

Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española

F. Gavira Iglesias^a, J.M. Caridad y Ocerín^b, J.B. Guerrero Muñoz^c, M. López Pérez^c, M. Romero López^c y M.V. Pavón Aranguren^c

Objetivo. Determinar, en un período de 5 años, la prevalencia, la incidencia, la remisión, los patrones de cambio de la incontinencia urinaria (IU) y los factores asociados con los cambios en el estatus de continencia.

Diseño. Estudio longitudinal prospectivo.

Emplazamiento. Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba).

Participantes. Un total de 827 sujetos seleccionados en 1996 entre 5.139 personas ≥ 65 años mediante muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y seguidos entre 1996 y 2001.

Intervenciones. Encuesta domiciliaria.

Mediciones. Preguntas sobre detección y severidad de la IU, datos sociodemográficos y valoración funcional. Se analizaron las variables explicativas para la probabilidad de estar vivo y desarrollar IU a los 5 años, respectivamente.

Resultados. La prevalencia de IU fue del 36% en 1996 y del 46% en 2001. La mortalidad fue similar en continentes e incontinentes. El 54,5% de los sujetos continentes en 1996 permaneció igual en 2001. Las tasas de incidencia y remisión a los 5 años fueron del 29 y 15%, respectivamente. En ambos sexos, la incontinencia ligera y moderada evolucionó principalmente hacia grados moderados y severos, mientras que la IU severa permaneció sin cambios en el 40,1%. La autopercepción de salud y la situación funcional son las principales variables que influyen tanto en la supervivencia como en la incidencia de IU.

Conclusiones. La prevalencia de IU es alta, la incidencia es moderada y la remisión espontánea baja. La IU es un problema dinámico y no afecta a la mortalidad. El deterioro de la movilidad influye fuertemente en la incidencia de IU.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Ancianos. Prevalencia. Incidencia. Remisión. Seguimiento.

FIVE-YEAR FOLLOW-UP OF URINARY INCONTINENCE IN OLDER PEOPLE OF A SPANISH RURAL POPULATION

Objective. To determine prevalence, incidence and remission rates and change patterns of urinary incontinence (UI) over a 5-year time span.

Design. Longitudinal study.

Location. Basic Health Zone of Cabra (Córdoba).

Patients. A random age-stratified sample of 827 subjects selected from a total of 5139 persons ≥65 years of age and followed up between 1996 and 2001.

Interventions. Home interview.

Measurements. Questions about detection and level of severity of UI, sociodemographic data, and level of functioning. Two logistic regression models were created to identify risk factors for the probability to be alive and to develop UI, respectively.

Results. UI prevalence reached 36% at baseline and 46% five years later. Mortality rates were similar in continent and incontinent subjects. 54.5% of continent subjects in 1996 remained so in 2001. Five-year incidence and remission rates were 29% and 15%, respectively. In both sexes, slight and moderate incontinence mainly progressed to moderate and severe degrees, whereas severe UI remained unchanged in 40.1%. The main risk factors for increased survival and for UI incidence were self-rated health and level of functioning.

Conclusions. Prevalence of UI is high, incidence is moderate and remission is low. Urinary incontinence is a dynamic problem and does not affect mortality. Impaired mobility has a strong influence on UI incidence.

Key words: Urinary incontinence. Old aged. Prevalence. Incidence. Remission. Follow-up.

English version available at

www.atencionprimaria.com/100.368

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 74)

^aCentro de Salud de Cabra. Zona Básica de Salud de Cabra. Córdoba. España.

^bDepartamento de Estadística. Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

^cDistrito Córdoba Sur. Córdoba. España.

Un resumen de este artículo fue presentado el día 5 de julio de 2003 en Barcelona, durante el 5.º Congreso Europeo de Gerontología de la Asociación Internacional de Gerontología. Financiado con una beca del Servicio Andaluz de Salud (proyecto 119/2000).

Correspondencia: Francisco Javier Gavira Iglesias. Urbanización Los Poleares, 23. 14900 Lucena (Córdoba). España. Correo electrónico: med015490@ya.com

Manuscrito recibido el 26 de noviembre de 2003. Manuscrito aceptado para su publicación el 13 de septiembre de 2004.

Introducción

En la última década se han publicado numerosos estudios sobre la prevalencia de incontinencia urinaria (IU) en ancianos residentes en la comunidad^{1,2}. Sin embargo, son escasos los estudios sobre la incidencia, la remisión espontánea y los factores de riesgo de la IU en dicha población². En estudios realizados en Japón, Nueva Zelanda y Suecia, la incidencia anual de IU osciló entre el 2 y el 7%³⁻⁵. Tasas más altas de incidencia (15-28%) y remisión (10-25%) se han descrito en ancianos norteamericanos y del sur de Australia⁶⁻⁸.

El conocimiento de la historia natural de la IU puede tener importantes repercusiones en su prevención y tratamiento. Si la IU ligera progresa a grados más severos, se debería instaurar un tratamiento precoz. Pero si un gran porcentaje de formas ligeras se cura espontáneamente, sería adecuada una conducta expectante.

En los últimos años se han llevado a cabo en España 3 estudios sobre la prevalencia de IU en ancianos residentes en la comunidad⁹⁻¹¹, pero hasta el momento no se ha publicado ningún estudio sobre la historia natural de la IU en dicha población.

