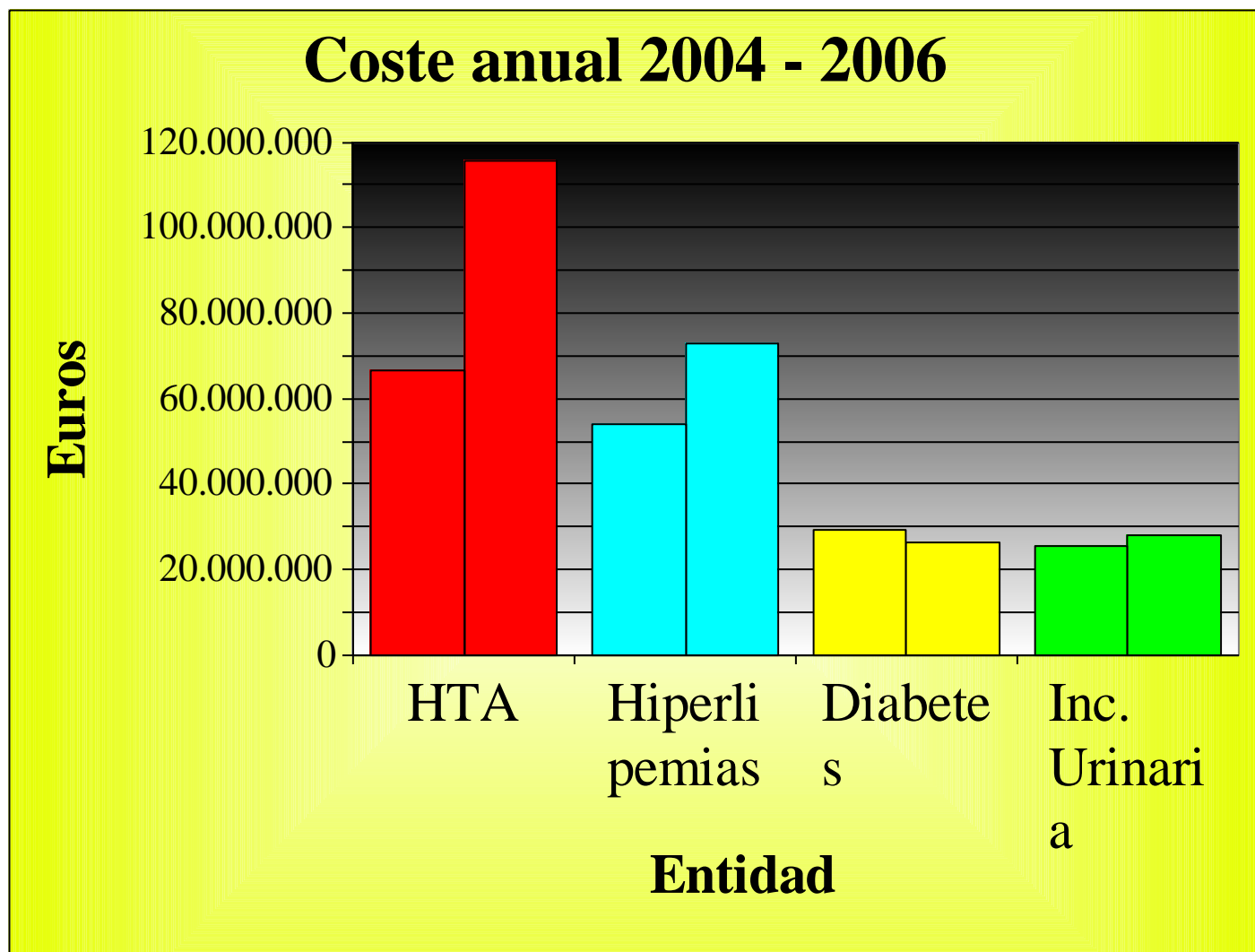


Gráfica 12.



Gráfica 13.

Na **Gráfica 14**, vemos o cadro comparativo do gasto nos anos 2.004 e 2.006, e vemos que é significativo: existe un incremento do gasto, ano a ano, excepto no tema da Diabetes, que presenta unha redución importante.



Gráfica 14.

Debemos considerar que as enfermidades ca cál comparamos a IU, son das que máis gasto ocasionan na nosa relación co Sistema Sanitario. Tamén observamos o incremento manifesto de gasto, dun ano para outro na IU (non así na Diabetes, que pode deberse as medidas preventivas postas en marcha polas autoridades sanitarias, que da como resultado unha diminución dos recursos para paliar dita enfermidade).

O incremento no gasto sanitario, a pesar da maior conciencion do persoal, non é de recibo, nunha Sociedade que ten como un dos seus obxetivos de benestar, a Medicina Preventiva. Sabendo que os recursos para manter o Sistema Sanitario non son infinitos, debemos tomar conciencia de que unha **boa praxis** no desenvolvemento da nosa profesión, seguindo uns protocolos axeitados, redundara no beneficio xeral de aforrar recursos o propio sistema.

No tema da IU, unha boa información sanitaria, cuns protocolos mínimos de actuación, e un esforzo por parte das autoridades sanitarias, levara consigo unha mellora evidente dos pacientes con este Síndrome, ademáis, unha reducción na cuestión económica para un cadro onde o persoal sanitario, ten moito que dicir e que facer.

Existe un impacto persoal da Incontinencia Urinaria que ten o seu reflexo na asociación entre a Incontinencia Urinaria e os síntomas da depreson. Sin embargo, os estudos están limitados con respecto a representación por sexo e idade, polo cal resulta difícil extrapolalos a poboación xeral con Incontinencia.

Tamén está ben documentada, a asociación da Incontinencia Urinaria ca ansiedade.

Aıda que o impacto persoal da Incontinencia sobre a Calidade de Vida, sexa evidente, a aplicación da ciencia para cuantificalo, está demostrado que é máis dificultosa.

A **autoestima** diminue pola incapacidade para controlala vexiga, e ademáis súmanse cuestións relacionadas ca limpeza e ca tendencia o illamento (que pode ou non, ser autoimposta polos propios pacientes), a tristeza, a soidade e a depreson, que ocorren debido a pérda de contacto social.

Outro síntoma que pode aparecer é a **ansiedade**, debido a presenza inesperada de episodios de incontinencia e o enoxo dirixido hacia o seu orixen (por exemplo, un accidente automovilıstico) e hacia a comunidade médica pola súa inhabilidade para proveer atención compasiva, aıda si a Incontinencia non pode mellorarse.

As **consecuencias físicas** son poucas en número pero importantes nas suas implicacións parala atención médica, como a dermatite perineal e cuestións nutricionais, o limitala inxesta de líquidos para procurar que a vexiga esté vacía. Este é un abordaxe frecuente nos pacientes que realizan viaxes, aıda para unha visita médica.

Tamén existen efectos sobre a **sexualidade**, debido a inhibicións psicolóxicas e a necesidade de manexo da Incontinencia Urinaria durante as relacións sexuais; a maioría dos datos en este aspecto, proveñen da experiencia de pacientes con Incontinencia Urinaria.

DISCUSIÓN:

O Grupo de Incontinencia Urinaria da Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista de Galicia e o Grupo de IU da Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria, vimos traballando no tema da IU e a súa Prevalencia desde fai moitos anos. Comezamos baseándonos no traballo de Prevalencia da IU nun Concello de Galicia, elaborado polo autor desta tese, no ano 1999.

Continuamos co traballo titulado “ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA, EN MAYORES DE 64 AÑOS, EN EL AÑO 2002, EN GALICIA.

Os datos foron:

Nº DE ENTREVISTADOS/AS: 350 PERSOAS:

VARÓNS CON IU: 146: 41,7 % .

MULLERES CON IU: 204: 58,3 %.

Como consecuencia dos resultados obtidos, quixemos valora-la Prevalencia da IU en España e comparar uns datos cos outros. Este traballo foi publicado en **Gaceta Sanitaria: Gac Sanit 2003 Sep-Oct; 17 (5): 409-11**. Facer fincapé, en que a Prevalencia que se vai medir, é en poboación xeral, sin relación algunha co Sistema Sanitario, dato que non existe na actualidade.

Posteriormente elaborouse o traballo titulado: “URINARY INCONTINENCE AND ITS REPERCUSSIONS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS OVER 64 YEARS OF AGE. SPAIN 2006”, que foi presentado no 6º European Congress of Gerontology, celebrado en San Petesburgo, en Xullo do 2007. Os resultados foron espectaculares, pois se recoñecía que a IU afectaba dunha maneira sorprendente a Calidade de Vida.

