



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Salud del Adulto y Anciano



PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES POLICLÍNICA DE GERIATRIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS “DR. MANUEL QUINTELA” MONTEVIDEO 2007-2008

Autores:

Br. Bello Barbachán, Verónica
Br. Machado Armúa, Carla
Br. Magnoni Feijóo, Natalia
Br. Zapata Almada, José

Tutores

Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino
Prof. Adj. (s) Lic. Diana Rundie

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Abreviaturas.....	5
Introducción.....	6
Problema.....	7
Objetivos generales y específicos.....	9
Fundamentación teórica y Antecedentes.....	9
Material y Métodos.....	17
Consideraciones éticas.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	30
Conclusiones y Sugerencias.....	33
Referencias Bibliográficas.....	35
Anexos.....	37

Agradecimientos

Agradecemos al personal de la Policlínica de Geriátrica del Hospital de Clínicas por su colaboración y recibimiento, al personal de Registros Médicos que nos proporcionaron los registros y nos brindaron un lugar donde trabajar durante la extracción de datos, a nuestros Tutores por su paciencia y apoyo.

Por último, a nuestras familias por su comprensión y afecto.

A todos gracias.

Resumen

El crecimiento demográfico del adulto mayor en el Uruguay ha ido en aumento en los últimos años, actualmente el 14,1 % de la población corresponde a esta edad.

Los cambios en el perfil epidemiológico ocurren con el envejecimiento poblacional, donde las enfermedades crónicas no transmisibles comienzan a predominar así como los trastornos funcionales vinculados a este proceso, como los son la pérdida de la memoria, el deterioro cognitivo, la incontinencia, entre otros.

La Incontinencia Urinaria entendida como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y social, es considerada como uno de los grandes Síndromes Geriátricos; aumenta con la edad, provoca un impacto negativo en la calidad de vida, la capacidad funcional y la autonomía de los adultos mayores constituyendo un problema que involucra al Sector Salud. La enfermería profesional, desde una perspectiva holística, busca identificar las necesidades de la población para poder actuar sobre cualquier factor que impida su satisfacción, disminuya su autonomía, o le impida un “envejecimiento activo saludable”.

Teniendo en cuenta esta situación y con la finalidad de estimar la prevalencia de este síndrome es que se realizó una investigación en la población de 832 adultos mayores que consultaron en la Policlínica de Geriatria, del Hospital de Clínicas, entre los años 2007 y 2008.

El diseño fue de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, con un muestro probabilístico, aleatorio simple de 225 usuarios. Los datos fueron obtenidos de la Valoración Geriátrica Integral de las Historias Clínicas. Se estudiaron variables demográficas (sexo, edad) incontinencia urinaria, deterioro cognitivo, nivel de dependencia, tipo de incontinencia, tratamiento y especialista derivado.

Los resultados muestran que la prevalencia total estimada de Incontinencia Urinaria fue del 39% IC (95%) 33% - 45%. Para mujeres del 41% IC (95%) 33% - 48% y en hombres del 33% IC (95%) 20% - 46%.

Palabras Clave: Incontinencia Urinaria. Prevalencia. Adultos mayores.

Abreviaturas

ABVD: Actividades Básicas de la Vida diaria

ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña.

IC: Intervalo de Confianza.

ICS: International Continence Society/ Sociedad Internacional de Continencia.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

IU: incontinencia urinaria.

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

TOT: trans obturator tape (sling transobturatriz de malla simple de polipropileno).

TVT: trans vaginal tape (sling trenzado monofilamentado de polipropileno).

UPP: úlceras por presión.

VGI: valoración geriátrica integral.

Introducción

El estudio fue desarrollado por cuatro estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, Plan de Estudios 93`; durante los meses junio- diciembre del 2012 (Ver Anexo I) en la policlínica de geriatría del Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”, con el fin de estimar la Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en adultos mayores.

El crecimiento demográfico del adulto mayor (población mayor de 65 años según OMS) en el Uruguay ha ido en aumento en los últimos años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), sobre el Censo del año 2011 en Uruguay muestra que el 14,1 % corresponde a adultos mayores (463.726 habitantes), lo que representa un crecimiento de casi el doble considerando los datos del Censo de 1963, donde la proporción de adultos mayores ocupaba el 7,6% de la población total.¹ Según la distribución del adulto mayor en nuestro territorio nacional (Censo 2011), se ubica 92,5% en las zonas urbanas; y si consideramos por departamentos se concentran al sur del Rio Negro: Lavalleja, Colonia, Florida y Montevideo (24,4%).

Uruguay es una de las poblaciones más envejecidas de América Latina, con tendencia a un envejecimiento de la vejez, por aumento de la población en edades más avanzadas, con predominio del sexo femenino, de concentración urbana, con niveles de instrucción y alfabetización relativamente altos, que de acuerdo a la situación conyugal las mujeres son las más afectadas por la viudez.^{1,2}

Los cambios en el perfil epidemiológico ocurren con el envejecimiento poblacional, donde las enfermedades crónicas no transmisibles comienzan a predominar así como los trastornos funcionales vinculados a este proceso, como los son la pérdida de la memoria, el deterioro cognitivo, la incontinencia, entre otros.

La prevalencia de la incontinencia urinaria (IU) en adultos mayores es de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La incidencia y la prevalencia de IU se considera como uno de los síndromes geriátricos ya que ésta aumenta con la edad; provocando un impacto negativo en la calidad de vida, la capacidad funcional y la autonomía de los adultos mayores.¹

¹ <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/n2/revis2i.html>

Se ha señalado también que tiene su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores, en el gasto de recursos a nivel hospitalario y familiar.

La Incontinencia urinaria y/o fecal constituye un problema sanitario, que involucra a todos los actores del Equipo de Salud, la enfermería profesional no es ajena a este acontecimiento ya que desde una perspectiva holística, busca identificar las necesidades de la población para poder actuar sobre cualquier factor que impida su satisfacción, disminuya su autonomía, o le impida un “envejecimiento activo saludable”, en este grupo poblacional en particular.

Teniendo en cuenta esta situación y con la finalidad de conocer la magnitud de este síndrome es que se realizó una investigación en la población de adultos mayores que consultaron en la Policlínica de Geriátrica en los años 2007 y 2008, periodo en que funcionaba la policlínica genitourinaria, con profesionales de ambas disciplinas (Ginecología y Urología) donde la calidad del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los usuarios era óptima (actualmente ha dejado de funcionar integralmente). La investigación fue de tipo descriptiva, retrospectiva de corte transversal, con una muestra probabilística seleccionada por el método aleatorio simple. Los datos fueron obtenidos de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) de las Historias Clínicas, comprendiendo variables de género, edad, deterioro cognitivo, nivel de dependencia, derivación a especialistas y realización de tratamientos, los datos fueron recolectados en un instrumento diseñado para tal fin.(Ver Anexo II).

Problema

¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria en los adultos mayores de la policlínica de geriatría del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”? Montevideo-Uruguay 2007-2008.

La incontinencia urinaria (IU) según la International Continence Society (ICS), se define como cualquier pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y social y es considerada como uno de los síndromes geriátricos ²

² <http://www.icsoffice.org/Documents/Documents.aspx?DocumentID=21>

Según estudios recientes realizados en varios países europeos, estiman que la IU tiene una prevalencia 14% (intervalo de confianza IC 95%= 11%-17%) en varones y 30% (IC (95%) = 26%-34%) en mujeres.³ Pese a que éstas investigaciones indican que la IU afecta la calidad de vida y produce un impacto psicosocial, aún permanece como un problema oculto, lo que impide un diagnóstico y tratamiento adecuado.

La IU aparece reflejada en la literatura enfermera como un problema de salud vinculado a la alteración en la necesidad de eliminación que lleva asociados problemas higiénicos, psíquicos, físicos y socioeconómicos que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo. Influye en el entorno familiar, en las relaciones, en el grado de independencia provocando una situación de aislamiento por la sensación de vergüenza, con pérdida de la autoestima e incremento de la dependencia a terceras personas.⁴

El enfermero profesional en su rol de captación de estos casos en el Primer Nivel de Atención, contribuye en el desarrollo de Programa del Adulto Mayor que busca dar respuesta a estas necesidades, mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) de promoción y prevención, considerando a cada usuario en su situación personal, familiar y sociocultural.

³ <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-española-geriatria-gerontologia-124/prevalencia-principales-caracteristicas-incontinencia-urinaria-poblacion-anciana-90000145->

⁴<http://www.enfermeriamilenium.com/2012/03/manejo-de-la-incontinencia-mediante-evacuaci%C3%B3n-inducida.html>

Objetivo general

- Estimar la prevalencia de la incontinencia urinaria en los adultos mayores de la policlínica de geriatría del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el período 2007-2008.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población objeto de estudio según las variables: edad, sexo, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y nivel de dependencia.
- Describir los usuarios con incontinencia urinaria en relación al tipo de incontinencia, especialistas derivados y tipo de tratamiento recibido.
- Estimar la prevalencia de IU mediante un intervalo de confianza para el total y por sexo.
- Buscar asociaciones entre la variable IU y las variables independientes sexo, edad, deterioro cognitivo y nivel de dependencia.