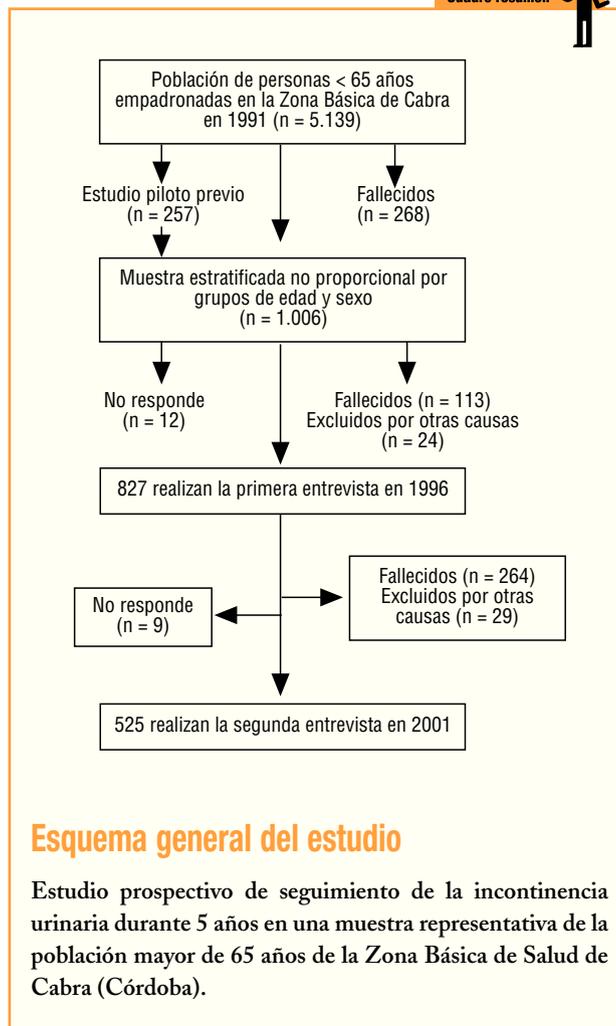
El presente estudio fue diseñado para conocer, en ancianos españoles, la prevalencia, la incidencia, la remisión y los patrones de cambio de la IU en un período de 5 años, y para valorar los factores asociados con los cambios en el estatus de continencia.

Material y método

El estudio fue realizado en la Zona Básica de Salud de Cabra, en el sur de España, mediante 2 entrevistas domiciliarias. La población del estudio estaba constituida por 5.139 personas \geq 65 años, según el Padrón Municipal de 1991. Se incluyó a los ancianos institucionalizados en residencias. La primera entrevista tuvo lugar en junio y julio de 1996. Con el objetivo de depurar el cuestionario y estimar el tamaño muestral, se llevó a cabo un estudio piloto en el que se tomó una muestra no proporcional del 5% de los 5.139 sujetos ($n = 257$) y se asignó un tercio de la muestra a cada uno de los 3 estratos (65-74, 75-84, y ≥ 85 años). Esta asignación se hizo con el objetivo de incluir el mayor número posible de sujetos pertenecientes a los grupos de mayor edad. Una vez conocidas las tasas de prevalencia por grupos de edad en el estudio piloto, la muestra final de cada grupo se obtuvo mediante entrevista del número requerido de sujetos tras considerar a los ya incluidos en el estudio piloto. La muestra definitiva y la estratificación se calcularon para estimar la prevalencia con una precisión de $\pm 3\%$ y una confianza del 95%. Los resultados de la primera entrevista ya han sido objeto de otra publicación¹⁰. La segunda entrevista tuvo lugar en mayo y junio de 2001. Los datos del presente trabajo se obtuvieron de los 525 sujetos que respondieron las 2 entrevistas y de los 302 sujetos que, o bien respondieron a la primera entrevista pero fallecieron durante el intervalo de 5 años, o bien fueron excluidos cuando se llevó a cabo la segunda entrevista (tabla 1).

Material y métodos

Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio prospectivo de seguimiento de la incontinencia urinaria durante 5 años en una muestra representativa de la población mayor de 65 años de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba).

Una semana antes de cada entrevista se envió una carta a cada individuo. Si éste estaba hospitalizado, la entrevista se realizaba 30 días después del alta. La recogida de datos fue realizada por 3 entrevistadores específicamente entrenados para el estudio. Se permitió la respuesta de personas próximas al paciente en el caso de sujetos con sordera, afasia o deterioro cognitivo. Para la detección de IU se utilizaron 2 preguntas: «¿se le escapa la orina de forma involuntaria o inesperada sin que sea capaz de evitarlo?» y «¿moja o humedece su ropa interior o de vestir o bien la ropa de la cama sin que Vd. quiera?». Definimos como IU la respuesta afirmativa a cualquiera de las 2 preguntas y/o el uso de catéter uretral^{12,13} o absorbentes. Sólo las personas incontinentes completaron el resto del cuestionario. Para graduar la severidad de la IU se empleó la escala de Sandvik¹³, que categoriza la IU en ligera, moderada y severa (tabla 2). El cuestionario se complementó con información sociodemográfica y funcional. Esta última fue valorada mediante el índice de Barthel (IB) modificado por Shah¹⁴, del que se excluyó el ítem sobre continencia urinaria, de modo que la puntuación máxima pasó a ser de 90 puntos.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS. Se utilizaron estadísticas básicas (media y desviación estándar para los datos cuantitativos y porcentajes para los cualitativos). Para

comparar las características funcionales de los sujetos al principio y al final del estudio se utilizaron el test de la t de Student y el test no paramétrico Wilcoxon de unilateral. Se elaboraron 2 modelos de regresión logística para identificar las variables explicativas de la probabilidad de estar vivo y del desarrollo de IU, respectivamente. Se aplicaron factores de ponderación para restablecer la proporcionalidad a la hora de expresar los resultados globales. Para la estimación de la proporción p de IU se tuvo en cuenta que se realizó un muestreo no proporcional en 3 grupos de edad, donde N es el tamaño poblacional, N₁, N₂ y N₃ el número de personas en cada estrato de edad, y n₁, n₂ y n₃, los respectivos tamaños muestrales.

