



TESIS DOCTORAL

**“Tipos de incontinencia urinaria en personas
mayores de 65 años institucionalizadas:
tratamiento y cuidados.”**

Misericordia García Hernández

AÑO 2013





El Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos, *Catedrático de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, y la **Profa. Amalia Puga Martínez** *Titular de Escuela Universitaria*, pertenecientes al Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, como director y codirectora de esta tesis

INFORMAN:

Que la memoria adjunta titulada: “**Tipos de incontinencia urinaria en personas mayores de 65 años institucionalizadas: tratamiento y cuidados**”, para optar al grado de Doctor, presentada por la doctoranda **Misericordia García Hernández**, ha sido realizada bajo nuestra dirección.

Considerando que constituye trabajo de tesis, autorizamos su presentación en la Universidad de Santiago de Compostela.

Fdo. Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos
DIRECTOR

Fdo. Profa. Amalia Puga Martínez
CO-DIRECTORA





TESIS DOCTORAL

**“Tipos de incontinencia urinaria en personas
mayores de 65 años institucionalizadas:
tratamiento y cuidados”.**

**Fdo. MISERICORDIA GARCÍA HERNÁNDEZ
AUTORA**



Amamos las catedrales antiguas, los muebles antiguos,
las monedas antiguas, las pinturas antiguas y los viejos
libros, pero nos hemos olvidado por completo del enorme
valor moral y espiritual de los ancianos (Link Yutang)





AGRADECIMIENTOS

Después de terminar un trabajo que ha durado un largo tiempo y, que al inicio del mismo te parece casi imposible conseguirlo, se te plantea una tarea delicada. Dicha tarea es la de expresar un agradecimiento de una forma adecuadamente sutil a las personas que han hecho posible, porque de una manera u otra han estado ahí, el poder llegar al final del camino. Espero poder cumplir correctamente con este quehacer

El camino se inicia, con el sí, de una persona clave en el proceso, el Director de Tesis, porque es quien cree y está dispuesto a acompañarte en tu proyecto y ser el guía de todo el recorrido. A mi Director Prof. José Manuel Mayan, Catedrático de Enfermería Geriátrica Y Gerontológica de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, le agradezco su confianza, su paciencia, su saber ser y estar y abrirme las puertas de esta Universidad. Universidad que me ha permitido culminar mi proyecto y contar con

la colaboración de la Codirectora de Tesis la Prof. Amalia Puga, del Departamento de Enfermería. Gracias a ambos.

Durante el recorrido del camino te encuentras con múltiples personas que desinteresadamente te ofrecen y te dan ayuda, como es el caso, de mis compañeros y colaboradores de la Universidad de Barcelona: El Dr. Viladevall y la Dra. Anguera, en cuestiones metodológicas; David y Enric en temas informáticos y a las compañeras de la Escuela de Enfermería por sus inestimables reflexiones y sugerencias.

Todo proyecto necesita de protagonistas, los míos han sido las personas ancianas de los centros donde se ha realizado el estudio y los profesionales de estos centros que me han facilitado los datos que necesitaba, a ellos mi reconocimiento y gratitud.

Tengo una deuda, con mi familia, en el sentido amplio del termino, pues todos han sido mis más fervientes “fans” y aliados desde el inicio de este largo recorrido y de forma especial Abel, mi marido y compañero, mis hijos Oriol y Carlota, ellos son los que más han tenido que soportar mis altibajos y dudas, gracias por vuestro amor y apoyo, no me ha sorprendido porque siempre ha sido así. En este momento de repaso y recuerdo, también se hacen presentes los que ya no están, sabes porque los quisiste y compartiste tu vida, que ellos se sentirían orgullosos del esfuerzo realizado. Por siempre gracias a todos y en particular a mis padres que me inculcaron los valores del esfuerzo y la superación.

Además de la familia, en el recorrido vital, te encuentras con personas, que compartes ideas, ilusiones, desengaños, risas, copas...; son los amigos, en la profesión y en la vida más personal. De los primeros debo agradecer, sobre todo, a los compañeros/amigos de la SEEGG, con ellos he recorrido el largo trecho de aprender sobre la vejez, un fin que nos es común, y dar el valor justo a este grupo que ha sido el germen de muchos proyectos entre ellos el presente. De los otros amigos gracias por ayudarme a encontrar momentos de pausa y quietud y de dar la vuelta a mi realidad.



RESUMEN

La incontinencia urinaria es uno de los grandes síndromes geriátricos, con una gran repercusión en el bienestar de las personas que la sufren y que no siempre es suficientemente valorada por los profesionales.

Son diversas las causas de la incontinencia urinaria y por tanto diversos sus abordajes. Es por ello que se deben conocer bien los mecanismos que la originan y así poder ofrecer a la persona el tratamiento y cuidados más adecuados, además de considerar sus necesidades y lo que la persona quiere o puede hacer respecto a su pérdida de orina. Las respuestas a este problema no deben ser estandarizadas sino que deben ser individuales y se deben preservar los principios de favorecer la capacidad de decidir, el autocuidado y la potenciación de las capacidades residuales.

Esta investigación pretende explicar y avanzar en el conocimiento de la prevalencia de la incontinencia urinaria, cómo se valora y se aborda en las personas mayores que están institucionalizadas en centros socio-sanitarios y residencias públicas de Catalunya, así como si el nivel de dependencia física y/o alteración cognitiva influyen o no en este abordaje.

Los resultados obtenidos nos muestran la existencia de un muy alto porcentaje de personas que presentan incontinencia de la cual se desconoce su tipología, por lo que su abordaje es altamente estandarizado, esto es que, en casi todos los casos, sólo se utiliza pañal todo el día y no hay diferencias en su manejo, en relación a la presencia o no de dependencia física y/o alteración cognitiva.

Esta estandarización evidencia que no se preserva la capacidad de decisión, el autocuidado y la potenciación de las capacidades residuales de las personas que presentan incontinencia urinaria.

ABSTRACT

The urinary incontinence is one of the big geriatric syndromes with a big repercussion in the welfare of people who is suffer and several times it is not enough appreciated for the professional people.

There are many causes of the urinary incontinence and therefore different ways to treat it. For that reason we should know correctly the mechanisms which it cause, to offer the person the most appropriate treatment and care, without forgetting her necessities and what the person want or can do about her urine loss. The answers to this problem should not be standardized, but the answers must be individual and they should keep the principles to promote the ability to decide, the self-care and the potentiation of the residual abilities.

This investigation wants to explain and progress on the knowledge of prevalence of urinary incontinence, how it is valuated and how the old people who

are institutionalized in health centers and public old people's home of Catalonia are treated, and also if the physical dependence level and/or cognitive alteration influences or not in this tackling.

The results show us there is a very high percent of people who has incontinence, without knowing her typology and for that reason her tackling is highly standardized. In almost all the cases, only used nappy all day and there are not differences in his use, in relation to the presence or not of physical dependence and/or cognitive alteration.

This standardization shows us it is not kept the ability of decision, the self-care and the potentiation of the residual abilities of the people who have urinary incontinence.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. MARCO TEÓRICO	18
1.1.1. SÍNDROME GERIÁTRICO	18
1.1.2. INCONTINENCIA URINARIA COMO SÍNDROME GERIÁTRICO..	23
1.1.3. DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA	29
1.1.3.1. Definición de incontinencia urinaria	29
1.1.3.2. Epidemiología de la incontinencia urinaria	32
1.1.3.3. Etiología incontinencia urinaria en la persona anciana ...	37
1.1.3.4. Clasificación de la incontinencia urinaria	40
1.1.4. VALORACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA	45
1.1.4.1. Las técnicas urodinámicas en la valoración de la incontinencia urinaria	48

1.1.5. TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA	52
1.1.5.1. Medidas socioambientales	54
1.1.5.2. Medidas personales	55
1.1.5.3. Dispositivos de ayuda	56
1.1.5.4. Técnicas modificadoras de conducta	61
1.1.6. ESCALAS DE VALORACIÓN	64
1.1.6.1. Índice de Barthel	65
1.1.6.2. Mini-examen cognoscitivo. Test de Lobo	67
1.1.6.3. Cuestionario de estado mental de Pfeiffer	68
1.1.7. ATENCIÓN INSTITUCIONALIZADA	69
1.1.7.1. El ámbito socio-sanitario	69
1.1.7.2. El ámbito social	71
2. JUSTIFICACIÓN	72
3. OBJETIVOS	76
3.1. OBJETIVO GENERAL	76
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	77
4. MATERIAL Y MÉTODO	79
5. RESULTADOS	85
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	85
5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	105
6. DISCUSIÓN	109
6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	109
6.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	118

7. CONCLUSIONES	121
8. BIBLIOGRAFÍA	124
9. ANEXOS	144



1. INTRODUCCIÓN

Abordar el envejecimiento significa analizarlo desde un proceso individual, biológico, poblacional y cultural, desde este último punto de vista, cabe enfocarlo en el sentido de que las etapas de la vida no tienen un carácter universal en todas las culturas ni en todas las etapas históricas, de ahí que la vejez y las situaciones que se plantean en esta etapa de la vida tenga diferentes significados y valores¹. La manera tradicional de entender la vejez como una posesión de saberes que garantizan el buen funcionamiento del grupo social, ha dejado paso, en las sociedades modernas a una vejez cuyo destino es individual y con una mirada hacia la decadencia del cuerpo, se centra, por tanto, en el cuerpo como objeto de atención y temer la aparición de síntomas que presagian la decadencia, de ahí la resistencia al envejecimiento y a los cambios que conlleva, en nuestra sociedad. Nunca, en otras etapas históricas, hasta mediados del siglo XX, habían llegado en un porcentaje tan alto de personas a la vejez y habían vivido tantos años en esta etapa, por ello

se produce el fenómeno del envejecimiento de la población. El envejecimiento de la población es una de las características de los países desarrollados, este fenómeno demográfico tiene diversas causas: la reducción de la natalidad, el descenso de la mortalidad y las migraciones. La “conquista” de la longevidad aunque se considera un logro por lo que implica de retrasar la muerte, no es sinónimo de salud ni de calidad de vida; en muchos casos esta mayor longevidad comporta el aumento de enfermedades, sobre todo, crónicas y de discapacidad. La demografía nos revela que las mujeres viven más años que los hombres, pero estos disfrutan de mejor salud, por lo que la población anciana se ha feminizado y también la discapacidad ².

La mayoría de personas tienen un envejecimiento normal, pero por el envejecimiento de la población y el envejecimiento del envejecimiento, cada vez más personas tienen un envejecimiento patológico: pluripatología, alteraciones cognitivas, discapacidad y dependencia que comporta el aumento de demanda de servicios socio-sanitarios.

La incontinencia urinaria constituye hoy en día una problemática socio-sanitaria muy importante, que afecta a un elevado número de personas en especial de personas mayores de 60 años. Sus diversas etiologías y tipologías, el creciente número de afectados, así como las consecuencias negativas que se derivan en la esfera físico-psíquico de la persona afectada, hace necesario un conocimiento y análisis exhaustivo de las causas, tipología y consecuencias de la

incontinencia urinaria, para poder abordar de forma integral el problema y ofertar a la persona afectada las soluciones más convenientes y que más se adapten a sus necesidades, para minimizar en lo posible los efectos negativos y mejorar su calidad de vida.

La creencia de que el envejecimiento, o los cambios que se producen en esta etapa de la vida, son responsables de la incontinencia urinaria, es errónea, aunque los cambios derivados del proceso de envejecer pueden actuar como factores predisponentes. El envejecimiento fisiológico lleva asociado una disminución importante de la función renal; sin embargo, la función que realiza es suficiente para eliminar residuos y regular de forma adecuada volumen y composición. Las variaciones en la función renal reducen la capacidad de la persona anciana a responder a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos, lo que va a generar unas repercusiones clínicas importantes.

A pesar de ello desde la Gerontología Clínica, la incontinencia urinaria, está considerada como uno de los grandes síndromes, debido a su elevada prevalencia y al importante deterioro que produce sobre la calidad de vida de la persona anciana. La presencia de la misma, en muchos casos, es la causa de petición de ingresos en instituciones, sobretodo en edades más avanzadas y cuando va paralela a dependencia física y/o deterioro cognitivo.

Con frecuencia no se actúa con la premura que el problema requiere, unas veces debido a la aceptación de la persona que envejece, que cree que la incontinencia urinaria es normal en esta etapa de la vida; otras a causa de diferentes estereotipos o de concepciones socioculturales, en muchos casos erróneas, presentes en la población en general; así como a la falta de sensibilización o de suficiente formación de los profesionales, de todos los ámbitos asistenciales, que están en contacto con las personas mayores.

De ahí que sea necesario insistir en la importancia que los profesionales sanitarios, no sólo desde el ámbito de la Geriátrica, tomen conciencia del problema y pongan los medios para darle el verdadero valor al problema de la incontinencia urinaria, y se puedan activar programas para prevenirla y ayudar y acompañar en caso de que ya exista, buscando las soluciones más adecuadas.

1.1. MARCO TEÓRICO:

1.1.1. Síndrome geriátrico

Séneca definía que “la vejez es en si misma enfermedad” pero todos los estudios realizados desde la gerontología confirman el carácter fisiológico del envejecimiento humano, pero también describen que la caída de la vitalidad como consecuencia del envejecimiento aumenta la vulnerabilidad de la persona anciana a padecer enfermedades e incapacidades.³ El envejecimiento será fisiológico cuando cumpla parámetros biológicos aceptados por los diferentes rangos de edad y mantenga la capacidad de relación con el medio social, y será patológico cuando la enfermedad altere los anteriores parámetros biológicos y dificulte las relaciones sociales. En el envejecimiento se producen cambios en el organismo que provocan una disminución de la reserva funcional así como deterioro de los procesos reguladores, cuya consecuencia es la presentación atípica de las enfermedades, es decir, que no siguen los patrones descritos en los procesos patológicos.⁴

Sea cual sea la edad de la persona no debemos caer en el término “vejismo”¹ lo que comúnmente está aceptado como las patologías propias de la edad, por lo que, se debe hacer una valoración exhaustiva para realizar un correcto abordaje. Para dar una correcta asistencia socio-sanitaria a las personas ancianas es necesario el conocimiento de:

1. La heterogeneidad. No todas las personas mayores de 65 años están en la misma situación, hay personas ancianas sanas, enfermas, con fragilidad y personas con gran deterioro y alta dependencia.
2. Presentación atípica de las enfermedades, los síntomas o son vagos e inespecíficos o están ausentes, lo que conlleva una mayor dificultad para realizar un correcto diagnóstico.
3. Fragilidad, como sinónimo de vulnerabilidad y pérdida de habilidades para realizar las actividades de la vida diaria.
4. Pluripatología y plurifarmacia: este hecho condicionará el modo de enfermar, los síntomas y la medicación de una de las enfermedades pueden ocultar o retrasar la aparición de otras. Así mismo una enfermedad puede desencadenar otras patologías. La plurifarmacia es consecuencia de lo anterior y aumenta la frecuencia de aparición de

¹ Vejismo: un conjunto de estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos en función de su edad. Lo define Butler, científico norteamericano, en 1973

reacciones adversas y de interacciones entre los diferentes fármacos.

5. Tendencia a la cronicidad y frecuente incapacidad en las personas ancianas es más frecuente la presencia de enfermedades crónicas que comportan descompensaciones de las mismas, necesitando más ingresos y disminuyendo sus capacidades.
6. Pronóstico menos favorable debido a la propia evolución de los procesos de enfermedad.
7. Dificultades diagnósticas y terapéuticas: sopesar el riesgo-beneficio siempre buscando el último y teniendo en cuenta la opinión de la persona anciana.
8. Mayor utilización de recursos sanitarios y sociales. La presencia de pluripatología, el pronóstico menos favorable, la presencia de incapacidad, la soledad, un entorno social desfavorable... hace que haya una mayor demanda de los recursos socio-sanitarios.
9. Mayor necesidad de rehabilitación para mantener y/o recuperar la mayor autonomía posible.

10. Frecuentes problemas éticos: en la toma de decisiones terapéuticas, no obstinación terapéutica teniendo presente las últimas voluntades y asegurar una muerte digna.

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia⁵ en las personas ancianas y con frecuencia son el origen de la incapacidad funcional o social en la población anciana⁶. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que hay que tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos. La pluripatología dificulta el diagnóstico y también puede suceder que enmascare o atenúe otra patología. Su detección sistemática en forma de “quejas” o “problemas” debe ser incluida en la Historia Clínica de la persona anciana sana (prevención) o de la enferma (tratamiento). El abordaje de los mismos se deben incluir entre los estándares que debe cumplir la atención socio-sanitaria de las personas ancianas y figuran en la Carta de los Derechos de las personas mayores aprobada por la International Association of Gerontology.¹¹

Los síndromes geriátricos conocidos también como los gigantes de la geriatría son definidos por Kane en 1989,³ en el libro *Essentials of clinical geriatrics*, que permite su memorización mediante la regla de las <<ies>> por sus iniciales en inglés:

¹¹ Documento aprobado por el Consejo de la Región Europea de la IAG en Madrid 1997. Posteriormente en el 2000 se incorpora los derechos de los mayores en la Carta de Derechos de la UE

- Inmovilidad
- Inestabilidad y caídas.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Demencia y síndrome confusional agudo
- Infecciones
- Desnutrición.
- Alteraciones en vista y oído.
- Estreñimiento
- Depresión e insomnio
- Yatrogenia
- Inmunodeficiencias.
- Impotencia o alteraciones sexuales.
- Sincope.
- Aislamiento social
- Úlceras por presión.

Así pues teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, cabe destacar que la detección precoz es muy importante para la realización de un diagnóstico etiológico y seguimiento fundamental para la rehabilitación y el aumento de la calidad de vida evitando así una enorme cascada de efectos adversos.

1.1.2. La incontinencia urinaria como síndrome geriátrico:

Uno de los considerados como grandes síndromes geriátricos es la IU.

La persona anciana se va a diferenciar de otros grupos de pacientes en algunos aspectos relevantes,⁷ ya que además de la edad presenta una serie de características relacionadas con el proceso de envejecer y que producirá una serie de consecuencias tanto a nivel físico, psíquico, social y económico.

El enfoque debe ser amplio, determinando el tipo de incontinencia, la etiología del síndrome e instaurando las medidas apropiadas de modificación de los estilos de vida y de las terapias correspondientes.

La continencia urinaria está considerada como una función básica que se adquiere en la infancia y que en la persona anciana sana se debe mantener, independientemente de su edad. Por ello, la pérdida de su función, debe interpretarse como un síntoma de una disfunción, bien del tracto urinario inferior o de algún otro sistema integrado en el mantenimiento de la continencia urinaria. En este sentido es importante insistir que la incontinencia urinaria no es un fenómeno normal del envejecimiento. Los requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria en las personas ancianas pasan por^{8,9}

- Eficaz almacenamiento en el tracto urinario inferior: durante la fase de llenado vesical la vejiga se debe ir adaptando a su contenido con una mínima elevación de su presión. Conforme se va llenando la vejiga, se

produce un aumento de la actividad simpática responsable de la inervación del cuello vesical y del músculo liso uretral. Igualmente, el esfínter estriado también incrementa su actividad. Para que el almacenamiento del tracto urinario inferior sea eficaz se requiere una coordinación con el sistema nervioso, que implicará una acomodación vesical a los incrementos en los volúmenes de orina, un cierre de la salida vesical y la ausencia de contracciones involuntarias del detrusor que pueden precipitar los escapes involuntarios.

- Vaciamiento efectivo del tracto urinario inferior: durante la micción, y regulado por el centro sacro de micción, el esfínter se relaja y se produce la contracción del detrusor. Por tanto, el vaciamiento efectivo se producirá gracias a una vejiga capaz de contraerse adecuadamente, a la ausencia de obstrucciones anatómicas al flujo urinario y a una correcta coordinación entre la disminución de la resistencia en el tracto de salida y las contracciones vesicales.
- Suficiente movilidad y destreza para utilizar el servicio: además de estos requisitos locales, la persona anciana, para mantener la continencia urinaria, precisará una capacidad física que le permita alcanzar el retrete cuantas veces precise, así como no tener dificultades para desprenderse de su ropa y poder utilizar adecuadamente el retrete.

- Suficiente capacidad cognitiva para percibir el deseo miccional e interpretarlo como tal: de igual forma será imprescindible que la persona anciana pueda percibir e interpretar correctamente el deseo funcional, para diferir la micción hasta que considere que el momento y el lugar es el adecuado.
- Motivación para ser continente: cualquier persona debe tener el suficiente grado de motivación para querer ser continente y no relajarse en esta función básica. Esto es especialmente importante en las personas ancianas puesto que representan un grupo con altas posibilidades de tener problemas psicológicos y/o afectivos, generalmente secundarios a su patología crónica e incapacitante y a la situación sociofamiliar, y que podrían influir directamente en la continencia urinaria.
- Ausencia de barreras arquitectónicas y/o iatrogénicas para alcanzar el retrete: la presencia de barreras arquitectónicas en el hábitat de la persona anciana o bien circunstancias iatrogénicas como fármacos o sujeciones, entre otras, la continencia urinaria puede verse comprometida.

El envejecimiento fisiológico genera una serie de alteraciones en distintas estructuras de nuestro organismo: tracto urinario inferior, vejiga, próstata, vagina, suelo pélvico y sistema nervioso; lo que condiciona que la persona anciana tenga una elevada vulnerabilidad para sufrir incontinencia. Está demostrado que la contractibilidad del músculo detrusor, la capacidad vesical y la habilidad para diferir la micción disminuyen con la edad, incrementándose el residuo vesical postmiccional. En el caso de las mujeres, la máxima presión de cierre uretral y la longitud funcional de la uretra disminuyen, modificándose la resistencia del suelo pelviano y haciéndose más débil. En el caso de los varones, la próstata aumenta de tamaño y este aumento puede influir en la dinámica miccional. Además las personas ancianas y de forma fisiológica, tienden a excretar un mayor volumen de orina por la noche ^{9, 10}.

Las principales modificaciones relacionadas con el envejecimiento fisiológico que pueden influir en la dinámica miccional son:¹¹

- En la vejiga las alteraciones anatómicas relacionadas con el envejecimiento son: la disminución del número de nervios automáticos, el aumento de la trabeculación y el desarrollo de divertículos. Las alteraciones funcionales que se presentan en la vejiga son: disminución de la capacidad y acomodación de la vejiga, aumento del número de contracciones involuntarias y del residuo postmiccional y disminución de la capacidad de diferir la micción.

- En la uretra las alteraciones anatómicas relacionadas con los cambios ligados al envejecimiento son: la disminución del número de células y su sustitución por tejido fibroso, comportando disminución de la acomodación y de la presión de cierre.
- En la próstata suele haber crecimiento e hiperplasia.
- En la vagina se da una disminución de células y atrofia epitelial.
- En el suelo pélvico se describe: aumento de los depósitos de colágeno, fibrosis y debilidad muscular.

Estas modificaciones vinculadas al envejecimiento fisiológico harán que la persona anciana sea más vulnerable a sufrir una serie de procesos patológicos como la incontinencia, las infecciones, la obstrucción al flujo de salida y la retención de orina¹².

Pero estas modificaciones no explican, por si solas, la alta incidencia de incontinencia urinaria en las personas ancianas, por lo que debemos de tener presente la comorbilidad (procesos neurológicos, patología urológica, patología osteoarticular), el deterioro funcional y el consumo de polifarmacia.

1.1.3. Definición, epidemiología, etiología y clasificación de la incontinencia urinaria

1.1.3.1. Definición de incontinencia urinaria

Desde un punto de vista puramente conceptual, cualquier pérdida involuntaria de orina podría considerarse como incontinencia. No obstante, existen diferentes aspectos que pueden caracterizar esta pérdida involuntaria de orina, como la frecuencia, la gravedad o intensidad, duración e impacto de los escapes¹³.

En este sentido, las directrices internacionales vienen determinadas por la ICS^{III}, que determinó, hace más de 25 años, la incontinencia urinaria como “ la pérdida involuntaria de orina que condicionaba un problema higiénico y/o social que se puede demostrar objetivamente”. En el año 2002, esta Sociedad propuso una modificación conceptual al recomendar que se considerase como incontinencia “cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente¹⁴”.

Impacto de la incontinencia urinaria en las personas ancianas

Las repercusiones que genera la incontinencia urinaria pueden ser

^{III} Sociedad Internacional de Continencia

múltiples y variadas no dependiendo directamente de la gravedad de los escapes, sino que influyen factores individuales como la edad, el sexo, la situación funcional y las relaciones sociales; así como el tipo de incontinencia¹⁵. Los problemas derivados de la incontinencia urinaria pueden afectar a distintas áreas de la persona anciana:¹⁶ física, psíquica social y económica. Desde la dimensión física las repercusiones están ligadas al aumento del riesgo de sufrir infecciones urinarias, úlceras cutáneas, infecciones de las úlceras y caídas. En la dimensión psicológica¹⁷ las repercusiones más frecuentes son: la pérdida de autoestima, la ansiedad y la depresión que puede estar asociada con las circunstancias que rodean a la persona mayor, por ejemplo la muerte de la pareja o al vivir solo. En la vertiente social nos podemos encontrar con problemas de aislamiento¹⁸, de mayor necesidad de apoyo familiar, de mayor demanda de recursos socio-sanitarios y de mayor riesgo de ingreso en residencia. Los efectos económicos están relacionados con: el elevado coste de las pruebas diagnósticas, de las complicaciones y de las medidas paliativas como los absorbentes, los colectores y las sondas.