Fundamento Teórico y Antecedentes

El proceso de envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno irreversible y progresivo, fenómeno conocido como transición demográfica, teniendo distintos ritmos y velocidades según las diferentes regiones. El envejecimiento poblacional es expresión del descenso de la tasa de natalidad y mortalidad determinando la prolongación de la vida de las personas, los factores vinculados a esto apuntan a la implementación de políticas socio-sanitarias que fomentan la salud y promueven hábitos de vida saludables entre otros. La transición demográfica en Latinoamérica ha tenido un perfil acelerado y heterogéneo; encontrándose países en etapas avanzadas como Costa Rica, Chile, Argentina con crecimiento poblacional de 1,8; 1,3; y 1,2 respectivamente y países en etapas muy avanzadas de la transición con estancamiento del crecimiento poblacional como Uruguay y Cuba, 0,8 y 0,6 respectivamente. Esto destaca a nuestro país como el país latinoamericano mas envejecido únicamente superado por Cuba.

Como consecuencia directa del aumento de la población de edad avanzada, se ha observado un aumento en la prevalencia de afecciones y enfermedades crónicas en detrimento de las enfermedades transmisibles (Transición Epidemiológica) esto constituye un desafío para la salud pública de los países y los profesionales de la salud, donde el rol de la atención primaria es primordial.^{5 6 7}

En los pacientes adultos mayores el declinar progresivo de las funciones de órganos y sistemas, propios del envejecimiento natural, condiciona de gran manera su independencia y su autovalidez; afectando en su rol como parte activa de la sociedad, elemento de importancia para el actuar del profesional en salud. En este contexto la IU es un problema de salud del Adulto Mayor requiriendo para su atención un enfoque multidisciplinario, que se fundamente en la investigación y cuente con los recursos humanos y servicios de salud adecuados, para lograr satisfacer las necesidades específicas de esta población.

Una visión integral del Adulto Mayor se logra mediante una VGI, proporciona un conocimiento de la situación particular de cada paciente lo que nos permite elaborar un plan de acción individual y personalizado que incluya acciones preventivas, terapéuticas o rehabilitadoras.

La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva, utilizada hoy en día, es "un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la optima utilización de recursos para afrontarlos"⁸.

En la aplicación de la VGI con el uso de la historia clínica y la exploración física así como instrumentos más específicos como las escalas de valoración cognitivas (Pfeifer), escalas de valoración de independencia (Barthel); facilitan la detección

⁵ Paredes M., Ciarniello m., Brunet N., "Indicadores Socio demográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay" UNFPA, Uruguay , setiembre 2010.

⁶ Uruguay en cifras 2012 INE .URUGUAY

⁷ Chakiel Juan, "la dinámica demográfica en América latina" CEPAL, CELADE 2004, Santiago de Chile

⁸ Marín, Pedro Paul. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. Boletín de la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.2000 Disponible en:
<http://www.escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/FragilidadAdulto.html>

precoz de problemas, unifican criterios diagnóstico y ayudan en la comunicación interdisciplinaria.

Los enfermeros profesionales como agentes de salud, realizan una VGI orientados por diferentes teorías de enfermería como la de Virginia Henderson. esta Teoría plantea que: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". Parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las 14 necesidades humanas básicas detectadas en el paciente. ⁹ (Ver anexo III).

Incontinencia Urinaria

Se define según la Sociedad de Continencia internacional (International Continence Society) como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social que se puede demostrar objetivamente.¹⁰

Es considerado uno de los grandes síndromes geriátricos, por su gran prevalencia y por las repercusiones que produce sobre la calidad de vida del anciano, siendo un motivo de los más frecuentes de institucionalización.

Origina importantes repercusiones físicas, psicológicas y socioeconómicas. Genera un impacto negativo y un deterioro importante del estado funcional y de la calidad de vida del paciente.

⁹ <http://www.enfermero.cl/index.php/categorias/publicaciones/76-enfermeras-teoricas-virginia-henderson>.

¹⁰ <http://www.icsoffice.org/Documents/Documents.aspx?DocumentID=21>

Clasificación

Según la duración

Aguda reversible: Inicio repentino, duración menor a 3 o 4 semanas o en relación con proceso agudo. Cede cuando se resuelve el problema.

Persistente: Duración mayor de 3 o 4 semanas sin relación con enfermedad aguda, se divide en 4 grupos

a) Urgencia:

Es la causa más común de la incontinencia urinaria persistente en la población anciana.

Clínicamente pérdida de orina general en grandes volúmenes determinada por la incapacidad de retrasar la micción después de percibir el deseo miccional. Percibe el deseo y la urgencia miccional. Generalmente los pacientes presentan otros síntomas junto a la urgencia miccional, como polaquiuria, tenesmo y nicturia que suelen desencadenarse por circunstancias tales como lavarse las manos, escuchar agua correr o simplemente por experimentar frío.

b) De esfuerzo o estrés:

Clínica: escape de orina con aumento de la presión intraabdominal. Predomina en el sexo femenino generalmente relacionado a multiparidad, lesión quirúrgica, etc. En los varones se relaciona fundamentalmente con lesiones del esfínter tras resecciones prostáticas amplias.

El síntoma clínico característico es la fuga instantánea con maniobras de estrés, (reírse, estornudar, toser, levantar pesos, entre otros desencadenantes).

c) Sobreflujo o rebosamiento Funcional:

Clínica: pérdida de pequeñas cantidades de orina que ocurren de día como de noche.

Las personas pueden referir malestar suprapúbico por la distensión de la vejiga.

Suele ser frecuente en hombres por crecimiento prostático o ser causado por tumoraciones pélvicas.

d) Incontinencia Funcional:

Se caracteriza por la pérdida de orina, relacionada con la incapacidad por parte del enfermo para usar el inodoro o sustituto, ya sea por su incapacidad para

reconocer la necesidad de orina (Demencias) o de comunicar su inminencia; limitaciones funcionales (inmovilidad) o barreras arquitectónicas.(ver ANEXO IV)

Antecedentes internacionales

La incontinencia urinaria (IU) es una condición médica frecuente en la población anciana. Está asociada con la comorbilidad, problemas urinarios y neurológicos.

Algunos estudios realizados en Europa como el de *Prevalencia de la incontinencia urinaria e identificación de factores asociados en una población de personas mayores que viven en sus domicilios* (Madrid)¹¹, estudio longitudinal mediante una encuesta poblacional, con una muestra representativa de 1150 personas mayores de 65 años empadronadas en Leganés . Obtuvieron una tasa de respuestas 75%. Se midió las pérdidas involuntarias de orina , utilización de fármacos y absorbentes, estado de salud, uso de diuréticos y oxibutinina y variables demográficas y sociales. La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 14% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 11-17) en varones y 30% (IC del 95%, 26-34) en mujeres. La edad avanzada está asociada a una mayor prevalencia en los varones pero no en las mujeres. En el análisis multivariado, se encontraron factores asociados a la incontinencia urinaria como: comorbilidad, déficit cognitivo, índice de masa corporal elevado y limitaciones graves de movilidad. El 20% de las mujeres y el 5% de los varones mayores de 65 años utilizan absorbentes. Las conclusiones apuntan a que la incontinencia urinaria es frecuente y podría ser mejor detectada y tratada en la atención primaria. La prevención de la incontinencia urinaria en las mujeres debería comenzar antes de la vejez.

En otro estudio realizado sobre *Prevalencia y la gravedad de los síntomas de incontinencia urinaria en la población de Cataluña*.¹² Fue un estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 18.126 individuos, de los cuales 15.926 eran mayores de 15 años, Población residente en Cataluña, no institucionalizada y que

¹¹ M.V. Zunzunegui Pastora, A. Rodríguez-Lasob,M.J. García de Yébenesb,M.D. Aguilar Conesa,y col. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. Madrid.España. Disponible en : <http://www.taiss.com/publi/absful/prevalencia%20de%20la%20incontinencia.pdf>

¹² Espuña-Pons, Montserrat; Brugulat Guiteras, Pilar; Costa Sampere, Dolors; Medina Bustos, Antonia;Mompert Penina, Anna. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. Cataluña.España, 2009. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/prevalencia-incontinencia-urinaria-catalu%C3%B1a-13142929-original-breve-2009?bd=1>

participó en la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA). Dentro de la ESCA se incorporaron 2 preguntas en relación con la IU, en las que se preguntaba sobre la frecuencia y la cantidad de los escapes de orina. Los resultados mostraron que 7,9% de la población declara tener IU, el 12,2% de las mujeres y el 3,6% de los varones. Se observó que la prevalencia aumenta con la edad: entre las mujeres de 45 a 64 años, un 12,0% refiere síntomas de IU, esta cifra alcanza un 26,6% entre las mujeres de 65 a 74 años y un 41,8% entre las mujeres de 75 o más años. Sólo un 2,8% de los varones entre 45 y 64 años refiere IU, un 10,2% de entre 65 y 74 años y un 22,7% de 75 o más años. Las conclusiones señalan una alta prevalencia de IU en la población de Cataluña. En dos tercios de las personas que reconocen tener IU, sus síntomas son moderados, graves o muy graves. La gravedad de los síntomas aumenta con la edad, tanto en varones como en mujeres.