Resultados

Al inicio del estudio en 1996 se seleccionó a 1.006 personas, de las que se consiguió entrevistar a 827. Tras 5 años de seguimiento, 293 sujetos (35%) fueron excluidos (264 habían fallecido y 29 habían abandonado definitivamente la zona). El porcentaje de fallecidos fue superior (p < 0,05) en los varones (27 frente a 18%). De los restantes 534 sujetos, 9 (2%) no respondieron (7 no fueron localizados tras 2 visitas y 2 rehusaron participar). Por tanto, se consiguió entrevistar a 525 sujetos y la tasa de respuesta fue del 98% (tabla 1).

TABLA 1 Población y muestra del estudio. Tasas de prevalencia, incidencia y remisión de la incontinencia urinaria

	65-74 años			75-84 años			≥ 85 años			Total ^a		
	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos
1996												
Población del estudio (N)												
Inicial (según Padrón Municipal 2001)	1.419	1.626	3.045	593	973	1.566	176	352	528	2.188	2.951	5.139
Sujetos fallecidos antes del 1 de agosto de 1996	36	25	61	57	44	101	36	70	106	129	139	268
Final	1.383	1.601	2.984	536	929	1.465	140	282	422	2.059	2.812	4.871
Muestra (n)												
Inicial	152	172	324	144	222	366	112	204	316	408	598	1.006
Sujetos excluidos												
Fallecidos antes del 1 de agosto de 1996	3	3	6	20	16	36	24	47	71	47	66	113
Otras causas	2	2	4	4	11	15	1	4	5	7	17	24
No respondedores	4	7	11	4	15	19	5	7	12	13	29	42
Final	143	160	303	116	180	296	82	146	228	341	486	827
Sujetos con incontinencia urinaria	35	65	100	40	65	105	35	90	125	110	220	330
Prevalencia de incontinencia urinaria (%)	24	41	33	34	36	35	43	62	55	28	41	36
2001												
Población del estudio (N)												
Sujetos fallecidos entre 1 agosto de 1996 y 30 de junio de 2001	188	107	295	175	235	410	78	151	229	441	493	934
Final	1.195	1.494	2.689	361	694	1.055	62	131	193	1.618	2.319	3.937
Muestra (n)												
Sujetos excluidos												
Fallecidos antes del 30 de junio de 2001	27	7	34	48	51	99	47	84	131	122	142	264
Otras causas	3	5	8	3	11	14	3	4	7	9	20	29
No respondedores	1	5	6	0	2	2	0	1	1	1	8	9
Final	112	143	255	65	116	181	32	57	89	209	316	525
Sujetos con incontinencia urinaria	36	78	114	31	53	84	15	49	64	82	180	262
Prevalencia de incontinencia urinaria (%)	32	55	45	48	46	46	47	86	72	36	54	46
Incidencia de incontinencia urinaria ^b	14	28	42	17	24	41	6	18	24	22%	36%	29%
Remisión de incontinencia urinaria ^c	5	7	12	4	7	11	0	1	1	18%	14%	15%

^aPorcentajes ponderados.

^bRazón del número de incontinentes en el año 2001 que eran continentes en 1996 dividido por todos los continentes en 1996 y que siguen siendo continentes en el año 2001.

^cRazón del número de continentes en el año 2001 que eran incontinentes en 1996 dividido por todos los incontinentes en 1996 y que siguen siendo incontinentes en el año 2001.

TABLA 2 Preguntas utilizadas para valorar el grado de incontinencia urinaria. Escala de Sandvik

1. ¿Con qué frecuencia experimenta Vd. pérdida de orina?
 - a) Menos de 1 vez al mes
 - b) 1 o varias veces al mes
 - c) 1 o varias veces a la semana
 - d) Cada día y/o cada noche
2. ¿Cuánta orina pierde Vd. cada vez?
 - a) Gotas o poca
 - b) Mucha

El índice de severidad resulta de multiplicar los resultados de las preguntas 1 y 2: 1-2, incontinencia ligera; 3-4, incontinencia moderada; 6-8, incontinencia severa.

TABLA 3 Características sociodemográficas y funcionales de los sujetos seguidos^a

	Varones	Mujeres	Total
Sujetos estudiados en 2001 (n)	209	316	525
Edad (años) (media ± DE)	80,5 ± 7,2	81,8 ± 7,4	81,3 ± 7,3
Estado civil (%)			
Soltero/a	12	7	9
Casado/a	72	40	53
Viudo/a	16	53	38
Nivel de instrucción (%)			
Analfabeto/sin estudios	92	97	95
Sin estudios universitarios	7	3	5
Estudios universitarios	1	0	0
Viven solos (%)	11	18	15
Institucionalizados en residencias (%)	1	3	2
Situación funcional (%) ^b			
Independencia (IB = 90)	74	58	65
Dependencia moderada (IB = 61-89)	20	32	27
Dependencia severa (IB = 21-60)	1	4	3
Dependencia total (IB ≤ 20)	5	6	5

DE: desviación estándar; IB: índice de Barthel.