La incontinencia urinaria está actualmente reconocida como un síndrome que deteriora la calidad de vida de la persona que la sufre¹⁹. La sexualidad es un reflejo del bienestar físico, psicológico y social de las personas. Hay muy pocas referencias relacionadas con el impacto de la incontinencia urinaria en las relaciones sexuales. Por lo que se debe hacer hincapié en las entrevistas clínicas y preguntar sobre los aspectos relacionados con la sexualidad.²⁰

La incontinencia urinaria puede afectar la función sexual de diferentes formas: ²¹disminución de la libido, miedo a la pérdida de orina durante la relación sexual y depresión; esto les sucede más habitualmente a las mujeres que a los hombres, provocando el rechazo a la actividad sexual. Cuando esta función se modifica, la calidad de vida se altera significativamente. Las mujeres con incontinencia urinaria tipificada como mixta presentan una mayor afectación en la calidad de vida así como una peor función sexual.²²

Hay estudios, como el de Thakar,²³ que evalúa la calidad de vida y la salud sexual antes y después de un correcto abordaje de la incontinencia urinaria, encontrando que hay mejoría en la salud sexual y en la calidad de vida después de dicho tratamiento.

Con lo mencionado anteriormente se observa que si se aborda correctamente la incontinencia urinaria el impacto de la misma es menor y la calidad de vida aumenta.

Muchas personas ancianas comentan más el impacto sobre el bienestar emocional o la interferencia en sus actividades de la vida diaria, que las del manejo de la misma, refiriendo con relativa frecuencia diversas estrategias o cambios en el estilo de vida para compensar los problemas derivados de la incontinencia o reducir su impacto, tales como la localización de aseos, la restricción de líquidos, los cambios de dieta, el rechazo a salir del domicilio, etc.

1.1.3.2. Epidemiología de la incontinencia urinaria

No resulta fácil conocer con exactitud la prevalencia de la incontinencia urinaria en la población anciana²⁴, ya que los estudios epidemiológicos disponibles poseen una serie de limitaciones tales como: el tamaño y heterogeneidad de las muestras, nivel asistencial estudiado, concepto y características de la incontinencia urinaria y duración del estudio, que explican la gran oscilación de las cifras en amplios intervalos.

De forma general, y utilizando datos procedentes de diferentes estudios²⁵ realizados en varios países, se considera que entre un 10% y un 15% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad sufren incontinencia urinaria, en caso de ingreso hospitalario por un proceso agudo las cifras de personas ancianas que presentan incontinencia urinaria es del 30-40%, alcanzando la máxima prevalencia 50-70% en las personas ancianas institucionalizadas, debido a su elevada comorbilidad y deterioro funcional.

En nuestro país existen varios trabajos epidemiológicos realizados en población anciana no institucionalizada. Hubo un estudio en Madrid, coordinado por la Escuela Nacional de Sanidad, y en el se comunicó una prevalencia global 15,5%.²⁶ Posteriormente se realizó un estudio de incontinencia urinaria en el ámbito rural en Córdoba comunicándose una prevalencia global del 36%,²⁷ si bien

el perfil de las personas ancianas estudiadas debía de ser diferente al estudio efectuado en población urbana. El estudio realizado en el ámbito de atención primaria, en Madrid, sobre Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de mas de 65 años y con una amplia muestra de 1151 de personas ancianas, comunicándose una prevalencia global del 22%, algo mayor en mujeres, 30%, y con un incremento significativo en relación con las personas de más edad²⁸. Un estudio en Galicia en personas mayores de 64 años en los ámbitos urbanos, semiurbanos y rural dio una prevalencia de incontinencia urinaria del 35,1%. Uno de cada tres gallegos mayores de 64 años presentaba incontinencia urinaria siendo, la prevalencia casi el doble en las mujeres.²⁹

En 2005 un estudio sobre prevalencia de vejiga hiperactiva en España de mayores de 40 años³⁰, mediante encuesta que preguntaba sobre la urgencia miccional a 1669 personas, se obtuvieron resultados parciales por edad que demostraban que de 60-69 años la prevalencia de vejiga hiperactiva era en hombres 14,3% y en mujeres de 24,5%; y a partir de los 70 años la prevalencia se estimaba en hombres un 20, 5% y en mujeres 33,2%.

En 2006 un estudio sobre incontinencia urinaria y sus tipos que recogía publicaciones del estudio epidemiológico EPICONT en Noruega³¹ a 27936 mujeres y el estudio realizado en cuatro países de forma conjunta: Francia, Reino Unido, Alemania y España a 17080 mujeres se observó que la prevalencia era

similar en todos los países. En ambos estudios se constata que la prevalencia de IU aumenta con la edad en adultos jóvenes 20-30%, un pico alrededor de la media edad con una prevalencia 30-40% y un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas con una prevalencia del 30-50%; también se constata que en pacientes institucionalizados, en particular en las mujeres, representa un grupo de elevada presencia de IU con una prevalencia de 50-60%. Según tipología el presente estudio destaca que la incontinencia de esfuerzo es la más habitual en ancianas y supone la forma más común de IU en mujeres afectando a casi un 50%. La incontinencia de urgencia o hiperactividad vesical es forma más común de IU en mayores de 75 años, sobre todo en los hombres con una prevalencia del 40-80%. La incontinencia mixta se estima que es de un 30-40% y sobretodo en mujeres postmenopáusicas

Los últimos estudios realizados sobre la incontinencia urinaria desde el año 2009 nos demuestran los siguientes resultados: Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española³². Del grupo de personas mayores de 65 años institucionalizadas y con nivel cognitivo conservado estudiadas, en el referido estudio presentaban una prevalencia de más del 50% de presencia de incontinencia y/o vejiga hiperactiva.

En 2009 se publicó estudio de Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña³³. Este estudio se realizó a través de la encuesta de Salud de Cataluña de 2006 para el plan salud 2007-10, en personas no institucionalizadas en la que

se incluyeron dos preguntas sobre la incontinencia urinaria, estas dos preguntas constituían la versión española del Incontinence Severity Index. Los resultados obtenidos en personas mayores de 65 años es del: 26'6% de prevalencia entre mujeres de 65 a 74 años y 41'8% de 75 o más años, en hombres una prevalencia del 10'2% entre 65 y 74 años y un 22'7% de más de 75 años.

En el año 2010 se realizó un estudio de prevalencia en dos centros de salud urbanos en Zaragoza³⁴ con una muestra de 356 pacientes mayores de 14 años y se obtuvo una prevalencia global de incontinencia urinaria del 33%; en los mayores de 65 años la prevalencia fue del 54%, con el 70% en mujeres y el 24% en varones.

Este mismo año se realizó un estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en España³⁵ a través del ONI^{IV} cuyos resultados fueron: en mujeres, una prevalencia global de incontinencia del 23,6%, en mayores de 65 a 74 años de 35,2%; de 75 a 84 años de un 41,9% y 85 y más años de 49,3. En los varones, este estudio, obtuvo una prevalencia global de 9,6%, en mayores 65 a 74 de un 16,9%; de 75 a 84 un 21,7% y de 85 y más años de 27,4%. Observándose que hay diferencias de presencia de incontinencia urinaria entre varones y mujeres, siendo más alta en las mujeres

A nivel internacional se publicó en Brasil³⁶ 2010 un estudio de prevalencia

^{IV} Observatorio Nacional de Incontinencia.

de incontinencia urinaria cuyos resultados concluyeron que a nivel global el 20% de la población tenía IU y que en personas de más 60 años se incrementaba entre 4 y 5 veces más que en el resto de la población.

En una revista de Estados Unidos³⁷ se publicó, en 2009 un trabajo realizado por la Universidad de Maastricht, que analiza fuentes bibliográficas desde el año 1997 al 2008 de las base de datos más habituales (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO y Cochrane Library) la prevalencia de IU en personas ingresadas en residencias, así como, los factores relacionados. El resultado del estudio señala que entre 43% y 77% con una media del 58% presentaban IU, y se detectaron 45 factores relacionados tales como: Dependencia en actividades vida diaria, ingesta importante de fármacos en especial sedantes y antipsicóticos, personas con restricciones físicas y que utilizan silla de ruedas, cuando se presenta alteración de la memoria y en centros de larga estancia.

Después de analizados diversos estudios epidemiológicos en relación a la prevalencia de incontinencia urinaria se observa que es un problema presente en cualquier edad pero con un incremento muy significativo en las personas mayores, especialmente en mujeres y personas ancianas institucionalizadas.

1.1.3.3. Etiología de la incontinencia urinaria en la persona anciana

La incontinencia urinaria puede aparecer en la persona anciana, en caso de que alguno de los requisitos básicos para mantener la continencia se altere, bien por lesión anatómica o simplemente por alteración funcional, porque la uretra pierde su capacidad de cierre durante el llenado de la vejiga, siendo incompetente para evitar el escape de orina, porque la vejiga se contrae y vacía, sin poderlo evitar, la persona pierde el control voluntario sobre su vejiga, siéndole imposible mantenerla relajada hasta encontrar el lugar y el momento adecuado, o bien por un mal funcionamiento combinado de la vejiga y la uretra, tanto si la causa es la vejiga como la uretra, o ambas, la alteración que la produce puede ser también múltiple.³⁸

Con frecuencia, la etiología de la incontinencia urinaria en la persona anciana es multifactorial, consecuencia de la interrelación entre múltiples procesos, que deben identificarse para ofrecer un tratamiento adecuado³⁹. Algunos de los procesos que debemos identificar son:³⁸

Las modificaciones del aparato locomotor como los cambios muscoesqueléticos, así como algunos elementos del medio ambiente; reducen la movilidad de las personas mayores y pueden afectar de una forma importante a su función de eliminación urinaria. Si a ello le añadimos elementos del medio ambiente que dificultan su accesibilidad, se aumenta la probabilidad de que surja

un problema de dependencia en relación a la eliminación urinaria.

La hidratación inadecuada: La falta de hidratación de las personas mayores favorece también la aparición de problemas urinarios. Así, una cantidad insuficiente de líquido disminuye la producción de orina en la vejiga, reduciendo la estimulación nerviosa sensitiva a nivel de la vejiga, cuyo efecto es volver a la persona incontinente.

La polifarmacología: El número elevado de fármacos que toman los ancianos predispone a las alteraciones de las funciones urinarias. Algunos fármacos afectan más la inervación autónoma de la vejiga, de la salida de la vejiga y de la uretra. Por ejemplo, los anticolinérgicos pueden causar retención urinaria presentándose una incontinencia por rebosamiento; los sedantes y los hipnóticos disminuyen la sensación de la necesidad de orinar; mientras que los diuréticos aumentan la frecuencia y el volumen de la orina.

Como se ha mencionado anteriormente los cambios producidos por el envejecimiento, no van a originar la incontinencia urinaria, pero si van a propiciar ciertas situaciones que favorezcan su aparición. De forma adicional a los cambios derivados del envejecimiento, bastantes enfermedades que frecuentemente padecen las personas ancianas pueden contribuir a la incontinencia urinaria. La infección urinaria, el prostatismo, la alteración del suelo pélvico, la inmovilidad, el deterioro cognitivo, la impactación fecal, el aislamiento, etc. Son ejemplos típicos

de problemas presentes en las personas ancianas. Así mismo hay estudios que relacionan la incontinencia urinaria con patologías como la obesidad y la diabetes^{36,37}

Por tanto, en la población de personas ancianas, especialmente aquellos con problemas médicos agudos o crónicos, uno o más de estos requisitos desempeñan un papel importante en la patogénesis de la incontinencia urinaria.

De acuerdo con los requerimientos para mantener la continencia urinaria en las personas ancianas, existen varias categorías básicas de causas de incontinencia urinaria: neurológicas, funcionales, ambientales, urológicas, ginecológicas, iatrogénicas y psicológicas. Dentro de estos grupos básicos de procesos, la relación entre entidades clínicas es muy amplia.⁴⁰

Además de esta clasificación etiológica, puede resultar útil diferenciar entre las causas predisponentes y las causas precipitantes. Entre las primeras se encontrarían aquellas que condicionarán una ineficaz función de la vejiga, pero la persona anciana es capaz de mantener, hasta que se alterara algún factor externo o ambiental que supusiera un desequilibrio entre la capacidad funcional del tracto urinario inferior y los factores externos. Las causas precipitantes serían aquéllas que se añadirían a las condiciones individuales de cada persona, y que llevarán consigo la aparición de incontinencia.

Por todo lo anterior, es necesario tener siempre bien presente la posibilidad de que la incontinencia muchas veces va a ser multifactorial, con unos factores más evidentes y relevantes que otros, lo que justificará la necesidad de una valoración multidimensional para tratar los factores decisivos en la pérdida de la continencia urinaria.³⁸

1.1.3.4. Clasificación de la incontinencia urinaria

Desde un punto de vista clínico, es útil considerar dos grupos de factores productores de incontinencia urinaria totalmente diferentes, conocidos como causas de incontinencia transitoria o aguda y causas de incontinencia establecida o crónica.⁴¹ Esta clasificación es muy práctica de cara al manejo clínico de la persona anciana con incontinencia ya que cada uno de los diferentes tipos de incontinencia va a suponer un mecanismo etiopatogénico completamente distinto, además de que pueden tener o no un perfil temporal bien definido.

La incontinencia urinaria **transitoria** estaría en relación más con factores funcionales que estructurales, considerándose en casos de corta evolución, menos de cuatro semanas. La incontinencia establecida se refiere a aquellas situaciones no relacionadas con una enfermedad aguda, y que persiste en el tiempo.

La incontinencia **establecida** se presenta con alteraciones estructurales, ya

sean localizadas en el tracto urinario o fuera de el y que reciben el nombre de “causas establecidas o crónicas”. En estos casos y de forma habitual, la duración de la incontinencia suele ser superior a las cuatro semanas, y en la gran mayoría de los casos se requiere la contribución de la urodinámica para descubrir el mecanismo productor de la incontinencia.³⁸

Los mecanismos responsables de la incontinencia establecida son los que se relacionan^{40,41}

Esfuerzo^V

Esta forma clínica de incontinencia es más común en las mujeres ancianas y probablemente sea el tipo de incontinencia establecida más frecuente en mujeres menores de 75 años⁴², en cambio en el varón es infrecuente, exceptuando aquellos casos que se presentan después de algunas resecciones transuretrales prostáticas.

Este tipo de incontinencia consiste en la pérdida involuntaria de orina^{43,44} que ocurre cuando, en ausencia de contracción vesical, la presión intravesical supera a la presión uretral máxima, suele coincidir con maniobras físicas que aumentan la presión intraabdominal, como lo que acontece durante los accesos de tos, esfuerzos, risa, estornudos etc.

^V El termino incontinencia de estrés fue cambiado por la ICS por el termino incontinencia de esfuerzo por las connotaciones mentales que tenía el termino anterior, en ingles se sigue utilizando el termino *stress*.

El mecanismo patogénico suele estar relacionado con la falta de soporte del cuello vesical y de la uretra, aunque también se puede producir en caso de incompetencia del mecanismo esfinteriano, lo que va a originar una hipermovilidad uretral.

En las mujeres se ha comprobado que la obesidad, los partos múltiples y la disminución de estrógenos favorecen su aparición.⁴⁵ Las causas más corrientes son los traumatismos pélvicos en relación con partos o cirugía, la vaginitis atrófica, el prolapso uterino y el cistocele. En los hombres, aunque como se ha comentado es muy rara, aparece cuando el esfínter externo ha sido dañado iatrogénicamente tras resección transuretral prostática o adenomectomía suprapúbica o cuando ha existido irradiación del tracto urinario inferior debido a un tumor.

Hiperactividad vesical

Es el tipo más común de incontinencia urinaria establecida en la persona anciana^{41,43,44} Se produce cuando la vejiga escapa del control inhibitorio que ejerce el sistema nervioso central y aparecen contracciones involuntarias del detrusor que no son inhibidas. Estas contracciones involuntarias son lo suficientemente intensas como para superar la resistencia normal del esfínter de la uretra y provocar las pérdidas de orina, casi siempre con un vaciado vesical completo.

Las causas más frecuentes son la patología neurológica, la patología vesical como: litiasis, neoplasia e infección; y la obstrucción del tracto urinario inferior, hiperplasia de prostática y estenosis uretral. Clínicamente se caracteriza por incontinencia de urgencia^{VI}, polaquiuria y urgencia miccional⁴⁶ produciéndose escapes de moderados/grandes escapes de orina. En algunos casos no existe ninguna alteración clínica que pueda responsabilizarse de la producción de la inestabilidad vesical, considerándose en estos casos como inestabilidad vesical idiopática

Rebosamiento

Aparece en situaciones de una vejiga sobredistendida, diferenciándose dos mecanismos etiológicos diferentes: la obstrucción al tracto urinario de salida^{41,43,44} hipertrofia prostática, compresión extrínseca y estenosis uretral; y la alteración contráctil vesical, lesiones medulares, neuropatía periférica y/o autonómica.

Los síntomas clínicos son la dificultad para iniciar la micción, la sensación de micción incompleta, los episodios de retención urinaria y en ocasiones la ausencia de deseo miccional. Los escapes de orina son de escaso volumen, y en ocasiones se produce la micción por la existencia de una vejiga sobredistendida y cuando la presión intravesical supera la uretral, independientemente de cualquier aumento de la presión intraabdominal, manteniéndose un residuo vesical

^{VI} Según la ICS la incontinencia de urgencia presenta diferentes formas sintomáticas, por ejemplo, pérdidas más o menos frecuentes entre las micciones, o como un episodio dramático de micción involuntaria con vaciado completo del contenido de la vejiga.

postmiccional elevado.

Una entidad relativamente común en el paciente geriátrico, especialmente en personas incapacitadas, es la hiperactividad del detrusor con contractibilidad alterada, en la que se asocia contracciones involuntarias del detrusor con un vaciamiento vesical insuficiente, condicionando residuos vesicales elevados y comportándose más como una incontinencia con rebosamiento que como una vejiga hiperactiva. Actualmente se considera que esta entidad podría ser un subtipo de la hiperreflexia vesical en el cual las contracciones involuntarias del detrusor producirían un vaciamiento vesical menor del 50% de su volumen.

Mixta

Es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia como al esfuerzo^{41,43,44}.

Funcional

Existen ciertas situaciones como la demencia o la inmovilidad graves, así como las barreras arquitectónicas o la falta de cuidadores, que podrían ser responsables de incontinencia.^{41,43,44} No obstante, esta tipología debería utilizarse sólo cuando se han excluido los otros mecanismos etiopatogénicos, ya que no es infrecuente que las personas incapacitadas puedan ser incontinentes por otro

proceso diferente al funcional (hiperactividad, obstrucción, arreflexia, formas mixtas).

1.1.4. Valoración de la incontinencia urinaria

Como hemos visto, la incontinencia en la persona anciana es un problema multifactorial en el que pueden confluir factores funcionales, psíquicos, sociales, etc. Por tanto es preciso hacer una valoración global para determinar el grado de dependencia y las posibles causas de dificultad³⁸.

En la valoración de la incontinencia urinaria se deben abordar todos los aspectos: los antecedentes previos, los problemas actuales y las características de la incontinencia⁴⁷. Cuando se realiza la entrevista se debe hacer de forma relajada, formular las preguntas en un lenguaje que la persona puede entender, darle tiempo para responder y en un tono conciliador, estos elementos serán básicos para obtener una buena valoración.

1. Se deben abordar los aspectos siguientes en relación a las características^{48,49,50} de la incontinencia:
2. Comienzo de las pérdidas.
3. Frecuencia, horario e intensidad del goteo.

4. Duración (factores que la precipitan o permiten su control)
5. Datos más específicos de cada tipo de incontinencia urinaria (urgencia miccional, pérdida de orina con maniobras de esfuerzo, etc.)
6. Síntomas asociados (fiebre, hematuria, disuria)
7. Interrogación sobre estreñimiento, diarrea o incontinencia fecal concomitante.
8. Consumo de fármacos que pueden contribuir a la IU
9. Antecedentes quirúrgicos (cirugía de próstata, dilataciones uretrales, partos múltiples, prolapso uterino, etc.) que pueden proporcionar la causa del problema.
10. Dificultades que presenta la persona para acceder al aseo
11. Dificultades para vestirse o desvestirse
12. Presencia de barreras arquitectónicas en el domicilio

Para la valoración de la frecuencia, horario e intensidad de la pérdida se utiliza un registro diario durante siete días de las micciones (diario miccional), que puede realizarlo el mismo paciente si tiene las condiciones necesarias, o la familia y/o el cuidador.

Debe realizarse también⁵¹ una exploración física en la que se debe valorar la capacidad para la movilidad, la capacidad de trasladarse y la destreza manual.

Y también la inervación lumbosacra, motora, sensorial y refleja de las extremidades inferiores, la sensación perianal y genital y el reflejo bulbocavernoso.

En la exploración abdominal, se examinará el abdomen, buscando la presencia de globo vesical y se ha de observar la presencia de cicatrices postoperatorias.

El examen rectal, comprobará el tono del esfínter, si existe impactación fecal y la presencia de masas (próstata).

En la exploración genitourinaria femenina y masculina, se observará, si existen anomalías externas, la piel perianal, la mucosa vaginal, masa pélvica y si existe prolapso uterino, cistocele, uretrocele, rectrocele, así como vaginitis atrófica o infección por *Cándida*.

La valoración se debe completar con una evaluación de la capacidad cognitiva y de la independencia en el autocuidado. Los problemas de memoria y orientación en la demencia pueden contribuir a la incontinencia urinaria: la persona puede no encontrar el aseo o ser incapaz de recordar qué significa la sensación de vejiga llena. La valoración cognitiva nos permitirá también comprobar hasta qué punto la persona es capaz de participar en un plan de cuidados dirigido a mejorar el control urinario. La capacidad para el autocuidado

(posibles dificultades para vestirse, etc.) tienen una serie de parámetros que se debe evaluar.

Un aspecto que tiene un impacto importantísimo sobre la continencia es el ambiente. Su valoración es de especial relevancia en individuos con problemas funcionales y de movilidad y en personas institucionalizadas. Factores relacionados con la institucionalización que predisponen a la incontinencia urinaria son: plantillas de personal cortas, masificación, luz inadecuada, mala visibilidad en cuartos de baño y presencia de barreras arquitectónicas.

Las pruebas complementarias deben realizarse para terminar la valoración³⁸; las pruebas de laboratorio necesarias como una bioquímica hemática, sedimento de orina y urocultivo si hubiere sospecha de infección. Es posible solicitar varios tipos de pruebas urodinámicas en función de la presentación clínica y del tipo de incontinencia que se espera encontrar.

1.1.4.1. Las técnicas urodinámicas en la valoración de la incontinencia urinaria.

La urodinámica es la ciencia que estudia la dinámica del tracto urinario, tanto en condiciones normales como patológicas. El diagnóstico urodinámico

pretende conseguir la valoración objetiva de la clínica que presenta la persona con problemas de incontinencia^{52 53}

En un estudio urodinámico se pretende analizar cómo funciona el aparato urinario inferior y que la persona pueda informar de las sensaciones de esta zona, mide la capacidad vesical (volumen de líquido que puede albergar), y la acomodación de la vejiga (elasticidad). Así pues, se realiza un estudio de la dinámica miccional en sus dos fases; la de llenado y la de vaciamiento que permite descubrir la afección existente. El fin de este estudio⁵⁴ es provocar y reproducir los síntomas que se refieren y la obtención de un registro gráfico de lo que se observe.

Los distintos estudios urodinámicos pueden aportar valiosa información en el diagnóstico de los distintos tipos de incontinencia, pero no debemos olvidar que se trata de pruebas complementarias que deben ser indicadas tras la realización de una historia clínica y una exploración física complementaria.

Para realizar una adecuada valoración urodinámica de las personas con incontinencia se disponen de distintos estudios según el problema que se quiera estudiar. Estos estudios se realizan según los criterios establecidos por la ICS.^{55,56} Los estudios urodinámicos son:

Flujometría

La flujometría es la exploración más básica y sencilla en los estudios urodinámicos^{57,58} del tracto urinario inferior. En ella se valora la actividad integrada de la vejiga y de la uretra en la fase miccional. Mide el flujo de orina evacuado por la uretra durante la micción, en un tiempo determinado. Este flujo es el producto de la interacción entre la contracción del detrusor y la resistencia al vaciado vesical causada por la uretra. La flujometría indica si el flujo miccional se encuentra disminuido o no. Por lo que su aplicación más habitual es hacer el diagnóstico de sospecha de obstrucción infravesical, la posible afectación de la contractibilidad vesical o ambas condiciones, se utiliza también como primer estudio urodinámico en la valoración de prácticamente todas las personas que consultan por trastornos miccionales o incontinencia de cualquier tipo.

Cistomanometría

La cistomanometría es la exploración urodinámica en la que se mida la relación entre los cambios de presión en la fase de llenado vesical con el incremento progresivo de volumen, traducido todo ello en un registro gráfico. Se registran de manera simultánea la presión vesical y la abdominal tomada en la zona rectal. Es el estudio de elección para valorar la fase de llenado vesical.^{56,59}

La cistomanometría es la evaluación urodinámica básica para las personas

incontinentes, está indicada ante cualquier patología que pueda afectar la fase de llenado vesical como: la incontinencia de esfuerzo y de urgencia, obstrucción infravesical (para valorar el comportamiento de la vejiga en la fase de vaciado), disfunciones neurológicas, reflujo vesicouretral etc.

Estudio flujo-presión

El estudio flujo-presión es la prueba urodinámica para la valoración de la fase de vaciado miccional enfrentando presión abdominal, vesical, del detrusor y el flujo miccional. El objetivo básico de este estudio es valorar si existe o no obstrucción infravesical, así como valorar la fase de vaciado en su conjunto en otras circunstancias, como por ejemplo el detrusor hipoactivo^{57, 59}. Se suele realizar como complemento de la cistomanometría y se consigue una valoración del ciclo miccional.