Antecedentes Latinoamericanos

En un estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua ¹³, cuyo objetivo fue conocer la realidad de este problema en una región aislada, con acceso limitado al sistema de salud. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, mediante una encuesta anónima, con una muestra de 236 mujeres entre 30 y 84 años; 182 mujeres (77,1%) refieren episodios de IU, de éstas, 119 (50,4%) manifiestan tener IU que afecta su calidad de vida. Sólo el 39% sabe que este problema tiene tratamiento y 26,8% de los pacientes ha consultado. Estos resultados muestran que en esta población existe una alta prevalencia de IU, que afecta a todos los grupos etarios y que existe poca información sobre este problema.

¹³ <http://www.urologosdechile.cl/pdf.php?id=21>

Antecedentes nacionales

A nivel publico

En la órbita del MSP existe el Programa del Adulto Mayor, que no cuenta con datos acerca de la prevalencia de IU ya que es un tema muy específico.

(Fuente: entrevista con el encargado de dicho programa).

En la Sociedad Uruguaya de Urología, no cuentan con datos acerca de la prevalencia en incontinencia urinaria en Uruguay (Fuente: Dr. Alvarez secretario médico de dicha sociedad)

Clínica Urológica (piso 9 del Hospital de Clínicas), no existe esa información porque se hacen solo estudios urodinámicos (Fuente: Médico Dr Alvarez que pertenece al equipo de urodinamia)

En el Hospital Maciel existe una policlínica de urología, pero no está enfocada hacia el seguimiento de la incontinencia urinaria. (Fuente: Dr Basalo, médico de dicha policlínica).

Con respecto a la Sociedad Uruguaya de Geriátría, tampoco cuentan con datos relacionados con la prevalencia. (Fuente: Dra. Acosta, integrante de la dicha sociedad).

En Policlínica de Geriátría del Hospital de Clínicas (HC), se atienden a usuarios ancianos de forma integral y si presentan problemas miccionales son derivados, eventualmente a policlínica de Urología o de Ginecología. Hasta hace 4 años eran derivados a la policlínica genito-urinaria del Hospital de Clínicas, que funcionaba con profesionales de ambas disciplinas en conjunto.

Entre los años 1995 y 2002 funciono en el hospital Pasteur una policlínica de Urología a cargo de los Doctores Deccia y Machado. La misma contaba con un equipo multidisciplinario (Geriatra, Urólogo, Ginecologo, etc). Dicha policlínica cerró sus puertas a mediados del año 2002 por falta de recursos conjuntamente con el escaso número de consultas.

Cabe destacar que en el ámbito de la Universidad de la Republica, en la biblioteca de Facultad Enfermería y de la Facultad de Medicina, no se hallaron estudios sobre prevalencia, solo se encontró un estudio elaborado en el HCFF.AA sobre el tratamiento de I.U con TOT realizado en entre los años 2003-2005.

En cuanto a la Biblioteca Nacional, no se encuentran datos.
A nivel Privado no se encontraron datos.

Material y Métodos

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal.

Lugar de Estudio

Universidad de la República Oriental del Uruguay. Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela “de la ciudad de Montevideo. Cátedra de Geriátría, Policlínica de Geriátría.

Universo

Usuarios de 65 años y más, que consultaron en la policlínica de geriatría del Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela“en el periodo 2007- 2008. N=832.

Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico, se calculó un tamaño muestral para un 95% de confianza y un 3% de error, en base a la proporción máxima encontrada en el estudio de Cataluña (ya referenciado) del 42% de Incontinencia Urinaria, obteniendo un tamaño muestral de n=225. La selección de la muestra se realizó con la técnica de muestreo aleatorio simple. Para estos cálculos se utilizó el programa EPIDAT, versión 4.0 (software libre).

Unidad de Análisis

Historias Clínicas de usuarios que consultaron en la policlínica de geriatría del Hospital de clínicas “Dr. Manuel Quintela “en el periodo 2007 - 2008.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres.
- Edad: con 65 años o más, cumplidos a la fecha de la consulta.

Definición Variables

VARIABLES	DEFINICION	DEFINICION	TIPO/ESCALA	CATEGORIZACION
Edad	CONCEPTUAL Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo desde el nacimiento expresado en años.	OPERACIONAL Edad consignada en historia clínica.	Cuantitativa Continua.	Número de años cumplidos.
Sexo	Condición biológica que distingue al macho de la hembra, en las especies que presentan esta distinción.	Sexo declarado en la historia clínica del usuario.	Cualitativa nominal dicotómica.	Femenino / Masculino
Incontinencia Urinaria	Cualquier pérdida involuntaria de orina.	Presencia o ausencia consignada en la historia a través de la VGI.	Cualitativa Nominal	Si / No
Tipo de Incontinencia Urinaria	Características de la pérdida involuntaria de orina.	Clasificación que constatada en la VGI por el médico.	Cualitativa Nominal	Urgencia, esfuerzo, rebosamiento, funcional, mixta.
Deterioro Cognitivo	Déficit en las funciones mentales superiores.	Según escala de Pfeiffer aplicada en la VGI.	Cualitativa Ordinal	Normal, Leve, moderado, severo.
Nivel de dependencia	Necesidad o no de ayuda o asistencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.	Según escala de Barthel aplicado en la VGI.	Cualitativa Ordinal	Independiente, Dependencia leve, Dependencia moderado, Dependencia grave, Dependencia Total.
Derivación Especialistas	Derivación del médico a consultar con	Según consignado en la historia clínica por el Geriatra.	Cualitativa Nominal	SI/NO

Tipo de Especialista	otro profesional. Especialidad médica en el conocimiento de Urología y Ginecología	Según la derivación a estos especialistas consignado en la historia clínica por el geriatra.	Cualitativa, nominal	Ginecólogo Urólogo
Tratamiento	Conjunto de medidas realizadas para tratar o curar una enfermedad.	Según lo consignado en la historia clínica por el Geriatra y/o especialista consultado	Cualitativa Nominal	SI/NO

Obtención y depuración de Datos.

Los datos se procesaron en base a las siguientes fuentes:

_ Planillas de partes diarios, utilizadas en la policlínica de Geriatria donde constan además de otros datos, los usuarios que consultaron efectivamente diariamente en la misma con su número de registro correspondiente de las historias clínicas. Se descartó las historias clínicas repetidas en el periodo 2007 - 2008 y que cumplían los criterios de inclusión, obteniendo así un patrón depurado de historias (N=832)

_ Historias Clínicas depuradas, del Archivo Central, con los números de registro recolectados de los partes diarios en el periodo 2007-2008. Se seleccionaron de acuerdo al muestreo aleatorio simple, utilizando como criterio de reposición al no encontrarse la historia clínica la selección de la inmediatamente posterior (n=225). Luego de obtenida la historia clínica se registran en el formulario de recolección los datos de las variables en estudio en la forma en la cual aparecen en la misma. Los datos se procesaron en el programa EPIDAT y planilla Excell 2010.

Para el cálculo de la prevalencia

Se estima la prevalencia mediante el Intervalo de Confianza (IC) ya que se parte de datos recolectados a partir de una muestra, desconociéndose el valor real de la prevalencia poblacional, por lo que es necesario construir un intervalo de confianza para su estimación.

El (IC) se calculó aplicando la fórmula para estimar una proporción p conocida, una proporción muestral p_n de una muestra de tamaño n , a un nivel de confianza del $(1-\alpha)*100$. En nuestro caso el alfa es igual al 5% y el IC del 95% para estimar la prevalencia de la IU.

$$\left(p_n - z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{p_n(1-p_n)}{n}}, p_n + z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{p_n(1-p_n)}{n}} \right)$$

Fuente: Pita Fernández S., Pértega Díaz S, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Cad Aten Primaria 2001; 8.

Consideraciones éticas

Se envió la solicitud de información firmada y avalada por la Directora de la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, Profesora Miriam Costabel. Una vez obtenida, se comenzó a extraer los datos de las historias clínicas seleccionadas de la muestra, en la sección de archivo del Hospital de Clinicas “Dr Manuel Quintela”, encargados del resguardo de la información. Dada las características de nuestra investigación, descriptiva, transversal, retrospectiva, según la Cátedra de Bioética¹⁴, no era necesario otro tipo de autorización. Se destaca además que en el análisis de los datos se preserva la identificación del usuario.

¹⁴ Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica de bioética.