No ano 2007, preséntase o Traballo de Investigación Tutelado, na Universidade de Santiago de Compostela, a cargo do autor desta tese, co título “Prevalencia da Incontinencia Urinaria en maiores de 64 anos en Galicia (2002) vs. España (2004-2005)”, onde se fai unha comparación dos datos obtidos nos dous traballos de referencia. Os resultados son moi similares, aparecendo unha prevalencia de un tercio dos asegurados entrevistados, que presentaban Incontinencia Urinaria.

O traballo, ten tamén o interese de valorar o Custe Económico que representa a IU para o erario publico, así como relacionar o custe desta enfermidade, con outras enfermidades prevalentes na nosa sociedade. Así, vemos, que o gasto económico en Galicia, no ano 2006, en produtos para a IU, e de 27,986.314,32 euros. Comparado cos produtos utilizados para a Diabetes, en Fármacos Hipoglucemiantes orais, Insulinas e análogos, é de 26,377.992,15 euros (un millón e medio de euros menos que para a IU).

O custe económico dos produtos usados para os Hipolipemiantes, e de 73,016.232,40 (Inhibidores da HMG Coa Reductasa, Fibratos, Secuestradores de Ácidos biliares e outros).

O custe económico dos produtos usados para a Hipertensión Arterial, e de 115,763.682,18 Euros.

Como vemos, a importancia económica da IU é xá superior a da Diabetes (algo que non ocurría no ano 2004, e a Diabetes supoñía un Custe Económico superior a IU).

A difícil definición do tipo de IU máis frecuente, que é a Mixta (mezcla de Vexiga Hiperactiva e IU de Esfuerzo), indica o interese que debemos ter, os profesionais, para ser capaces de definir un cadro, as veces enmascarado ou difuminado en outros síntomas. A súa dificultade, debe ser para nós, un acicate de motivación e poder seguir uns protocolos que existen na actualidade e que pola súa sencillez de execución, serían moi rendibles o Sistema Sanitario, si os profesionais, fixeramos un seguimento deste Síndrome.

Considerando ós datos expostos, xá podemos manifestar que a Incontinencia Urinaria, é un Síndrome Xeriátrico, cunha gran trascendencia clínica, económica e social.

Faremos unha revisión dos datos nas diferentes Comunidades Autónomas, e **compararemos os datos** resultantes en Galicia, cos da Comunidade Autónoma de Cataluña, da Comunidade do País Vasco e da Comunidade de Madrid. Si temos en conta o Producto Interior Bruto das Catro CCAA, según o Instituto Nacional de Estadística do ano 2007, vemos:

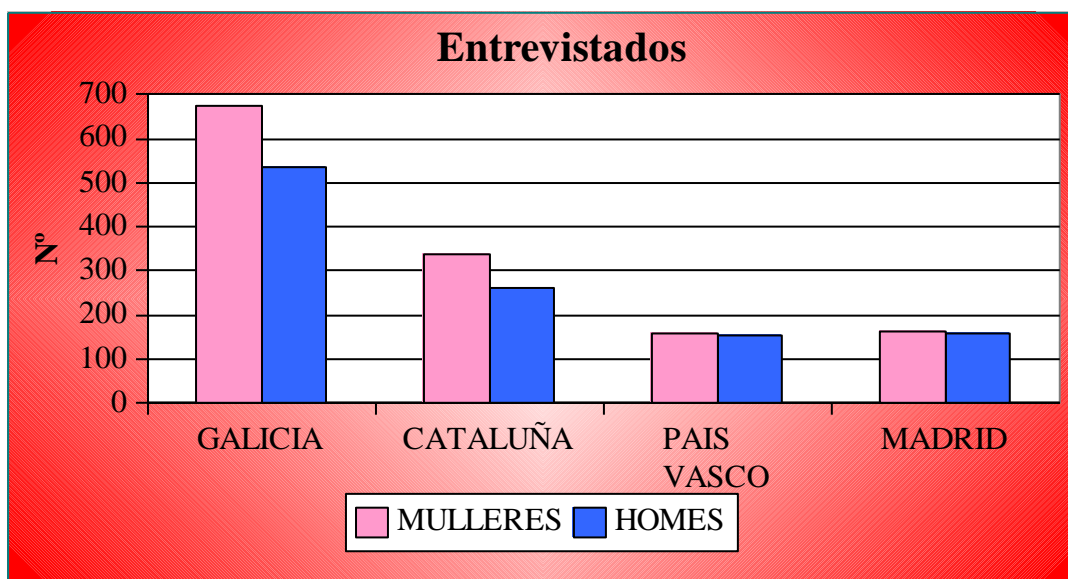
196.546.036.000	Euros: CATALUÑA.
65.146.711.000	Euros: PAÍS VASCO.
53.994.799.000	Euros: GALICIA.
183.031.578.000	Euros: MADRID

O número de persoas entrevistadas, é moito maior no traballo realizado en Galicia, que nas outras CCAA (Comunidades Autónomas). Vemos que os porcentaxes de Mulleres e de Homes recollidos, é similar. A mecánica do traballo foi igual en todos os estudos realizados, así como o cuestionario presentado.

<i><u>ENTREVISTADOS/AS</u></i>	<i>TOTAL</i>	<i>MULLERES</i>	<i>HOMES</i>
GALICIA	1.209	674 (55%)	535 (45%)
CATALUÑA	600	338 (56%)	262 (44%)
PAIS VASCO	311	158 (51%)	153 (49%)
MADRID	320	162 (51%)	158 (49%)

Si vemos a gráfica que representa o número de entrevistados en cada unha das Comunidades Autónomas, observamos que en Galicia, o porcentaxe de entrevistas é maior que nas outras CCAA.

Relación de persoas entrevistadas en cada una das Comunidades Autónomas estudiadas. Relación de porcentaxe de Mulleres e de Homes.



En Galicia realizáronse 1.209 entrevistas, en Cataluña, 600 entrevistas, no País Vasco 311 e en Madrid 320. O porcentaxe de Mulleres, foi sempre maior co de Homes, correspondendo, máis ou menos o 55% de Mulleres e o 45% de Homes.

A **Prevalencia da IU** en Galicia, foi do 34,64%, en Cataluña, do 34,10%, no País Vasco de 26,12% e en Madrid, de 27,76%. Consideramos que o total de persoas con IU, non presenta diferenzas significativas entre as distintas CCAA, dando un rango de máis de UNHA MULLER DE CADA TRES, Incontinente.

Si valoramos a poboación estudada, vemos que existen DIFERENZAS SIGNIFICATIVAS, entre Mulleres e Homes.

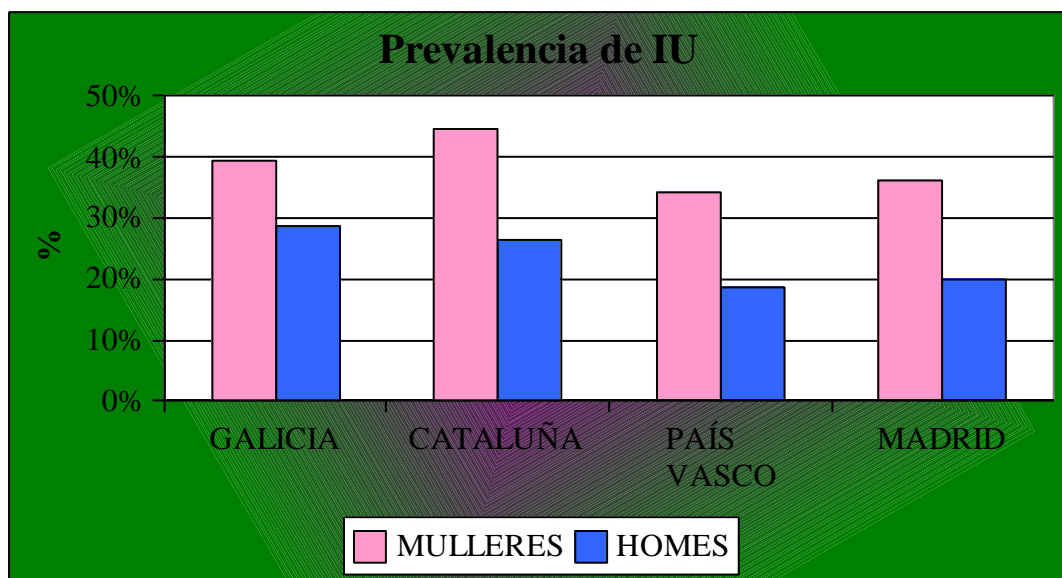
En tódalas CCAA o rango de Mulleres é superior o de Homes con Incontinencia Urinaria. Sorprende o dato de Cataluña, onde o 44,62% de Mulleres é Incontinente (casi unha de cada dúas).