Perfil de presión uretral

El perfil de presión uretral es el estudio urodinámico en el que se determina mediante diversos métodos la presión en el interior de la uretra y a lo largo de la misma, tanto en reposo como durante la realización de esfuerzos. Mide directamente la presión en cada punto de la uretra tanto en la fase de llenado como en la de vaciado, así como la transmisión de la presión abdominal a la uretra^{57,59}. En la fase de llenado valora básicamente la competencia del sistema.

esfinteriano, en la fase de vaciado valora la presencia de una obstrucción infravesical. Existen nuevos sistemas de medición urodinámica de presión de retro-resistencia uretral⁶⁰

No debemos olvidar que los estudios urodinámicos son pruebas complementarias que no deben ser interpretadas de forma aislada para diagnosticar la incontinencia urinaria.

1.1.5. Tratamiento de la incontinencia urinaria

Una vez realizada la valoración y detectadas las posibles causas del problema, se deben plantear unos objetivos y un plan de cuidados⁶¹. Las intervenciones varían en función del tipo de incontinencia.

Es importante establecer metas que sean aceptables y que sean alcanzables para cada paciente, ya que en ocasiones la prioridad del paciente difiere del criterio que tienen los profesionales.⁶²

Muchas personas incontinentes experimentan un alto grado de frustración al intentar alcanzar el objetivo final de restablecer la continencia en tiempos irreales. Uno de los problemas que pueden presentarse tanto al paciente como al

profesional de es decidir cuáles son los objetivos más importantes³⁸ y por tanto, cuál es necesario alcanzar en primer lugar.

El objetivo⁶³ se centrará en intentar resolver el problema de su incontinencia a través de las intervenciones necesarias: prestar los cuidados pertinentes ante la situación de dependencia; educar, aconsejar y motivar al paciente y a sus familiares durante todo el proceso.

Se debe marcar un plan de actuación en el que el objetivo principal se fraccione en pequeños pasos secuenciales que estén al alcance del individuo. Y conforme va progresando es necesario reevaluar y reordenar las prioridades para asegurar que se sigue atendiendo el objetivo completo y para que el paciente mantenga la responsabilidad y el control sobre su propio programa de cuidados⁶⁴.

Si la incontinencia no se puede remediar, los cuidados establecidos pueden desempeñar un factor clave en el manejo de la rutina diaria de un individuo ya que puede ayudarle a mantener el nivel de bienestar y dignidad con una mínima alteración en sus actividades cotidianas.

Es importante que los pacientes conozcan los mecanismos básicos de la producción y de la excreción de la orina y heces, ya que pueden sentir temor al pensar que el único tratamiento disponible para la incontinencia sea la cirugía⁴⁹.

El tratamiento de la incontinencia urinaria tiene un amplio abanico de posibilidades dependiendo del tipo de incontinencia y de las posibilidades de la persona anciana a recibir este tratamiento⁶⁵. Las tres grandes áreas de abordaje son: tratamiento farmacológico, tratamiento quirúrgico y tratamiento conservador.

En la incontinencia urinaria, las intervenciones que deben plantearse las enfermeras son las derivadas del tratamiento conservador³⁸ cuyo objetivo principal son: facilitar el manejo de la incontinencia y mejorar la calidad de vida de la persona afectada. Para ello se utilizan: los ejercicios del suelo pélvico (Kegel), reeducación vesical, sondaje vesical, colectores de orina y absorbentes.

Para facilitar el manejo de la incontinencia las intervenciones que se deben plantear son:

1.1.5.1. Medidas socioambientales

El ambiente debe organizarse para compensar los déficits funcionales, de movilidad y de memoria⁶⁶. En primer lugar hay que facilitar el acceso al aseo, de forma que pueda hacerse más visible utilizando colores que contrasten alrededor

de la puerta o utilizando un símbolo que indique su situación; debe estar bien iluminado y señalizado su camino lo que ayudará al anciano demente a encontrarlo con más facilidad. Actuar sobre las barreras existentes: Adaptación de los WC; las puertas deben ser suficientemente amplias para permitir el paso con sillas de ruedas, andadores o algún acompañante; fijar raíles para que pueda apoyarse, etc.

Las camas no deben ser muy altas o bien facilitar las camas eléctricas con sistema de regulación de altura para favorecer que puedan bajar sin ayuda.

Cuando el paciente tiene problemas de comunicación es importante que disponga de timbres o campanas de aviso, y debemos acudir con rapidez a la llamada para asegurar la continencia, de lo contrario podemos crear ansiedad en el paciente y desmotivarle.

1.1.5.2. Medidas personales⁶⁷

1. Mantener una buena higiene y cuidados de la piel.
2. Evitar inmovilizaciones o encamamientos.
3. Los cierres de la ropa con velcro ayudan a las personas que tienen dificultades para manejar botones o cordones.

4. Retirar la ropa siempre que esté mojada.
5. No restringir la ingesta de líquidos, hacer un cambio en los horarios de administración.
6. Evitar el estreñimiento.
7. Evitar la sedación excesiva.
8. Evitar excitantes.
9. Evitar la administración de diuréticos por la noche.

1.1.5.3. Dispositivos de ayuda

Los absorbentes

Los absorbentes utilizados para la incontinencia urinaria son productos sanitarios de un sólo uso, destinados a contener la orina una vez que ésta a fluido al exterior, intentan ajustarse al máximo a las características anatómicas de la persona que los usa. Su función⁶⁸ es absorber la orina con el fin de mantener la piel seca, sin humedad y evitar el olor, impidiendo así, las lesiones como las dermatitis de pañal y las úlceras.

Si se elige como abordaje de la incontinencia los absorbentes se debería realizar una valoración exhaustiva que tenga presente el tipo de incontinencia y el estado físico y psíquico de la persona, además de haber descartado otro tipo de tratamiento⁶⁹. En ningún caso debe ser la primera opción de tratamiento, aunque

en la mayoría de incontinencias es el tratamiento de elección por no haber tenido en cuenta las causas del misma. Los absorbentes también son utilizados para prevenir posibles escapes de orina provocando que el uso del mismo se convierta en habitual y que se considere a la persona incontinente.

Un absorbente tiene que garantizar:

- Adaptabilidad: que se amolden al cuerpo del paciente y permitan un mayor grado de movilidad, evitando las salidas de orina a través del absorbente.
- Absorción: para mantener la piel seca y evitando el exceso de humedad en la zona.
- Tolerancia y eficacia: que no irrite la piel al contacto con la orina, recibiendo y reteniéndola evitando úlceras e infecciones por hongos.
- Discreción: que puedan utilizar su ropa normal, sin que se note el absorbente y sin perder la capacidad de absorción.

Hay dos tipos de absorbentes para adultos los desechables o de un solo uso y los reutilizables, que se lavan y se vuelven a utilizar como lo sería la ropa interior absorbente.

Existe una clasificación según la cantidad de orina de las pérdidas que son: absorbentes de goteo, de día, de noche o de supernoche⁷⁰. Se debería tener en cuenta para qué situación se va a utilizar el absorbente si bien para dormir, o para realizar cualquier otra actividad de la vida diaria por lo tanto es importante tener presente dos valores la seguridad y la discreción.

Para las mujeres, en el mercado existen múltiples productos para la incontinencia urinaria y que además se adaptan al cuerpo femenino. Dependiendo del grado de las pérdidas, leves o moderadas elegiremos una u otra gama. Los absorbentes para pérdidas leves tienen la forma de un protege-slip de higiene femenina, pero diseñado específicamente para las pérdidas de orina, absorbiendo el líquido y neutralizando el olor. Por tanto, para las pérdidas moderadas encontramos desde la compresa normal con distintos niveles de absorción hasta bragas/pañal de un único uso.

Para los hombres con pequeñas pérdidas constantes de orina existen un tipo de absorbentes, los cuales constan de un pequeño bolsillo con almohadilla y con un lado posterior impermeable con una tira adhesiva que se fija a la ropa interior. Este tipo de dispositivo se usa sobre el pene y se mantiene en su lugar con ropa interior ajustada, permitiendo mayor comodidad y movilidad con el valor de discreción.

Sistema de recolección externa

Son productos⁷¹ en forma de bolsa o funda, semejante a un preservativo, su extremo distal presenta un orificio al que se le conecta una bolsa de recogida de orina, su extremo proximal queda fijado a la base del pene mediante una tira circular o un apósito autoadhesivo. Actualmente también existen en el mercado colectores peneanos autoadhesivos en toda su longitud, por lo que no precisan fijación en la base del pene.

Están indicados en personas incontinentes que todavía tienen vaciamiento vesical completo y espontáneo, tienen el inconveniente de que fomentan la dependencia, de ahí que su uso no debe ser indiscriminado, además pueden causar irritación en la piel.

Dispositivos de cierre uretral

El objetivo de los dispositivos de cierre uretral⁷² es evitar la incontinencia y sustituir el mecanismo esfinteriano debilitado:

Las pinzas peneanas⁷², actúan presionando la uretra de modo que aumentan su resistencia y evitan por tanto los escapes de orina, al realizar compresión sobre la uretra deben retirarse en el momento de realizar la micción.

Existen varios tipos en el mercado y la elección se hará en función de las necesidades del usuario, algunas son desechables.

Los pesarios⁷³ se utilizan en los pacientes con prolapsos pélvicos, y que por sus características funcionales o clínicas cuestionen la intervención quirúrgica correctora, Debe asegurarse un adecuado seguimiento para evitar o disminuir el riesgo de complicaciones: infecciones, hemorragias, etc.

Sondaje vesical

El sondaje vesical es una técnica invasiva⁷⁴ que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior.

Se debe utilizar con una precaución extrema en los adultos de edad avanzada. El sondaje vesical permanente, superior a 30 días, se realizará cuando la situación funcional del paciente, o bien la falta de apoyo familiar y social, no permitan efectuar un cateterismo intermitente. El inconveniente es la bacteriuria⁷⁵, lesiones de la piel, etc.

El uso del sondaje vesical en las personas mayores institucionalizadas es,

principalmente, para mantener seca la zona genital y evitar lesiones en la piel, para favorecer la cicatrización de las vías urinarias después de la cirugía, en el postoperatorio de cirugía de próstata i ginecológica y ante la presencia de incontinencia urinaria por rebosamiento.

Al retirar una sonda vesical⁷⁴, debemos tener en cuenta que hay que reeducar la vejiga a tener tono muscular de nuevo, por lo que es imprescindible pinzar la sonda a lo largo del día durante 2-3 horas y despinzarla cuando la persona tenga reflejo de micción o cuando se haya cumplido dicho tiempo. Nunca se debe retirar la sonda vesical si la persona no ha recuperado el tono muscular, puesto que al hacerlo podría suceder que se produjera un globo vesical o que se presentaran pérdidas involuntarias de orina.

1.1.5.4. Técnicas modificadoras de conducta

Las técnicas modificadoras de conducta ayudan^{66,76} según el tipo de incontinencia, a mejorar o mantener la continencia. En algunas ocasiones la restablecen por completo y en otras favorecen que en algunas ocasiones la puedan mantener.⁷⁷

Reeducación Vesical

Este término es utilizado para incluir toda una serie de pautas de control de la micción³⁸ en las que se trata de ser capaz de superar la sensación de urgencia y retrasar la micción o de programar las “visitas” al baño. Para conseguirlo es fundamental planificar las micciones a realizar y el control de la ingesta de líquidos. Partiendo de un diario miccional, se proporciona a la persona una serie de instrucciones e información que tienen como objetivo la educación de los hábitos de orina, con el fin de recuperar el control perdido. El objetivo inicial que se marca es el conseguir un intervalo de micciones de entre 2-3 horas. Este hecho permite que se vaya reeducando la vejiga reduciendo la urgencia y frecuencia de las micciones. Así pues, la reeducación consiste en establecer⁷⁸ un horario de las veces en que se debe intentar orinar, tratando conscientemente de no orinar en unos tiempos que no sean los establecidos. Uno de los métodos es hacer que la persona se obligue a sí misma a orinar cada hora u hora y media, a pesar de que haya la presencia de fugas de orina o urgencia durante este tiempo. A medida que se va acostumbrando a la pauta horaria y se vuelve a controlar⁷⁹ la espera entre episodios de micción, los intervalos de tiempo se deben incrementar gradualmente en media hora, hasta que se llaga a orinar entes cada tres y cuatro horas.

En las personas ancianas que presentan discapacidad física y/o cognitiva⁶⁵ son los cuidadores quienes han de favorecer el ritmo miccional. Hay que fijar un intervalo para el vaciado de la vejiga, aproximadamente cada 2 horas.

Reeducación del Suelo pélvico

El suelo pélvico o periné es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y suspensión de los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad.⁸⁰ Está compuesto por ocho músculos que se disponen alrededor del clítoris, la base de la vejiga urinaria, la apertura de la Vagina y el recto. De su correcta conservación depende un buen desarrollo de su función como sostén y arco protectora de las estructuras.

El suelo pélvico tiene participación en las funciones de los esfínteres uretral y anal, interviene en la progresión del feto durante el parto, tienen un importante papel en la sexualidad y constituye el hiato de la porción terminal de los aparatos urinario-genital y digestivo.

Los ejercicios de suelo pélvico constituyen una parte fundamental en los tratamientos de la reeducación del esfínter vesical.⁸¹ Fueron descritos inicialmente por J.W. Davis aunque fue Arnol Kegel quien los detalló en 1948, conociéndose desde entonces como Ejercicios de Kegel.

El fortalecimiento de los músculos de la base de la pelvis, puede ser un tratamiento eficaz para la incontinencia de esfuerzo⁸², de urgencia, mixta y en incontinencia urinaria tras cirugía de próstata. El objetivo del ejercicio es fortalecer la musculatura de sostén del fondo de la pelvis, además del esfínter externo que

está bajo control voluntario. Se deben realizar al menos tres sesiones de ejercicios a lo largo del día, en las cuales la persona realizará unas 15 ó 20 contracciones de la musculatura del suelo pélvico.

Conos vaginales

Es un sistema cuyo objetivo igual que el anterior, es rehabilitar los músculos del suelo pélvico⁸³. Se requiere un nivel cognoscitivo aceptable por parte de la mujer. Se aconseja un mínimo de dos sesiones diarias con una duración aproximada de unos 15 minutos.

1.1.6. Escalas de valoración

Las escalas de valoración tienen como objetivo la obtención de información precisa, concreta y necesaria para conocer el estado de salud y las necesidades de la persona anciana⁸⁴.

Para obtener una valoración completa y una atención integral es imprescindible que haya un buen trabajo interdisciplinar coordinado para conocer la situación real de cada persona, definiendo objetivos comunes y consensuados, para así conseguir satisfacer las necesidades de la persona anciana y aportar información complementaria.

Cada profesional, desde su ámbito de actuación debe realizar, diferentes valoraciones, en el caso de enfermería su ámbito de actuación⁸⁵, va dirigido a proteger la salud, a la prevención de la enfermedad y de sus complicaciones.

Las escalas de valoración utilizadas por enfermería y/u otros profesionales son diversas y nos dan información sobre la funcionalidad (Índice de Barthel, Índice de Katz, Escala de incapacidad física de Cruz Roja, Evaluación gráfica Geronte..), el estado mental (Mini mental Lobo, Cuestionario Pfeiffer, Escala de Demencia Blessed..), la situación social (Escala de recursos sociales OARS, Entrevista Manheim de apoyo social..), el riesgo de caídas (Cuestionario de caídas, Escala Tinetti..), el riesgo de depresión (Test de depresión de Hamilton, Test de depresión Yesvage..), etc.^{86,87}

Cada institución elige con el equipo multidisciplinar, que escalas de valoración utilizaran para los diferentes supuestos. A continuación se describirán las escalas que se utilizan en las instituciones públicas de Cataluña y que han sido utilizadas para el presente estudio.

1.1.6.1. Índice de Barthel

El índice de Barthel⁸⁸ también llamado índice de discapacidad de Maryland. Fue diseñado en 1955 por Mahoney y Bathel para medir la evolución de personas

con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en el hospital para enfermos crónicos de Maryland. Es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de las personas, sobretodo en aquellas con patología cerebrovascular aguda y sus complicaciones como la demencia vascular. En la atención sociosanitaria es una de las escalas que se utilizan para la valoración de la independencia física.

Es una medida genérica que valora el nivel de independencia⁸⁹ de la persona con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, a través de las cuales se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades.

Son diez las actividades básicas⁹⁰ de la vida diaria que se valoran y se les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 (en caso de ir en silla de ruedas la puntuación máxima es de 90 puntos) y la de máxima dependencia de 0. Se considera que existe un nivel de dependencia grave o severa, cuando se presenta un puntuación entre 20 y 35 y dependencia total, cuando es menor de 20.

1.1.6.2. Mini-exámen cognoscitivo. Test de Lobo

El MEC de Lobo⁹¹ es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales

Diseñado por Folstein y McHung en 1975,⁹² con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como las demencias⁹³. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas.

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es <23-24 puntos en personas mayores de 65 años⁹⁴. En otras edades el deterioro cognitivos se considera con puntuación <27-28 puntos.

Las personas con dificultades sensoriales, analfabetas o bajo nivel cultural no pueden lograr la máxima puntuación. En el caso de las personas con discapacidad visual no pueden obtener 4 puntos de los 35 del total y al finalizar el test es necesario realizar un cálculo del factor de corrección.

1.1.6.3. Cuestionario de estado mental de Pfeiffer

Fue diseñado por Pfeiffer en 1975⁹⁵ como test de screening de deterioro cognitivo. Se encuentra validado en nuestro país por García-Moltalvo.

Se trata de un cuestionario de 10 ítems,⁹⁶ sobre aspectos muy generales y personales. Se puede pasar en 4 –5 minutos y se van anotando las respuestas erróneas. En caso de que la persona haya recibido sólo educación primaria se permite un fallo de más y uno de menos si tiene estudios superiores. Detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como el grado del mismo. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de la misma lo son. Se considera que existe deterioro cognitivo⁹⁷ cuando el número de respuestas erróneas es de cinco o más, y severo cuando los errores son entre 8 y 10.

Enfatiza mucho el lenguaje y la memoria y tiene una intensa orientación verbal. Por lo que en algunos tipos de déficit sensoriales o trastornos psiquiátricos⁹⁸ (depresión) podría dar falsos positivos. A pesar de haber sido

diseñado para *screening*, no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución del deterioro cognitivo.

1.1.7. La atención institucionalizada

Las personas mayores que a causa de la evolución de los procesos de enfermedad asociados o no a pérdida de capacidad física o cognitiva que necesitan atención institucionalizada en Cataluña, aparte del sistema hospitalario, pueden beneficiarse de centros socio-sanitarios, dependientes del sistema de salud y de centros residenciales, dependientes del sistema social.

1.1.7.1. El ámbito sociosanitario

La atención socio-sanitaria,⁹⁹ dependiente de la Consejería de Salud y siguiendo las bases de la misma, viene definida por el modelo de atención socio-sanitario que describe las actividades que deben desarrollarse según unos principios básicos, tanto conceptuales como prácticos, cuyo eje fundamental es la dimensión personal y humana de las personas atendidas, de su familia y del equipo terapéutico.

Para dar respuestas a estas necesidades el modelo es: Integral para que de respuesta a todas las necesidades de la persona, promocióne la autonomía y

su reinserción en la comunidad; Global porque desarrolla medidas en los diversos ámbitos de atención y con una óptima coordinación de recursos; Insertado en la comunidad según las características propias del sistema asistencial y social; Interdisciplinario basado en el respeto y la comunicación entre los diferentes profesionales, que componen el equipo de atención; Armónico en el despliegue de recursos y teniendo en cuenta la distribución territorial.

Los servicios ofrecidos en el ámbito socio-sanitario son:¹⁰⁰ Servicios de internamiento en centros socio-sanitarios y servicios alternativos en los hospitales de agudos UFISS y en la comunidad PADES. Los primeros se dividen en unidades de larga estancia, con psicogeriatría, de convalecencia y cuidados paliativos.

La tipología del usuario de larga estancia es el de personas con minusvalía física, enfermedad crónica, deterioro cognitivo y demencia. Tiene como función el tratamiento rehabilitador, paliativo, de profilaxis de complicaciones y de soporte a personas con enfermedades crónicas de larga evolución, con el fin de conseguir la máxima autonomía que permita la situación de la persona atendida.

El plan director socio-sanitario¹⁰¹ redefine las líneas de atención y las especifica en: geriatría, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y atención al final de la vida. Mantiene los servicios en el ámbito socio-sanitario.

1.1.7.2. El ámbito social

La atención social a las personas ancianas en Cataluña depende del Instituto Catalán de asistencia y servicios sociales (ICASS) de la Consejería de Bienestar Social y Familia.¹⁰² Se encarga de gestionar las pensiones no contributivas de la Seguridad Social, así como diversas prestaciones periódicas u ocasionales, las prestaciones se otorgan en función del grado de dependencia y del nivel socioeconómico. Algunos de los servicios prestados son: programas de acogida para mayores, soporte económico para personas con gran dependencia, servicios de atención domiciliaria, centros de día, viviendas tuteladas, residencias, etc. Las residencias son de dos tipos: Hogar residencia y residencias asistidas.

Los centros residenciales asistidos son:¹⁰³ servicios de acogida, de carácter permanente o temporal, están dirigidos a personas de más de 65 años en situación de dependencia que no tienen un grado de autonomía suficiente para realizar las AVD, que necesitan supervisión constante y que tienen una situación sociofamiliar que requiere la sustitución del hogar. La atención prestada se adapta al grado de dependencia de la persona atendida.

2. JUSTIFICACIÓN

La justificación básica de un estudio de estas características es aportar, aunque sea un pequeño grano de arena, a la comunidad científica y a los distintos profesionales sanitarios, un mayor conocimiento del problema de la incontinencia urinaria, y así poder tratar con la máxima eficiencia y eficacia las cuestiones que plantea su abordaje.

Como ya se ha tratado en la introducción, la incontinencia urinaria es uno de los problemas más presentes en las personas ancianas y que les causa un deterioro más significativo en su calidad de vida. Además de las dificultades que comporta a la persona que la padece, no podemos olvidarnos de las consecuencias ligadas a los ámbitos sanitarios y socio-sanitarios por la mayor demanda de atención y cuidados que presentan los afectados por la incontinencia urinaria, y que no siempre las respuestas dadas por estos sistemas de atención son las más idóneas. En muchos casos los profesionales sanitarios minimizan y

banalizan en excesivo este problema, atribuyéndolo a “cosas normales de la edad”, por lo que no le dan la suficiente importancia, desconocen en la mayoría de los casos la tipología de la incontinencia, la llaman “incontinencia habitual” y tampoco tienen en cuenta la situación física y mental de la persona,⁵¹ ofreciendo, por tanto, soluciones muy estandarizadas, sin tener en cuenta las distintas opciones de abordaje y las necesidades reales de cada persona anciana.

La importancia de este problema se hace visible en la preocupación de las Sociedades Científicas, cuyo ámbito de desarrollo y trabajo son las personas ancianas, que han creado grupos de estudios sobre la incontinencia urinaria, es el caso de la SEEGG^{VII}, que desde la creación del grupo esta elaborando guías de actuación, con el máximo consenso, sobre la incontinencia urinaria para poder ofrecer pautas de tratamiento, según su tipología, a los profesionales para que puedan abordar la incontinencia con mayor eficacia .

Con la idea de hacer visible este grave problema se presento a las instituciones sanitarias, socio-sanitarias y sociedad en general, en al año 2007 ONI^{VIII}, en el que están representados, para asesorar y marcar líneas de trabajo desde todas las perspectivas de la incontinencia urinaria, todos los profesionales relacionados en este ámbito, así como las asociaciones de pacientes. Este observatorio aboga por una mejora de la calidad asistencial que redunde en un incremento de la calidad de las personas con incontinencia urinaria, a través

^{VII} SEEGG: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

^{VIII} Observatorio Nacional Incontinencia. Bajo el patrocinio de SCA

de los siguientes principios: calidad de vida, libertad de elección y sostenibilidad del sistema sanitario.

Como también se ha visto en el apartado de epidemiología la prevalencia de incontinencia urinaria es elevada en las personas mayores, sobre todo en las institucionalizadas²⁵⁻³⁷. Los estudios epidemiológicos disponibles poseen una serie de limitaciones como: tamaño y heterogeneidad de las muestras, nivel de asistencia estudiado, colección de datos, concepto y características de la incontinencia, factores relacionados y duración del estudio; que explican la dificultad para comparar los estudios por razones metodológicas²⁴.

El trabajo actual persigue conocer la prevalencia de incontinencia urinaria de personas mayores de 65 años institucionalizadas en residencia y centros socio-sanitarios públicos de Cataluña, así como si está tipificada, la forma mediante la cual se ha obtenido el diagnóstico: por clínica o con estudio urodinámico, el abordaje de la misma, el grado de dependencia física en ABVD^{IX} y la presencia o no de deterioro cognitivo. Analizando la relación entre el grado de dependencia física y/o deterioro cognitivo y la presencia de incontinencia urinaria, el corte del análisis es el que marcan las propias escalas de valoración utilizadas; Índice de Barthel,⁸⁹ corte igual o inferior a 35, dependencia total/grave; Minimental⁹² Lobo, corte igual o inferior a 23, alteración cognitiva y Escala de Pfeiffer⁹⁵, con corte de 5 o más errores, déficit intelectual. Con el propósito que

^{IX} ABVD: Actividades básicas vida diaria

mediante la evidencia científica¹⁰⁴ sepamos si el abordaje de la incontinencia urinaria en las instituciones es el correcto o no, según los criterios de las publicaciones científicas, de la ICS, de los principios de lo que debe ser el cuidado de enfermería¹⁰⁵: promover el autocuidado, favorecer la independencia, ofrecer el máximo confort y respetar el derecho a decidir, y los fundamentos de la Gerontología^{106 107} en los que se describe que la base de la atención debe estar encaminada a potenciar las capacidades residuales.