Resultados

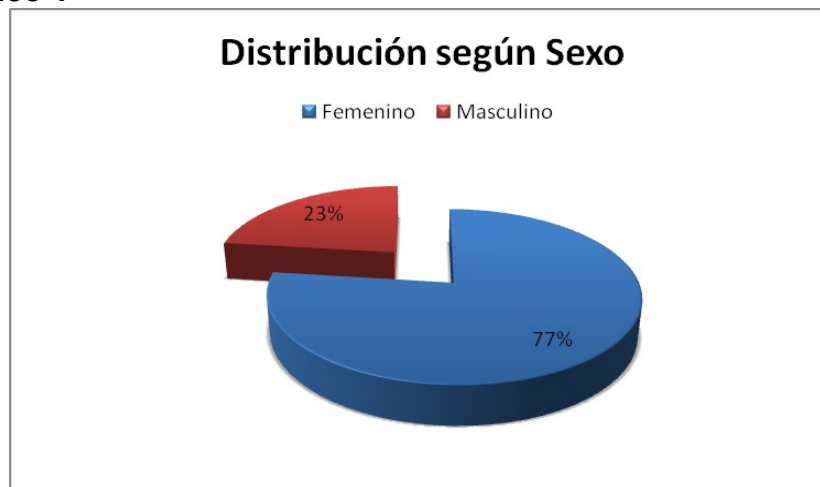
Caracterización general de los usuarios.

- Distribución según sexo de los usuarios (n=225)

Tabla 1

SEXO	FA	FR%
Femenino	174	77
Masculino	51	23
Total	225	100

Gráfico 1



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

La población femenina supera ampliamente en porcentaje a la población masculina.

- Distribución de la muestra según edad de los usuarios (n= 225)

Tabla 2

EDAD	FA	FR%
65 a 74	87	39%
75 a 84	105	47%
85 y mas	33	14%
Total	225	100%

Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

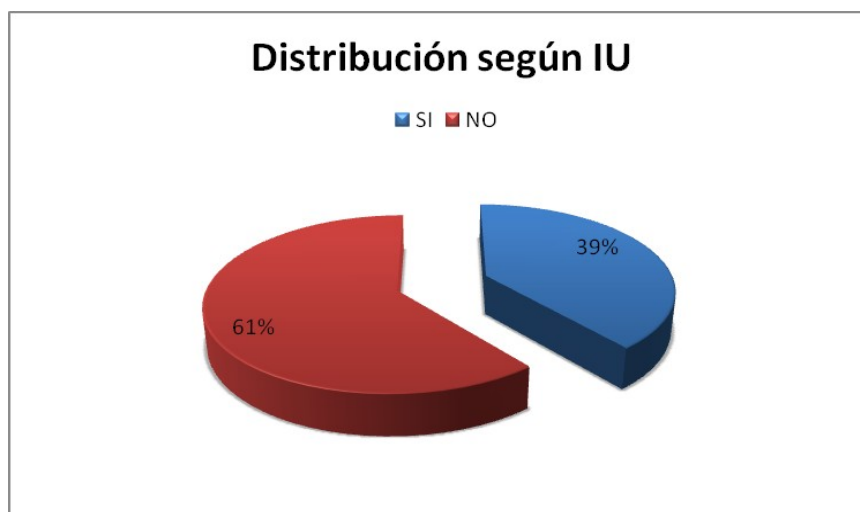
Respecto a la tabla N° 2, la distribución de los usuarios se concentra en mayor número en el rango etario comprendido entre los 65 y 84 años (86%); con un promedio de 77 años, con un desvío estándar de 6,3 años; una edad mínima de 65 años y una edad máxima de 97 años.

- Distribución según Incontinencia Urinaria en los usuarios(n=225)

Tabla 3

INCONTINENCIA URINARIA	FA	FR%
SI	87	39%
NO	138	61%
Total	225	100%

Gráfico 2



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

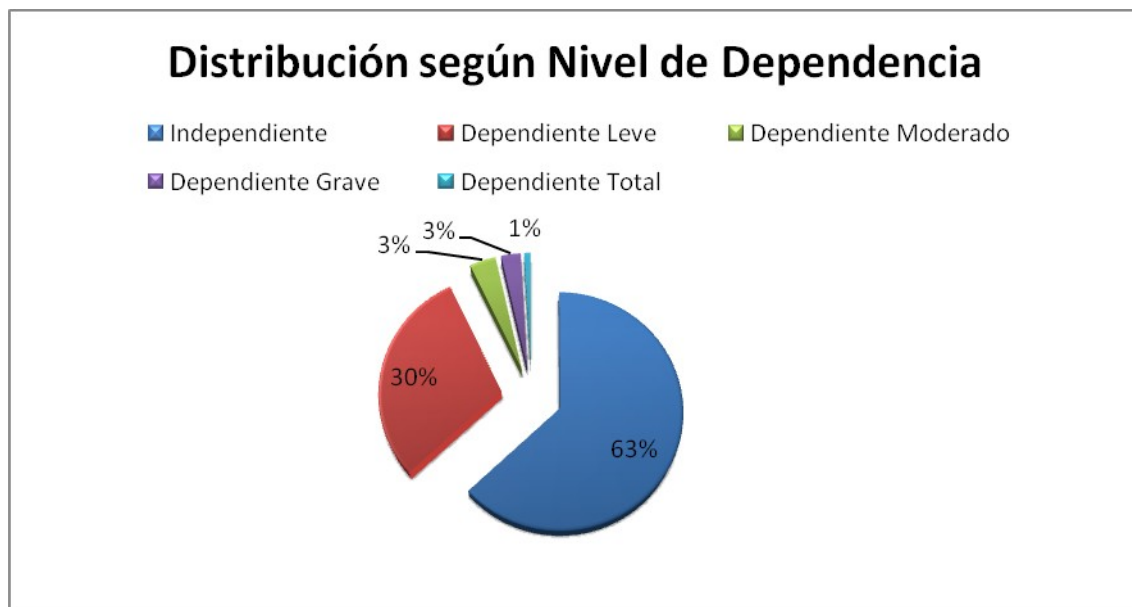
La proporción de usuarios que presentaban algún grado de incontinencia fue del 39%.

- Distribución según Nivel de dependencia (Barthel) n=225.

Tabla 4

NIVEL DE DEPENDENCIA	FA	FR%
Independiente	142	63%
Dependiente Leve	67	30%
Dependiente Moderado	8	3%
Dependiente Grave	6	3%
Dependiente Total	2	1%
TOTAL	225	100%

Grafico 3



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el periodo 2007-2008.

Los pacientes con independencia encontrado fue del 63% y de los que presentaban algún grado de dependencia, el más destacado fue el leve con un 30%.

- Distribución según deterioro cognitivo (Pfeiffer) n=225.

Tabla 5

DETERIORO COGNITIVO	FA	FR%
Normal	160	71%
Leve	51	22%
Moderado	11	5%

Severo	3	2%
TOTAL	225	100%

Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

Se detectó un 71% sin deterioro cognitivo, y de los que presentaron algún grado de deterioro el más destacado fue el leve con un 22%.

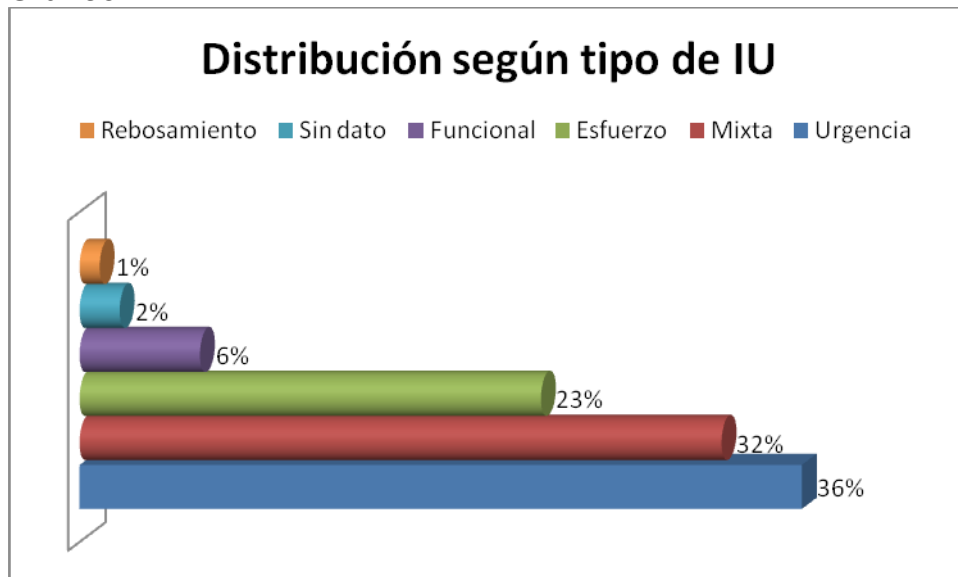
Características de los usuarios con IU en relación a: tipo de IU, tratamiento y derivación a especialista.

- Distribución según tipo de Incontinencia Urinaria en los usuarios con IU (n=87)

Tabla 6

TIPO DE IU	FA	FR%
Urgencia	31	36%
Mixta	28	32%
Esfuerzo	20	23%
Funcional	5	6%
Sin dato	2	2%
Rebosamiento	1	1%
TOTAL	87	100%

Gráfico 4



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el periodo 2007-2008

Con respecto al tipo de incontinencia urinaria, observamos la mayoría presentaron el tipo de IU de urgencia con 36%, seguida de la mixta 32% y de esfuerzo 23%.

- Distribución de usuarios con Incontinencia Urinaria en relación al Tratamiento (n=87)

Tabla 7

TRATAMIENTO	FA	FR%
SI	19	22%
NO	43	49%
Sin datos	25	29%
TOTAL	87	100%

Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008

En cuanto a la variable tratamiento no pudo ser evaluada correctamente ya que la información en las historias clínicas es incompleta o insuficiente por lo que no se puede consignar con seguridad si el paciente fue tratado o no.