^aPorcentajes ponderados.

^bTests de la t de Student y de Wilcoxon unilateral (p < 0,0005).

Las características sociodemográficas y funcionales de los 525 sujetos seguidos se describen en la tabla 3.

En 1996, la prevalencia de IU fue del 36% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 33-38) en la población general, del 41% (IC del 95%, 38-44) en las mujeres y del 28% (IC del 95%, 24-33) en los varones (tabla 1). Cinco años más tarde, la prevalencia se elevó al 46% (IC del 95%, 43-50) en la población general, al 54% (IC del 95%, 50-57) en las mujeres y al 36% (IC del 95%, 30-43) en los varones. En ambos años, la prevalencia fue más elevada en las mujeres

(p < 0,001). Las prevalencias global y en las mujeres fueron significativamente más altas (p < 0,001 y p < 0,01, respectivamente) en el año 2001, aunque el incremento de la prevalencia en los varones no fue significativo.

Durante el período 1996-2001, 107 personas desarrollaron incontinencia (29%; IC del 95%, 27-30), que sólo remitió en 24 (15%; IC del 95%, 14-16). La incidencia fue más elevada (p < 0,01) en las mujeres (36%; IC del 95%, 34-37) que en los varones (22%; IC del 95%, 19-25) y disminuyó significativamente (p < 0,025) con la edad; sin embargo, la remisión fue inferior en las mujeres (14%; IC del 95%, 13-15 frente a 18%; IC del 95%, 17-19), aunque la diferencia no fue significativa y también disminuyó (p < 0,05) con la edad.

De 497 sujetos continentales en 1996, el 54,5% permaneció igual 5 años más tarde y el 21% evolucionó casi por igual a grados ligeros, moderados y severos de IU (tabla 4). Las mujeres que desarrollaron incontinencia presentaron casi por igual formas ligeras y severas, mientras que los varones evolucionaron con mayor frecuencia hacia las formas moderadas. En ambos sexos, la IU ligera y moderada evolucionó sobre todo hacia mayores grados de severidad (moderada y severa, respectivamente). La IU severa fue la que menos se modificó (el 40,1% siguió teniendo el mismo grado), con una evolución hacia grados ligeros en los varones y moderados en las mujeres. La tasa de remisión fue escasa entre los sujetos con incontinencia severa (6,2%) y más alta en los que presentaban grados moderados de IU (14,3%) frente a los que tenían grados ligeros (9,7%). La mortalidad afectó de forma similar a continentales e incontinentales.

En 1996, la forma más frecuente de IU en ambos sexos fue la moderada, seguida por la ligera y la severa. En el año 2001, en los varones predominan las formas moderadas y en las mujeres las severas. Con el tiempo, tanto en varones como en mujeres, la IU ligera apenas disminuye (1,2%), la moderada aumenta escasamente un 2,1% y la severa dobla su valor. Tanto en 1996 como en 2001, las mujeres con IU ligera y severa alcanzaron un porcentaje 2 veces mayor que el de los varones y también superaron a éstos (aunque < 1%) en la IU moderada.

En la tabla 5 se describen los modelos logísticos usados en nuestro estudio. En el primero se encontró que la menor edad, el sexo femenino, la mejor situación funcional y la percepción positiva de la propia salud aumentan la probabilidad de estar vivo a los 5 años. En el segundo modelo, la dependencia en la movilidad, la percepción negativa de la propia salud, la no convivencia con el cónyuge y el sexo femenino resultaron ser factores de riesgo para la aparición de IU a los 5 años.

Discusión

La presente investigación representa el primer estudio español específicamente diseñado para estudiar la historia

TABLA 4 Cambios en el estatus de continencia

Inicio (1996)	Seguimiento (2001)						
	Total% (n)	NR/excluidos (%)	Fallecido (%)	Sin IU (%)	IU ligera (%)	IU moderada (%)	IU severa (%)
Varones							
Sin IU	100 (231)	3,0	24,7	56,9	3,4	7,4	4,6
IU ligera	100 (25)	0,0	49,2	6,5	9,4	21,6	13,3
IU moderada	100 (58)	4,4	23,3	16,4	9,8	34,8	11,3
IU severa	100 (27)	0,0	25,5	13,4	13,4	2,9	44,8
Total	100 (341)	2,8	27,4	44,7	5,0	12,2	7,9
Mujeres							
Sin IU	100 (266)	4,4	16,6	52,1	9,3	8,0	9,6
IU ligera	100 (57)	2,0	11,4	10,9	21,6	30,1	24,0
IU moderada	100 (81)	11,0	22,0	12,5	6,0	22,6	25,9
IU severa	100 (82)	20,1	20,4	3,5	5,7	11,6	38,8
Total	100 (486)	6,3	17,6	35,2	10,3	13,8	16,8
Todos							
Sin IU	100 (497)	3,7	20,7	54,5	6,3	7,7	7,1
IU ligera	100 (82)	1,5	21,8	9,7	18,7	27,7	20,5
IU moderada	100 (139)	8,0	22,5	14,3	7,6	27,8	19,8
IU severa	100 (109)	13,5	22,6	6,2	8,2	9,4	40,1
Total	100 (827)	4,8	21,9	39,3	8,1	13,1	12,9

IU: incontinencia urinaria; NR: no respondedores.

natural de la IU en el anciano. Sus hallazgos más relevantes son la elevada tasa de respuesta y la alta prevalencia, la moderada incidencia y la baja tasa de remisión de la IU. La remisión puede considerarse mayoritariamente espontánea, ya que hasta el 1 de marzo de 2001 no se implantó en nuestra zona un programa de detección, diagnóstico y tratamiento de la IU¹⁵.