El abordaje incorrecto de la incontinencia urinaria está en la mayoría de los casos justificado por la falta de personal. Según la clasificación que la ICS hace de los tipos de incontinencia, esta falta de personal para no manejar correctamente la incontinencia, se debería de diagnosticar como incontinencia funcional: “la incontinencia que se produce en situaciones en presencia de demencia o inmovilidad graves, así como las barreras arquitectónicas o la falta de cuidadores, esta tipología debería utilizarse sólo cuando se han excluido los otros mecanismos etiopatogénicos”. En el caso de encontrarnos con incontinencias no tipificadas y que el manejo de las mismas sea el inadecuado estaríamos delante de un acto en el que no se cumplen los principios bioéticos¹⁰⁸ de beneficencia y no maleficencia;¹⁰⁹ y la no potenciación de las capacidades residuales. De acuerdo con lo mencionado anteriormente

3. OBJETIVOS

Este estudio busca, hacer visible un grave problema en la población de personas ancianas que lo padecen, y que demasiadas veces es poco conocido y en muchos casos banalizado por las personas y también por los profesionales, lo que comporta un menosprecio entre los responsables tanto sanitarios como socio-sanitarios y sociales.

3.1. Objetivo general

Conocer la prevalencia de incontinencia urinaria de personas mayores de 65 años y más institucionalizadas en residencias y centros socio-sanitarios públicos de Cataluña, así como su tipificación, la forma mediante la cual se ha obtenido el diagnóstico: por clínica o con estudio urodinámico; el abordaje de la misma y la relación de la existencia de incontinencia urinaria con el grado de dependencia física y la presencia o no de deterioro cognitivo

3.2. Objetivos específicos

Describir la presencia o no de incontinencia urinaria en las personas de 65 años y más según sexo y edad ingresadas en residencias o centros socio-sanitarios públicos de Cataluña.

Determinar los diferentes tipos de incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años y más.

Indicar el tratamiento que se aplica a la incontinencia urinaria para poder establecer una relación con la tipología e identificar en que franjas horarias se utilizan absorbentes.

Mostrar la relación entre grado de dependencia física en ABVD en la continencia e incontinencia urinaria mediante el Índice de Barthel.

Relacionar la presencia de deterioro cognitivo o no con la continencia e incontinencia urinaria mediante los Test de Lobo y/o Escala Pfeiffer.

Analizar si existen diferencias entre las personas que presentan incontinencia y las que son continentes en relación al grado de dependencia física y/ o alteración cognitiva.

Enumerar los casos que han sido diagnosticados a través de la clínica o del estudio urodinámico.

Analizar si hay diferencias significativas entre los resultados de estudio obtenidos en los centros socio-sanitarios y las residencias.



4. MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación es un diseño¹¹⁰ transversal de tipos de incontinencia urinaria en personas mayores de 65 años y más institucionalizadas: tratamiento y cuidados, analizándose además la relación entre presencia o no de dependencia física y/o alteración cognitiva, a través de un estudio descriptivo e inferencial.

El diseño del presente estudio se inicio a finales de 2008 siguiendo todos los pasos del proceso de investigación en que se definieron la población y las variables del estudio así como la forma de recoger los datos: mediante encuesta y determinando que este se realizaría en las residencias y centros socio-sanitarios, en unidades de larga estancia, públicos de Cataluña a las personas institucionalizadas de 65 años y más; el único criterio de exclusión era el no tener 65 años o más. Todo el proceso finalizó julio 2012

La población total de Cataluña, según el IDESCAT^x en el año 2010, es de 7.442.420 habitantes, distribuidos en 3.678.546 hombres y 3.763.874 mujeres, el 16,70% de esta población es de 65 años y más con un total de 1.241.162 distribuidos en hombres 524.389 y mujeres 716,773. El Índice de sobreenvjecimiento^{xI} es del 30,01%¹¹¹ con una distribución de 131.546 hombres y 241,571 mujeres.

El número total de camas de residencias y centros socio-sanitarios públicos son 7181: residencias 1517; 21,12% del total y centros socio-sanitarios, unidades de larga estancia, 5664; 78,88% del total. Para el cálculo del tamaño de la muestra¹¹² se utilizó la fórmula^{xII} para población finita^{xIII}, es decir conocemos el total de la población de estudio, con un margen de error del 0,05. La muestra que se obtuvo es de 939 camas, 741 camas de centros socio-sanitarios y 198 de residencia. Para la obtención de las camas del estudio se utilizó, el cálculo de muestreo aleatorio, que es el método de elegir una muestra de una población que permite que todas las muestras (n) tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas, evitándose, así, los sesgos y fue seleccionada mediante un programa de aleatorización¹¹³. Se ordenaron del 1 al 5664 correspondientes a los Centros socio-sanitarios y del 5665 al 7181 de las residencias.

^x Instituto de Estadística de Cataluña

^{xI} Relación entre la población mayor de 84 años y la población de 65 y más años

^{xII}
$$n^2 = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Total de población; $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (Si la seguridad es del 95%); p = proporción esperada (en este caso 5% = 0,05); q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95); d = precisión (está contemplada una precisión de 0,013)

^{xIII} Población finita: Es aquella que esta formada por un limitado número de elementos de estudio.

Las variables¹¹⁴ del estudio son: edad, sexo, presencia o no de incontinencia, tipo de incontinencia, abordaje de la misma, nivel de dependencia física en ABVD, presencia o no de alteración cognitiva y como se obtuvo el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Antes de definir las variables del estudio se preguntó, mediante entrevista personal, a los responsables de las Consejerías de Salud y Bienestar Social, de donde pertenecen los centros escogidos para el estudio, cuáles eran las escalas de valoración que utilizaban para medir niveles de dependencia física en ABVD y la presencia o no de alteración cognitiva y así poder seleccionar las variables adecuadas, ya que de cada área de valoración existen a nuestra disposición diversas herramientas. Estas escalas fueron: Índice de Barthel^{XIV} para medir dependencia en ABVD,⁸⁹ Mini-examen cognoscitivo. Test de Lobo^{XV} y/o Cuestionario Mental de Pfeiffer^{XVI} para medir presencia o no de alteración cognitiva y/o déficit funcional.^{92,95} En caso de no existir incontinencia se medirá la edad, el sexo y la presencia o no de dependencia física y/o alteración cognitiva.

^{XIV} Índice de Barthel: Mide 10 ABVD y se asigna una puntuación para cada una de ellas de 0, 5, 10, 15, obteniéndose una puntuación que oscila de 0 a 100 puntos, en caso de que la persona utilice silla de ruedas la máxima puntuación que se puede obtener es de 90. Siendo la puntuación 0 la máxima dependencia y 100/90 la independencia. (anexo 1)

^{XV} Es la versión validada en España del MMSE de Folstein. Es un test de cribaje de demencias, se trata de una sencilla escala estructurada en ítems que exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción. A cada ítem le corresponde una puntuación de 1 a 5 puntos si la respuesta es correcta, 0 si la respuesta es incorrecta. La máxima puntuación es de 35 y se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es igual o inferior a 23. (anexo 2)

^{XVI} Test de screening de deterioro cognitivo. Se trata de un cuestionario de 10 ítems en que se anotan las respuestas erróneas. Cuando el número de respuestas erróneas es de cinco o más se considera que existe deterioro cognitivo. (anexo 3)

La recogida de los datos¹¹⁵ se hizo mediante una encuesta de 8 ítems de respuestas cerradas de tipo dicotómica^{XVII} y múltiple^{XVIII}. La encuesta se creó para este estudio y previamente pasó por un proceso de validación, este se hizo en primer lugar, pasando la encuesta diseñada a 20 personas de 65 años y más que estaban ingresadas en el Hospital Universitario de Bellvitge. Universidad de Barcelona (Hospital de la red pública de Cataluña) y que intervino la UFISS^{XIX} para hacerle una valoración geriátrica integral y, así, conocer la situación de la persona y poder programar el alta o bien a un centro socio-sanitario o bien a domicilio con ayuda de los servicios sociales. Estas 20 personas deberían cumplir los requisitos de ser incontinentes y de al momento del alta ser trasladados a un centro socio-sanitario, en unidades de larga estancia. De esta forma permitía que se valorase si la encuesta, cumplía con los objetivos de estudios, esta validación se realizó en diciembre de 2010. Posteriormente se solicitó una nueva validación al Dr. Verdejo^{12,16,35} miembro del ONI, Especialista del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, responsable de la Unidad de Incontinencia de este Servicio, autor de más de 50 artículos nacionales y extranjeros y de más de 60 capítulos de libros, tanto en el área de la Geriátrica como de la incontinencia urinaria en personas ancianas. La validación se realizó a 20 personas de 65 años y más en La Unidad de Incontinencia, en este caso no había requisitos previos, puesto que la recogida de los datos se realizaba en consultas externas, durante el mes de enero de 2011.

^{XVII} Sólo dos opciones posibles

^{XVIII} Más de dos opciones sin que exista entre ellas relación de orden

^{XIX} Unidades funcionales interdisciplinares socio-sanitarias que actúan a nivel de hospital. Están dentro del programa de atención socio-sanitario de Cataluña

En las dos validaciones los resultados obtenidos, fueron satisfactorios no detectándose ningún problema para poder recoger los datos planteados en la encuesta, por lo que se dio como valida para poder realizar el presente estudio.

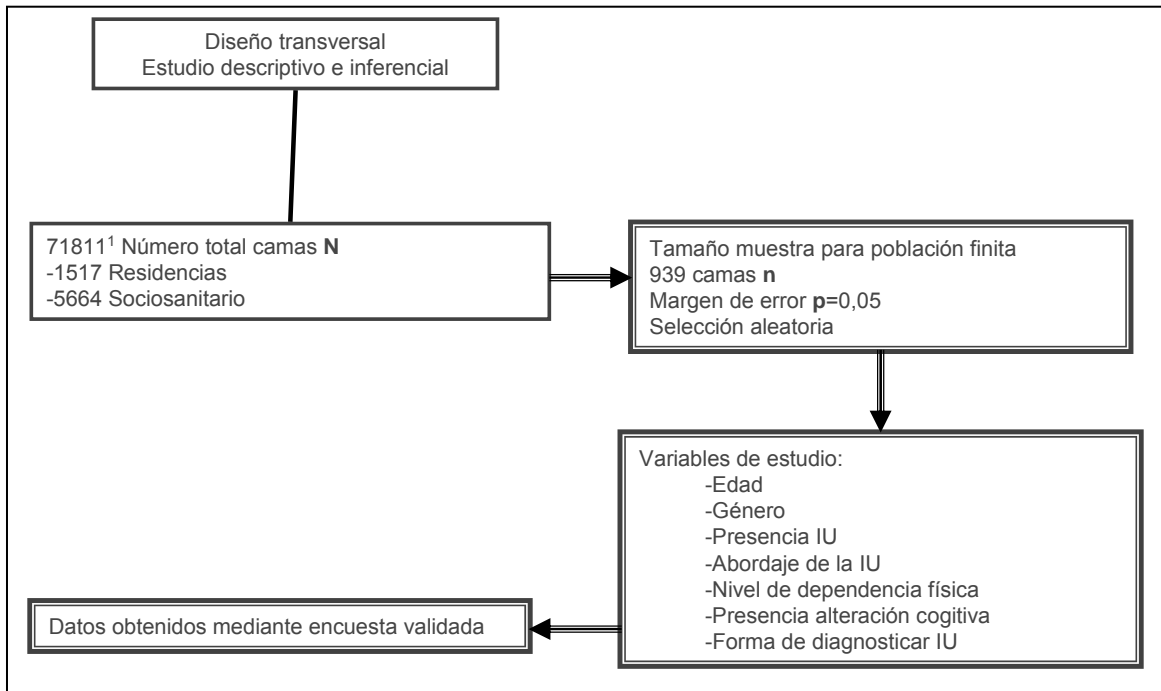


Diagrama de flujo

Para poder recoger los datos se solicitó permiso para acceder a la información de las historias clínicas a la Consejería de Sanidad y a la Consejería de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña. Ambas consejerías al tratar el tema de la confidencialidad manifestaron que no hacía falta el consentimiento¹¹⁶ del paciente para la obtención de los datos, puesto que la información era extraída por el personal responsable de los centros de las historias clínicas, manteniendo así el anonimato.

La recogida de datos se hizo de forma presencial previa cita con los responsables de enfermería de los centros, se utilizaron las historias clínicas para la recogida de estos datos durante los meses de marzo a noviembre de 2011.

Para llevar a cabo el análisis relacional entre variables (relación de asociación), se aplicó prueba chi-cuadrado, además del análisis descriptivo correspondiente. La información obtenida fue introducida en una base de datos Microsoft Excel y analizada mediante el paquete estadístico¹¹⁷ PASW STATISTICS v18.



5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos del análisis de las 939 personas incluidas en el estudio, se dividen en dos partes: análisis descriptivo y análisis inferencial, y se representan mediante los siguientes gráficos:

5.1. Análisis descriptivo

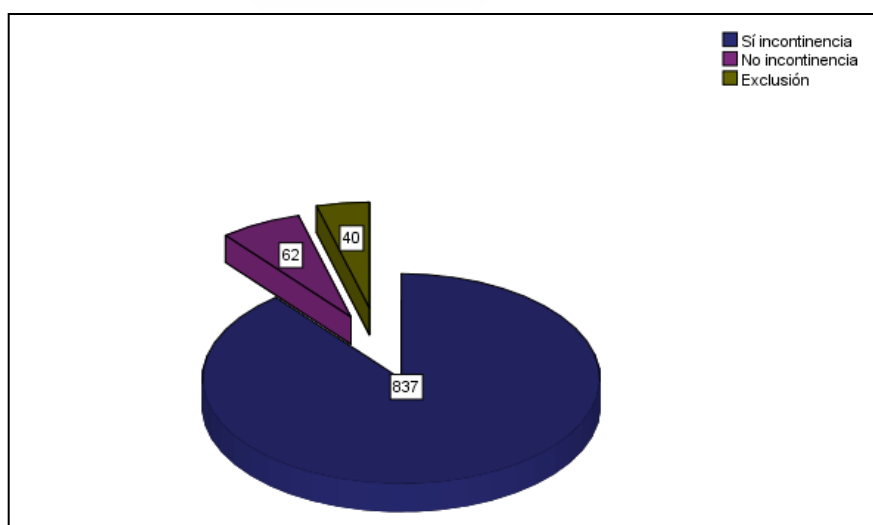


Gráfico 1. Datos generales del estudio

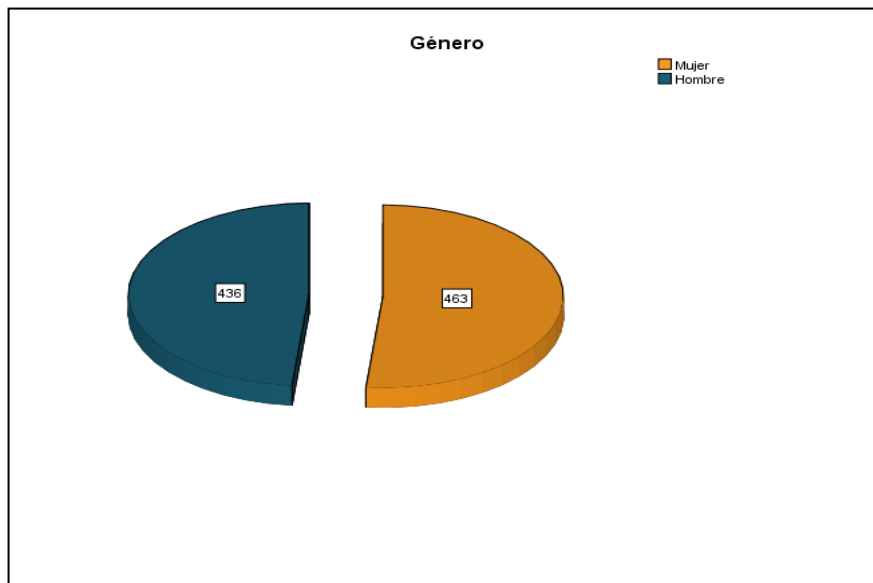


Gráfico 2: Género de las personas estudiadas

En el gráfico 2 se describen el género de las personas que se realiza el análisis completo 899, porque se han excluido los que no cumplían el requisito de tener 65 años o más.

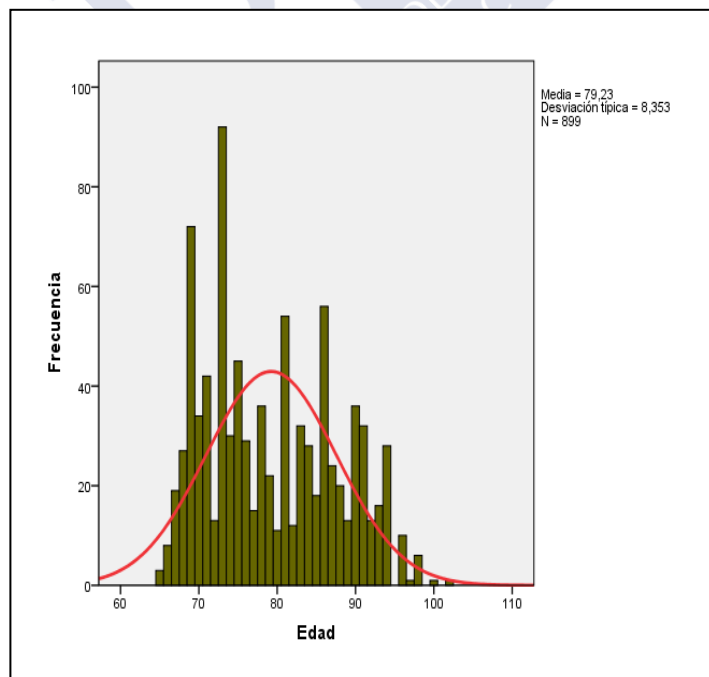


Gráfico 3: Histograma de frecuencias de edades.

Informe

Edad

Género	Media	N	Desv. típ.
Mujer	80,38	463	8,574
Hombre	78,00	436	7,939
Total	79,23	899	8,353

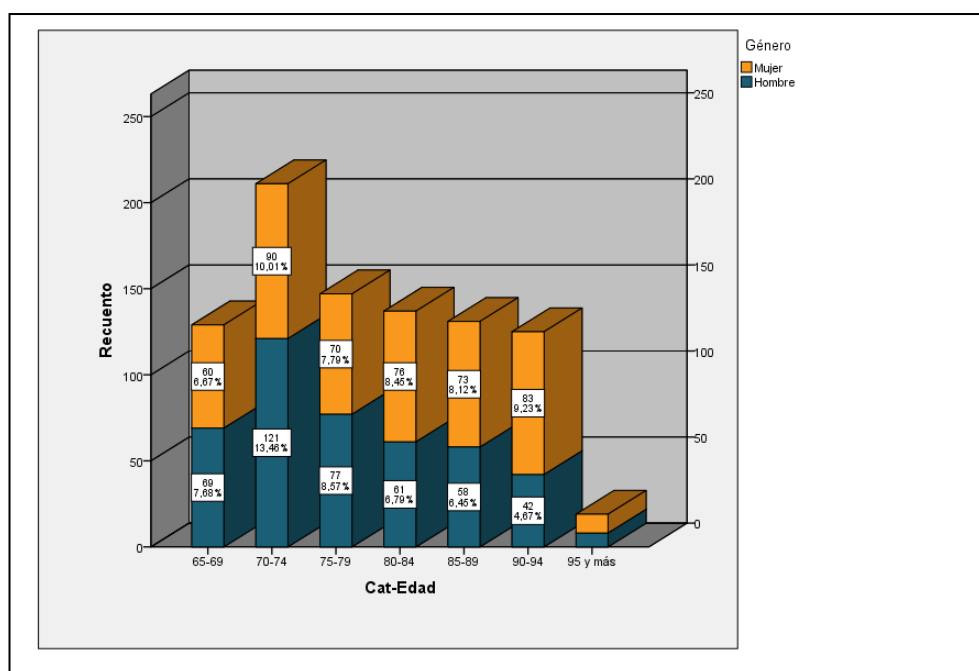


Gráfico 4: Edad y sexo de los 899 casos.

El porcentaje más alto de los casos estudiados se da en la franja de edad de 70-74 años. No se observa de forma global, en relación al género, diferencias de presencia de IU, si la hay en relación con la edad, en edades superiores a los 80 años hay más mujeres que hombres con IU.

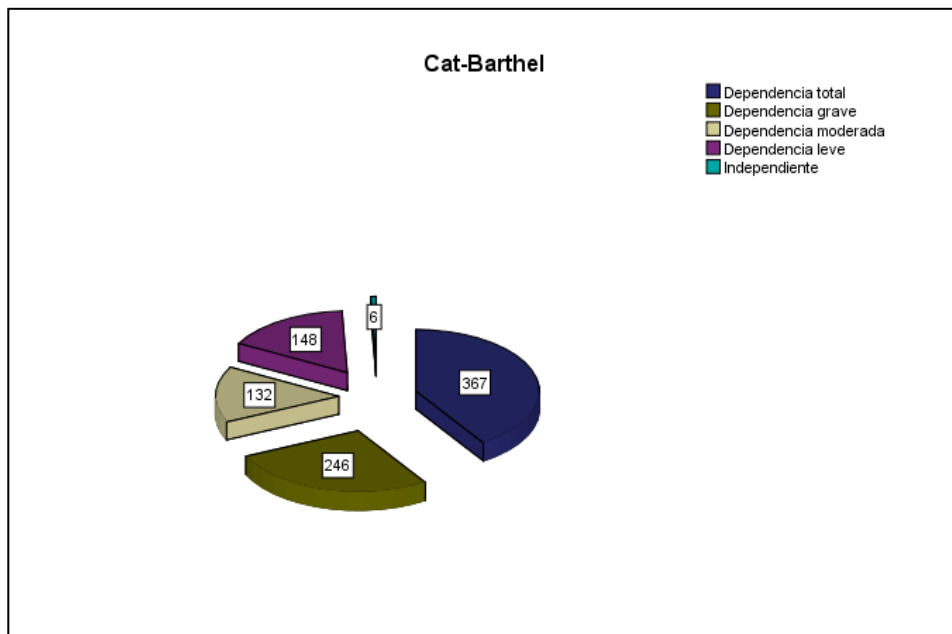


Gráfico 5: Frecuencia de nivel de dependencia en los 899 casos.

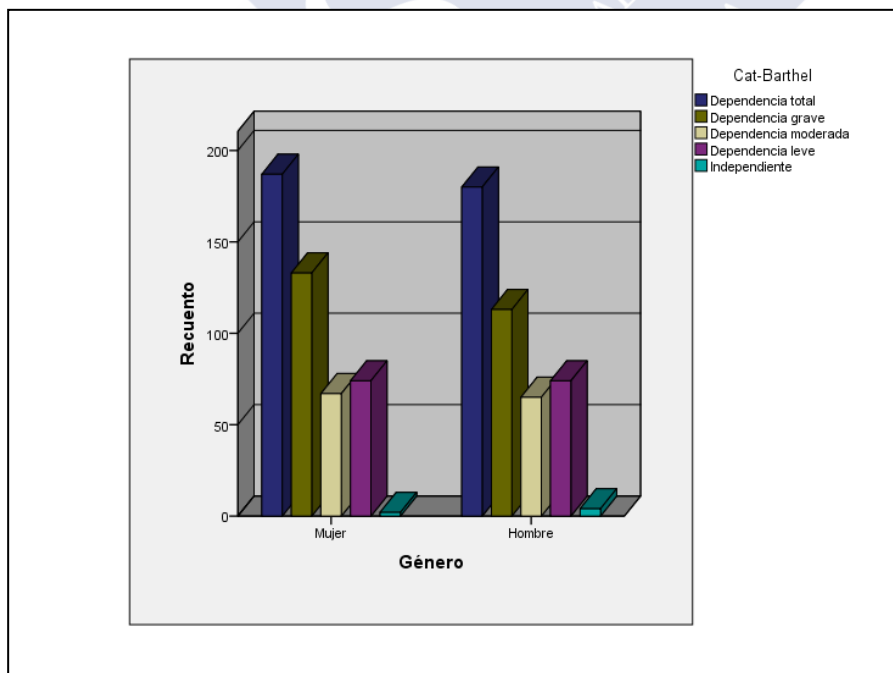


Gráfico 6: Distribución por género en relación al nivel de dependencia física.

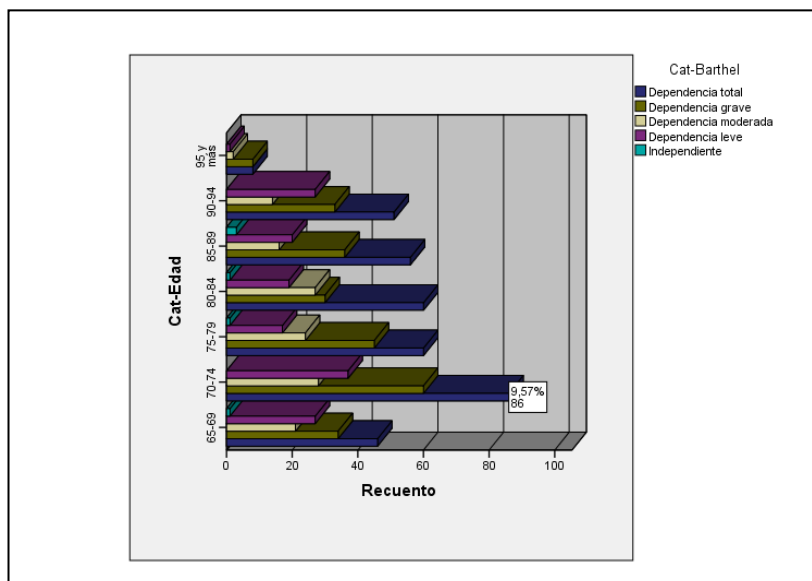


Gráfico 7: Distribución por edades en relación al nivel de dependencia física.

En los gráficos 6 y 7 se observa que no hay diferencias ni por género ni edad en los niveles de dependencia. El 68,2% presentan dependencia total/grave, sólo el 0,7% son independientes.