- Distribución según derivación a especialista (n=87)

Tabla 8

Derivación a especialista	FA	FR%
No derivado	49	55%
Ginecólogo	4	5%
Urólogo	29	33%
Urólogo y ginecólogo	3	3%
Sin dato	3	3%
TOTAL	87	100%

Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

En cuanto a la variable derivación no pudo ser evaluada correctamente ya que la información en las historias clínicas es incompleta o insuficiente por lo que no se puede consignar con seguridad si el paciente fue derivado o no.

- Distribución de usuarios con IU según sexo (n=87)

Tabla 9

SEXO	FR	FR%
Mujeres	71	81,6
Hombres	16	18,4
TOTAL	87	100

- **ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE IU TOTAL Y POR SEXO**

Se estima la prevalencia mediante un IC del 95%, con un nivel de confianza de $\alpha=5\%$; de esta forma obtenemos un rango de valores en el cual se encontrará el verdadero valor de la prevalencia poblacional.

1. Prevalencia de IU poblacional:

Para una proporción muestral del 39%.

IC (95%) = 33% - 45%

2. Prevalencia de IU en mujeres:

Para una proporción muestral del 41%

IC (95%) = 33% - 48%.

3. Prevalencia de IU en hombres:

Para una proporción muestral del 33%

IC (95%) = 20% - 46%.

• **DESCRIPCION DE LA ASOCIACION ENTRE IU Y LAS VARIABLES**

INDEPENDIENTES: sexo, edad, deterioro cognitivo y nivel de dependencia.

- Distribución de usuarios por sexo relacionado con Incontinencia Urinaria.

Tabla 9

SEVO	ES

Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

El test de asociación de Chi-cuadrado: 1,108 con una $p= 0,292$, siendo este resultado no significativo para una $p < 0,05$.

Distribución de usuarios con Deterioro cognitivo e Incontinencia Urinaria

Tabla 10

I.U.			
DETERIORO COGNITIVO	SI	NO	TOTAL
Normal	55(24,4%)	105	160
Leve	23(10,2%)	28	51
Moderado	7	4	11
Severo	2	1	3
TOTAL	87	138	225

Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

El resultado de Chi-cuadrado de Pearson= 6,01 para 3 grados de libertad, con una $p= 0,111$, no existiendo asociación significativa entre ambas variables para una $p < 0,05$.

- Distribución de usuarios por Nivel de Dependencia e Incontinencia Urinaria

Tabla 11

NIVEL DE DEPENDENCIA	I.U.		TOTAL
	SI	NO	
Independiente	20	122	142
Dep. Leve	59	9	68
Dep. Moderado	3	5	8
Dep. Grave	5	1	6
Dep. Total	0	1	1
Total	87	138	225

Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el periodo 2007-2008.

El Chi-cuadrado de Pearson= 108,19 para 4 grados de libertad con una $p=0,001$; siendo esta asociación significativa para una $p < 0,05$.

Discusión

En nuestro trabajo la composición por sexo fue 77% mujeres y 23% hombres con predominio del sexo femenino, similar a la encontrada en estudios con poblaciones de adultos mayores, (mujeres 78%, hombres 22%)¹⁵ y (63,5% mujeres y hombres 36,5%)¹⁸. La edad promedio fue de 77 años con DS (desvío estándar) 6.3 años, está dentro de los valores encontrados para 77 años DS 5,3 años¹⁷ y 71 años DS 7,3 años¹⁸

La tasa de prevalencia estimada para el total IU , con un IC del 95% fue de 33,04% – 44,75%, similar al encontrado con un IC (95%) 31,5% – 40,9%¹⁸ y el IC (95%) 33,3% – 43,9%¹⁹, tasas referidas en poblaciones mayores de 60 años de consultorios de Atención Primaria de Salud, similares a nuestra población.

La tasa de prevalencia de IU estimada y discriminada por sexo encontrada en mujeres fue del IC (95%) 33%- 48 % y en comparación con IC (95%) 37.3 – 49.3%¹⁸ y IC (95%) 26 – 34% en el estudio de Madrid 2005 (op.citada) nuestros resultados coinciden con dichos valores de los intervalos.

La tasa de prevalencia estimada para hombres fue de IC (95%) 20 – 46% similar a la encontrada por Sánchez Gonzalez¹⁸ IC (95%) 17% - 30.8%. Se encontró diferencia con el estudio de Madrid en que la tasa de prevalencia para hombre fue de IC (95%) 11 – 17%, diferencia explicada probablemente a que dicho estudio se realizó en mayores de 65 años residentes en la comunidad, y nuestro estudio fue en adultos mayores que presentan algún problema de salud que lo motiva a la concurrencia a la consulta de policlínica de geriatría.

Tomando en cuenta la clasificación por tipos de IU encontramos que en orden decreciente, en primer lugar estaría la de Urgencia 36% , similar a lo encontrado por Martínez-Gallardo 35%¹⁶ y Sánchez Gonzalez 37.2%¹⁸ , seguido por la Mixta con un 32% similar a la encontrada por Martínez-Gallardo 29%¹⁶ , Fabre Rodríguez 38.1%¹⁷ , por último la de esfuerzo con 23% se encontró porcentajes diferentes en varios estudios^{16,17,18} probablemente vinculado a la conceptualización y criterios diagnósticos para los tipos de IU.

Sobre las características de niveles de dependencia encontramos que existen diferentes clasificaciones según resultados de test de Barthel, lo que dificulta la comparación entre los valores hallados y las diferentes publicaciones^{17,18,19,20} aunque en todos la categoría de independencia es la mayor. En nuestro estudio la proporción de independientes fue del 63.1%, similar al encontrado por 61.7%¹⁹ En relación al deterioro cognitivo ha sido valorado por escala de Pfeiffer^{17,20} y/ Folstein¹⁷ en los estudios considerados, encontramos que existen diferentes criterios de agrupación de los resultados de los test lo que provoca dificultades en sus comparaciones. El porcentaje de población sin deterioro fue de 71% similares a los declarados en 73.6%¹⁷, 75.3%¹⁹. Con deterioro leve 22.7% fue parecido al encontrados en 21%¹⁹ y 15.5%¹⁷ que incluyen de leve a moderado, algo más separado está el valor encontrado en 32%²⁰, encontrado a nivel comunitario. Con deterioro moderado, existen valores muy diferentes entre los estudios, probablemente debido a criterios de interpretación de los test usados, el valor coincidente para el nivel moderado y grave 4.9% y 1.3% fue con 3.1 % y 0.6% respectivamente¹⁹.

En relación al tratamiento recibido, llama la atención que -según lo que consta en el registro de historia clínica-, solo el 22% de las IU reciben algún tipo de tratamiento; lo que nos hace plantear dos posibilidades: la primera es el sub registro, que sean tratadas y que no se registren y la segunda es que realmente no reciban un tratamiento; ambas opciones traducen poco interés sobre la IU como unos de los síndromes geriátricos.

En cuanto a la derivación a especialista, -cuando esta se hace., es hacia el Urólogo, y más de la mitad de las IU no son derivadas a ningún especialista; reafirmando lo planteado en el punto anterior.

Del estudio de la relación entre variables no hemos encontrado información que realicen los mismos cruzamientos de variables.

En nuestra población no se ha encontrado asociación con el sexo, al parecer la incontinencia urinaria no se vincula con el sexo ya que en hombre y mujeres el

problema se da en igual magnitud, probablemente se deba a que en la policlínica de geriatría existe la disponibilidad del urólogo como especialista. No hay relación con la edad ni con el deterioro cognitivo; los usuarios incontinentes presentan un 78% acumulado entre sin deterioro (55%) y con deterioro leve (23%) lo que determina un porcentaje alto de independencia, probablemente las personas con mayor deterioro no sean los que concurren a este servicio ya que su dependencia los hace usuarios de otro sistema de atención.

Es significativa la asociación con las actividades de la vida diaria, lo que confirma que la incontinencia genera algún grado de dependencia, principalmente vinculada al tipo de incontinencia de urgencia más frecuentemente observada. Esto determina el uso de dispositivos para su control, no accesibles en forma universal, impidiendo una adecuada socialización y con la consecuente contribución a otro de los síndromes geriátricos como lo es el asilamiento social.