<u>PREVALENCIA IU</u>	<i>TOTAL</i>	<i>MULLERES</i>	<i>HOMES</i>
GALICIA	34,64%	39,37%	28,69%
CATALUÑA	34,10%	44,62%	26,43%
PAÍS VASCO	26,12%	34,23%	18,54%
MADRID	27,76%	36,11%	19,95%

Observamos que a Incontinencia Urinaria **é sempre superior en Mulleres** que en Homes, e sempre superior en Mulleres, en todas as Comunidades Autónomas estudadas, tendo o rango de máis Mulleres con IU en Cataluña, seguida de Galicia, Madrid e o País Vasco.

Non existen diferenzas significativas por Comunidades Autónomas, pero si existen diferenzas significativas por Muller ou Home.

A causa de que a Prevalencia da Incontinencia Urinaria sexa maior en Mulleres que en Homes, débese a diferentes factores, partindo da cuestión simplemente anatómica, o feito de parir e as súas consecuencias, o debilitamento da musculatura do solo pélvico, etc.



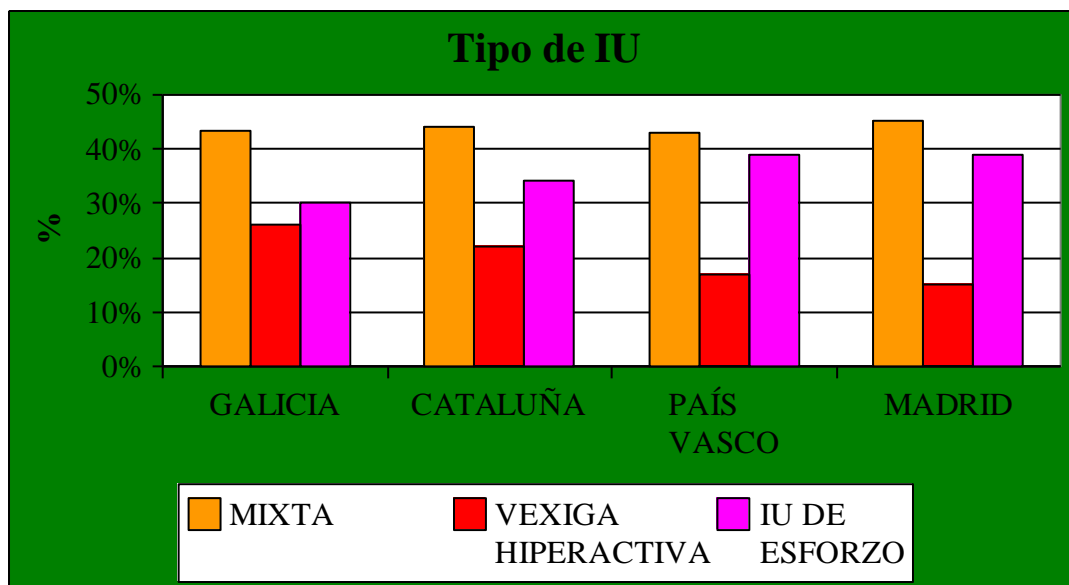
Todas estas causas, teñen un reflexo importante na proporción de mulleres con IU. Os cambios hormonais son tamén importantes, así como a aparición da menopausia e os efectos que dela se derivan.

Por **Tipos de IU**, vemos que a INCONTINENCIA URINARIA MIXTA é a máis frecuente nas diferentes CCAA, tendo en conta a variable sexo.

<u>TIPO DE IU</u>	MIXTA	VEXIGA HIPERACTIVA	IU DE ESFORZO
GALICIA	43%	26%	30%
CATALUÑA	44%	22%	34%
PAÍS VASCO	43%	17%	39%
MADRID	45%	15%	39%

Distinguir os síntomas que presenta un paciente, e valorar que pertencen a un Tipo de IU ou a outro, é difícil, por eso a IU Mixta é a máis frecuente, presentando síntomas dun Tipo e de outro. Falamos de “predominantemente IU de Esfuerzo” ou “predominantemente IU por Vexiga Hiperactiva.

Vemos que a Incontinencia Urinaria Mixta, é a máis frecuente en todas as CCAA, seguida da de Esforzo, e logo a Vexiga Hiperactiva. Por CCAA, vemos que non existen diferenzas significativas, dos Tipos de IU, tendo en conta a variable Tipos de Incontinencia Urinaria.



En todas as Comunidades Autónomas, o Tipo de Incontinencia Urinaria máis frecuente, é a IU Mixta, entendendo como tal a incorporación de síntomas de un tipo ou de outro de Incontinencia. Si predomina a Urgencia tras unha sensación imperiosa de orinar, consideramos que é máis unha IU Mixta, de predominio “por Vexiga Hiperactiva”. Si o que presenta o paciente, é un predominio de síntomas onde o máis importante é que a orina sae por rebosamento cando a vexiga énchese, dicimos que o paciente presenta unha IU Mixta de predominio “por Rebosamento”. Si o que aparece é unha sintomatoloxía, onde o síntoma máis importante é que a orina escapase o facer un salto, o toser ou esbirrar, dicimos que presenta unha IU Mixta de predominio “de Esforzo”.

Para facer unha clasificación rigorosa do Tipo de Incontinencia Urinaria, debemos basarnos na sintomatoloxía que presenta o paciente e valorar o síntoma predominante.

Realizouse o **test ICIQ-SF de Calidade de Vida**, obténdose un rango entre 2 e 11 entre os que presentaban IU (cunha media de 7.45).

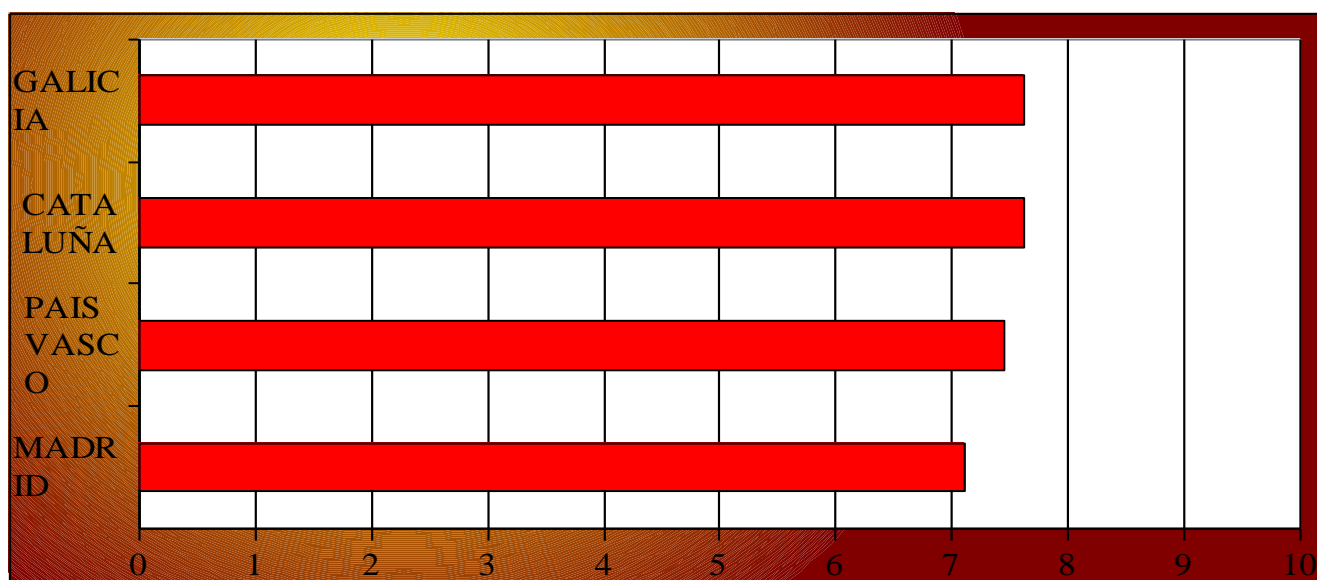
En máis do 90% da poboación estudada que presenta IU, obxetívase unha repercusión importante na súa Calidade de Vida, afectando non só a área individual, senón, tamén social. Estímase (polos propios pacientes) que repercute na súa vida diaria, unha media por encima de 7 puntos (entre 0: nada, e 10: máxima repercusión).