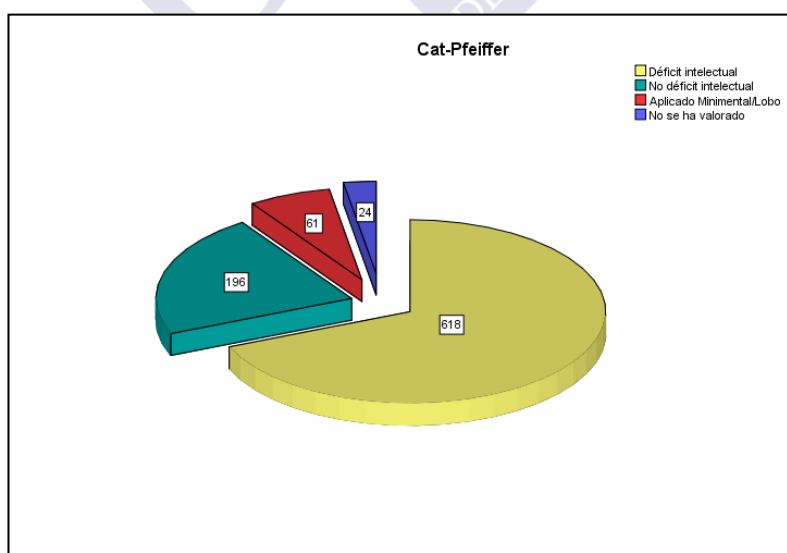


Gráfico 8: Presencia o no de déficit intelectual.

De los casos de estudio, a sólo 61, se les aplicó el Test Minimental Lobo, al resto se aplicó Escala de Pfeiffer y los resultados de ambos no presentaron diferencias,

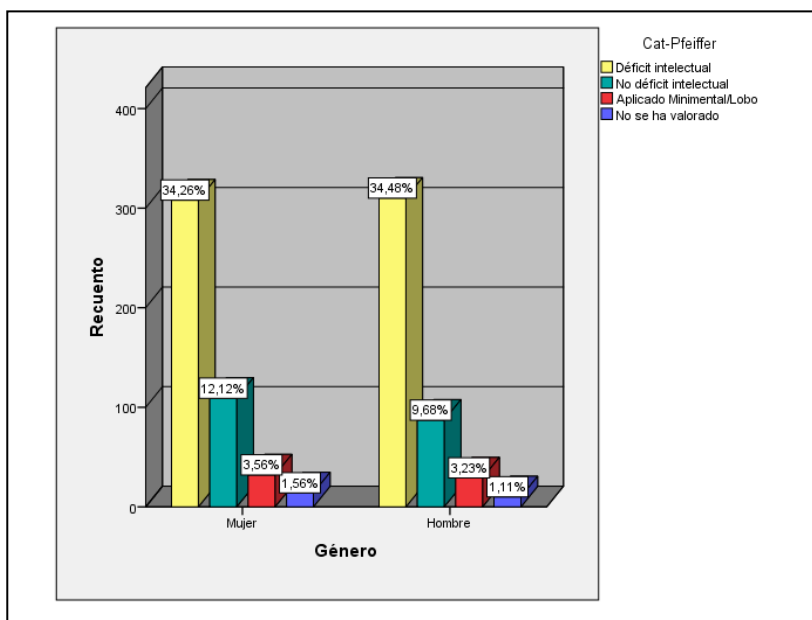


Gráfico 9: Descripción por género de presencia o no de déficit intelectual.

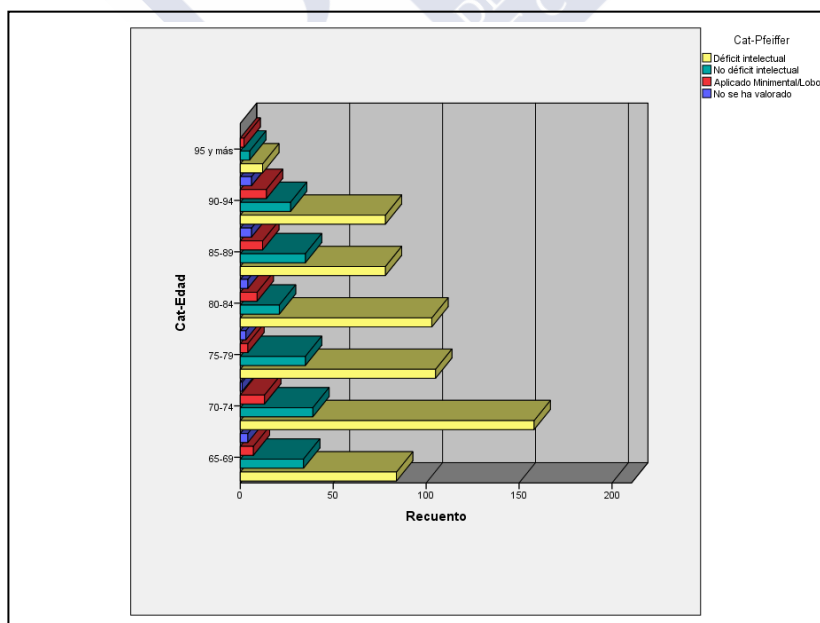


Gráfico 10: Descripción por edad de presencia o no de déficit intelectual.

En los gráficos 9 y 10 se observa no existen diferencias ni por género ni edad en relación a presencia o no de déficit intelectual. El 65,5% de los casos presentan déficit intelectual y a un 2,7% fue impracticable la valoración.

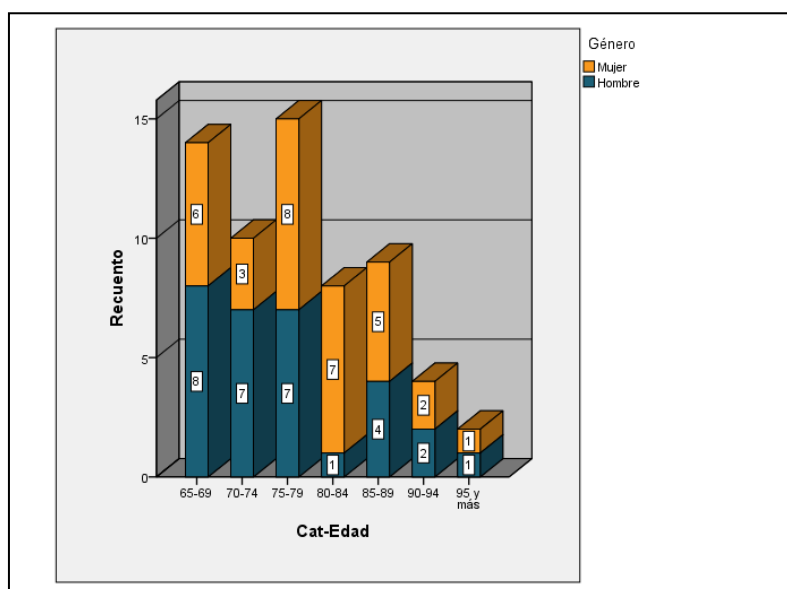


Gráfico 11: Edad y género de las 62 personas que no presentan incontinencia.

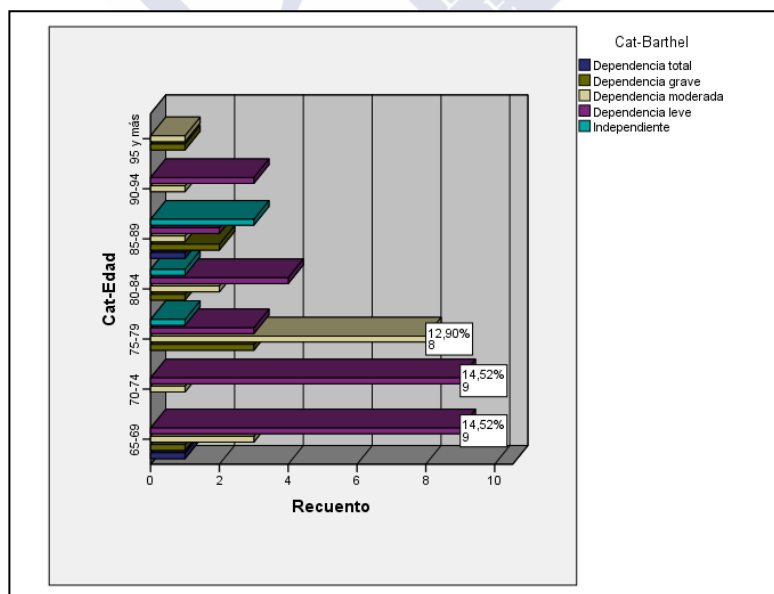


Gráfico 12: Edad en relación al nivel de dependencia física en los 62 casos de personas que no presentan incontinencia.

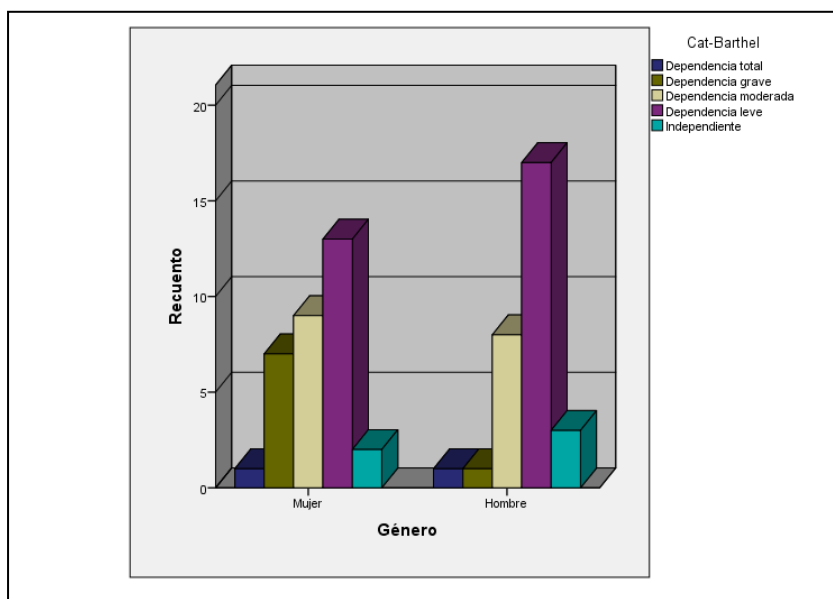


Gráfico 13: Género en relación al nivel de dependencia física en los 62 casos de personas que no presentan incontinencia.

En los gráficos 12 y 13 se observa que no hay diferencias de género y edad en relación al nivel de dependencia física, el 75,8% presentan dependencia moderada/leve, porcentajes inversos a las personas incontinentes

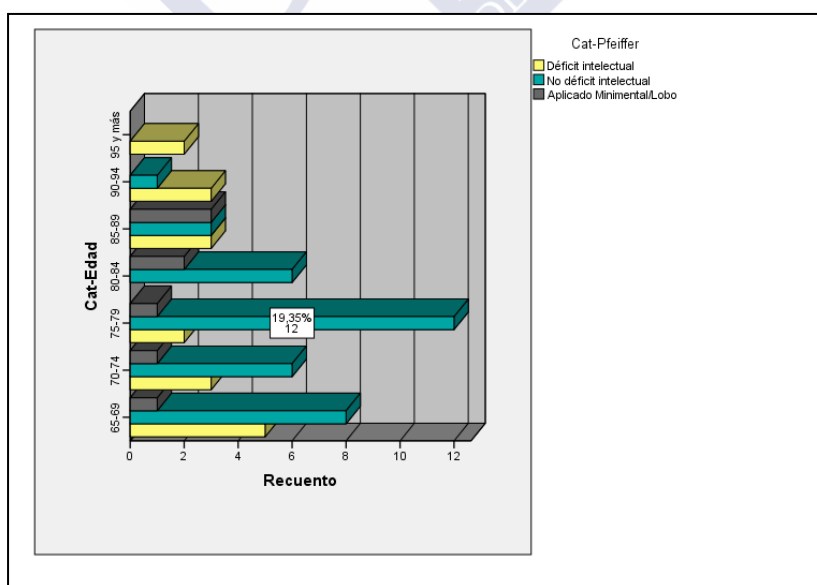


Gráfico 14: Edad en relación a presencia o no de déficit intelectual en los 62 casos de personas que no presentan incontinencia.

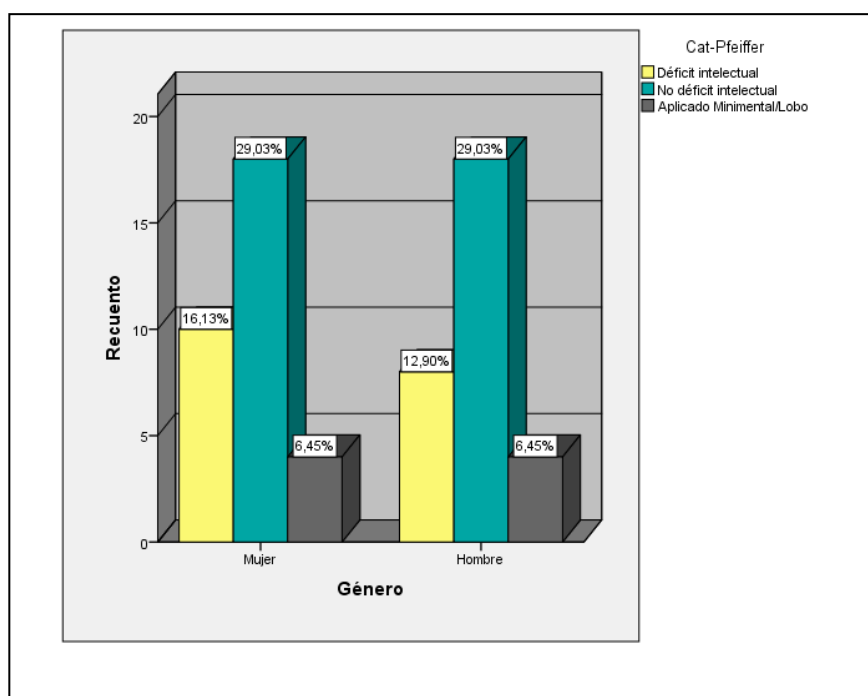


Gráfico 15: Género en relación a presencia o no de déficit intelectual en los 62 casos de personas que no presentan incontinencia.

En los gráficos 14 y 15 se observa que en la variable género no existen diferencias de presencia o no de déficit intelectual 61,3% no presentan déficit intelectual, si las hay con respecto a la edad, en los intervalos superiores de 85 a 89 años se igualan y en las edades superiores a 90 años se constata mayor porcentaje de déficit intelectual.

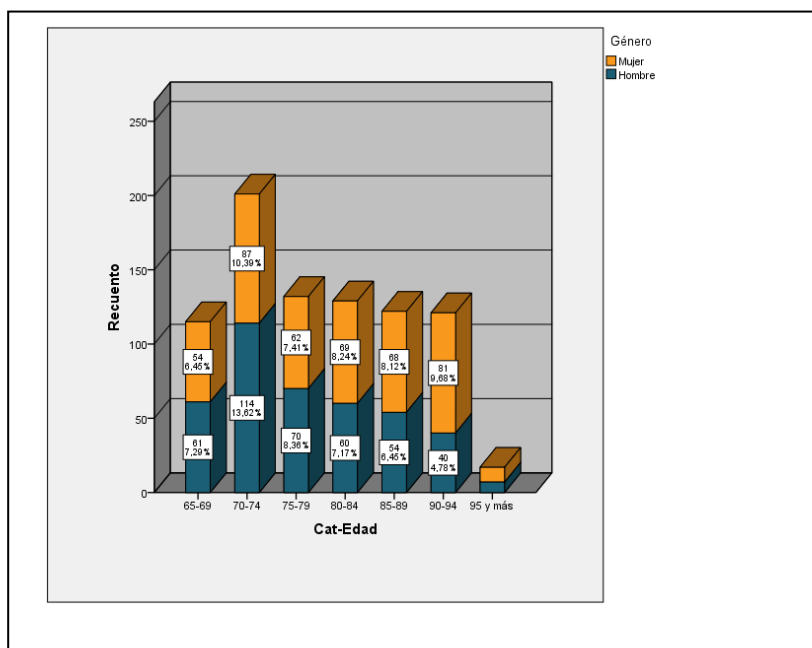


Gráfico 16: Edad y género de las personas que presentan incontinencia urinaria 837 casos.

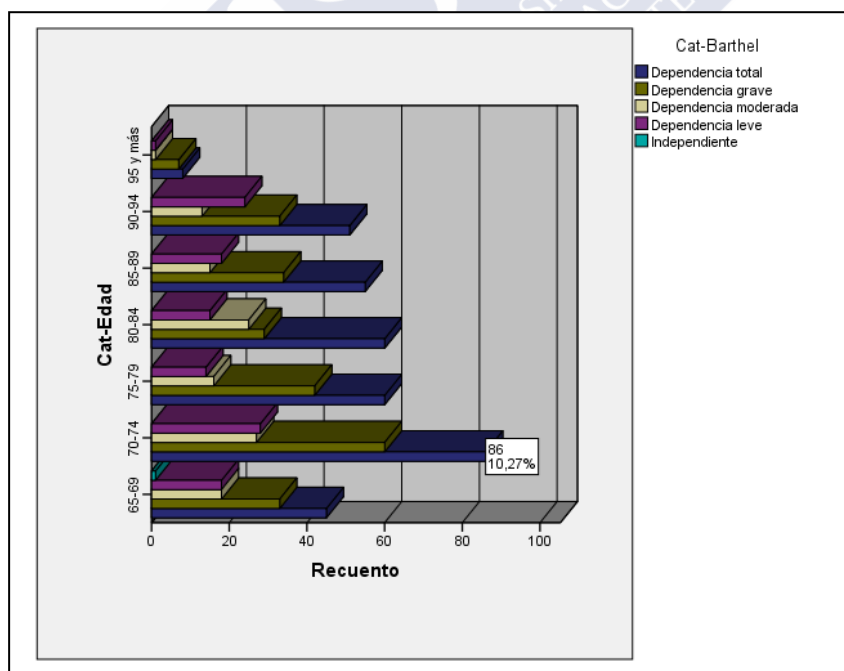


Gráfico 17: Edad en relación al nivel de dependencia física de las personas con incontinencia.

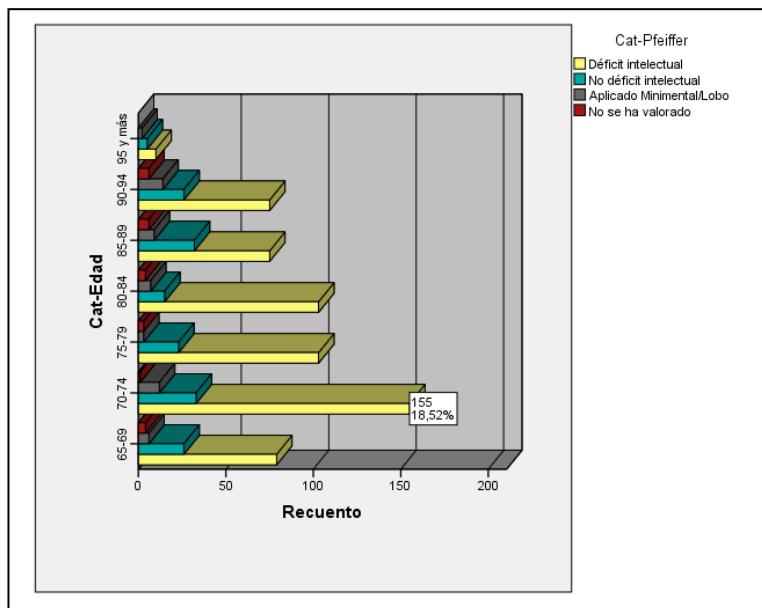


Gráfico 18: Edad en relación a presencia de déficit intelectual de las personas con incontinencia.

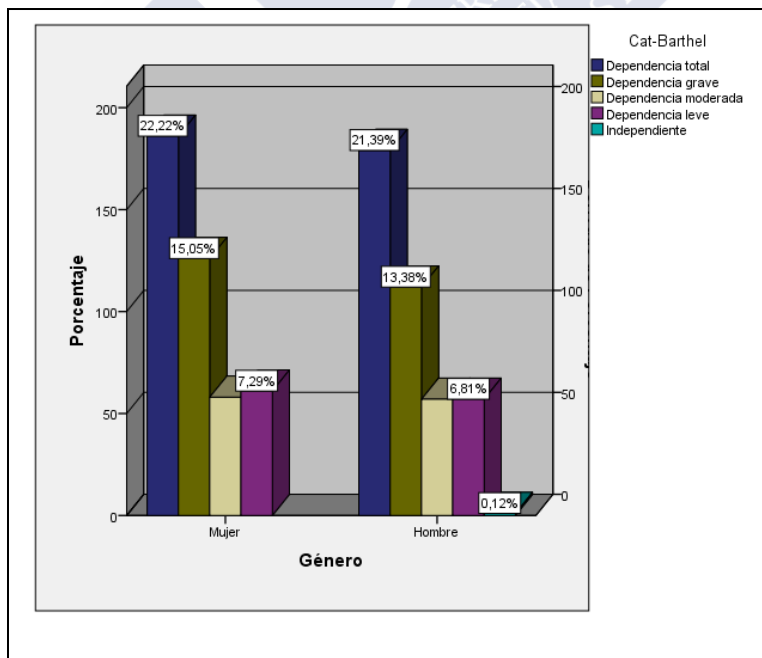


Gráfico 19: Género en relación al nivel de dependencia física de las personas con incontinencia.

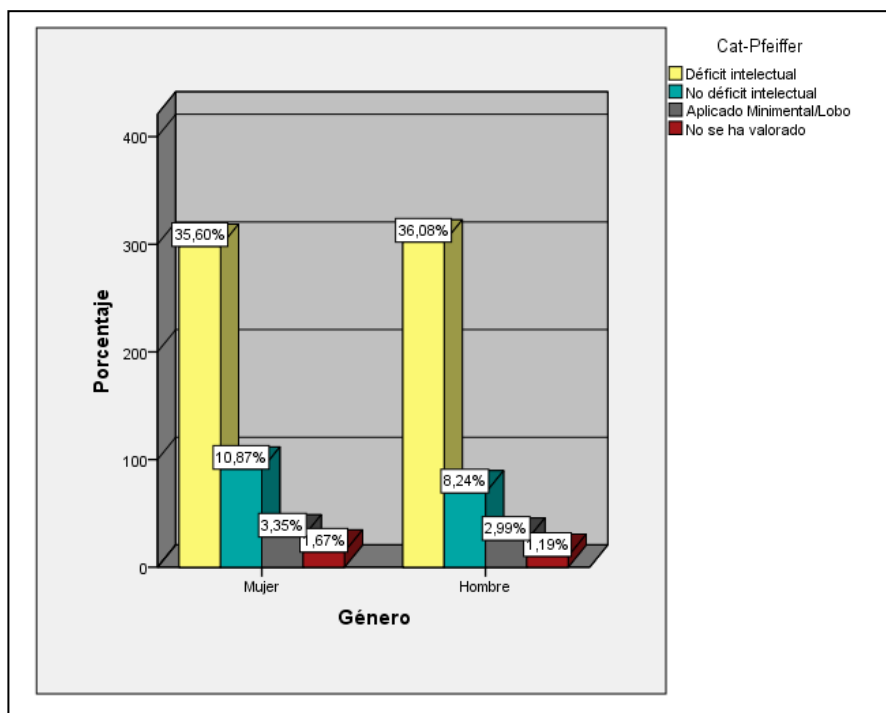


Gráfico 20: Género en relación a presencia déficit intelectual de las personas con incontinencia.

En las gráficas 17,18, 19 y 20 se describe, la distribución por género y edad en relación a la presencia de dependencia física y déficit intelectual de las personas que presentan incontinencia. Se observa que no existen diferencias, en todos los casos, la mayor prevalencia se obtiene en dependencia física total y grave; y déficit intelectual.