¹⁵ González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CIUDAD DE MÉXICO. Archivos en Medicina Familiar. 2010 Enero-Marzo ; 12 (1)

¹⁶ Lorenza Martínez-Gallardo Prieto,1 Haiko Nellen-Hummel,1 Alicia Hamul-Sutton,2 José Halabe-Cherem1 Incontinencia urinaria en el adulto mayor Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (5): 513-521

¹⁷ TESIS DOCTORAL Pérdida de la continencia urinaria en ancianos ingresados en una unidad de agudos hospitalaria MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR M^a del Carmen Fabre Rodríguez. Madrid, 2012 disponible en www.T33663.pdf

¹⁸ Sánchez González, R; Rupérez Cordero, O; Delgado Nicolás, MA; Mateo Fernández, R; Hernando Blázquez, MA Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria Publicado en Aten Primaria. 1999;24:421-4. - vol.24 núm 7

¹⁹ ALMA ROSA CORTÉS , ENRIQUE VILLARREAL . LILIANA GALICIA, LIDIA MARTÍNEZ, EMMA ROSA VARGAS. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor Rev Med Chile 2011; 139: 725-731

²⁰ Varela Pinedo Luis, Chávez Gimeno Helver , Herrera Morales Antonio, Ortiz Saavedra Pedro y Chigne Verástegui Oscar . Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional Rev

Conclusiones y Sugerencias

Uruguay es una de las poblaciones más envejecidas de América Latina, con un 14,1% de población de 65 años y más, proceso irreversible y acelerado, por lo que es de esperar que los problemas de salud del adulto mayor sigan aumentando. Será un desafío para nuestra Salud Pública atender estos crecientes problemas que determinarán cambios en Programas de Salud, disponibilidad de recursos humanos y materiales, entre otros.

La Incontinencia Urinaria entendida como la pérdida involuntaria de orina determina un problema higiénico y/o social y es considerada como uno de los grandes Síndromes Geriátricos, datos sobre su magnitud es muy poco conocida en nuestro país, situación no ajena a Latinoamérica.

Hemos realizado una estimación de la magnitud para la población de adulto mayores que concurren a control en una policlínica de atención geriátrica de un Hospital Universitario, que coincidiendo con otros autores, la prevalencia de la incontinencia urinaria es alta, es un problema que es independiente para la edad, sexo y deterioro cognitivo, pero hay asociación con la dependencia para actividades de la vida diaria. Es un problema que – a pesar de que se realiza en una policlínica con atención integral y con derivación a especialistas- su tratamiento está muy escasamente contemplado como pudimos comprobar, en muy bajo porcentaje son derivados a especialistas y/o tratados.

La Incontinencia Urinaria aparece reflejada en la literatura enfermera como un problema de salud vinculado a la alteración en la necesidad de eliminación que lleva asociados problemas higiénicos, psíquicos, físicos y socioeconómicos que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo. Siguiendo a Virginia Henderson en su Modelo de Necesidades básicas, muchas de ellas se ven afectadas en las personas con IU, como, el beber adecuadamente, ya que el anciano evita tomar líquido para evitar los escapes de orina, descanso

inadecuado, debido a la nicturia o el cambio de apósitos durante la noche, alteraciones en el autocuidado (mantenimiento de la temperatura e higiene personal), dificultades en el relacionamiento con el otro, etc.

La enfermera a través del Proceso de Atención de Enfermería, debe fomentar, conservar o restaurar la independencia y la salud en el anciano, en cualquier ámbito que lo contacte. Las intervenciones específicas que puede desarrollar con independencia, serían por ejemplo aquellas señaladas como tratamiento de la Incontinencia Urinaria como las Técnicas de modificación de la conducta (reentrenamiento vesical, entrenamiento de hábitos miccionales y micción programadas).

Considerando el contexto actual que vive nuestra sociedad respecto a la Reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, y el creciente desafío de los problemas del anciano que involucran a todos los actores, en especial al Sector Salud, sugerimos que se debería crear o fortalecer los servicios de atención geriátrica integral, con todos los especialistas involucrados en un Programa de Asistencia al Adulto Mayor (incluyendo a la enfermera profesional), con posibilidades de implementar las actividades asistenciales, educativas y de investigación que sustentan la calidad y atención integral.

Referencias Bibliográficas

Libros

1. Smeltzer S, Bare B. Brunner y Suddarth Enfermería médico quirúrgica. 10ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008. 2 v.
2. Bruke M, Walsh M. Enfermería Gerontológico. 2ªed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
3. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna.14a ed. Madrid: Elsevier; 2000. 1 v.
4. Hernandez Sampieri R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4a ed. México: McGraw-Hill; 2005.
5. Gonzalez Merlo J. Ginecología. 5a ed. Barcelona: Salvat;1998.
6. Díaz M, Espinos D. Tratado de medicina interna. Madrid: Panamericana; 1996. 2 v.
7. MSP. Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos. Uruguay; 2007.
8. Manual de Enfermería. Océano; 2002.
9. OPS. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. 3a. ed. Washington (DC); 2003.
10. Pineda E, De Alvarado E, De Canales F. Metodología de la investigación. 2a ed. Washington (D.C): OPS; 1994.

• Información Electrónica

1. URL:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/clinica_incontinencia_uirnaria.pdf [Consulta: 9 Abr 2012].
2. URL:<http://www.icsoffice.org/Documents/Documents.aspx?DocumentID=21> [Consulta: 9 Abr 2012]
3. España Pons M, Brugulat P, Sampere D, Medina Bustos A, Mompert A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña .[Internet] Medicina clínica; 133 (18): 702-705. Disponible en: URL:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3078379> [Consulta: 9 Abr 2012]

4. URL:<http://www.icsoffice.org/Documents/Documents.aspx?DocumentID=21> [Consulta: 9 Abr 2012]
5. URL:<http://www.ine.gub.uy/> [Consulta: 9 Abr 2012]
6. URL:www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570 [Consulta: 9 Abr 2012]
7. URL:<http://www.rmu.org.uy/revista/2009v3/art2.pdf> [Consulta: 9 Abr 2012]
8. Robles J. Departamento de Urología. Clínica Universitaria de Navarra. La incontinencia urinaria. Disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/n2/revis2a.html> [Consulta: 9 Abr 2012]
9. URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-española-geriatria-gerontologia-124/prevalencia-principales-caracteristicas-incontinencia-urinaria-> [Consulta: 9 Abr 2012]
10. URL: <http://www.sociedaduruguayadeurologia.com.uy/quienes.php> [Consulta : 9 Abr 2012]
11. <http://www.urologosdechile.cl/pdf.php?id=21> [Consulta: 9 Abr 2012]
12. URL: www.scielosp.org [Consulta 24 Abr 2012]
13. URL: <http://www.taiss.com> [Consulta 2 May 2012]
14. URL: <http://www.scielo.edu.uy> [Consulta 2 May 2012]
15. URL:<http://www.ine.gub.uy> [Consulta 4 May 2012]
16. URL: <http://www.sugg.com.uy/> [Consulta 4 May 2012]
17. González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y. Evaluación geriátrica integral en pacientes de una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2010 Enero-Marzo ; 12 (1).
18. Martínez-Gallardo L, Nellen-Hummel H, Hamui-Sutton A, Halabe-Cherem J Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (5): 513-521-
19. Fabre M. Pérdida de la continencia urinaria en ancianos ingresados en una unidad de agudos hospitalaria. [tesis doctoral]. Madrid, 2012. Disponible en: www.T33663.pdf.

20. Sánchez R, Rupérez O, Delgado N, Fernández R, Hernando M. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. Rev Aten Primaria. 1999; 24 (7) : 421-4.
21. Cortés A, Villareal E, Galicia L, Martínez L, Vargas E . Evaluación geriátrica integral del adulto mayo. Rev Med Chile 2011; 139: 725-73.
22. Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O . Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Rev Diagnostico. 2004; 43 (2).

ANEXOS

ANEXO I

Cronograma de Gantt

Actividades	juni o	Julio	Agost o	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión bibliográfica							
Definir el problema de investigación							
Elaboración Protocolo Investigación							
Entrega protocolo investigación							
Procesamiento y Análisis de los datos. Conclusiones.							
Defensa del trabajo final							

ANEXO II

TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

REGISTRO	EDAD	SEXO	IU	TIPO DE INCONTINENCIA	DETERIORO COGNITIVO (PFEIFFER)	NIVEL DE DEPENDENCIA	DERIVACIÓN A ESPECIALISTA	TRATAMIENTO

ANEXO III

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1°.- Respirar con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno.
- 10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

La Incontinencia Urinaria impide satisfacer muchas de estas necesidades básicas, como son:

_El beber adecuadamente, ya que la pérdida de orina ocasiona que el anciano no beba suficiente líquido para evitar los escapes de orina.

_ Hay una alteración en la eliminación de los desechos (orina), ya que no se realiza de forma intencional.

_ Puede determinar problemas para descansar adecuadamente, debido a la nicturia o el cambio de apósitos durante la noche.

_La imposibilidad de autocuidarse a la hora de utilizar el baño (manteniéndose orinado por un tiempo prolongado) puede dificultar la regulación de la temperatura y entorpece la higiene personal.

_ La IU impide el correcto relacionamiento con las personas disminuyendo su participación en actividades de ocio y finalmente aislándola del medio.