<i>COMUNIDADE AUTÓNOMA</i>	<i><u>AFECTACIÓN CALIDADE DE VIDA:</u> 0 (NADA) 10 (MOITO).</i>
GALICIA	7,63
CATALUÑA	7,63
PAIS VASCO	7,45
MADRID	7,12

Chama a atención o rango de afectación da Calidade de Vida, e sin embargo o baixo índice de consulta deste Síndrome. Si é tan importante a afectación nas Actividades da Vida Diaria, por qué o índice de consulta é tan baixo? (ou nulo moitas veces). Por qué, sabendo os sanitarios que se consulta pouco este cadro, non indagamos máis nel?

Vemos que a **Afectación da Calidade de Vida**, está no rango do 7,45, non existindo diferenzas significativas entre as distintas Comunidades Autónomas, sendo Cataluña e Galicia, onde os/as pacientes consideran que lles afecta un pouco máis a súa vida diaria, que nas CCAA de País Vasco e Madrid.

AFECCIÓN NA CALIDADE DE VIDA



En todas as Comunidades Autónomas, existe a baixa atención a un Síndrome, que como vemos afecta dunha forma considerable as actividades dos pacientes ca padecen. Temos múltiples motivos para o baixo índice de consulta. Os pacientes alegan diferentes razóns para non consultalo:

- *Pensei que se me quitaría so.....*
- *Esto son cousas da idade e non se pode facer nada.....*
- *Teño medo de que me vaian a facer probas.....*
- *Nunca pensei que pudiera existir tratamento para "isto".....*
- *Non o consultei "por que me da vergonza".....*
- *Non teño a suficiente confianza co meu Médico.....*
- *Preocúpame que me teñan que operar.....*

Todos estes motivos que nos dín os pacientes, deberían facernos reflexionar ós sanitarios e tomarnos máis en serio un cadro, que por pouca intervención que fagamos, seguro que melloramos a Calidade de Vida dos nosos maiores.

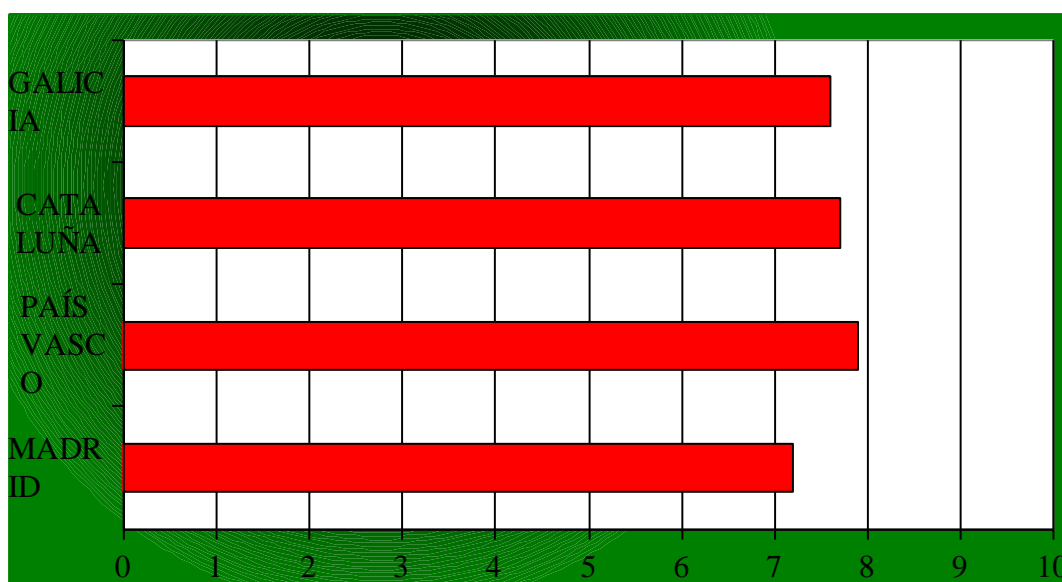
A afectación nos pacientes con IU, da súa **Vida Diaria**, é un parámetro que tamén foi medido, dicindo os pacientes que lles afectaba sempre por enriba de 7 puntos, nunha escala de 0: nada, a 10: máxima afectación.

COMUNIDADE AUTÓNOMA	REPERCUSIÓN NA SÚA VIDA DIARIA <i>(0-NADA- 10-MOITO-)</i>
GALICIA	7,6
CATALUÑA	7,7
PAÍS VASCO	7,9
MADRID	7,2

Os pacientes manifestan que a Incontinencia Urinaria que padecen, aféctalles as tarefas diarias. Da mesma maneira, aféctalles a súa vida de relación, deixan de sair, de viaxar (autobús, metro, etc.). A vida diaria dos pacientes, por este motivo vese moi afectada e os sanitarios debemos implicarnos na IU.

Vemos que é no País Vasco, onde os/as pacientes manifestan que a IU **aféctalles na súa Vida Diaria**, dunha forma máis importante, tamén cunha media por riba do 7. Síguelle Cataluña, logo Galicia e por fin o País Vasco. Non existen diferenzas significativas, por CCAA de repercusión na súa Vida Diaria.

REPERCUSIÓN NA SÚA VIDA DIARIA



Si temos en conta que moitos pacientes consideran que a IU é unha enfermidade irreversible, e que non se pode facer nada para remedialo, os sanitarios temos unha tarefa considerable no cambio de hábitos destes pacientes e facerlles ver, que hoxe en día, existen tratamentos axeitados para tratar algúns casos de IU e que existen as Unidades de Incontienencia Urinaria dos Hospitais de referencia, onde pódese tratar, incluso de forma cirúrxica unha patoloxía moitas veces curable, pero na que sempre que actuemos, melloraremos a vida dos pacientes que a padecen.

Os sanitarios, non debemos ser tan pesimistas como a maioría dos pacientes que presentan Incontienencia Urinaria, e actuar o máis rápidamente posible, para evitar as secuelas tan importantes que presenta un cadro deste tipo.

Según a OMS, os **pacientes con IU van a evolucionar de maneira progresiva** o largo dos anos, en todos os países desenvolvidos do mundo, sendo actualmente a prevalencia da IU, en cifras absolutas, como xa expuxemos, moi importante.

Evolución de **pacientes con incontinencia urinaria**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Alemania	4.600.000	4.922.000	5.241.930	5.608.865	5.973.441	6.381.582	6.607.035
G. Bretaña	3.400.000	3.638.000	3.874.470	4.145.683	4.415.152	4.724.213	5.031.287
Grecia	600.000	642.000	683.730	731.591	779.145	833.685	887.874
Holanda	680.000	941.600	1.002.804	1.073.000	1.142.745	1.222.737	1.302.215
Austria	476.000	509.320	542.426	580.396	618.121	661.390	704.380
Irlanda	188.000	201.160	214.235	229.232	244.132	261.221	278.201
Francia	3.200.000	3.424.000	3.646.560	3.901.819	4.155.437	4.446.318	4.735.329
España	2.200.000	2.354.000	2.507.010	2.682.501	2.856.863	3.056.844	3.255.539
Suecia	540.000	577.800	615.357	658.432	701.230	750.316	799.087
Dinamarca	313.000	334.910	356.679	381.647	406.454	434.905	463.174
Finlandia	300.000	321.000	341.885	365.786	389.572	416.842	443.937
Bélgica	620.000	683.000	706.521	755.977	805.116	861.474	917.470
Portugal	580.000	620.600	660.939	707.205	753.173	805.895	858.278
Rumania	1.165.000	1.246.550	1.327.576	1.420.506	1.512.839	1.618.738	1.723.956
Polonia	1.990.000	2.097.200	2.233.518	2.389.864	2.545.205	2.723.370	2.900.389
Croacia	232.500	248.775	264.945	283.482	301.919	323.053	344.0517
Bulgaria	447.500	478.825	509.949	545.645	581.112	621.790	662.206
R. Checa	532.500	569.775	606.810	649.287	691.491	739.895	787.988
Hungría	540.000	577.800	615.357	658.432	701.230	750.316	799.087
Yugoslavia	530.000	567.100	603.982	646.239	688.244	736.421	784.289
Eslovaquia	290.000	310.300	330.470	353.602	376.587	402.948	429.139
Luxemburgo	29.200	31.244	33.275	35.604	37.918	40.573	43.210
TOTAL	27.023.700	28.915.359	30.794.857	32.950.497	35.092.280	37.548.739	39.999.407

Fuente: OMS.

Vemos que en España, según a OMS, dende o ano 1997, que existían 2,200.000 habitantes con Incontinencia Urinaria, pasouse no ano 2003, a 3,255.539 habitantes con Incontienncia; vemos que en todos os países industrializados estudados, observouse ese incremento na poboación que padece IU.