Tipo Incontinencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin tipo	795	95,0	95,0	95,0
	Esfuerzo	10	1,2	1,2	96,2
	Hiperactividad vesical	8	1,0	1,0	97,1
	Mixta	5	,6	,6	97,7
	Funcional	19	2,3	2,3	100,0
	Total	837	100,0	100,0	

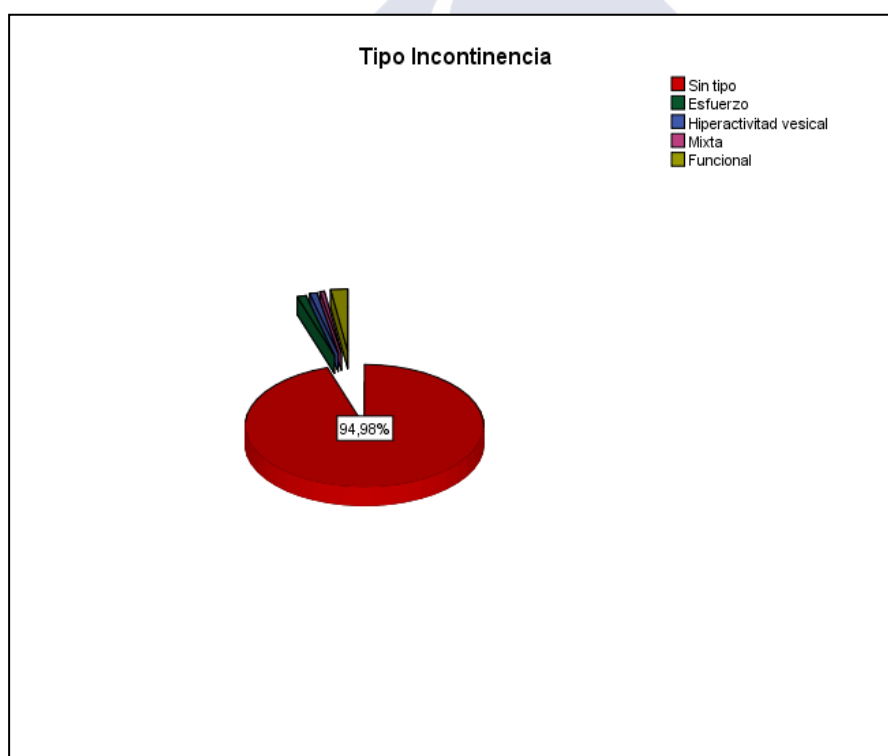


Gráfico 21: Distribución tipos de incontinencia.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS INSTITUCIONALIZADAS

		Tratamiento			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pañal todo el día	778	93,0	93,0	93,0
	Pañal sólo noche	8	1,0	1,0	93,9
	Sondaje vesical	26	3,1	3,1	97,0
	Colector	14	1,7	1,7	98,7
	Reeducación vesical	5	,6	,6	99,3
	RV + Pañal todo el día	3	,4	,4	99,6
	RV+ Pañal noche	2	,2	,2	99,9
	Ejecicios suelo pélvico	1	,1	,1	100,0
	Total	837	100,0	100,0	

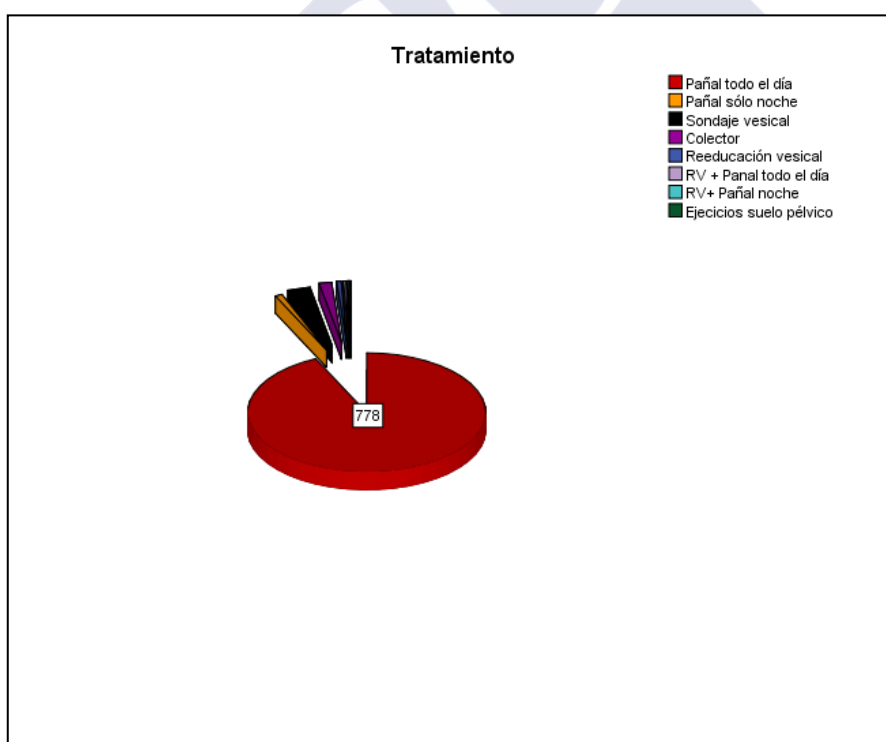


Gráfico 22: Distribución tipos de tratamiento.

En las gráficas 21 y 22 se constata que de las personas que presentan incontinencia el 95% no la tienen tipificada y el 93% el manejo de la incontinencia

es mediante el uso de pañal todo el día. La demás categorías estudiadas en ambas variables son poco significativas.

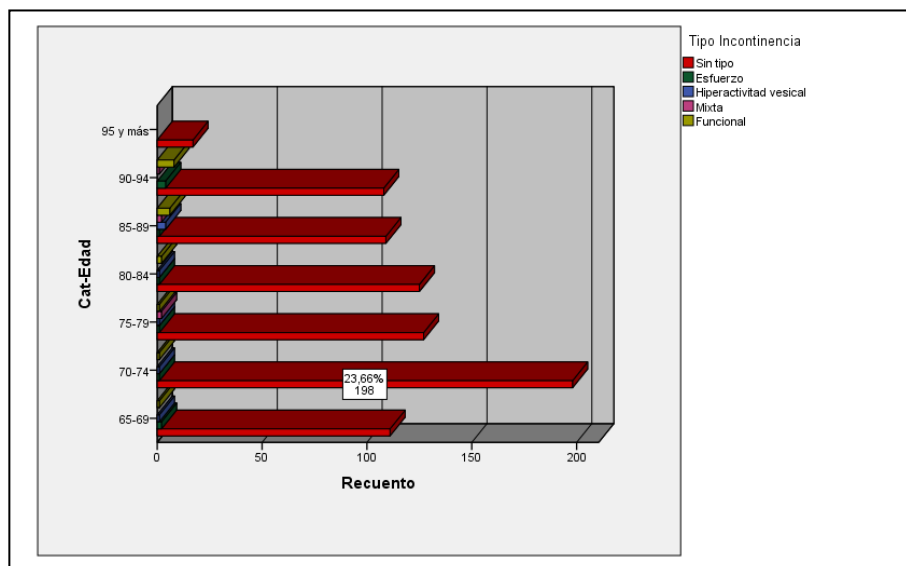


Gráfico 23: Edad en relación a tipología de incontinencia.

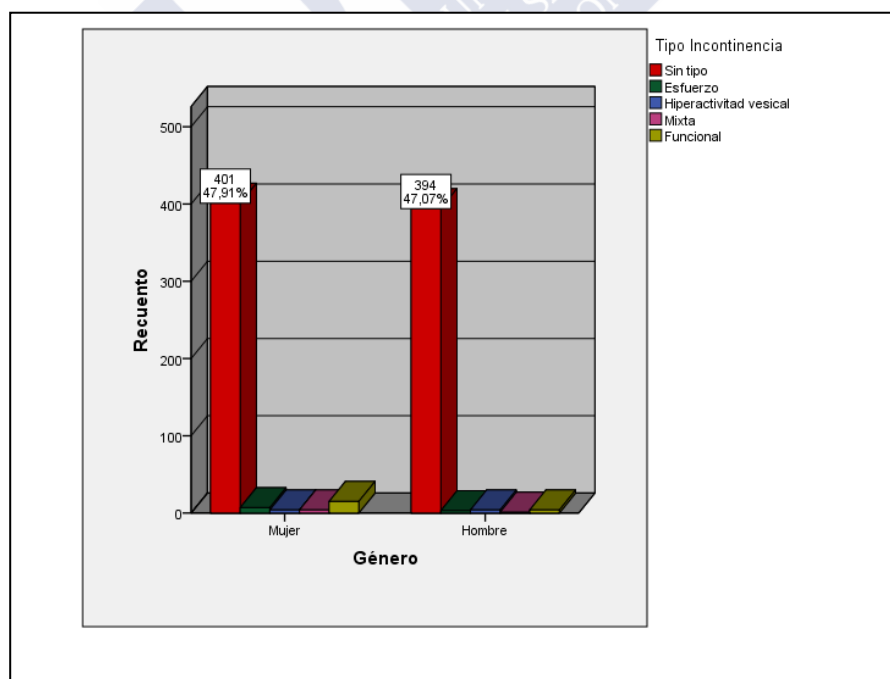


Gráfico 24: Género en relación a tipos de incontinencia.

En los gráficos 23 y 24 se observa que no existe diferencia entre género y edad en relación con la tipología de incontinencia. En ambas variables el porcentaje más alto se da en la incontinencia sin tipificar 401 mujeres y 394 hombres (del total 837) y en todos los intervalos de edad.

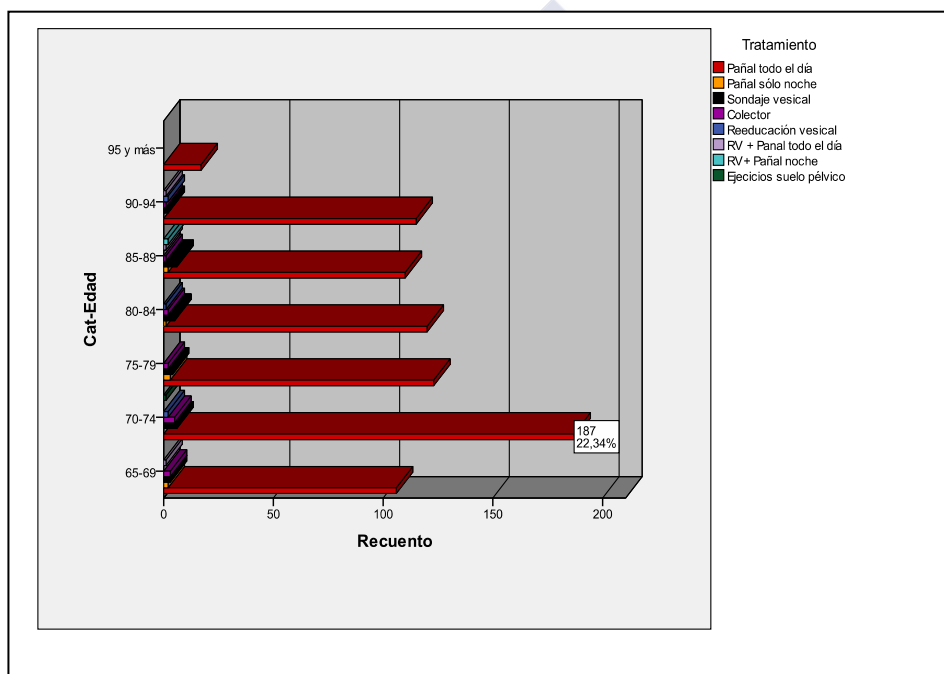


Gráfico 25: Edad en relación al tratamiento.

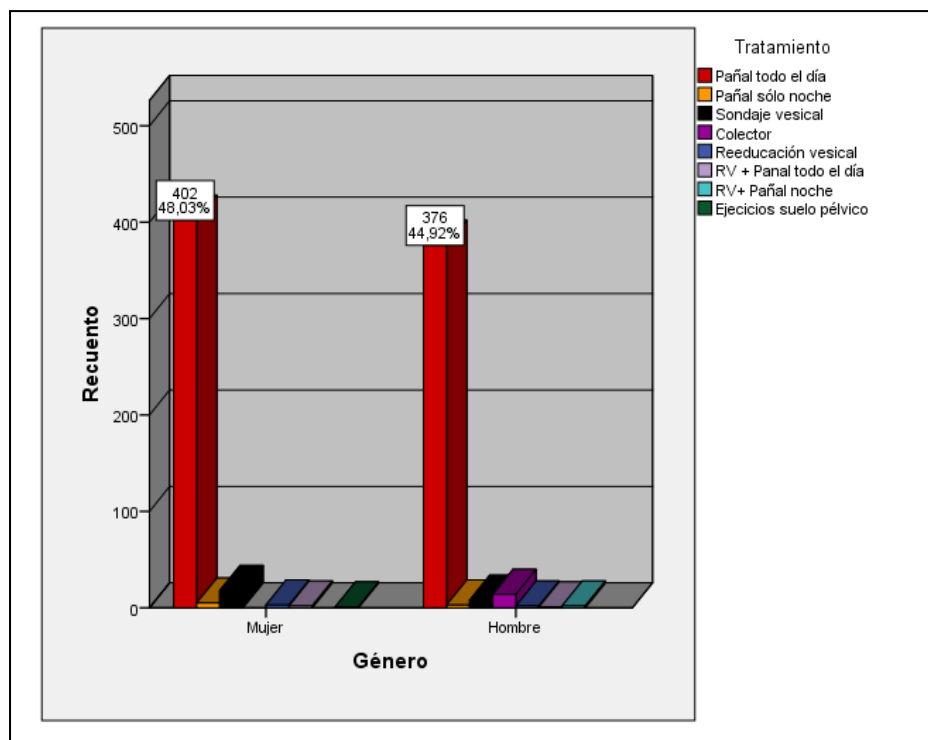


Gráfico 26: Género en relación a tipo de tratamiento.

En los gráficos 25 y 26 se observa que no existe diferencia entre género y edad en relación al tipo de tratamiento. En ambas variables el porcentaje más alto se da el uso de pañal todo el día 402 mujeres y 376 hombres (del total 837) y en todos los intervalos de edad.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS INSTITUCIONALIZADAS

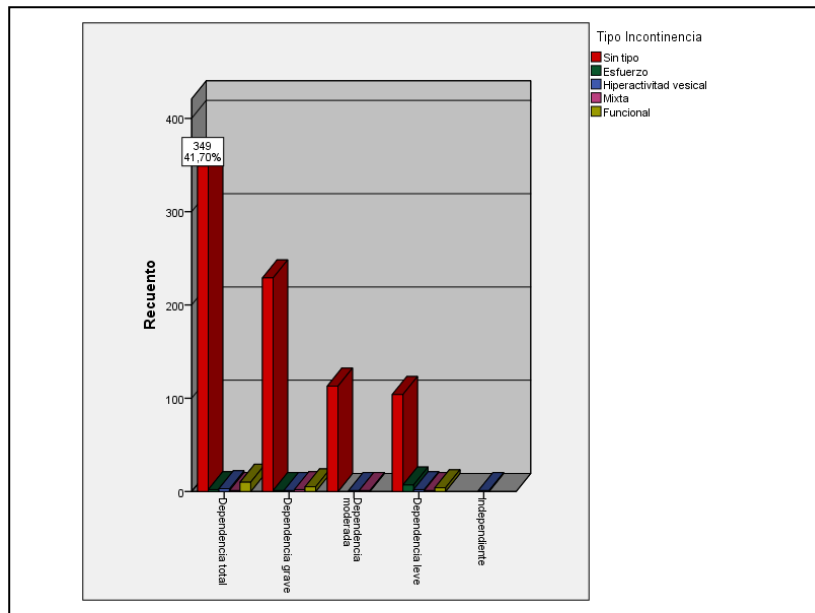


Gráfico 27: Tipos de incontinencia en relación a dependencia física.

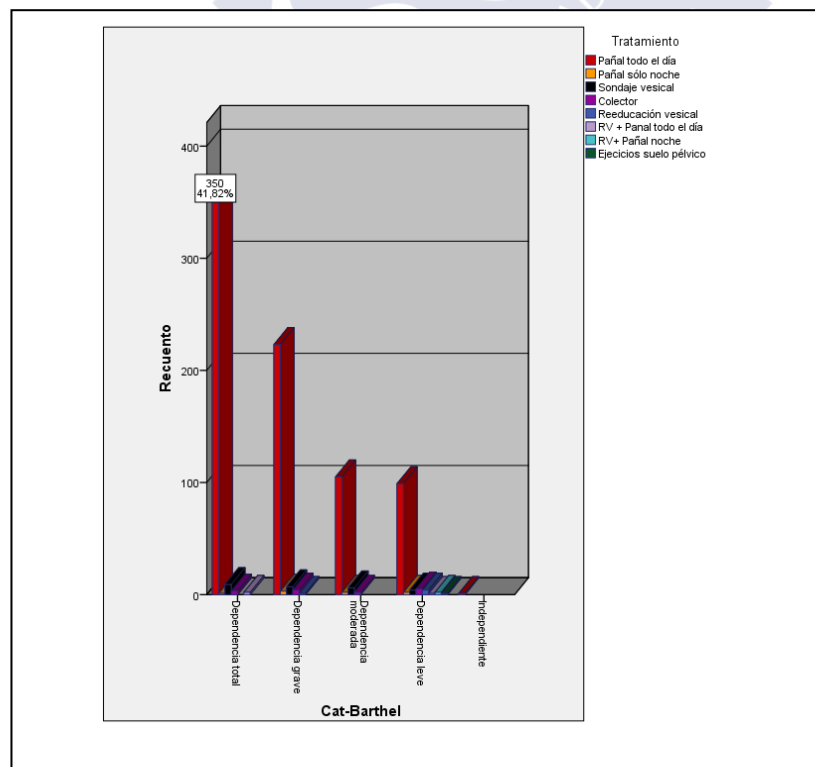


Gráfico 28: Tipos de tratamiento en relación a dependencia física.

En los gráficos 27 y 28 que nos describen la relación entre dependencia física, tipo de incontinencia y tratamiento. Observamos que con dependencia total y grave (Barthel igual o inferior a 35) el 69,1% no tienen tipificada la incontinencia y el 68,4% usan pañal todo el día. Con dependencia moderada o leve (Barthel superior a 35 e inferior a 100) el 25,9% no tienen tipificada incontinencia y el 24,3% utilizan pañal todo el día.

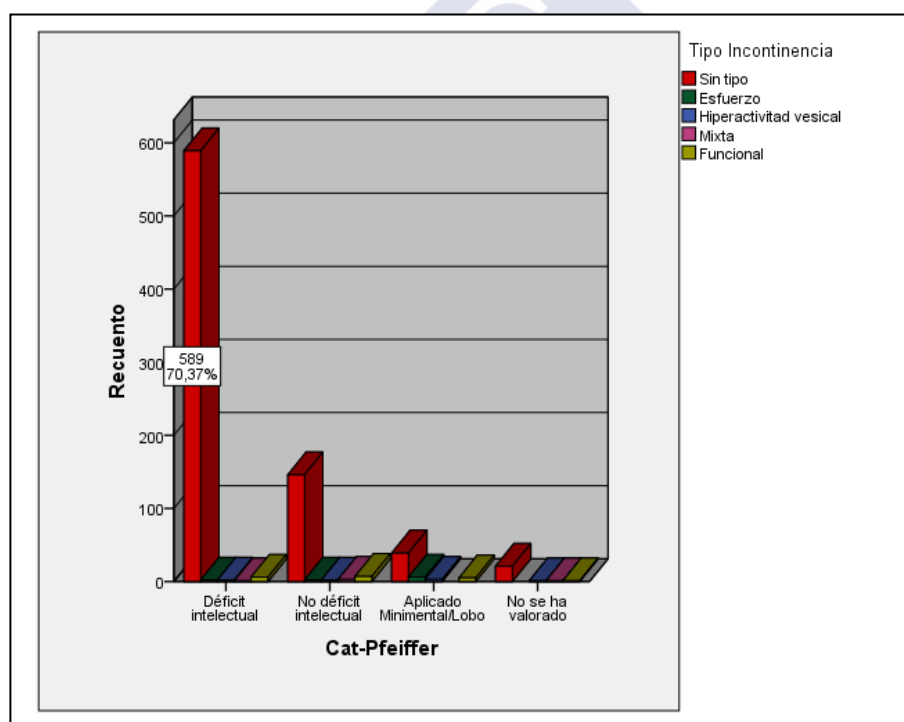


Gráfico 29: Tipos de incontinencia en relación a déficit intelectual.

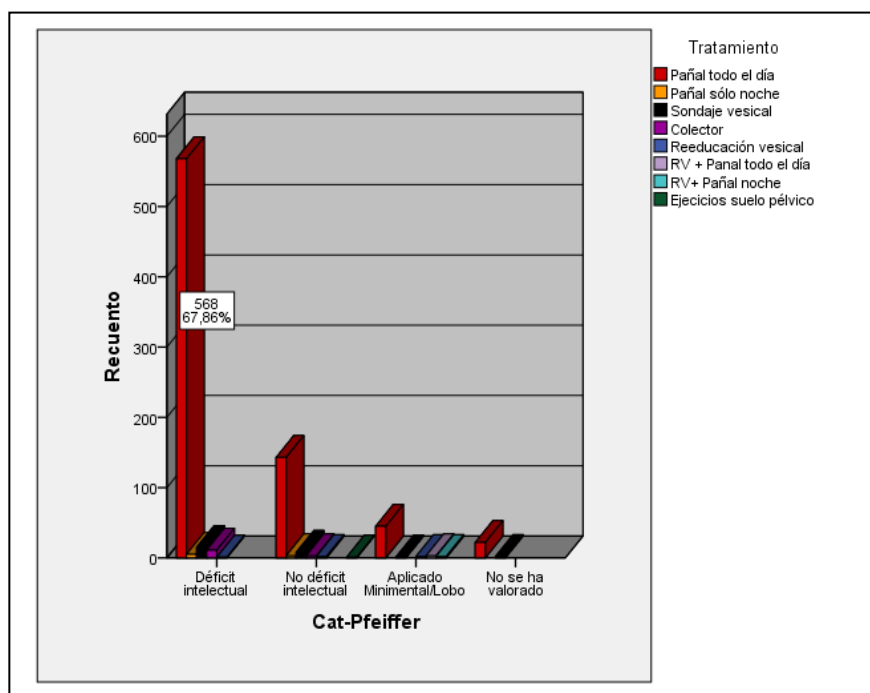


Gráfico 30: Tipos de tratamiento en relación a déficit intelectual.

En los gráficos 29 y 30 que nos describen la relación entre déficit intelectual, tipo de incontinencia y tratamiento. Observamos que con presencia de déficit intelectual (Pfeiffer 5 o más errores) el 73,10 no tienen tipificada la incontinencia y el 71,20% usan pañal todo el día. La no presencia de déficit intelectual nos muestra que el 19,3% no tienen tipificada incontinencia y el 19,11% utilizan pañal todo el día.

Como se observa no hay diferencias significativas en los resultados entre tipo de incontinencia/ tratamiento con dependencia física y déficit intelectual, si se observa un ligero aumento, un 3%-4%, de más déficit intelectual respecto a la dependencia física, y no tipificación de incontinencia y uso de pañal todo el día.

5.2. Análisis inferencial

En el análisis descriptivo se han constatado altos porcentajes, superiores al 90%, tanto de presencia de incontinencia, como de incontinencia no tipificada, de uso de pañal todo el día. Estos resultados, por si mismos, nos demuestran que no hay diferencia de abordaje en relación a la existencia o no de dependencia física y/o alteración cognitiva. Para resaltar aun más la no diferencia, se ha realizado chi-cuadrado, lo que ha supuesto redefinir estas últimas variables en: Sólo deterioro físico (Barthel igual o inferior a 35), solo deterioro cognitivo (Lobo igual o inferior a 23, Pfeiffer igual o superior a 5), funcional (deterioro físico y cognitivo) y no funcional (sin deterioro físico y cognitivo) para relacionarlo con el tratamiento: pañal todo el día y recategorización del resto de tratamientos en “otros tratamientos”.

Este análisis se ha realizado sobre 831 casos, se han debido excluir 6, porque no tenían valoración cognitiva si física y por tanto los criterios anteriormente mencionados. Los resultados obtenidos se representan mediante los siguientes gráficos:

Relación deterioro físico – deterioro cognitivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sólo deterioro físico	123	14,8	14,8	14,8
	Sólo deterioro cognitivo	119	14,3	14,3	29,1
	Funcional (deterioro físico y cognitivo)	479	57,6	57,6	86,8
	No funcional (sin deterioro físico ni cognitivo)	110	13,2	13,2	100,0
	Total	831	100,0	100,0	

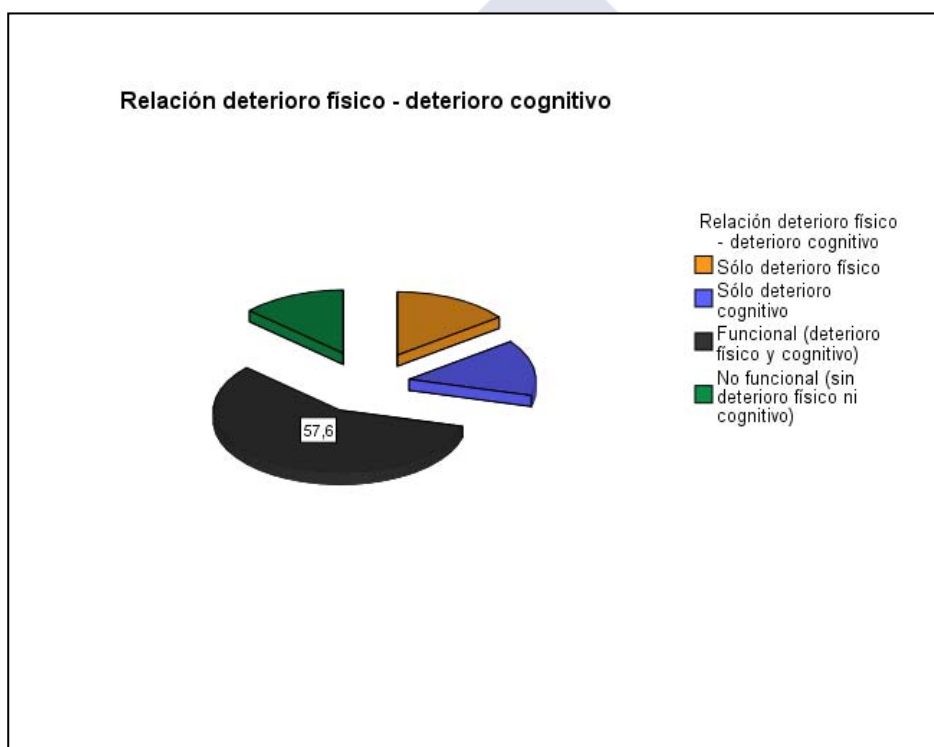


Gráfico 31: Frecuencias y porcentajes relación deterioro físico/deterioro cognitivo.