El desarrollo profesional dentro de la enfermería comunitaria está adquiriendo importancia dentro del sistema de salud actual, lo cual requiere profesionales capacitados en esta área. Por tanto “la enfermería comunitaria tiene la misión en la sociedad de ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social y a realizarlo dentro del contexto en que viven y trabajen. Este requiere enfermeras que se desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud así como con la prevención de la enfermedad. La enfermería comunitaria incluye la planificación y prestación del cuidado durante la enfermedad y rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida que puedan afectar a la salud-enfermedad, incapacidad y muerte” (O.M.S.).¹⁵

Sobre la base de una perspectiva holística, tomando en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser

¹⁵ Zurro. M, Cano J.F. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008.

humano, se busca actuar sobre cualquier factor que impida la satisfacción de alguna de estas necesidades que le impida al anciano una total autonomía.¹⁶

La enfermera a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), busca fomentar, conservar o restaurar la independencia y la salud en el anciano. Las intervenciones realizadas tienen como objetivo tratar un problema de salud ya instalado y prevenir su agravamiento mediante la elaboración de un plan de acción de enfermería, que busque reducir o evitar posibles complicaciones, rehabilitar o facilitar al anciano la adaptación a problemas o secuelas derivadas de alguna enfermedad.

¹⁶ “Manual de Enfermería”, primera edición, Ed: Océano, España, 2002.

Anexo IV

5. Incontinencia Urinaria

5.1 Repercusiones

La incontinencia Urinaria desencadena repercusiones físicas, psíquicas, sociales y económicas que interfieren para satisfacer muchas de las necesidades básicas descritas por Virginia Henderson.

REPERCUCIONES FISICAS ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Ulceras por presión • Eritemas perianales • Infecciones recurrentes de las vías urinarias • Caídas • Fracturas
REPERCUCIONES PSIQUICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión /Dependencia • Aislamiento
REPERCUCIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés en familia, amigos y cuidadores • Predisposición a la institucionalización
REPERCUCIONES ECONOMICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de los costos económicos (lavandería, complicaciones, labor de cuidadores)

5.2 Tratamiento

Para el tratamiento de la incontinencia urinaria encontramos una serie de medidas generales y otras específicas dependiendo del tipo de incontinencia. La decisión del tratamiento debe basarse en la evaluación de cada usuario, no solo del tipo de incontinencia sino también tomando en cuenta su estilo de vida, sus preferencias, las condiciones médicas asociadas y valorando el riesgo/beneficio para el usuario. Se pueden tomar medidas preventivas o higiénico dietéticas. Dentro de los tratamientos podemos encontrar quirúrgicos, farmacológicos y otros menos invasivos (inyectables uretrales).

¹⁷ Gero info. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 1. 2005

Tipo de Tratamientos

- **Técnicas de modificación de la conducta**

Estas técnicas comprenden el reentrenamiento vesical, el entrenamiento del hábito miccional y micciones programadas. Fundamentalmente, se basan en la realización de una micción programada, aumentando paulatinamente el intervalo entre micciones al instruir al paciente en disociar el deseo miccional de la acción de vaciado voluntario.

- **El reentrenamiento de la vejiga**

Consiste en que el paciente recupere el control de la vejiga aprendiendo a resistir el impulso de salida de la misma y contribuyendo de esta manera a aumentar la capacidad de la vejiga. Esto se consigue mediante ejercicios que desarrollan la musculatura del suelo pélvico.

- **La Rehabilitación muscular del suelo pelviano**

Se trata de un conjunto de técnicas dirigidas a mejorar el tono de la musculatura del suelo de la pelvis, favoreciendo un mejor soporte de las estructuras pélvicas y una adecuada movilidad uretral, favoreciendo asimismo la respuesta contráctil rápida y coordinada frente a los esfuerzos, que aumenta la presión de cierre uretral. Incluyen ejercicios del suelo pélvico (ejercicios de Kegel), técnicas de biorretroalimentación ("bio-feedback"), y electroestimulación.

- **La estimulación eléctrica intravaginal**

Es un procedimiento que tiene como objetivo conseguir la contracción del piso pélvico mediante la estimulación del nervio pudendo con un electrodo intravaginal.

Si no hay una buena respuesta al tratamiento o mientras este se consigue se pueden utilizar medidas paliativas que son elegidas dependiendo de las

necesidades de cada persona que varían de pañales y apósitos a sondas o colectores.

- **Tratamiento farmacológico**

El objetivo del tratamiento farmacológico es conseguir que la vejiga sea capaz de distenderse sin contraerse durante el llenado y que la uretra se mantenga cerrada durante el llenado. Los fármacos más utilizados son los anticolinérgicos, que actúan relajando el músculo detrusor de la vejiga y aumentando el tono interno de la uretra, aumentando de ésta forma la capacidad para retener la orina en la vejiga.

- **Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria**

Hoy en día existe una gran variedad de técnicas quirúrgicas dependiendo del tipo de incontinencia urinaria que se padezca. Tiene como objetivo incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión.

Existen variedad de procedimientos quirúrgicos diferentes para tratar la IUE, pero estos pueden agruparse en tres tipos básicos: colposuspensiones, cabestrillos suburetrales e inyectables uretrales.

- **Colposuspensiones**

Las colposuspensiones indicadas en pacientes con IU secundaria a hipermovilidad uretral, se han considerado como el patrón de referencia en el tratamiento quirúrgico de la IUE. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos.

- **Cabestrillos suburetrales**

Pueden subdividirse en cabestrillos "clásicos" y mallas "libres de tensión" tipo TVT(transvaginal tape) o el TOT(trans obturator tape) . El TVT consiste en un lazo que se pasa por completo bajo la uretra o el cuello vesical y se ancla luego anteriormente en algún lugar de la pared abdominal o de las estructuras pélvicas para estabilizar la uretra. Las tasas de curación (definida como continencia completa) se sitúan en 73-95% y las de éxito (mejoría o continencia) en el 64-100%.

El TOT (trans obturator tape) consiste en emplazar una malla por detrás de la uretra media, pasada, a cada lado, a través de la región obturatriz. Tiene como ventajas: evitar la apertura del espacio retropubiano y paravesical (espacio de Retzius), disminuyendo la morbilidad por hemorragia e infección; al quedar posicionada en un plano casi transversal la malla suburetral queda más abierta, decrece la posibilidad de angulación uretrovesical, disminuyendo así la causa de disuria y retención de orina.¹⁸

- **Inyectables uretrales**

Son el procedimiento menos invasivo y puede efectuarse con anestesia local.

La mayor parte de ellos se inyectan de forma retrógrada vía transuretral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido periuretral y alrededor del cuello vesical.

En la actualidad, los datos disponibles sugieren, pero no prueban, su eficacia en cuanto a mejoría subjetiva y objetiva a corto plazo de la IUE, con tasas variables de éxito (curación más mejoría) de 30-80%, pero que disminuyen significativamente con el tiempo. En mujeres con importantes comorbilidades puede ser una opción útil teniendo en cuenta que serán necesarias 2 ó 3 inyecciones en 12 meses para obtener un resultado satisfactorio.

¹⁸ <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v3/art2.pdf>

ANEXO IV

Escala de Barthel

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.

- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
(0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
(5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
(0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
(5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
(0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
(10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
(5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
(0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
(10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
(5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
(0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.

(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

ANEXO V

TEST DE PFEIFFER

El **Test de Pfeiffer** se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y está menos influido que otros tests por el nivel educativo y la raza.

Puede personalizar los tests con nombres y apellidos, fecha de nacimiento, imprimirlos para su uso, pudiendo valorar así la evolución en el tiempo de cada persona.

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE O SPMSQ DE PFEIFFER (1975)

Paciente _____ Edad _____ Sexo H M

▶ PUNTOS y FECHA					
• ¿Qué día es hoy (mes/día/año)?	1				
• ¿Qué día de la semana es hoy?	1				
• ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?	1				
• ¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	1				
• ¿Cuántos años tiene?	1				
• ¿En qué día, mes y año nació?	1				
• ¿Cómo se llama el rey de España?	1				
• ¿Quién mandaba antes del rey actual?	1				
• ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?	1				
• ¿Si a 20 le restamos 3 quedan? Y si le restamos 3?	1				
Total de aciertos:					
Total de ERRORES:					

Puntuación normal: 0 - 2 errores.
Deterioro cognitivo leve: 3 - 4 errores.
Deterioro cognitivo moderado (patológico): 5 - 7 errores.
Deterioro cognitivo importante: 8 - 10 errores.

Sensibilidad: 68%. Especificidad: 96%.
Falsos positivos: pacientes psiquiátricos o analfabetos.
Falsos negativos: pacientes con Parkinson.

▶ Nota: El SPMSQ de Pfeiffer (10 ítems) es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos) que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Esta es una versión traducida y validada al castellano en una muestra muy seleccionada. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo. Podría estar indicado cuando dispone de poco tiempo y se trate de población muy anciana y/o analfabeta y/o con limitación sensorial.

Figura 23. Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ).