A medida que **vai aumentando a idade** dos pacientes, a IU iguálase na sua Prevalencia. Demóstrase no estudo, que a poboación xeriátrica é con moito, a poboación máis afectada por esta patoloxía, que moitas veces, está poñendo de manifesto outra enfermidade, moito máis dramática que a propia IU, e que ás veces, resolvendo a causa inicial que provoca a IU, ésta tamén pode desaparecer, e deixaríamos de catalogar a un/ha paciente como “Incontinente”, pois o cadro desaparece o desaparecer a causa que a provocou.

En relación a Calidade de Vida, sí vemos que a IU é valorada polos que a padecen como que “afecta de forma moi importante a súa vida”. Queda a dúbida de saber si o Sistema Sanitario está preparado para asumir os custes, tanto clínicos, como sociais e económicos, que representa.

Podemos situar a IU como unha das enfermidades prevalentes na práctica clínica.

As autoridades sanitarias, deberían prestarlle algo máis de atención a este cadro.

Polos datos do estudo, deberían os profesionais sanitarios, mostrar un interese máis amplo no abordaxe da Incontinencia Urinaria.

Dende as institucións sanitarias, non estamos o suficientemente preparados para axudar os/as cuidadores/as destes pacientes.

Si consideramos a Enfermidade de Alzhéimer, como a Epidemia do Século XXI, temos que ter un interese especial, por prever e tratar, un síntoma característico nestes pacientes con déficit cognitivo, como é a Incontinencia Urinaria.

Debemos adecuar os Centros de Saúde, que son o lugar ideal para captar primeiro o problema, valoralo, e intentar tratalo.

O Sistema Sanitario, debe modificar algunha das súas pautas de actuación, para implicar máis os profesionais sanitarios.

Consideramos as Enfermidades Neurodexenerativas como o “fracaso do éxito” (vivimos máis e mellor, pero tamén con moitas secuelas). Intentemos que a IU non sexa unha das secuelas irreversibles nestas enfermidades.

O persoal de enfermaría, traballadores sociais, auxiliares de clínica, comadronas, etc. deben estar o suficientemente concienciados para captar os pacientes con IU e para informar os Médicos do problema e poder solucionalo.

O Sistema Sanitario, debe realizar protocolos de actuación, enfocados a que os profesionais, estén o suficientemente preparados no tema da Incontinencia Urinaria.

Si saber que un paciente ten IU é cuestión dunhas breves preguntas, non deberíamos ter na consulta de AP un protocolo previo, que en minutos, descubriase a un paciente como Incontinente?. Logo de saber que o é, utilizar ditos protocolos, para saber si nos quedamos nós co caso, ou deberemos remitilo a consulta do especialista, sexa ó Urólogo, Xinecólogo ou quen consideremos que pode facer algo máis que nós, polo paciente con Incontinencia Urinaria.

A estratexia da Atención Primaria para o Século XXI, está definida pola OMS e baséase máis na **prevención** que na curación en sí mesma. Por este motivo, esforzos e inversión en prever cadros que repercuten de forma manifesta na Calidade de Vida dos que o padecen, é sempre investir en saúde de forma posterior. Gastando inicialmente nunha serie de enfermidades para prevelas, evitamos un gasto moito maior cando xá se produce a enfermidade.

Está na man dos profesionais sanitarios, cambiar o concepto que teñen moitos pacientes con Incontinencia Urinaria, de que o cadro “**é algo que ocorre ca vellez**”. Este pensamento, que fai que o Sistema Sanitario fracase neste tema, é algo que hai que evitar, con políticas sanitarias. Polo feito de envellecer, non se deben padecer, hoxe en día, unha serie de patoloxías, que en teoría, deberían estar minimizadas, polo boa actuación dos profesionais santiarios. Está na man destes Profesionais dos Centros de Saúde, cambiar unha serie de conceptos, que quedaron obsoletos, o introducir a Medicina Preventiva.

O Centro de Saúde, como porta de entrada o Sistema Sanitario, debe ser o lugar no que os profesionais sanitarios deben indagar nos seus pacientes, para valorar, qué patoloxía “oculta”, presentan, diagnosticalos o antes posible e poñerlle o remedio axeitado cos protocolos de actuación realizados polos profesionais que se dedican máis especificamente a uns cadros determinados, que pola súa prevalencia, aparecen con moita frecuencia na xente maior.

A **empatía**, debe ser utilizada para que o paciente, sinta unha relación co seu Médico, Enfermeiro/a, Comadrona, etc. e perda o medo a dicirlle unha serie de síntomas, que noutra época non se mencionaban (impotencia, disfunción erectil, anticoncepción, homosexualidade, etc....). Si somos capaces de que os nosos pacientes, non respondan a pregunta de: por qué non llo mencionou o seu Médico de Cabeceira?, con: “por que me daba vergonza”, teremos avanzado moito no poder diagnosticar enfermidades, consideradas “tabú”, e que o termo empatía é capaz de solucionar.

A **terceira idade**, polas súas caraterísticas de ser moito máis demandantes da asistencia sanitaria nos Centros de Saúde e nos Especialistas, é un bo momento para indagar en si presentan ou non Incontinencia Urinaria. Cunhas poucas preguntas, este grupo de idade, máis propenso a padecer a IU, estaría en disposición de practicarse unha Medicina Preventiva que trate de solucionar un Síndrome que tratado a tempo, ten unhas repercusións menos importantes que si o cadro estabilízase e faise crónico e irreversible.

Na última reunión dos Conselleiros de Sanidade de Catilla-La Mancha, Aragón e a Comunidade Valenciana, no Foro Internacional sobre “**producción distribución y evaluación de la información para el paciente**” no ano 2008, chegouse a unha das conclusións importantes de que “el objetivo común de los distintos servicios de salud, debe ser, el establecimiento de unas bases mínimas de calidad en la información sanitaria al ciudadano, en su relación con el sistema sanitario y en la toma de decisiones sobre su salud”. Os tres Conselleiros, coincidiron nesta idea, así como nas iniciativas dos seus respectivos departamentos, para melloral a autonomía do paciente na súa relación co sistema sanitario público. Entre outras iniciativas, plantexaron a de “la libre designación de especialista, la segunda opinión médica, la declaración de voluntades anticipadas, el uso de las nuevas tecnologías de la información para desarrollar el visado de la receta electrónica, la historia clínica electrónica, la cita previa por internet, o el teléfono único de atención al usuario o la telemedicina”²⁹.

Todos estos avances, deben aplicarse para obter unha maior Calidade de Vida dos nosos maiores, e nós, poñemos o noso grán de area, o facer un traballo que fala da Calidade de Vida en relación cun tema de enorme trascendencia como é a Incontinencia Urinaria.

Falando das **repercusións da IU**, deberemos ter en conta, non só as de tipo clínico. A xente con IU, deixa de saír de casa por medo as perdas de ouriña, deixa de relacionarse cos viciños, deixa de viaxar (autobús, metro, etc.), déixa de ir o cine, os espectáculos, é dicir, o que padece Incontinencia Urinaria, ten moi limitada a súa capacidade de relación, co cál, as Depresións, cadros de Ansiedade, Angustia, etc. son moi frecuentes.

Si somos capaces de **paliar** un Síndrome como o da IU, a vida destas persoas, cambia de forma radical. Pensemos que a utilización de pañais de IU, non é aceptado por moitos pacientes, algúns incluso os rechazan de forma hostil e manifesta, co cál, os/as coidadores, teñen un dobre esforzo a hora de coidar destes pacientes.

Si dicimos que o Sistema Sanitario Español, e por ende o Servicio Galego de Saúde, é un dos mellores do mundo desenvolvido, tamén dicimos que é un **sistema moi caro**, con moitas carencias todavía, pero con moitas virtudes, entre as que destaco a Universalización do Sistema. Isto demóstrase, dicindo por exemplo, que no ano 2006, España fixo un convenio cos Países da Unión Europea, que lle permite recobrar o gasto sanitario que factura ós residentes asegurados no extranxeiro. O cobro, efectúase a Seguridade Social e logo Sanidade o distribúe entre as Comunidades Autónomas³⁰, segundo o que facturaron no ano anterior. O Ministerio de Sanidade, recibirá este ano 2008, uns 260 millóns de euros. Casi unha carta parte dos inmigrantes que viven en España, son de orixen comunitario (sin contar a rumanos e búlgaros, que emigran en idade de traballar). A maioría son ingleses, alemáns e franceses xubilados, que fixan as súas residencias en concellos costeiros de Alicante, Tenerife, Baleares e Málaga.