En el gráfico 31 se observa que más de la mitad, 479 casos el 57,6%, son catalogados como funcionales: presencia de deterioro físico y cognitivo

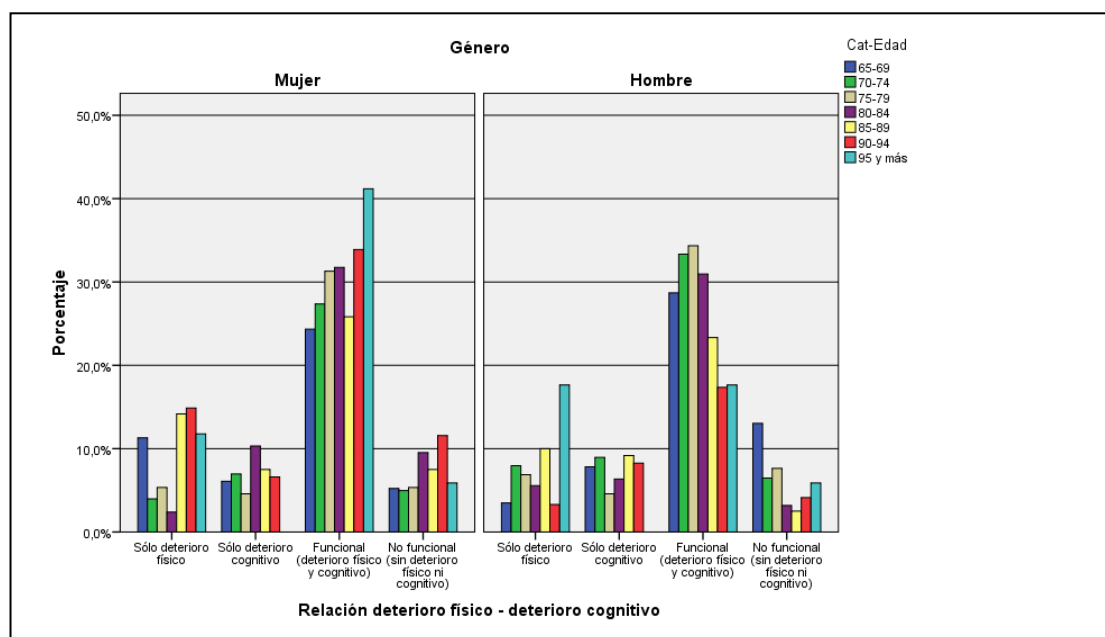


Gráfico 32: Descripción género y edad en relación deterioro físico/deterioro cognitivo.

En el gráfico 32 se constata que no existen diferencias de género y de edad en relación a deterioro físico/deterioro cognitivo, la tipología funcional es la de más prevalencia en todas las edades y en mujeres y hombres.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,235 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	16,371	3	,001
Asociación lineal por lineal	7,863	1	,005
N de casos válidos	831		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,94.

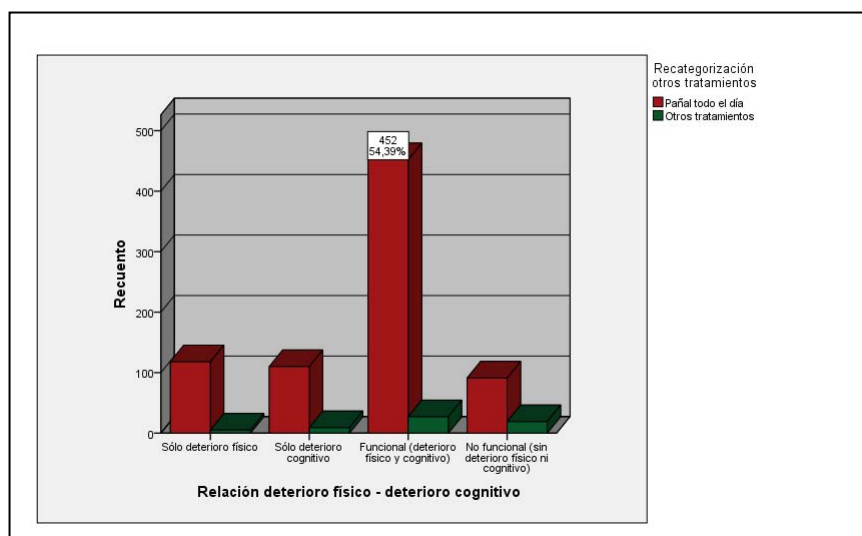


Gráfico 33: Resultado prueba chi-cuadrado: de uso de pañal todo el día y recategorización otros tratamientos con relación deterioro físico/ deterioro cognitivo.

La prueba Chi Cuadrado de Pearson efectuada con estos datos presenta el resultado ilustrado en el cuadro y gráfico 33, según el cual se rechaza la hipótesis nula (X^2 20,23, $p = 0.00$, $n = 831$). Se deduce que las variable “Relación deterioro físico – deterioro cognitivo” y “Recategorización tratamientos” están asociadas, con un nivel de confianza superior al 95%. Observando la distribución de frecuencias se aprecia que el tratamiento pañal todo el día es el aplicado indistintamente del deterioro físico o/y cognitivo basándonos en las escalas de valoración aplicadas, incluso para casos en el que no presentan deterioro.

6. DISCUSIÓN

6.1. Análisis descriptivo

Los datos obtenidos en el presente estudio mediante aleatorización, por tanto controlando los sesgos en relación a la selección de la muestra¹¹³, realizado mediante encuesta a 939 personas institucionalizadas en Centros Socio-sanitarios en unidades de larga estancia, y residencias, nos muestra que 837 (89,1%) son incontinentes, 62 (6,6%) continentes y 40 (4,3%) fueron excluidos del estudio por no cumplir el requisito de tener 65 años y más. El posterior análisis de los datos obtenidos se realizó de 899 encuestas

De los 899 resultados 463 son mujeres 51,5% y 436 hombres 48,5% con una edad media global de 79,23 años, para mujeres de 80,38 años y hombres de 78 años. Los incontinentes son 837 que representa el 93,10%, sólo 62 personas no

presentan incontinencia el 6,9%, 32 mujeres y 30 hombres y curiosamente las dos personas más longevas del estudio un hombre de 100 años y una mujer de 102, no presentan incontinencia urinaria. Este primer análisis general nos muestra que el porcentaje de personas institucionalizadas con incontinencia urinaria es superior a estudios realizados^{25, 31, 37} cuyos resultados oscilan en porcentajes de entre el 50% y el 77%. McGrother C.²⁵ en el estudio “Epidemiology of urinary incontinence in the elderly” nos describe una prevalencia en personas institucionalizadas del 50-70%; el estudio EPICONT³¹ realizado de forma conjunta en cuatro países de la UE, entre ellos España, describe una prevalencia en mujeres ancianas institucionalizadas de 50-60%; Offermans M,³⁷ en su estudio nos refiere una prevalencia de entre el 43-77% con una media del 58%, en personas ancianas institucionalizadas. Prevalencias menores que los obtenidos en el presente estudio.

No existen diferencias significativas en el resultado global, de presencia de IU, entre mujeres y hombres, en los estudios publicados si se demuestra mayor prevalencia de IU en mujeres que en hombres^{33,35}, pero si lo comparamos en relación a la edad, se observa que hay más hombres 267 (22 son continentes), que mujeres 220 (17 son continentes), en las franjas comprendidas entre los 65 y 79 años, invirtiéndose totalmente las cifras en las franjas superiores a los 80 años donde el número de mujeres 243 (15 son continentes), es superior al de hombres 169 (8 son continentes), demostrándose así la feminización del sobreenvjecimiento, en que el porcentaje de mujeres es superior al de los

hombres.¹¹¹ Espuña M.³³ en el estudio de la versión española del Incontinence Severity Index en población no institucionalizada, nos describe una prevalencia, en mujeres de 65 a 74 años del 26,6% y un 41,8% en mujeres de más de 75 años; en hombres la prevalencia es del 10,2% en la franja de edad de 65-74 y del 22,7% con más de 75 años; el estudio del ONI³⁵ nos muestra una prevalencia en mujeres e 65-74 años del 35,2%, de 75-84 años del 41,9% y más de 85 años del 49,3%, en hombres de 65-74 años 16,9%, de 75-84 años un 27,4% y más de 85 años del 27,4%. Con estos datos observamos que si hay diferencias por género y edad en relación a la presencia de incontinencia urinaria siendo más prevalente en mujeres que en hombres y en todas las franjas de edad.

El porcentaje más alto de las personas estudiadas se dan en la franja de edad de los 70-74 años tanto en mujeres 10,01% del total (3 son continentes), como hombres 13,46% del total (7 son continentes).

De los 899 casos de estudio se observa que al valorar la dependencia física en ABVD (mediante Índice de Barthel) el porcentaje más alto se da en la franja de dependencia total/grave 68,2% sin diferencias significativas de género ni edad, lo que nos indicaría que puede haber problemas para acceder al WC de forma independiente o acompañado por cuidadores y no tanto de fugas; sino hubiera un diagnóstico previo de otro tipo de incontinencia podríamos afirmar que se trataría de presencia de incontinencia funcional y el abordaje de la misma sería mayoritariamente mediante la utilización de pañales. En el 31,1% se observa una

dependencia moderada/leve por lo que la presencia de incontinencia no estaría relacionada con la pérdida de capacidad física y sería necesario conocer cual es la causa que la produce (tipificar la incontinencia), por lo que el abordaje sería en función de la causa: medidas socioambientales⁶¹ y personales⁶², técnicas modificadoras de conducta^{64,71} como la reeducación vesical y de suelo pélvico, entre otras, y no sólo el uso de pañales; este manejo de la incontinencia favorece el autocuidado. Sólo el 0,7% son independientes y en caso de presencia de incontinencia debería siempre estar tipificada y abordarla según la causa.

De los 62 continentes el 16,1 están en dependencia total/grave, el 75,8% presentan dependencia moderada/leve y el 8,1% presenta independencia, los porcentajes son totalmente inversos en cuanto al nivel de dependencia de los incontinentes (837), A reflexionar que exista un 16,1%, un porcentaje muy pequeño sobre el total de casos de estudio 1,06%, de personas con alta dependencia física que mantengan la continencia, por lo que deberíamos preguntarnos, si está en relación o no a un centro o profesionales concretos cuyo planteamiento de cuidado es favorecer en todos los casos el autocuidado y/o la potenciación de las capacidades residuales, o bien que la valoración del Barthel, hecha por el centro, esté mal realizada.

Del anterior análisis, si se refiere a los resultados obtenidos en relación a la alteración cognitiva y/o déficit intelectual, se observa que en el 93,21%, de los casos, se ha utilizado la Escala de Pfeiffer y sólo 6,79%, 61 casos del total, se ha

valorado con el Test Minimental Lobo, este dato podría explicarse por la facilidad y rapidez de utilizar la Escala de Pfeiffer, menos ítems (10 contra 35). Los resultados obtenidos nos indican que el déficit intelectual y la alteración cognitiva esta presente en el 65,5% de los casos a los que se debería añadir, un 2,7% a los que fue impracticable la valoración cognitiva, bien por dificultad en la expresión o comprensión, por déficit sensorial u otros problemas que impiden la valoración, sin diferencias significativas de genero y edad. Estos resultados son muy similares a los resultados obtenidos en la dependencia física y el abordaje de la incontinencia debería seguir los mismos parámetros que los anteriormente expuestos.

De los 62 casos sin incontinencia un 61,3% no presentan déficit intelectual/alteración cognitiva contra un 38,7% que si, estos resultados nos indican que no son equiparables la presencia de dependencia física con alteración cognitiva, porque en algunos casos, personas que presentan deterioro cognitivo mantienen algunas capacidades físicas para las ABVD, entre ellas la continencia.

De los 837 casos con incontinencia 431 mujeres y 406 hombres, el 95% no tienen tipificada la incontinencia, el 1,2% presentan incontinencia de esfuerzo, el 1% hiperactividad vesical, el 0,6 % incontinencia mixta y el 2,3% incontinencia funcional. De los estudios publicados y revisados, en ningún caso, se constata que no exista tipificación de la incontinencia, en los estudios de población anciana tanto institucionalizada como no^{31,32}, nos describen que la incontinencia de

de esfuerzo es la más habitual en las mujeres ancianas 50%, la hiperactividad vesical es la forma más común IU en mayores de 75 años 40-80%, con mayor frecuencia en hombres y la mixta con mayor prevalencia en mujeres postmenopáusicas 30-40%. Estas cifras nos demuestran que en los centros en que se ha realizado el presente estudio, la tipificación de la incontinencia es tan poco representativa 5% del total, que no permite comparar resultados, así mismo se puede constatar que el diagnóstico de IU, en estos centros, no cumple los requisitos establecidos para diferenciar las tipologías de incontinencia.

En cuanto al tratamiento recibido el 93% usan pañal todo el día y el resto de posibles tratamientos son sólo el 7%, 59 casos, a resaltar que en 26 casos, se utilizaba el sondaje vesical, sin haber ninguna tipificación de incontinencia por rebosamiento, (en que estaría indicado el uso del sondaje vesical), por lo que se supone que en estos casos la utilización del mismo correspondería a otras circunstancias⁷⁴, y no sólo a la presencia de incontinencia.

Los resultados tanto en la tipología de incontinencia como del tratamiento utilizado, nos demuestran que están relacionados, 95% sin tipo y 93% uso de pañal todo el día, ya que es difícil optar por otro abordaje sino se conoce cual es la causa de la presencia de incontinencia. Por lo que, una vez más, nos encontramos ante una incorrecta praxis del manejo de la incontinencia urinaria, ya que es poca valorada por los profesionales.

No hay diferencias significativas por edad y género, en los resultados obtenidos tanto de tipología como de tratamiento, sólo destacar que en las pocas que tenemos tipologías 5%, no coinciden con los tratamientos 7%.

Los resultados obtenidos en relación al tipo de incontinencia y tratamiento con dependencia física, observamos que el 69,1% que presentan dependencia total o grave (Barthel igual o inferior a 35), no tienen tipificada la incontinencia, y el 68,4% que usan pañal todo el día también presentan dependencia total o grave. Ante la presencia de dependencia moderada o leve (Barthel superior a 35 e inferior a 100) el 25,9% no tiene tipología de incontinencia y el 24,3 utiliza pañal todo el día. No existen diferencias significativas entre género y edad. Es difícil comparar estos resultados con estudios publicados, ya que no hay, que relacionen tipos de incontinencia con dependencia física, El más aproximado es el estudio EPICONT³⁷ que analiza la prevalencia de IU, con factores asociados, entre ellos la dependencia en las AVD, en personas ingresadas en residencia, nos muestra una prevalencia media del 58%, inferior a los resultados del presente estudio.

La relación tipo incontinencia urinaria, tratamiento con déficit intelectual/cognitivo nos muestra que a 760 personas se les ha aplicado la Escala de Pfeiffer, a 53 el Minimental Lobo y a 24 no se les ha realizado valoración cognitiva. Los resultados obtenidos han sido que 73,10% con déficit intelectual/cognitivo no tienen tipificada la incontinencia y que 71,20% utilizan pañal todo el día. De las personas que no presentan déficit intelectual/cognitivo el

19,30% no tienen tipificada la incontinencia y el 19,10% usan pañal todo el día. No existen diferencias significativas entre género y edad. Un estudio³² realizado a personas institucionalizadas, mayores de 65 años con nivel cognitivo conservado nos refiere una prevalencia de más del 50% de incontinencia y/o vejiga hiperactiva, resultados que distan en un casi 30% de los obtenidos en este estudio en que no hay prácticamente tipificación, menos de un 5% si tienen tipo y sólo dos 2 casos de vejiga hiperactiva.

Aunque no es muy significativa la diferencia en los resultados entre tipo de incontinencia, tratamiento, con dependencia física, déficit intelectual/cognitivo, si cabe reseñar el ligero aumento, alrededor del 3%, de más déficit intelectual/cognitivo, y no tipificación de la incontinencia y uso de pañal todo el día, esta diferencia se podría explicar porque personas con déficit intelectual/cognitivo mantienen aun algunas capacidades físicas para ABVD y por tanto su dependencia física no es tan severa.

A resaltar que hay una persona, tipificada como incontinente por hiperactividad vesical, que utiliza pañal todo el día, que es independiente (Barthel⁸⁹ 100) y que no es posible esta puntuación porque si presenta incontinencia urinaria su puntuación sería de 90 y por tanto su catalogación sería de dependencia leve, en este caso se puede afirmar que no se realizó el Barthel correctamente, esta persona tampoco presenta déficit intelectual (Peiffer⁹⁵ de 0); ¿por qué no se ha planteado reeducación vesical y poder retirar los pañales paulatinamente aunque

sólo sea de día?. Aunque este caso pueda considerarse anecdótico, puede ser un reflejo de la poca importancia con que los profesionales abordan el tema de la incontinencia.

Es necesario destacar también que hay registrados 9 casos de personas con incontinencia que presentan un Barthel⁹⁰ de 95, cuando no es posible, porque si presentan incontinencia, como máximo la puntuación debería ser 90, por tanto Barthel valorado incorrectamente. Así mismo destacar que cuando se recogían los datos en los centros, al revisar las historias y anotar los resultados de la Escala Pfeiffer, en lugar de estar registrados los errores cometidos⁹⁶, como así indica los parámetros de la escala, estaban registrados los aciertos, lo que suponía una confusión destacable. De ahí la importancia de que los registros, de estas escalas de valoración, cumplan los requisitos por los que fueron validados y así poder comparar resultados.

Respecto a la variable como se ha diagnosticado la incontinencia el 100% de los casos es por la clínica presente, aunque como hemos observado sólo el 5% está tipificada, la valoración clínica sólo pudo detectar la pérdida involuntaria de orina sin entrar demasiado en las causas, porque si se hubiera hecho, el número de incontinencias tipificadas sería muy superior.

Ante porcentajes tan altos de presencia de incontinencia 93,10%, sin tipo 95% y con pañal todo el día 93%, no existen diferencias significativas en la forma de

abordar la incontinencia, entre centros socio-sanitarios, unidades de larga estancia, 78,88% y residencias 21,12%. Los estudios realizados no mencionan los centros socio-sanitarios, sino que mencionan personas institucionalizadas^{25,32} o en residencias³⁷ y los resultados del presente estudio, como ya se ha visto anteriormente, de presencia de IU son muy superiores, no se puede comparar con otros estudios la tipología ni el tratamiento.

6.2. Análisis inferencial

Con los resultados obtenidos en el análisis descriptivo se ha observado que en las variables tipo de incontinencia y tratamiento de la misma nos presentan resultados con porcentajes muy altos en las categorías “sin tipo” 95% y “pañal todo el día” 93%, el resto de categorías de estas variables, las frecuencias obtenidas dan porcentajes muy bajos por lo que si no se realiza recategorización de las mismas la frecuencia esperada nos daría resultados inferior a 5 y la prueba chi-cuadrado¹¹⁸ no sería posible realizarla.

En el presente estudio es muy importante relacionar la presencia o no de incontinencia urinaria así como su tratamiento con la presencia o no de deterioro físico y/o cognitivo, para poder analizar si el abordaje de la misma cumple con los criterios establecidos por los organismos correspondientes. Es por ello que a pesar de las dificultades, anteriormente expuestas, para ejecutar la prueba de chi-cuadrado, se ha realizado esta prueba estadística, para valorar la relación entre

las variables analizadas: sólo deterioro físico (Barthel igual o inferior a 35), sólo deterioro cognitivo (Minimental Lobo igual o inferior a 23, Escala de Pfeiffer igual o superior a 5), funcional ^{xx} (deterioro físico y cognitivo), no funcional (sin deterioro físico ni cognitivo) con el tratamiento: pañal todo el día y recategorización del resto de tratamientos en “otros tratamientos”.

De los 837 casos con incontinencia, para el presente análisis, se han debido de excluir 6 casos porque no tenían valoración ni de Minimental Lobo ni de Escala de Pfeiffer y por tanto no cumplían los criterios anteriormente establecidos para poder realizar la prueba chi-cuadrado (831 casos).

Los resultados obtenidos nos muestran que el 57.6% son funcionales, pero el 92,8% utilizan pañal todo el día, sin diferencias significativas por género y edad.

Al aplicar chi-cuadrado, se rechaza la hipótesis nula, y se aprecia que pañal todo el día se utiliza indistintamente del deterioro físico y/o cognitivo e incluso sin que exista deterioro. Por lo que se demuestra que el abordaje de la incontinencia en los casos estudiados es siempre el mismo, sin tener en cuenta los principios de los cuidados enfermeros: favorecer el autocuidado, la independencia, el confort.... Ni los fundamentos de la Gerontología: que se debe potenciar las capacidades residuales.

^{xx} Se ha denominado funcional y no funcional para resaltar la importancia de tener diagnóstico, según los criterios de la ICS

Si el abordaje cumpliera los criterios establecidos según los diferentes organismos implicados y contando que en la mayoría de casos no hubiera suficiente personal y que hubiera gran deterioro físico (Bartel igual o inferior a 35) y deterioro mental, estas incontinencias se podrían tipificar como incontinencia funcional ^{41,43,44} y aceptar que el abordaje de la misma sería pañal todo el día, siempre y cuando no se pudiera realizar reeducación vesical, por falta de personal, o la combinación de reeducación vesical con pañal a determinadas horas especialmente la noche. Hacerlo de esta forma significaría poder minimizar alguno de los efectos adversos del uso del pañal, como los problemas en la piel de la zona perineal, las dermatitis del pañal y las infecciones urinarias. .

7. CONCLUSIONES

Después del análisis de las variables estudiadas, así como la relación de los datos obtenidos con la justificación y los objetivos de estudio se puede concluir:

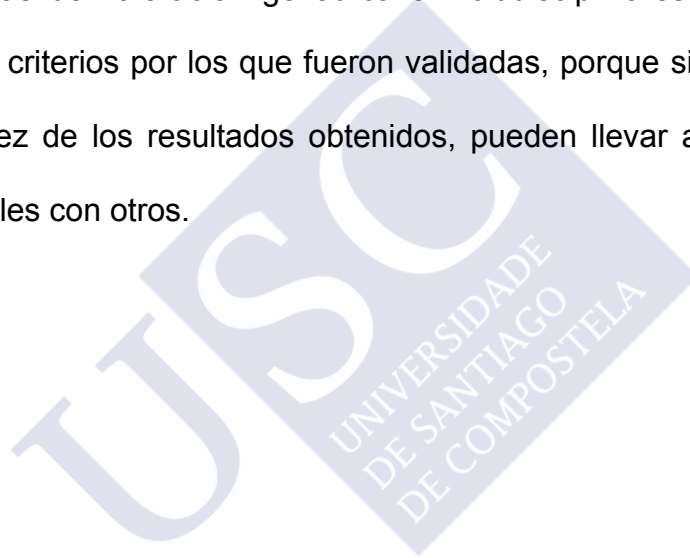
1. El porcentaje de personas institucionalizadas de 65 años y más, con presencia de incontinencia urinaria, es muy alto 93,10% y superior a los datos resaltados en otros estudios que nos describen prevalencias de entre el 50% y el 77%
2. No existen diferencias significativas en prevalencia de incontinencia entre urinaria mujeres y hombres en los datos generales, si se observa mayor prevalencia de IU en mujeres que en hombres en edades superiores a los 80 años, porque el porcentaje de mujeres respecto a los hombres, también es superior en estas franjas de edad: feminización del sobrevejecimiento.

Sólo el 5% tienen tipificación de incontinencia, el resto no la tienen tipificada, no existiendo diferencias significativas ni por género ni edad por lo que el abordaje de IU está muy estandarizado porque no se conocen las causas de la misma.

3. La presencia de dependencia física y/o déficit intelectual/cognitivo como factor asociado, en relación a la existencia de incontinencia, no muestra correlación entre ellas, ya que los porcentajes tan altos de incontinencia están distribuidos en todos los grados de dependencia, incluso en dependencia leve; y también se distribuye de la misma forma con presencia o no de déficit intelectual/cognitivo.
4. La incontinencia urinaria, uno de los grandes síndromes geriátricos, no es valorada, como debiera, por los profesionales, porque el abordaje de la misma no tiene en cuenta los criterios científicos, de tipificación, ni de relación con presencia o no de dependencia física y/o deterioro cognitivo. Se observa una generalización del tratamiento, pañal todo el día el 93% de los casos, por lo que no se favorece la capacidad de decisión, el autocuidado, la autoestima y la potenciación de las capacidades residuales.

5. La clínica es el único método de diagnóstico para las personas institucionalizadas con incontinencia, a ninguna de ellas se les ha realizado estudio urodinámico. El enfoque de la incontinencia no varía si la institucionalización es en un centro socio-sanitario o una residencia, el modelo es el mismo.

6. Las escalas de valoración geriátrica o multidisciplinares deben utilizarse según los criterios por los que fueron validadas, porque sino es así, afecta a la validez de los resultados obtenidos, pueden llevar al error y no son comparables con otros.



8. BIBLIOGRAFÍA

¹Ballesteros S. Envejecimiento saludable: aspectos biológicos psicológicos y sociales. Madrid: Universitas SA. 2007.

²Ballesteros S. Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En: Velasco Honorio. Cap.3. Madrid: Universitas SA. 2007.