Los escasos trabajos que han estudiado la historia natural de la IU se pueden dividir en 2 grupos. El primero está formado por estudios llevados a cabo en ancianos americanos y australianos⁶⁻⁸, con elevadas tasas de prevalencia (23-41%, según los diferentes tipos de IU), incidencia (10-20% anual y 20-30% en 3 años) y remisión (desde un 12-30% en 1 año hasta un 22-25% en 3 años). En estos estudios se utilizó una definición amplia de IU y no se realizó examen clínico de confirmación, salvo en el de Herzog et al⁶. El segundo grupo está constituido por los estudios realizados en la población escandinava, neozelandesa y japonesa^{3-5,16}, con bajas tasas de prevalencia (en general < 17%, salvo el estudio de Holtedahl y Hunskaar¹⁶, con un 47%), incidencia (desde 0,6% en 1 año al 11% en 20 años) y remisión (0% en 1 año, 13% en 3 años y 0% en 20 años). En todos ellos también se utilizó una definición amplia de IU, aunque en la mayoría se realizó un examen clínico de confirmación. Nuestro estudio, con un metodología similar a la del primer grupo, alcanza una prevalencia tan elevada como la encontrada en el primer grupo, pero su inci-

dencia y remisión son muy inferiores, aunque más elevadas que en los estudios del segundo grupo.

Nuestras cifras merecen atención. La tasa de incidencia es prácticamente el doble que la de remisión, lo que produce un incremento continuo en la prevalencia de IU. En 5 años, la prevalencia global de IU ha aumentado un 10% y ha llegado a afectar al 46% de los supervivientes, con un incremento mucho mayor en las mujeres (54%). Estos datos demuestran que la IU en los ancianos es un problema relacionado con la edad y el sexo⁸.

Sólo Herzog et al⁶ han estudiado de forma detallada los patrones de cambio de la IU en términos de severidad. Nuestro estudio coincide con el de estos autores en que prácticamente la mitad de los sujetos continentales nunca había tenido incontinencia, que la incidencia es superior a la remisión, que las tasas de remisión son superiores en los varones y que las formas severas se mantienen más estables que las ligeras y moderadas. El largo intervalo de nuestro estudio (5 años) frente al de Herzog et al (1 año) podría explicar los diferentes cambios encontrados en la severidad con el tiempo. Tanto en 1996 como en 2001, el grado moderado es el más frecuente de IU en nuestro estudio, seguido de las formas severas y ligeras, frente a las formas ligeras, moderadas y severas del estudio de Herzog et al⁶. Al contrario que estos autores, hemos observado que la IU severa es más estable en los varones y evoluciona principalmente a la remisión y a formas ligeras.

TABLA 5
Modelos logísticos

Sujetos	Estatus	Variable dependiente	Variables independientes	OR ajustada (IC del 95%)	p
n					
Modelo 1. ^a : variables explicativas de la probabilidad de estar vivo ^b					
737	Continentes e incontinentes en 1996	Probabilidad de estar vivo (0 = muerto; 1 = vivo)	Edad en años (variable continua)	0,90 (0,88-0,93)	0,0000
			Situación funcional (IB = 90) (variable continua)	1,04 (1,02-1,06)	0,0000
			Sexo		
			Mujer	0,43 (0,29-0,63)	0,0000
			Varón	1	
			Salud autopercebida		
			Regular/mala/muy mala	0,47 (0,32-0,69)	0,0001
			Muy buena/buena	1	
Modelo 2. ^a : Variables explicativas de la probabilidad de hacerse incontinente ^c					
340	Continentes en 1996	Probabilidad de ser incontinente (0 = continente; 1 = incontinente)	Edad en años (variable continua)	1,02 (0,98-1,06)	0,2846
			Sexo		
			Mujer	0,63 (0,38-1,06)	0,0842
			Varón	1	
			Movilidad		
			Independencia (deambulaci3n = 15)	2,87 (1,53-5,39)	0,0010
			Dependencia (deambulaci3n < 15)	1	
			Salud autopercebida		
			Muy buena/buena	1,73 (1,04-2,88)	0,0356
			Regular/mala/muy mala	1	
			Vivir con		
			C3nyuge	0,51 (0,30-0,86)	0,0124
			Solo/con otros	1	

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza; IB: índice de Barthel.

^aAnálisis multivariable introduciendo simultáneamente todas las variables en el modelo.

^bSe excluyó a los sujetos que no respondieron por sí mismos en 1996 y los que fueron excluidos en el año 2001.

^cSe excluyó a los sujetos que no respondieron por sí mismos en 1996 y los que fueron excluidos o fallecieron en el año 2001.

Esto puede deberse a que los tipos más frecuentes de la IU en los varones son la incontinencia funcional y la de urgencia, con frecuencia causadas por algún deterioro físico y cognitivo, problemas neurológicos (diabetes, ictus, enfermedad de Parkinson), hiperplasia benigna de próstata, infecciones o disfunción intestinales, todos ellos relativamente susceptibles de tratamiento². En consecuencia, en más del 25% de los casos, la IU se cura o evoluciona a IU ligera. La menor tasa de remisión de la IU severa en las mujeres puede ser explicada por la menor comunicación de este problema a los profesionales¹⁷, por su origen multifactorial y por su mayor dificultad de tratamiento.