“La mayoría de los Médicos no hacen el trámite burocrático (que permite que las CCAA, facturen el gasto de los residentes” comenta o Dr. **Julio Zarco**, Presidente da Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), e que “un 70% del gasto que suponen estos ciudadanos, no se factura”. Casi non existen datos exactos do impacto real, porque as CCAA non teñen os datos estatísticos.

Quere isto dicir, que debemos ser moi coidadosos a hora de cumprimentar os trámites burocráticos, pois os que perden, sos os Sistemas Sanitarios, que deixan de recuperar o invertido en saúde, e procesos, como os da IU, quedarían con menos recursos para dedicarlles a pacientes moi necesitados.

Outro dos temas que deberemos ter en conta, a hora de dar “saúde”, sobre todo ós nosos maiores, é a “**Proposta de Educación Sanitaria**”. Sistema que invirte en Educación Sanitaria, deixará de invertir en enfermidades que poderían evitarse cunha boa información de tipo preventivo. Así, seguindo as recomendacións de **Jose M. Brea Feijoo**³¹, no seu artigo de Proposta de Educación Sanitaria, “a evidencia de comportamentos inadecuados da poboación en materia de saúde, por unha deficiente educación sanitaria, e do aumento progresivo da presión asistencial (sobrecarga) no primeiro nivel, en demasiadas ocasións debido a un uso irracional dos servizos sanitarios, que brinda o Sistema Público de Saúde. O mal uso duns usuarios redundando en prexuízo doutros, suscita a reflexión”. Tamén comenta, “a situación real do Sistema, é que nos obriga a buscar solucións co fin de elevar o nivel educativo dos cidadáns e evitar un maior deterioro asistencial. Entendendo éste como o menoscabo na Calidade, por mor da carencia do tempo necesario para cada paciente na Atención Ordinaria e, con demasiada frecuencia, a causa de contínuas intromisións na mesma. En definitiva, prantéxase dalgún xeito a **optimización da asistencia** en Atención Primaria”.

Si seguimos as indicacións do Dr. **Cruz-Jentoft**, nas cales, debido o **infradiagnóstico** de enfermidades como a Demencia tipo Alzheimer (onde unha das súas características principais é a perda de esfínteres), “la demencia senil no existe y tenemos mucho que ofrecer a quien sufre una enfermedad demenciante”³². A sospeita dun deterioro cognitivo en Atención Primaria, exige sempre profundizar nela, co obxecto de realizar un correcto diagnóstico sindrómico e unha aproximación, o máis precisa posible, o diagnóstico etiolóxico de posible enfermidade demenciante (a senilidade non é unha etiología). Coñecendo a enfermidade previa, podremos valorar as súas consecuencias, dentro das cales, un papel principal, para o que o padece, e para o seu coidador, está a Incontinencia Urinaria. Coñecendo o problema, podremos poñerlle solución.

A interferencia da Incontinencia Urinaria cas **relacións sexuais**, é algo demostrado o largo deste estudo, e podemos comentar, seguindo a **Lindau ST**³³, que “la función sexual no se mantiene constante a lo largo de la vida y, en contra de una creencia bastante extendida, no necesariamente se pierde con el envejecimiento, aunque sí aparecen modificaciones orgánicas y funcionales, que condicionan un cambio en el patrón sexual (tipo de actividad, frecuencia e intensidad)”.

A sexualidade, a calquer idade, non só consiste na función púramente fisiolóxica; tamén participan nela, as esferas afectiva, psicolóxica e social, e é por isto, que no mantemento das relacións sexuais dos maiores, inflúen en boa medida os factores individuais (sexo, historia sexual previa, estado de saúde, personalidade, situación psicolóxica actual, relixión, aspectos sociais, etc.). Actualmente, acéptase que a sexualidade asóciase directamente co estado do benestar do individuo e que a aparición das enfermidades, entre elas, cómo non, a Incontinencia Urinaria, interfíren directamente co mantemento da función sexual.

De todolo exposto, poderíamos dicir, que a Administración e os profesionais sanitarios, deberíamos **prestar máis atención**, a un cadro patolóxico, que si se manexa de forma adecuada, nunca diremos que pode curarse o paciente, pero sí que melloraremos moito a súa vida persoal e a vida de relación cos demais.

Despois de facer nós a Historia Clínica do paciente con IU, deberemos ter coidado, e valorar **“si será cousa nosa”**, e, lóxicamente, si o problema se nos escapa, deberemos contar ca Xinecoloxía e ca Uroloxía. E sobre todo, cas Unidades de IU Hospitalarias.

Facendo moi poucas probas, e sí unha boa **Historia Clínica** (o exposto anteriormente está protocolizado e levaría non máis de tres minutos), chegaríamos a unha diagnose, dun dos problemas máis prevalentes en AP, que reflexan a importancia dun proceso, mal diagnosticado e peor tratado na Atención Primaria.

Constátase que existen diferenzas significativas concordantes o ter en conta a variable sexo, sendo a incidencia o dobre en mulleres con respecto a homes.

Constátase que hai diferenzas significativas concordantes o ter en conta a variable idade, encontrando unha correlación positiva entre IU e idade.

Ainda que a Incontinencia Urinaria non constitue un grave trastorno físico, sí afecta de modo importante a esfera psicosocial da persoa que a padece.

O medo a oler mal, o evitar situacións potencialmente embarazosas (sexualidade, deportes, bailes) e o cambio de estilo de vida en xeral, conducen con frecuencia a aparición dun amplo abano de trastornos psíquicos, como ansiedade, estados depresivos caracterizados por unha acusada **falta de autoestima**, hipocondriase, preocupacións obsesivas e fobias.

As perdas de ouriña son inevitables nos nenos. Serán tamén inevitables nas persoas maiores? Será algo irreversible que a terceira idade, cas súas enfermidades e os seus síntomas, entre eles a IU, sexan unha volta a infancia máis temperán? É algo inevitable? É algo que ocorre ca vellez? É algo irreversible? Podemos facer algo por resolver ou paliar este Síndrome?

__CONCLUSIONES:

1ª) Por **estratos de idade**, no **estudo de Galicia**, entre os 65-74 anos, o 30,45% ten IU; Nos de máis de 74 anos, o 41,50% da poboación é Incontinente.

Entre a poboación de 65 a 74 anos, as mulleres teñen ó 33,39% de Incontinencia. Os homes, o 27,12%.

Entre a poboación de > 74 anos, as mulleres, son ó 47,99%, é dicir, 1 de cada 2 mulleres é Incontinente. Os homes o 31,72%.

No **estudo de Tordoia**, por **estratos de idade**, entre a poboación de 65 a 74 anos, as mulleres teñen o 34,10% de Incontinencia. Os homes o 27,92%.

Entre a poboación de > 74 anos, as mulleres son o 48,52%. Os homes o 30,50%.

Existe un aumento da IU ca idade, en Homes e en Mulleres.

2ª) Sabemos que a **Prevalencia de IU en Galicia**, nos anos 2007-8, en maiores de 65 anos, é do **34,64%**; indica que unha patoloxía como a IU, en persoas “que non tiñan relación co sistema sanitario”, e que afecta a 1 de cada 3 persoas, debe facer que o persoal sanitario e as propias Administracións, leven a cabo **Protocolos**, que mitiguen este cadro tan importante en termos absolutos.

A **Prevalencia da IU en Tordoia**, nos anos 2007 e 2008, foi de **34,82%**.

3ª) Por **Tipos de IU**, nos Homes, a IU máis frecuente, é a Mixta (43,76%), e nas Mulleres, é a Mixta co 44,93%. O Total, é tamén a Mixta, co 43,44%.

Por Idade, entre os 65-74 anos, a máis frecuente é a Mixta co 42,54% e por encima dos 74 anos, a Mixta co 44,50%. No Total, tamén é a IU Mixta co 43,44%.

4ª) Existe un **elevado Custe Económico** da Incontinencia Urinaria. Da mesma maneira, que **comparado** con outras enfermidades moi prevalentes na nosa sociedade, como o Diabetes, a Hipercolesterolemia ou a Hipertensión Arterial, esta patoloxía, en termos económicos, equipárase con calquera delas.

5ª) A **Calidade de Vida** vese moi afectada, sitúándose no 7 para as mulleres e nun 4 para os homes. Indícanos, que o paciente considera que afecta a súa Calidade de Vida, de forma moi significativa.

6ª) A Incontinencia Urinaria é un importante problema de saúde, xá que a nosa investigación, demostrou que o padece **1 de cada 3 persoas maior de 65 anos**, afectando a casi o dobre de mulleres que de homes. Indica que na poboación xeral, sin contacto co Sistema Sanitario (pois as persoas sacáronse do listado do cupo médico, e non tiñan ningunha relación co Sistema), está por descubrir un porcentaxe moi amplo de pacientes, que en silencio, sufren un Síndrome, para o cal existe, hoxe en día, tratamentos, que si non curan o problema, sí melloran a Calidade de Vida destas persoas.