³ SEGG. Tratado de Geriatria para residentes. En Luengo C, Maicas L , Navarro MJ, Romero L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. Madrid: IM&C; 2006. p. 143-150

⁴ Mayan JM. Gerontología Clínica. Santiago de Compostela: Segal; 2003. Cap. V "Síndromes geriátricos". p. 181

- ⁵ LopezR, Colas MI, Hernandez E, Ruiz D, Padin C, Morell R. Envejecer: Aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enfermería Clínica*. 2006; 16: 27-34
- ⁶ Garcia M, Medina FJ, Gallo J. Línea de especialización en Enfermería Gerontológica: Atención enfermera en los grandes síndromes geriátricos vol.4. En: Gil M Concepto de síndrome geriátrico. Madrid: Enfo ediciones; 2011.
- ⁷ Ribera JM. Geriatria en atención primaria. 3º ed. Madrid: Aula Médica: 2002
- ⁸ Kevorkian R. Physiology of incontinence. *Clin Geriatr Med*. 2004; 20: 409-425
- ⁹ Millán JC. Principios de Geriatria y Gerontología. En: Cáp.16 Grandes síndromes gerontológicos Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2006.” p. 405-412
- ¹⁰ . García M, Torres P, Ballesteros E. *Enfermería Geriátrica*. Barcelona: Masson-Salvat; 2003. Cap. 2 “El anciano sano”. 23-35
- ¹¹ Timiras PS Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatria. En Timiras PS. Cap.19. Barcelona: Masson 1997. p. 285-298

¹² Verdejo C. Tratado de incontinencia urinaria. Madrid: Luzán 5: 2006. Cáp. 10
“Incontinencia urinaria en el anciano”. 315-338

¹³ Hernandez E, Fuentelsaz C, Aran R, Suñer R, Egea B, Nieto E. La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica. Rev Española de Geriátría y Gerontología. 2007; 42: 43-51

¹⁴ Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The Standardisation of Terminology in Lower Urinary Tract Function. Neurourol Urodyn. 2002; 21: 167-78

¹⁵ Hajjar RR. Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. Clin Geriatr Med. 2004. p. 553-564

¹⁶ Verdejo C. Tratado de Geriátría para residentes. Madrid: SEGG; 2007. Cáp. 14
“Incontinencia y retención urinaria”.151-159

¹⁷ Martinez B, Salinas AS, Gimenez JM, Donate MJ, Pastor H, Virseda JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Actas Urológicas [Internet]. 2008; [consulta el 21 de noviembre 2011]; 32 (2): 202-210. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?escript=sci_arttext&pid=s0210-48062008000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/s0210-48062008000200008>

- ¹⁸ Miu DK, Lau S, Szeto SS. Etiology and predictors of urinary incontinence and its effect on quality of life. *Geriatr Gerontol Int*. 2010; 10 (2): 177-82
- ¹⁹ Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2003; 70: 54-61
- ²⁰ Espuña M, Puig M, Gonzalez M, Zardain PC, Rebollo P. Cuestionario para la evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso uterino y/o incontinencia. Validación de la versión española del “ Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionary (PISQ-12)”. *Actas Urológicas Españolas*. 2008; 32 (2): 211-219
- ²¹ Espuña M. Puiga M. Incontinencia urinaria durante la actividad sexual. Síntomas asociados y gravedad de la incontinencia. *Actas Urológicas Españolas*. 2008; 32 (6): 624-28 *Actas Urológicas Españolas*. 2009; 33 (7): 801-805
- ²² Herrera A, Arraigada J, Gonzalez C, Leppe J, Herrera F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 2008; 32 (6): 624-28
- ²³ Thakar R, Chawla S, Scheer I, Barret G, Sultan A. Sexual function following pelvic floor surgery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics Int J Gynaecol Obstet*. 2008;102(2):110-4.

- ²⁴ Hampel C, Thüroff JW, Gillitzer R. Epidemiology and etiology of male urinary incontinence. *Urologe A*. 2010; 49 (4): 481-8
- ²⁵ McGrother C, Resnick NM, Yalla SV, et al. Epidemiology and etiology of urinary incontinence in the elderly. *World J Urol*. 1998; 16 (Suppl 1) S3-S10
- ²⁶ Martín JM^a, Lobo F, Damian J, et al Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. En: Jiménez cruz JF, editor. *Urología Geriátrica*. Madrid: Aula Médica; 1999. p.59-72
- ²⁷ Gavira FJ, Caridad JM, Pérez del Molino FJ, Valderrama E, López M, et al Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *The Journal of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences*. 2000; 55: M207-M214
- ²⁸ Zunzunegui MV. Prevalencia de la Incontinencia Urinaria y factores asociados en varones y mujeres mayores de 65 años. *Atención Primaria*. 2003; 32: 337-342.
- ²⁹ Dios JM, Rodríguez M, Martínez JR, Rodríguez C, Melero M, García JR. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64. *Gaceta Sanitaria*. 2003; 17 (5): 409-11

- ³⁰ Castro D, Espuña M, Prieto M, Badia X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: estudio poblacional. Archivos Españoles de Urología. 2005; 58 (2): 131-38
- ³¹ Robles J. La incontinencia urinaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2006; 29(2): 219-32
- ³² Martínez E, Ruiz JL, Gómez L, Ramírez M, Delgado F, Revollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio del EPICC. Actas Urológicas Españolas. 2009; 33 (2): 159-166
- ³³ Espuña M, Brugulat P, Costa D, Medina A, Montpart A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. Medicina Clínica. 2009; 133 (18): 702-5
- ³⁴ Orna MI, Artero JI, Caldentey E, Usieto L, Cuadra P, Isanta C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. SEMERGEN- Medicina de Familia. 2001; 37(7): 347-51
- ³⁵ Salinas J, Díaz A, Brenes F, Cancelo MJ, Cuenllas A, Verdejo C. Prevalencia en la incontinencia urinaria en España

³⁶ Souza Santos C, Santos V. Prevalence of urinary incontinence in a random sample of the urban population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* [serial on the Internet]. (2010, Sep), [cited April 19, 2011]; 18(5): 903-910. Available from: MEDLINE.

³⁷ Offermans M, Du Moulin M, Hamers J, Dassen T, Halfens R. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourology And Urodynamics* [serial on the Internet]. (2009), [cited April 19, 2011]; 28(4): 288-294. Available from: MEDLINE.

³⁸ Millan JC. Gerontología y Geriatria Valoración r intervención. En: Garcia M. Cap. 20. Incontinencia urinaria y fecal. Madrid: Medica Panamericana; 2010. p.393-412

³⁹ Mayan JM. Gerontología Clínica. Santiago de Compostela: Segar; 2003. Cap. XVI "Patología urológica". 648-652

⁴⁰ Ouslander JG. Geriatric urinary incontinence. *Dis Mon* 1992; 2: 70-149

⁴¹ Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontience. En DuBeau C, Kuchel G, Johnson T, Palmer M, Wagg A. *Incontinence in the Frail Elderly*. 4th ed. Paris: Editions 21; 2009. p.961-1024

- ⁴² Holroyd-Leduc Jm, Tannenbaum C., Thorpe KE, Straus, SE. What type of urinary incontinence does this woman have?. JAMA. 2008; 299 (12): 1446-56
- ⁴³ Yim PS, Peterson AS. Urinary incontinence. Basic types and their management in older patients. Postgrad Med. 1996; 99: 137-150
- ⁴⁴ Martínez R, Ruiz J, Arlandis S, Martínez E. Estandarización de la terminología de la función del aparato urinario inferior: informe de estandarización del subcomité de la Sociedad Internacional de Continencia. Urdo A. 2002; 15: 281-198
- ⁴⁵ Wallner LP, Porten S, Meenan RT, O'Keefe MC, CalhounEA, et al. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. Am J Med. 2009; 122 (11): 1037-42
- ⁴⁶ Martinez E, Ruiz JI, Arlandia S, Rebollo P, Perez M, Chaves J. Anàlisis dels síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en mujeres laboralmente activas entre 25 y 64 años. Estudio EPIC. Actas Urológicas Españolas. 2010; 34(7): 618-624
- ⁴⁷ Schröder A, Abrams P, Andersson E, Artibani W, Chapple CR. et al. Guidelines on urinary incontinente. European Association of Urology 2009; 134-145 [consulta 18 de diciembre 2011]; disponible en:

<http://www.uroweb.org/gls/pockets/english/Urinary%20Incontinence%202010.pdf>

⁴⁸ Garcia JJ, Espinosa A, Vladislavovna S, Peña A, Reyes H. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Incontinencia urinaria en adultos mayores. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social. 2008; 46 (4): 415-422

⁴⁹ Keliman L. Urinary Incontinence: Basic evaluation and management in the primary care office. Prim Care clin Office Pract. 2005; 32: 699-722

⁵⁰ Espuña M, Puig M, Rebollo P. Validación de la versión en español del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga" (CACV). Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. Actas Urológicas Españolas. 2006; 30 (10): 1017-1024

⁵¹ Garcia M, Medina FJ, Gallo J. Línea de especialización en Enfermería Gerontológica: Atención enfermera en los grandes síndromes geriátricos vol.4. En: Garcia V. Incontinencia urinaria y fecal. Valoración, prevención y rehabilitación. Guías de práctica clínica. Madrid: Enfo ediciones; 2011.

⁵² Espuña M, Salinas J. Tratado de incontinencia urinaria .En: Blasco P, Espinosa FJ, Garcia M. Cap.7. Diagnóstico urodinámico de la incontinencia urinaria. Madrid: Luzan; 2006. p. 189-230

⁵³ Rotar M, Trsinar B, Kiner K, Barbic M, Sedlar A. Et al. Correlations between the ICIQ-UI short form and urodynamic diagnosis. *Neurourol Urodyn* 2009; 28 (6): 501-5

⁵⁴ Monografía en línea [Consulta el 21 de noviembre 2011]; Disponible en: <http://www.urodinamia.com/tecnicas-urodinamicas/tecnica-de-la-urodinamica-ambulatoria/>

⁵⁵ Martínez R, Ruiz J, Arlandis S, Martínez E. Estandarización de la terminología de la función del aparato urinario inferior: informe de estandarización del subcomité de la Sociedad Internacional de Continencia. *Urdo A.* 2002; 281-198

⁵⁶ Grupo Español de urodinámica y de la SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas urológicas españolas.* 2005; 29 (1): 5-7

⁵⁷ Hernieu FJ. Exploración urodinámica de las vías urinarias inferiores. Madrid: Elsevier Masson; 2009

⁵⁸ Blasco P, Espina FJ, García M. Atlas de urodinámica. En : Blasco P, Martínez R, Espinosa FJ. Cap 4. Flujiometría. Barcelona: Glosa; 2005

⁵⁹ Wein A, Kavoussi R, Andrew MD, Novick C. Urología. 9ª edi. En: NittiV, Blaivas J. Cap. 60 Incontinencia urinaria. Revisión de su epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Panamericana; 2008. p 2046-2078

⁶⁰ Sola V, Pardo J, Ricci P Cohen D. Nuevo sistema de medición urodinámica en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina; experiencia preliminar con urodinamia monocal con medición de presión de retro-resistencia uretral. Chil. Obstet. Ginecol. 2008; 73 (2): 85-90

⁶¹ Tabloski PA. Enfermería Gerontológica. 2ª edición. Madrid: Pearson; 2010

⁶² Honório O, Santos MA. Incontinencia urinaria y envejecimiento: Impacto en lo cotidiano y en la calidad de vida. Rev. Bras. Enferm. [revista en Internet]. 2009 Feb [citado 2010 Jul 04] ; 62(1): 51-56. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000100008&script=sci_abstract&lng=es

⁶³ Marshall LL, Baliey W. Urinary incontinence management in geriatric patients. Consult Pharm. 2008; 23 (9): 681-94

⁶⁴ Lawhorne LW, Ouslander JG, Parmelee PA, Resnick B, Calabrese B. Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities. J Am Med Dir Assoc. 2008; 9 (1): 29-35

- ⁶⁵ Wiedemann A, Füsgen I. Therapy for urinay incontinente in general practice. Aktuelle Urol. 2009; 40 (4): 242-6
- ⁶⁶ Claeys C, Hanotier P, Lenaerts LA. Urinary incontinence in the elderly: distinctive feature and management. Rev Med Brux. 2010; 31 (1): 23-
- ⁶⁷ Marshall LL, Baliey W. Urinay incontinence management in geriatric patients. Consult Pharm. 2008; 23 (9): 681-94
- ⁶⁸ Médicos especialistas en Medicina de Familia y en Medicina Preventiva y Salud Pública. Equipo editorial Fisterra; [consulta el 26 de enero de 2012]; Disponible en: http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/absorbentes_IU.asp
- ⁶⁹ Robles JE. La incontinencia urinaria. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (2): 219-232
- ⁷⁰ Serrano A, Ferrete MV, Plans MA, Fernandez C, Roseel M. Utilización de los absorbentes para incontinencia en 2 residencias geriátricas. Enfermería clínica . 2006; 16 (4): 206-9
- ⁷¹ Documentación de Enfermería. Hospital Universitario Gregorio Marañón: Versión ; 2009; [consulta el 20 de diciembre de 2011]; Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf>

<f&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DColector+urinario.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145323&ssbinary=true>

⁷² Gomez E, Granda M, Batista JE. Fisioterapia y manejo paliativo en la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: principio y fin de un camino. Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (10): 889-895

⁷³ Jimenez E. Prolapso uterino, pesario y Medicina de Familia. [Consulta el 20 de diciembre de 2011]; Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4060/1/Prolapso-uterino-pesario-y-Medicina-de-Familia.html>

⁷⁴ Jimenez I, Soto M, Vergara L, Cordero J, Rubio L, Coll R, et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). [Consulta 20 de diciembre 2011]; Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf>

⁷⁵ SEGG. Tratado de Geriatria para residentes. En Anton M, Esteban R, Ortes R. Infección urinaria. Madrid : IM&C; 2006. p.429-433

⁷⁶ Milla F, Romero A. Reeduación vesical. Respuesta de un paciente. Evidentia 2008; 5 (23); [Consulta 10 de septiembre de 2011]; Disponible en :

<http://www.index-f.com/evidentia/n23/ev6806.php>

⁷⁷ Araño P, Rebollo P, Gonzale-Segura D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con incontinencia urinaria mixta. Actas urológicas Españolas. 2009; 33(4). 410-415

⁷⁸ Espuña M. Incontinencia de orina en la mujer. Med. Clin. 2003; 120 (12): 474-72

⁷⁹ Rey S, Garcia M, Rodriguez MI, Baztán JJ. Beneficios de un programa de reeducación vesical en ancianos hospitalizados. Nure investigación. 2007; 28. [Consulta 20 de diciembre 2011]; Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.net/FICHEROS ADMINISTRADOR/ORIGINAL/pdf original_282042007101347.pdf](http://www.nureinvestigacion.net/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/pdf_original_282042007101347.pdf)

⁸⁰ Bureau CE. Beyond the bladder: management of urinary incontinence in older women. Clin Obstet Gynecol. 2007; 50 (3) :720-34

⁸¹ Perez A, Perez I. Seguir un programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico mejora la incontinencia urinaria en mujeres. Enfermería Clínica. 2008; 18 (2): 104-105

⁸² Lorenzo MF, Silva Jm, Garcia FJ, GaniniA, Urrutia M. Tratamiento de la incontinencia de esfuerzo con biofeed-back perineal con electrodos en superficie. Actas Urológicas españolas. 2008; 32 (6)

⁸³ Napal C, Lara C, Echeandria B, Egaña C, Lezaun R, et al. Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2004; 89:8-10

⁸⁴ Vallejo JM, Rodriguez M, Valverde MM. Valoración enfermera geriàtrica. Un modelo de registro en residencia de ancianos. Gerokomos. 2007; 18 (2)

⁸⁵ Mauk KI. Enfermería Geriàtrica y competencias asistenciales. En: Guse L. Assessment of the Older Adult. Madrid: McGraw Hill; 2010. 232-259

⁸⁶ Parra JA. Unidades de valoración sociosanitaria: valoración de pacientes ingresados en hospitales de referencia. Cap.6 Palma de Mallorca: GESMA; 2007: 11-12

⁸⁷ Monografía en Línea. Cuestionarios empleados en valoración geriàtrica:

[Consulta 22 de noviembre 2011]; Disponible en:

<http://personales.mundivia.es/imlesende/cuestionarios.htm>

⁸⁸ Monografía en línea. [Consulta 22 de noviembre 2011]; Disponible en:

http://www.gerontologo.es/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=57

⁸⁹ Ministerio Sanidad y Consumo et al. Primera Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica en España “prevención de la dependencia en personas mayores”.Cap.3. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007: 18-19

⁹⁰ Monografía en línea [Consulta 16 de noviembre]; Disponible en:

http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/indice_barthel.pdf

⁹¹ Lobo A, Saz P, Roy JF. Deterioro cognoscitivo en el anciano. Cap. 4: 99-123 [consulta 16 de diciembre 2011]; disponible en:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/deterioro%20cognitivo%20anciano.pdf>

⁹² Folstein MF, Folstein SE y McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research 1975; 12(3): 189:198

⁹³ Lopez J, Martí G. Mini-examen cognoscitivo (MEC) . Revista Española de Medicina Legal. 2011; 37: 122-7

⁹⁴ Monografía en línea. [Consulta 18 de noviembre de 2011]; Disponible en:

<http://centros-psicotecnicos.es/procesos-cognitivos-demencias/test-mini-mental/gmx-niv54-con136.htm>

⁹⁵ Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975;23(10):433-41

⁹⁶ Monografía en línea. [Consulta 18 de noviembre de 2011]; Disponible en:
http://www.gerontologo.es/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=56

⁹⁷ Monografía en línea. [Consulta 18 de noviembre de 2011]; Disponible en:
<http://www.hipocampo.org/pfeiffer.asp>

⁹⁸ Monografía en línea. [Consulta 19 de noviembre de 2011]; Disponible en:
<http://centros-psicotecnicos.es/procesos-cognitivos-demencias/cuestionario-de-estado-mental-de-pfeiffer/gmx-niv54-con137.htm>

⁹⁹ Salvà A, LLevadot MD, Miro M, Rovira JC, Vilalta M. Et al. L'atenció socio sanitària a Catalunya. En: cap. 3. El model d'atenció. Barcelona: Catsalut; 2004. p.21-26

¹⁰⁰ Salvà A, LLevadot MD, Miro M, Rovira JC, Vilalta M. Et al. L'atenció socio sanitària a Catalunya. En: cap. 4. Els centres i serveis socio sanitàris. Barcelona: Catsalut; 2004. p. 27-28

¹⁰¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director Sociosanitari. En: Cap 6. Propostes. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006. p. 81-104

¹⁰² Monografía en línea [Consulta 12 de diciembre de 2011]; Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=f797a4b1e51a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f797a4b1e51a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

¹⁰³ Sorribas M. Planificación y control de las intervenciones. Unidad Didáctica 1. Barcelona: Altamar SA; 2011. p. 625

¹⁰⁴ Salva A. Las publicaciones científicas, reflejo de la investigación en Geriatria y Gerontología. Editorial. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2005; 40 (1): 1-3

¹⁰⁵ Sorrentino G. Fundamentos de Enfermería Práctica. 4ª edición. En cap 7. Cuidado de la persona anciana. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2011

¹⁰⁶ Rodriguez O. Rehabilitación funcional del anciano. Medisan. 2009; 13 (5)

¹⁰⁷ Red latinoamericana de Gerontología. Algunas reflexiones sobre Gerontología, educación y profesionalización. [Consulta 21 de diciembre 2011]; Disponible en :

<http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=175>

¹⁰⁸ Ministerio de Sanidad y Política Social. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. En: cap 10. Protección jurídica de las personas mayores. 48-50

¹⁰⁹ Boixadera M, Riera JA. Una mirada ética hacia el cuidado del anciano con dependencia. [Consulta 21 de diciembre 2011]; Disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num012/escrits.html>

¹¹⁰ Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpon AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. En: Pulpon AM. Diseños de investigación. Barcelona: Ediciones Universitat Barcelona; 2000. p 38-53

¹¹¹ Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. [Consulta 21 de diciembre 2011]; Disponible en: <http://www.ine.es/>

¹¹² Celis AJ. Bioestadística.. 2º ed. En cap 8. Muestreo. México: Manual Moderno; 2008. p 59-68

¹¹³ Giron FJ, Villegas MA. R.A. Fisher su contribución a la Ciencia Estadística. [Consulta 10 de Octubre 2011]; Disponible en: http://dmle.cindoc.csic.es/pdf/HISTORIADELAMATEMATICA_1998_00_00_02.pdf

- ¹¹⁴ Milton JS. Estadística para biología y ciencias de la salud. 3ª ed. En: cap 1 Métodos descriptivos. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p.1-48
- ¹¹⁵ Celis AJ. Bioestadística. 2ª ed. En: Cap 2. Recolección y revisión de datos. México: Manual Moderno; 2008. p 9-14
- ¹¹⁶ Bandres F, Caballero M, Delgado S, Gonzalez M, Herrero B. et al. El consentimiento informado. En: Herreros B, Caballero M, Tormo M, Delgado S, Gonzalez M. Aspectos éticos del consentimiento informado. Madrid: Ediciones Comité de Bioética Derecho Sanitario ASISA-LAVINIA; 2010. p 39-52
- ¹¹⁷ Monegal M. Introducción al SPSS. Manipulación de datos y estadística descriptiva. En: Cap 2. Terminología SPSSWIN. Barcelona: Ediciones UB; 1999. p.11-22
- ¹¹⁸ Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. En: Fuentelsaz C. Análisis de los datos e interpretación de los resultados. Barcelona: Ediciones Universitat de Barcelona; 2000. p 72-108.

9. ANEXOS

9.1. Índice de Barthel

9.2. Mini-mental test de Lobo

9.3. Escala de Pfeiffer

9.4. Encuesta

9.5. Petición acceso centros

Índice de Barthel

Comida 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Aseo 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise. 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona. 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc) 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Ir al retrete 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo. 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Traslado cama /sillón 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.



<p>10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.</p> <p>5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.</p> <p>0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.</p>
<p>Deambulaci3n</p> <p>15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.</p> <p>10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador</p> <p>5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n</p> <p>0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro</p>
<p>Subir y bajar escaleras</p> <p>10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona</p> <p>5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.</p> <p>0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor</p>
<p>Total:</p>

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

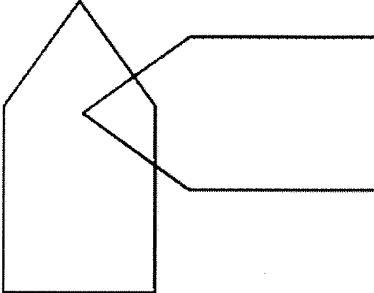
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente



Mini-examen cognoscitivo Lobo

	PUNTUACIÓN
ORIENTACIÓN TEMPORAL: ¿En qué día estamos?..... ¿En qué fecha?..... ¿En qué mes?..... ¿En qué estación..... ¿En qué año?	____(5)
ORIENTACIÓN ESPACIAL: ¿En qué hospital o lugar estamos?..... ¿En qué piso o planta?..... ¿En que pueblo o ciudad?..... ¿En qué provincia, región o autonomía?..... ¿En qué país?.....	____(5)
FIJACIÓN: Repita estas 3 palabras: 'peseta- caballo- manzana'..... <small>Repita estas 3 palabras una por una. Luego añada las otras dos palabras a cada una de las repeticiones y así sucesivamente.</small>	____(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 Ptas. y le van quitando de 3 en 3, ¿cuantas le quedan?.....(27) ¿y si le quitan otras 3?.....(24) ¿y ahora?.....(21) ¿y 3 menos son?.....(18) ¿y si le quitan otras 3?.....(15) <small>(Añote un punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta)</small>	____(5)
Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás..... <small>(Como alternativa, decíle 'mundo' y que lo repita al revés)</small>	____(3)
MEMORIA ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.....	____(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.....	____(2)
Repita la frase 'En un trigal había 5 perros'..... <small>(Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento)</small>	____(1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato? ; ¿Qué son el verde y el rojo?.....	____(2)
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa	____(3)
Lea esta frase y haga lo que dice.....	____(1)
Escriba una frase (con sujeto y predicado)..... CIERRE LOS OJOS	____(1)



Copie este dibujo..... 	
Puntuación total	_____(1) _____(35)

El punto de corte sugestivo de demencia es 23/24 para personas de 65 años o más y de 27/28 para menores de 65 años.

35 - 30 Normal

29 - 25 Discreto déficit; pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural

20 - 24 Deterioro cognitivo leve

15 - 19 Deterioro cognitivo moderado; muy sugestivo de demencia clara

0 - 14 Deterioro cognitivo grave.

(Folstein et al, 1975; adaptado a España por Lobo et al, 1979)



SPMSQ de Pfeiffer

Short Portable Mental State Questionnaire de Pfeiffer

Muy rápido y sencillo de utilizar para "screening"

SPMSQ de Pfeiffer

Pregunta a realizar	Errores
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (si no tuviese teléfono, preguntar cuál es su dirección)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	
Total:	

Se adjudica un punto por cada error, considerando patológico un total de 5 ó más puntos, y permitiéndose un error de más en caso de no haber recibido el paciente estudios primarios o un error de menos si ha recibido estudios superiores



INCONTINENCIA URINARIA

1. Sexo H

M

2. Edad

3. Presencia de incontinencia urinaria: Sí

No

4. Tipo de incontinencia urinaria:

Esfuerzo

Mixta

Hiperactividad vesical

Funcional

Rebosamiento

Sin tipo

5. Tipo de abordaje de la incontinencia:

Reeducación vesical

Ejercicios de suelo pélvico

Sondaje vesical

Colector masculino

Pañales

Solo día

Solo noche

Todo el día

6. Barthel. Puntuación:

7. Deterioro cognitivo. Puntuación

Minimental

Pfeiffer

8. Si tipología de incontinencia, diagnóstico mediante:

Clínica

Urodinámica





UNIVERSITAT DE BARCELONA



Benvolguts,

Sóc Professora Titular de l'Escola de Infermeria de la Universitat de Barcelona els agrairia que poguéssim consultar unes dades, per tal de poder incloure-les, a un treball de recerca sobre incontinència d'orina, en persones mes gran de 65 anys, que estic fem per la meva Tesi Doctoral.

Varem consultar amb la Generalitat per tal de que ens donessin el permís per fer-ho i en facilitessin el nombre de llits que depenen d' ella. Les dues peticions varem ser concedides, és per això que en adrecem a vostès perquè formen part de la xarxa de la Generalitat.

Com que tan sols necessitem dades de les histories clíniques dels pacients, els serveis Jurídics de la UB així com les persones que ens han informat de les Conselleries de Salut i Benestar Social, ens han dit que no cal el consentiment informat de les persones sinó que, tan sols necessitem el permís per accedir a les histories clíniques i en dues conselleries ens l' han donat.

Evidentment, en la forma que tenim de recollir les dades, queda assegurat l'anonimat tant de la persona com de la institució.

Agraint d'antuvi la seva col·laboració

Cordialment.

Misericòrdia Garcia Hernandez
Professora Titular UB

Barcelona, Març 2011