Al igual que en numerosos estudios sobre IU^{4,7,18-21}, la variable más fuertemente asociada con la aparición de IU en nuestros ancianos fue la dependencia en la movilidad. Es-

te hallazgo corrobora la importancia del componente funcional en la IU de los ancianos, un factor modificable y prevenible que se menciona en pocas ocasiones en la bibliografía²².

En nuestro medio, la mortalidad, de acuerdo con otros estudios^{23,24}, afectó por igual a continentales e incontinentes, por lo que la IU en nuestros ancianos no es un factor de riesgo para la mortalidad. Sin embargo, otros autores^{4,5,25} han encontrado que la IU es un factor de riesgo independiente para la mortalidad. Algunos de los factores que influyen en la supervivencia de nuestros ancianos también han sido encontrados por Herzog et al⁶ (edad, salud autopercebida), Nakanishi et al²⁵ (edad, sexo femenino, salud autopercebida) y Koyano et al⁵ (independencia en las actividades básicas de la vida diaria).

Discusión
Cuadro resumen**Lo conocido sobre el tema**

- Se han encontrado 3 estudios sobre la prevalencia de incontinencia urinaria en ancianos españoles.
- Hay escasos estudios longitudinales sobre incontinencia urinaria en ancianos, y ninguno con ancianos españoles.
- El conocimiento de la historia natural de la incontinencia urinaria puede tener importantes repercusiones en su prevención y tratamiento.

Qué aporta este estudio

- Datos sobre la historia natural de la incontinencia urinaria en ancianos españoles y los factores que influyen en su incidencia.
- La prevalencia de incontinencia pasó en 5 años del 36 al 46%, la incidencia fue del 29% y la remisión del 15%. La mitad de los continentes en 1996 seguía siéndolo en 2001. La incontinencia severa fue la que menos se modificó.
- El deterioro de la movilidad es el factor que más influye en la incidencia de incontinencia urinaria. Este factor es prevenible y susceptible de tratamiento.

Nuestro estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, no se llevó a cabo una demostración objetiva de la presencia de incontinencia. Sin embargo, la prevalencia de IU obtenida mediante mediciones objetivas difiere poco de la encontrada mediante cuestionarios¹⁹. En segundo lugar, no se estimó la fiabilidad de las preguntas aplicadas por distintos entrevistadores. Sin embargo, nuestros entrevistadores fueron los mismos profesionales en las 2 entrevistas y fueron entrenados específicamente para este estudio. En tercer lugar, no se preguntó por el tipo de IU ni se recogieron datos sobre la comorbilidad de los sujetos del estudio.

Si la IU en los ancianos es muy frecuente, aumenta con la edad, tiene una baja tasa de remisión espontánea, tiende a empeorar en grado y se asocia con dependencia funcional, la tarea de los profesionales sanitarios es doble: por un lado, mediante la identificación y la intervención precoces, prevenir o retrasar la discapacidad funcional y otros factores de riesgo de IU modificables, y por otro, poner en marcha un programa de detección, diagnóstico y tratamiento de IU con el que se logre su remisión o, al menos, una disminución de la progresión de su severidad.

Bibliografía

1. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology*. 1997;50 Suppl 6A:4-14.
2. Abrams P, Cardozo L, K Saad, Wein A, editors. Incontinence. 2nd. ed. 2nd. International Consultation on Incontinence. Part I. 2002.
3. Molander U, Milsom I, Ekelund P, Mellström D. An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas*. 1990;12:51-60.
4. Campbell AJ, Reinken J, McCosh L. Incontinence in the elderly: prevalence and prognosis. *Age Ageing*. 1985;14:65-70.
5. Koyano W, Shibata H, Haga H, Suyama Y. Prevalence and outcome of low ADL and incontinence among the elderly: five years follow-up in a Japanese urban community. *Arch Gerontol Geriatr*. 1986;5:197-206.
6. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Normolle DP, Brock BM. Two-year incidence, remission, and change patterns of urinary incontinence in non-institutionalized older adults. *J Gerontol Med Sci*. 1990;45:M67-74.
7. Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1049-54.
8. Liu C, Andrews GR. Prevalence and incidence of urinary incontinence in the elderly: a longitudinal study in South Australia. *Chin Med J (Engl)*. 2002;115:119-22.
9. Damián J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. *Eur Urol*. 1998;34:333-8.
10. Gavira Iglesias FJ, Caridad y Ocerín JM, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, López Pérez M, Romero López M, et al. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55: M207-14.
11. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria*. 2003;32:337-42.
12. Mohide EA. The prevalence and scope of urinary incontinence. *Clin Geriatr Med*. 1986;2:639-54.
13. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47:497-9.
14. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42:703-9.
15. Grupo cordobés para el estudio de la incontinencia urinaria. Implantación de un programa en incontinencia urinaria en un centro de salud. *Aten Primaria*. 2003;31:446-52.
16. Holtedahl K, Hunskaar S. Prevalence, 1-year incidence and factors associated with urinary incontinence: a population based study of women 50-74 years of age in primary care. *Maturitas*. 1998;28:205-11.
17. Gavira Iglesias FJ, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, Caridad y Ocerín JM, López Pérez M, Romero López M, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Aten Primaria*. 2001;28:97-104.
18. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol*. 1997;32:3-12.

19. Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38:273-81.
20. Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, Bromberg J. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology.* 1990;36:129-38.
21. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA.* 1995;273:1348-53.
22. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Incontinence. En: Kane RL, editor. *Essentials of clinical geriatrics.* McGraw-Hill Inc.; 1994. p. 145-96.
23. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Fultz NH, Goldstein NE. Urinary incontinence as a risk factor for mortality. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:264-8.
24. Thom DH, Haan MN, Van den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing.* 1997;26:367-74.
25. Nakanishi N, Tatara K, Shinsho F, Murakami S, Takatorige T, Fukuda H, et al. Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly people living at home. *Age Ageing.* 1999;28:301-6.

COMENTARIO EDITORIAL

Incontinencia urinaria: ¿otra epidemia silenciosa?

J.M. Bosch Fontcuberta

Área Básica de Salud Encants (Maragall). Barcelona. España.

La International Continence Society define la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, demostrable de manera objetiva, que origina repercusiones sociales e higiénicas a quien la presenta.

Diversos estudios han descrito cifras de prevalencia elevadas que oscilan en el 5-59%. En nuestro país se han publicado varios trabajos en el ámbito de la atención primaria que describen una prevalencia de IU del 15,4% en un grupo de mujeres de 40-60 años, de alrededor del 30% en mujeres de más de 65 años y del 14% en varones ancianos¹, cifras similares a las de otros países. Gran parte de la variabilidad de los resultados podría deberse a la selección de las muestras estudiadas —en función de la edad, el sexo o el nivel cultural—, la severidad y el tipo de incontinencia, así como por su baja notificación.

Aunque se trata de un problema de salud frecuente, un escaso porcentaje de los afectados (20-30%) solicita ayuda profesional. Algunos de los motivos aducidos son sentimientos de vergüenza, considerarla un problema «normal» o inevitable en ciertas edades o, simplemente, pensar que es irresoluble². Se ha descrito que el tiempo medio que tardan los pacientes en manifestar que la IU es un problema es de 4-6 años. Por otra parte, sólo un 10% de los profesionales pregunta acerca de la continencia de sus pacientes y un escaso porcentaje de éstos llega a ser evaluado y tratado.

Desde la geriatría, la IU se considera uno de los denominados «gigantes geriátricos», y es necesario evaluar sus re-

Puntos clave

- La incontinencia urinaria (IU) es un problema prevalente en nuestro país, que se mantiene oculto por quienes lo presentan, y apenas si es evaluado y tratado por los profesionales de la atención primaria.
- Los cuestionarios de evaluación de la IU son útiles inicialmente para detectar el problema, parecen tener una buena correlación con su demostración objetiva y orientan hacia el tipo de incontinencia.
- Las medidas terapéuticas de rehabilitación y el tratamiento farmacológico permiten conseguir la mejoría de alrededor de un 70% de los casos. Un pequeño porcentaje de pacientes precisará de evaluación y tratamiento especializados.
- La aplicación de un protocolo de actuación sobre la IU es factible en las consultas de AP, aunque precisa de un adiestramiento previo de sus profesionales y de tiempo suficiente. El trabajo colaborativo entre el personal de enfermería y el médico de familia es clave en su implementación.

percusiones desde una perspectiva médica, psicológica y social. Así, el hecho de que el anciano presente IU predispone a la aparición de diversos problemas médicos, desde

lesiones cutáneas –dermatitis perineal, úlceras por presión–, a infecciones urinarias, incluida la sepsis urinaria en pacientes frágiles, o a caídas y fracturas, como claros exponentes de «cascadas» de problemas.

Se sabe, además, que la IU favorece el aislamiento del paciente, empobrece sus relaciones sociales, llega a afectar a la autoestima de quien la experimenta y puede originar un trastorno depresivo. Se ha descrito asimismo que la IU es una variable asociada con una mayor probabilidad de ingreso en residencias.

Por otra parte, la IU comporta un elevado gasto farmacéutico, y se estima que los pañales llegan a suponer el 3,2% del importe total de la prestación económica del Sistema Nacional de Salud³.

El Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria es un buen ejemplo de equipo de investigación en la atención primaria de nuestro país, por cuanto a lo largo de varios años ha ido desarrollando, de manera lógica y secuencial, trabajos que van desde la evaluación de una población bien definida de personas ancianas, pasando por el estudio de la prevalencia de la IU, hasta el análisis de diversas variables sociodemográficas y problemas asociados⁴. Posteriormente, realizan el seguimiento de dicha cohorte –objeto del trabajo que comentamos– y en el que nos aportan interesantes datos.

El estudio de Gavira et al del presente número de ATENCIÓN PRIMARIA es el primero en nuestro país que describe la evolución de la IU en una muestra de ámbito rural y a lo largo de un dilatado período. Su seguimiento durante 5 años describe cómo la «evolución natural» de la IU tiende hacia un incremento de la prevalencia –del 36% en 1996 al 46% en el 2001– y su incidencia es mayor en el caso de las mujeres ancianas (15%) que en los varones (10%). Por el contrario, la mejoría clínica hacia formas más leves o la remisión completa fue menor en el sexo femenino, tanto por su tendencia a comunicar menos este síntoma –cuando lo hacen es de formas más severas de IU–, su origen multifactorial y las dificultades en su tratamiento. Un dato interesante del estudio es la observación de que la variable más asociada a la IU fue la inmovilidad, lo que sugiere a los autores que la IU tiene un claro componente funcional en los ancianos.