Dende a Atención Primaria, poderemos facer un bo traballo, si somos capaces, primeiro de diagnosticar que unha persoa padece a IU, segundo si descubrimos “qué tipo de IU presenta?” e en terceiro lugar, tratando a ese paciente que padece a IU, ou ben, remitilo o especialista si o problema non é competencia nosa.

Existe unha relación significativa entre a severidade obxetiva da Incontinencia e o seu **impacto psicosocial**. Asimismo, comprobouse que a aparición de trastornos psíquicos non se asocia con enfermidades específicas do tracto urinario, senón ca situación de Incontinencia Urinaria en xeral.

Por outra parte, é característico da Incontinencia Urinaria o non acudir, por sentimentos de **vergonza**, en busca de axuda profesional, polo que ésta debería ser un área de especial atención no interrogatorio clínico dos pacientes que acuden as consultas de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFIA:

1. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Jrb NR. Validação para o português do International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pub* 2004; 38 (3): 438-444.
2. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community; analysis of a MORI poll (see comments). *BMJ*. 1993 Mar. 27; 306 (6881): 832-4.
3. Sen I, Onaran M, Tan MO, Acar C, Camtosun A, Sozen S, Bozkirli I. Evaluación de la función sexual en mujeres con vejiga hiperactiva. *Urol Int*. 2007; 78: 112-5.
4. International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. Sixth Report on the standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Rev. Urodinamica* 1991; 1: 77-82.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rossier P, Ulmsten U, et al. The Standardisation of lower urinary function. Report from the Standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurolo Urodyn*. 2002; 21:167-78.
6. Sandvik H, Hunnskaar S, Sein A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *Rev. Epidemiol Community Health*. 1993 Dec.; 47 (6): 497-9.
7. Lee KS, Owen RE, Choo PW, Jayaratnam FJ. Urinary incontinence in the elderly. *Med J*. 1991. Apr.; 32 (2): 161-3.
8. Cot. Yago JM. Patología Urológica en el anciano. *Atención Primaria* 1992; 10(6): 837-842.
9. Gainza MC, Genua MI, Alustiza ML, Aguirre I, Irurtia MT, Velasco JJ. Incontinencia Urinaria en el paciente geriátrico. Estudio de prevalencia en cinco hospitales. *Revista AEFH* 1988; XII (4): 267-278.
10. Martínez Agullo E y el Grupo Español de Urodinamica y de la SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp*. 2005; 29: 16-30.
11. Dios Diz, JM, García Cepeda JR, Brenes Bermúdez FJ, Zuazagoitia Nubla JF, Merlo Loranca M, Ramos Calviño P. "Urinary Incontinence and its repercussions on the quality of life of patients over 64 years of age. Spain 2006". 6º European Congress of Gerontology. San Petesburgo, Julio 2007.
12. Castro Díaz, Garat Barrero, Jiménez Cidre, Martínez Agulló, Peña Outeriño, Rioja Sanz y Salinas Casado. Pautas para la actuación en la Incontinencia Urinaria del Consejo de Salud Vesical. 2006.
13. Verdejo C. Urinary and faecal incontinence and dementia. *Rev Clin Gerontol* 2004; 14: 129-36.
14. Garay Lillo, J. Calidad de vida. *Geriatrka* 1996; 12(4): 169-177.
15. Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Semfyc Ediciones. Barcelona, 2004.

16. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Manejo de la Incontinencia Urinaria en el adulto. IDEPSA. 1997.
17. Galmés Belmonte I. Protocolo para la evaluación de pacientes con incontinencia urinaria. Ediciones Mayo. 2007. 11. (Anexo 3. Diario Miccional).
18. Garely A, Lucente V, Vapnek J, Smith N. Solifenacina para la Vejiga Hiperactiva con Incontinencia: variables de respuesta terapéutica, preocupación sintomatológica y calidad de vida relacionadas con la salud. *Ann Pharmacother*. 2007; 41: 391-9.
19. Subdirección Xeral de Farmacia e Productos Sanitarios. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. 2007.
20. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil* 1995; 16 (1): 51 – 74.
21. Errando C, Gutiérrez C. Calidad de Vida relacionada con la salud e incontinencia urinaria. En: Tratado de incontinencia urinaria. David Castro Díaz y Monserrat Espuña Pons editores. Madrid, 2006; 166 – 85.
22. Lopez-Carrión MC, Fernández-Micheltoarena C, Sánchez MD. ¿Podemos mejorar el manejo de la incontinencia urinaria? Pautas de actuación (Parte I). CAP. 2006.
23. Espuña M et al. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form, un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Medicina Clínica* 2004; (122) 08 : 288 – 92.
24. Matza LS, Zyczynski TM, Pharm D, Bavendam T. A review of Quality of life questionnaires for urinary incontinence and overactive bladder: which ones to use and why? *Current Urology Reports*. 2004; 5: 336-42.
25. Reimer J, Hunskar S, Scand J. Why do only a minority of perimenopausal women with urinary incontinence consult a doctor? *Prim Health Care* 1994; 12: 180-3.
26. Norton PA, MacDonald LD, Sedgwick PM, Stanton SL. Disess and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women. *BMJ* 1998; 297: 1.187-1.189.
27. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Guía de servicios 2000. Xunta de Galicia. 2000.
28. Dios Diz, JM. “Prevalencia da Incontinencia Urinaria en maiores de 64 anos en Galicia (2002) vs España (2004-2005)”. Trabajo de Investigación Tutelado. Programa de Doutorado “Xerontoloxía”. Setembro 2007. Dirixido polo Prof. José M. Mayán Santos.
29. Revista EL MÉDICO. La Calidad, objetivo común de los sistemas sanitarios. Marzo 2008. Núm. 1060; 10.
30. Zarco J. Suplemento de la Revista SEMERGEN. Febrero 2008. Vol. 34. nº 2. Gaceta de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Año II. NÚM. 14. Noticias SEMERGEN. 10.

31. Brea Feijoo JM; Proposta de Educación Sanitaria: Acción indirecta mediante folletos informativos. *Cadernos Atención Primaria*. Año 2007. Volúmen 14. 128-131.
32. Cruz-Jentoft AJ. No diga “demencia senil”. *El Médico de Atención Primaria ante la demencia*. SEMERGEN. 2007.; 33:279-81.
33. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007; 357: 762-774.

ANEXOS:

Anexo 1. Escala de Sobrecarga do/a Coidador/a (Zarit):

Despóis de ler cada afirmación, indique con qué frecuencia síntese vostede así:

1= Nunca; 2= Casi Nunca; 3= As Veces; 4= Frecuentemente; 5= Casi Sempre.

1. Sínte vostede que o seu familiar/paciente solicita máis axuda da que realmente necesita.
2. Sínte vostede que, a causa do tempo que gasta co seu familiar/paciente, xá non ten tempo suficiente para vostede mesmo?
3. Síntese estresado/a, o ter que coidar o seu familiar/paciente e ter ademáis que atender outras responsabilidades? Por exemplo, ca súa familia ou co seu traballo.
4. Síntese avergoñado/a polo comportamento do seu familiar/paciente?
5. Síntese irritado/a cando está cerca do seu familiar/paciente?
6. Cré que a situación actual afecta a súa relación cos seus amigos/as ou outros membros da súa familia, de forma negativa?
7. Sínte temor polo futuro que lle espera o seu familiar/paciente?
8. Sínte que o seu familiar/paciente, depende de vostede?
9. Síntese agotado/a cando ten que estar xunto o seu familiar/paciente?
10. Sínte vostede que a súa saúde veuse afectada por ter que coidar do seu familiar/paciente?
11. Sínte que non ten a vida privada que desexaría a causa do seu familiar/paciente?
12. Sínte que a súa vida social veuse afectada negativamente por ter que coidar o seu familiar/paciente?
13. (Sóamente si o/a entrevistado/a vive co paciente) Síntese incómodo/a, para invitar a amigos/as a casa, por culpa do seu familiar/paciente?
14. Cré que o seu familiar/paciente espera que vostede lle coide, como si fora a única persoa coa que poidera contar?
15. Cré vostede que non dispón de diñeiro suficiente para coidar do seu familiar/paciente, ademáis dos seus outros gastos?
16. Sínte que non vai a ser capaz de coidar do seu familiar/paciente durante moito máis tempo?
17. Sínte que perdeu o control sobre a súa vida dende que a enfermidade do seu familiar/paciente manifestouse?
18. Desexaría poder encargar o coidado do seu familiar/paciente a outra persoa?
19. Síntese inseguro/a, acerca do que debe facer co seu familiar/paciente?
20. Sínte que debería facer máis do que fai polo seu familiar/paciente?
21. Cré que podría coidar o seu familiar/paciente mellor do que o fai?
22. En xeral, síntese moi sobrecargado/a o ter que coidar do seu familiar/paciente?.