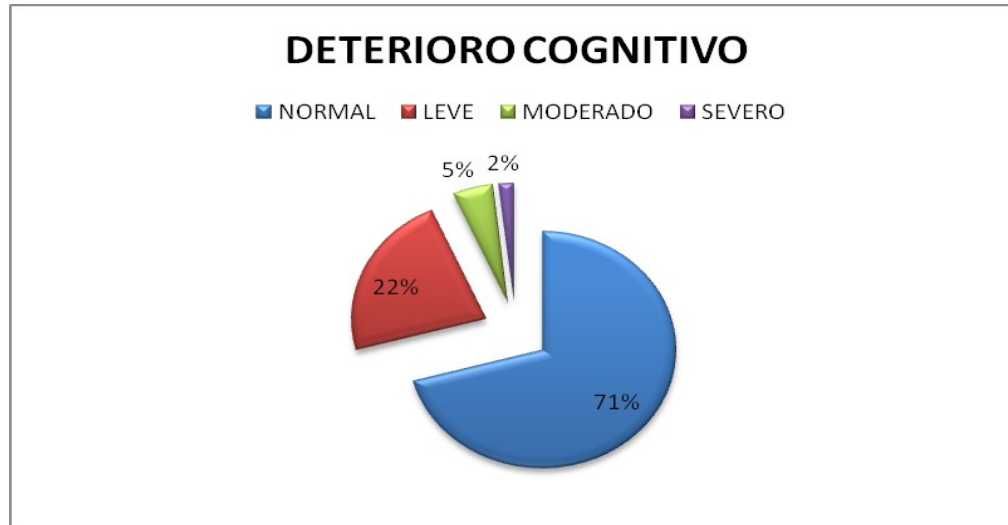
ANEXO VI

- Distribución de la muestra según Deterioro Cognitivo de los usuarios:

Tabla A

DETERIORO COGNITIVO	FA	FR%
Normal	160	71%
Leve	51	22%
Moderado	11	5%
Severo	4	2%
Total	226	100%

Grafico A



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

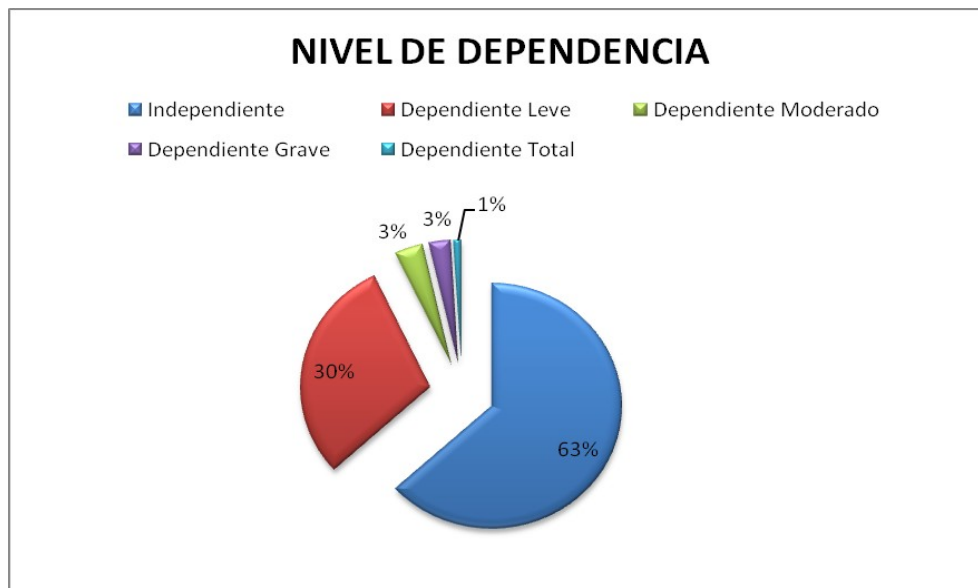
En la grafica número cinco observamos que una muy amplia mayoría tienen un deterioro cognitivo normal.

- Distribución de la muestra según el Nivel de Dependencia de los usuarios:

Tabla B

NIVEL DE DEPENDENCIA	FA	FR%
Independiente	143	63%
Dependiente Leve	67	30%
Dependiente Moderado	8	3%
Dependiente Grave	6	3%
Dependiente Total	2	1%
Total	226	100%

Grafico B



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

En cuanto al nivel de dependencia, una mayoría de sesenta y tres por ciento corresponde a usuarios independientes.

- Distribución de los usuarios con Incontinencia Urinaria que fueron derivados a especialistas.

Tabla C

DERIVACIÓN ESPECIALISTA	FA	FR%
SI	37	42%
NO	51	58%
Total	88	100%

Grafico C



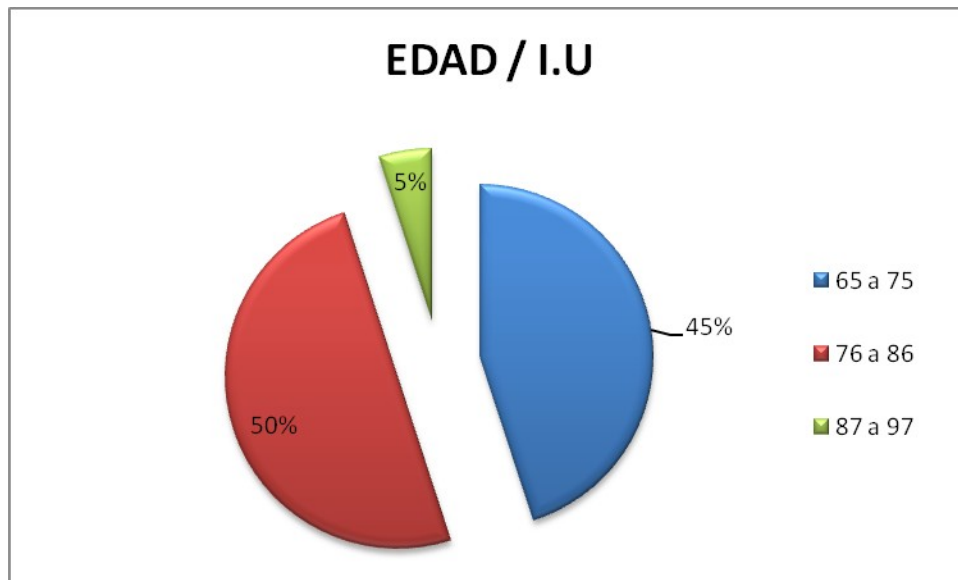
Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

En relación a la variable derivación a especialista, apreciamos que un cuarenta y dos por ciento de los usuarios fueron derivados.

Tabla E

INCONTINENCIA URINARIA			
		FA	FR%
EDAD	65 a 75	40	45%
	76 a 86	44	50%
	87 a 97	4	5%
	Total	88	100%

Grafico E



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.

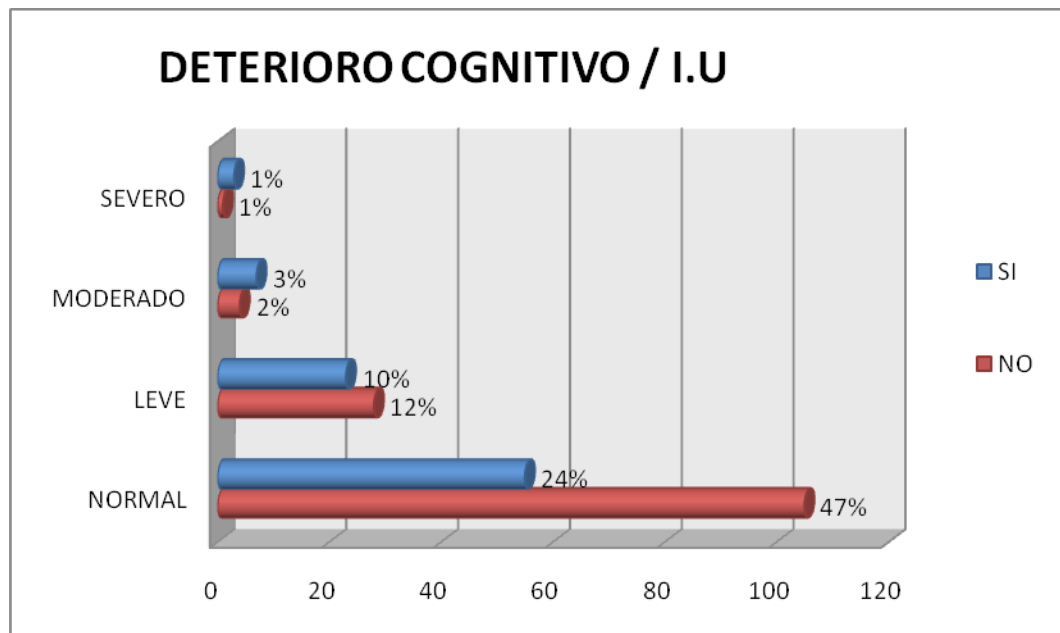
En este gráfico apreciamos que el rango etareo con mayor número de usuarios con incontinencia urinaria corresponde al de 76 a 86 años.

- Distribución de usuarios según deterioro cognitivo e Incontinencia Urinaria.

Tabla F

		INCONTINENCIA URINARIA		
		SI	NO	Total
DETERIORO COGNITIVO	NORMAL	55 (24%)	105 (47%)	160 (71%)
	LEVE	23 (10%)	28 (12%)	51 (22%)
	MODERADO	7 (3%)	4 (2%)	11(5%)
	SEVERO	3 (1%)	1 (1%)	4 (2%)
Total		88 (38%)	138 (52%)	226 (100%)

Grafico F



Fuente: Historias Clínicas de usuarios atendidos en la policlínica de Gerontología en el período 2007-2008.