El mismo Grupo Cordobés ha implementado un programa de IU en un centro de salud⁵. El programa distingue un nivel de intervención por parte del médico de atención primaria y el profesional de enfermería, y otro nivel especializado propio de la urología y la ginecología. Transcurrido 1 año desde su implantación en una muestra de 41 casos –la mayoría con grados de IU severa–, el programa se muestra ágil, sencillo y eficiente.

La detección de la IU puede realizarse mediante preguntas sencillas del tipo: «¿se le escapa la orina de forma involuntaria e inesperada sin que sea capaz de evitarlo?» o a través de cuestionarios. En este sentido, hay un cuestionario validado en nuestro país que ayuda a orientar si la IU

es de estrés, de urgencia o mixta, y en el que se describen adecuados niveles de sensibilidad y especificidad⁶.

Tras la sospecha inicial de IU, conviene realizar una valoración del paciente –incluiría una exploración física general, urológica, neurológica y ginecológica–, así como practicar una analítica de orina –para evaluar la presencia de una posible infección urinaria o de hematuria–. La analítica de sangre determinará la glucemia, y un hemograma junto con la calcemia^{3,5}.

En función de esta primera aproximación, puede comenzarse con una pauta de tratamiento conservador. En el caso de la IU de esfuerzo, la realización supervisada de ejercicios de suelo pélvico se ha mostrado útil hasta en un 75% de los casos⁵, mientras que en otros puede requerirse tratamiento farmacológico con agonistas alfaadrenérgicos o cirugía^{3,5}. La IU de urgencia responde mejor al tratamiento farmacológico con anticolinérgicos y técnicas de reeducación vesical^{2,3,5}. La IU con síntomas obstructivos –IU por rebosamiento– precisa habitualmente tratamiento quirúrgico.

Sin embargo, conviene recordar que muchas de las causas de IU en el anciano son transitorias –hasta el 30% de los casos en el ámbito ambulatorio y el 50% en los pacientes ingresados en residencias u hospitales–. La lista etiológica de IU transitoria incluye los estados confusionales agudos –delirio–, la infección urinaria, la vaginitis atrófica, diversos fármacos –sedantes, fármacos con efectos anticolinérgicos, adrenérgicos y diuréticos–, la hipercalcemia y la hiperglucemia, y situaciones tan frecuentes como la inmovilidad, la impactación fecal o la presencia de un trastorno depresivo.

Hay acuerdo para solicitar un estudio urodinámico en aquellos casos de diagnóstico incierto, frente a la IU severa, ante la falta de respuesta al tratamiento inicial, en pacientes que muestran residuo posmiccional superior a 100 ml, afectados de infecciones urinarias de repetición sintomáticas, pacientes con antecedentes de cirugía pélvica o cirugía antiincontinencia, así como los que recibieron tratamiento con radioterapia. Son también subsidiarios de estudio especializado los casos de IU de urgencia de presentación repentina, la observación de prolapso genital sintomático o

TABLA 1 Medidas preventivas de la incontinencia urinaria (IU)

Prevención y tratamiento de la obesidad
Evitar la inmovilidad
Evitar el aislamiento social en las personas ancianas
Cesar o disminuir el consumo de cafeína y alcohol
Reducir la excesiva ingesta de líquidos
Reevaluar los fármacos predisponentes o desencadenantes de IU
Tratamiento de la vaginitis atrófica
Tratamiento de la infección urinaria

la presencia de hematuria sin infección urinaria. Sin embargo, todas estas situaciones suponen un pequeño porcentaje de los individuos afectados de IU^{2,3,5}.

Por tanto, inicialmente el equipo de atención primaria podría evaluar la mayoría de los casos de IU, aplicar las primeras medidas terapéuticas y valorar su respuesta. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la prevención de la IU, su detección precoz y en el tratamiento rehabilitador.

Algunas de las medidas que se aconsejan para prevenir la IU se resumen en la tabla 1.

No obstante, ante todo paciente afectado de IU conviene proporcionar respuestas individualizadas y de forma realista, tanto por las posibilidades terapéuticas disponibles como por la capacidad de colaboración del paciente, con objeto de evitar adoptar conductas con falsas expectativas o actitudes de «desresponsabilización».

A modo de conclusión, podemos decir que diversos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país evidencian que la IU es un trastorno de salud prevalente pero oculto; en concreto, la cohorte estudiada por Gavira et al dibuja la tendencia evolutiva de este problema.

La IU continuará siendo otra «epidemia silenciosa» si no se aborda de forma decidida. Para esto necesitamos campañas de sensibilización y formación dirigidas tanto a la población general como a los profesionales que la atienden.

No cabe duda de que los profesionales de la salud requieren más formación en este ámbito –la propia semFYC tiene un grupo de trabajo sobre IU– pero además es imprescindible mejorar las condiciones de trabajo –actualmente insuficientes en la atención primaria de nuestro país– para su correcta atención.

Bibliografía

1. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria*. 2003;32:337-42.
2. España Pons M. Consulta diaria. Qué haría usted ante... una paciente con incontinencia urinaria. *Med Integral*. 2002;39:434-54.
3. Juarranz Sanz M, Terron Barrosa R, Roca Guardiola M, et al. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria*. 2002;30:323-32.
4. Gavira Iglesias FJ, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Aten Primaria*. 2001;28:97-104.
5. Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria. Implantación de un programa de incontinencia urinaria en un centro de salud. *Aten Primaria*. 2003;31:446-52
6. Vila MA, Fernández MJ, Florensa E, Orejas V. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria*. 1997;19:122-6.