< 46: SIN SOBRECARGA.

46-47 a 56-57: SOBRECARGA LIXEIRA.

> 56: SOBRECARGA INTENSA.

ANEXO 2.

Clasificación da INCONTINENCIA URINARIA do Grupo de Incontinencias da Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Co fin de unificar criterios con respecto as definicións dos diferentes tipos de Incontinencia Urinaria (IU), expónse a continuación un breve resumo da clasificación fisiopatolóxica, que expoñemos no Grupo de Incontinencias, da Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Son, os diferentes nomes, que se lle dan os mesmos tipos de Incontinencia e que nos poden inducir a confusión, o chamarlles de forma distinta a tipos iguais de IU.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DA IU NO ANCIÁN:

1.- IU Transitoria, reversible, aguda, secundaria a, temporal, tratable: Siglas DRIP ou DIAPPERS.

2.- IU Establecida, crónica ou persistente:

A.- Vexiga Hiperactiva, Inestabilidade vesical. Vexiga non inhibida, Vexiga Inestable ou Vexiga Espástica, Urgencia-Incontinencia ou Incontinencia por Urgencia.

Causas de Vexiga Hiperactiva:

- .. Sensorial: Vexiga Hipersensible.
- .. Motora: Inestabilidade Vesical.

B.- Incontinencia de Esfuerzo, Incontinencia de estrés, Incontinencia ca tos, ca risa, cos estornudos, co exercicio, etc.

C.- Incontinencia por Rebosamento; Causas:

- .. Obstrucción do tracto urinario de saída.
- .. Alteración da contractilidade do Detrusor, ou Detrusor Acontractil:
 - Por diminución: Hipocontractilidade.
 - Por ausencia: Arreflexia.

D.- Incontinencia Funcional. Por:

- .. Incapacidade física ou mental.
- .. Escasa motivación.
- .. Falta de colaboración.
- .. Existencia de barreiras arquitectónicas.
- .. Número insuficiente de coidadores.
- .. Outras.....

E.- IU Mixta: as máis frecuentes:

- Incontinencia de Esfuerzo + Vexiga Hiperactiva.
- Incontinencia de Esfuerzo + Contraccións involuntarias do Músculo Detrusor.

ANEXO 4.

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ - SF

Nº Inicial: ICIQ-SF (Versión galega). Data de hoxe:

Moita xente perde ouriña nun momento determinado. Estamos intentando determina-lo nº de persoas que presentan este problema, e ata qué punto lles preocupa esta situación. Esteríamoslle moi agradecidos si contestase as seguintes preguntas, pensando en cómo se encontrou vostede, nas últimas catro semanas.

1. Por favor, escriba a data do seu nacemento: Día/Mes/Ano:

2. Vostede e: Muller/Varón

3. Con qué frecuencia perde ouriña? (Marque só unha resposta).

Nunca.....	0
Unha vez a semana.....	1
2-3 veces a semana.....	2
Unha vez o día.....	3
Varias veces o día.....	4
Continuamente.....	5

4. Gustaríanos saber a súa opinión acerca da cantidade de ouriña que vostede cree que se lle escapa, é dicir, a cantidade de ouriña que perde habitualmente (tanto si leva protección como si non). Marque só unha resposta.

Non se me escapa nada.....	0
Moi pouca cantidade.....	2
Unha cantidade moderada.....	4
Moita cantidade.....	6

5. En qué medida estos escapes de ouriña que tén, aféctanlle a súa vida diaria?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Moito

6. Cándo perde a ouriña? Sinalo todo o que lle pase a vostede:

- Nunca perdo ouriña.
- Antes de chegar o servizo.
- O toser ou esbirrar.
- Mentras durme.
- O realizar esforzos físicos/exercicio.
- Cando termina de ouriñar e xá se vestíu.
- Sin motivo evidente.
- De forma contínua.

Moitas grazas por contestar estas preguntas.

**Puntuación do ICIQ-SF: sumar as puntuacións das preguntas 3+4+5.
Considérase diagnóstico de IU, calquer puntuación superior a cero.**

ANEXO 5. CUESTIONARIO:

A.- Datos idiográficos:

1.- Lugar:

2.- Idade:

3.- Sexo: Home ()

Muller ()

B.- Diagnose de presunción de IU:

4.- Padece dos ósos (dores de espalda, cadeira...)

5.- Padece do corazón

6.- Padece do pulmón ou dos bronquios

7.- Depresión (sentirse decaído durante largos períodos de tempo)

8.- Ten problemas de riles (infección) ou de próstata (obstrucción)

9.- Problemas ca Vexiga da ouriña (escapes ou pérdas de ouriña de forma involuntaria, mollar ou humedecer a roupa interior)

SI	NON

-----**SI A PREGUNTA 9 É NON, FINALIZAR A ENTREVISTA**-----

C.- Diagnose do tipo de IU

10.- Ouriña máis de 8 veces o día.

11.- O máximo período de tempo que pode estar sin ouriñar é inferior a 3 horas.

12.- Nota algunhas veces unha sensación repentina de ganas ouriñar, que lle fai crer que se lle vai a escapala ouriña?

13.- Si nota esa sensación repentina e apremiante de ouriñar, pode aguantarse ata chegar o carto de baño?

14.- Despertase, xeralmente, po la noitee máis dunha vez para ir a ouriñar?

15.- Si se lle escapa a ouriña, a cantidade sole ser considerable, mollase moito?

16.- Se lle escapa a ouriña o toser, esberrar, rír ou facer esforzos como levantar pesos, saltar ou correr?

SI	NON

D.- Cuestionario que relaciona a IU ca Calidade de Vida dos Pacentes (ICIQ-SF).

17.- Con qué frecuencia perde ouriña? (marcar en círculo unha soa resposta):

a) Nunca.

b) Unha vez a semana ou menos.

c) 2-3 veces a semana.

d) Unha vez o día.

e) Varias veces o día.

f) Continuamente.

E.- En qué medida estos escapes de ouriña que ten, afectanlle a sua vida diaria?

Valore de 0 (nada) a 10 (moito) =

¡¡¡MOITÍSIMAS GRACIAS POLA SUA AMABLE COLABORACIÓN !!!

ENCUESTADOR.....DATA.....

ANEXO 6. Carta personalizada dirixida as persoas seleccionadas neste estudo:

Estimado/a Sr/Sra:

Diríxome a vostede, como Médico de, do Concello de, para informarlle que os profesionais sanitarios que formamos parte do mesmo, imos realizar un estudo epidemiolóxico, sobre unha serie de problemas que padecen as persoas de máis de 64 anos, e que VOSTEDE FOI ELEXIDO/A, O AZAR, para participar en dito estudo.

A finalidade do traballo, é coñecer "cántas persoas padecen ese problema en Galicia" e poder así, contribuir a mellorar a súa situación persoal e familiar.

O traballo, levarase a cabo, realizando entrevistas personais a un grupo de persoas maiores de 64 anos, no noso pobo/cidade, que o igual que Vosteste, só terá que responder a unha serie de preguntas cortas, por suposto ANÓNIMAS, que lles farán os entrevistadores, na consulta ou no seu propio domicilio.

Por elo, solicito de vd., a súa amable colaboración, asegurándolle que en todo momento manterase o secreto sobre os seus datos persoais.

Así mesmo, comunicolle, que a partir duns días, acudirá un compañeiro, do Centro de Saúde de....., o seu domicilio, ou ben, lle citará na súa consulta, para realizala entrevista. No caso de que vd. nos quera comunicar calquer incidencia en relación ca súa participación no estudo (cambio de domicilio, ou, como o estudo é o azar e polo listado do cupo do seu Médico, si hubese falecido a persoa citada, uo ben cambios de residencia, ou concertala entrevista no Centro, ou a unha hora que a vd. lle veña ben, etc., así como si se nega a participar, error nos seus datos, etc.), pode chamar o teléfono:..... e preguntar polo/a Dr./a.:....., de tal a tal hora..... de luns a venres.

Agradecéndolle de antemá a súa valiosísima colaboración, quedo a súa enteira disposición:

Dr/a

Día, mes e ano

