

La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica

Eva Hernández-Fabà^a, Carmen Fuentelsaz-Gallego^b, Rosa Aran-Catalán^b, Rosa Suñer-Soler^c, Blanca Egea-Zerolo^d y Esther Nieto-Blanco^e, en representación del Grupo de Intervenciones de Enfermería en Personas Mayores: Incontinencia urinaria, lesiones por presión CLPPJ y caídas, de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores (RIMARED)

^aCAP. Premià de Mar. Barcelona. España.

^bHospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

^cHospital Universitario Josep Trueta. Girona. España.

^dInstituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

^eAtención Primaria. Área 6. Madrid. España.

RESUMEN

Se presenta una revisión del estado actual de la incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años. La fuente empleada se basa en una estrategia de búsqueda de las bases de datos Cuiden, Cinahl, Medline y Cochrane, durante los meses de mayo-junio de 2003. Se analizan los trabajos publicados entre 1997 y 2003 en el ámbito geográfico de Estados Unidos, Canadá y Europa. De las 176 referencias bibliográficas iniciales, se seleccionaron 33 artículos. Según éstos, la incontinencia urinaria en ancianos tiene elevada prevalencia y oscila entre un 15,5 y un 52,0%. La prevalencia es más elevada en mujeres, personas de mayor edad, dependientes o con deterioro cognitivo. Se insiste en que sigue siendo un problema poco tratado, tanto por la falta de comunicación de los afectados como por la falta de concienciación del personal sanitario. Además, se revisan los diferentes tratamientos no invasivos que han mostrado beneficios en estos pacientes: reeducación vesical, cambios en el estilo de vida o rehabilitación con ejercicios de refuerzo del suelo pélvico.

Palabras clave

Incontinencia urinaria. Enfermería geriátrica. Mayores de 65 años. Revisión de la bibliografía.

Urinary incontinence in elderly individuals aged more than 65 years old: a view from geriatric nursing

ABSTRACT

We review the state-of-the-art on urinary incontinence in individuals aged more than 65 years old. The sources used were based on a search of the Cuiden, Cinahl, Medline and Cochrane databases from May to June, 2003. Studies published between 1997 and 2003 in the USA, Canada and Europe were analyzed. Of the 176 studies initially retrieved, 33 articles were selected. According to these articles, the prevalence of urinary incontinence in the elderly is high, ranging from 15.5% to 52.0%. The prevalence is higher in women, in individuals of advanced age, and in those with dependency and cognitive impairment. This problem is under-treated, due to underreporting by affected individuals and lack of awareness among health staff. The various non-invasive treatments that benefit these patients are discussed: bladder reeducation, lifestyle changes, and rehabilitation with exercises to reinforce the pelvic floor.

Key words

Urinary incontinence. Geriatric nursing. The elderly. Literature review.

El presente trabajo forma parte del Proyecto Científico de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores, financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (G03/100).

Correspondencia: C. Fuentelsaz-Gallego.

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Paseo Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.

Correo electrónico: cfuentelsaz@vhebron.net

Recibido el 22-6-2006; aceptado el 29-9-2006.

INTRODUCCIÓN

Una persona sana mantiene un correcto funcionamiento miccional gracias a la integridad anatómica y funcional de la innervación de todo el sistema vesicouretral¹; así, cuando la vejiga está llena, entre 300 y 500 ml de orina, se inicia una serie de impulsos en el ámbito medular y en el encéfalo, que nos avisan del deseo de orinar. En condiciones normales, y si no hay factores que impidan la micción, el mús-

culo de la pared vesical se contrae y el esfínter interno se relaja, lo que permite la salida de la orina hacia la uretra. Sin embargo, hay diferentes mecanismos transitorios o establecidos que alteran la continencia, y provocan incontinencia aguda o crónica, respectivamente.

En 1976 la Sociedad Internacional de la Continencia (SIC) define la incontinencia urinaria (IU) como: «La pérdida involuntaria de orina por la uretra que representa un problema higiénico o social». Posteriormente, ha habido otras revisiones, como la publicada en 1988 en la que se realizó un cambio y se agregó «que sea objetivamente demostrable»².

En el año 2002, el comité de estandarización de terminología de la SIC, para unificar términos en las definiciones, actualizó esta definición y considerará la IU como «la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina». En esta definición se hace referencia a las dolencias en los temas relacionados a la calidad de vida³.

Hay 4 tipos principales de IU²⁻⁵:

1. *IU de urgencia*: pérdida involuntaria de orina, inmediatamente después o simultáneamente, con una sensación urgente de vaciar la vejiga que es difícil postergar.

2. *IU de esfuerzo*: pérdida involuntaria de orina coincidiendo con un aumento de la presión de la cavidad intra-abdominal, por ejemplo al toser, reír, levantar peso o al realizar ejercicio físico.

3. *IU mixta*: pérdida involuntaria de orina en la que hay un componente de incontinencia de urgencia y de la de esfuerzo.

4. *IU por rebosamiento o paradójica*: se produce en personas con procesos obstructivos en el tramo urinario inferior o con alteración de la contractilidad vesical, que determinan una retención urinaria crónica (vejiga sobredistendida, con vaciamiento incompleto de la vejiga) pero que causa pérdidas involuntarias de orina. Esta incontinencia se resuelve al corregir el proceso obstructivo de la vía urinaria, y resulta más difícil la solución de la alteración contráctil vesical.

La IU es un problema muy frecuente entre los adultos, aumenta con la edad y la dependencia funcional, es más prevalente en las mujeres^{6,7} y en los pacientes neurológicos⁸, y llega a ser un problema casi generalizado en las residencias y hospitales de pacientes crónicos^{9,10}.

A pesar de su elevada prevalencia^{6,7,11}, la IU se mantiene a menudo escondida y olvidada, y se observa que menos de la mitad de las personas con IU consulta su problema y solicita ayuda⁶.

Las repercusiones de la IU son enormes, en personas sanas representa un problema que limita las actividades de la vida diaria y social¹², tiene repercusiones en la salud mental de las personas que la presentan^{13,14} y constituye un creciente gasto sanitario en el ámbito mundial. En Aus-

tralia, de 1.835.628 mujeres incontinentes mayores de 18 años, se estimó un coste anual en tratamientos por IU de 33.847 millones de dólares en el año 1998¹⁵. En personas enfermas, sobre todo en pacientes neurológicos, la IU es un factor de mal pronóstico funcional a medio y largo plazo, con repercusiones negativas en la evolución del paciente^{16,17}.

Este estudio forma parte del proyecto científico de la red temática de investigación corporativa RIMARED, Red de Investigación en Cuidados a Personas Mayores, creada en el 2003 con el objetivo de evaluar las necesidades de salud y la efectividad y eficiencia de los cuidados que reciben las personas de 65 años o más, para proponer líneas de actuación e iniciativas que permitan la mejora de los cuidados de salud mediante intervenciones sanitarias integrales y de calidad. RIMARED está compuesta por 6 grupos centrados en distintas temáticas de las personas mayores de 65 años, entre ellas las intervenciones de enfermería (IU, lesiones por presión y caídas).

El objetivo del trabajo que se presenta fue conocer el estado actual del conocimiento de la IU en las personas mayores de 65 años, mediante una revisión de la bibliografía en el ámbito nacional e internacional, con especial énfasis en la aproximación desde la enfermería.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica del estado actual de la producción científica sobre la IU, desde 1997 hasta el 2003. Esta revisión se basó en la búsqueda de los estudios publicados en revistas indexadas en las bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales: Cuiden, Cinahl, Medline y Cochrane. La estrategia de la búsqueda fue diseñada con las siguientes palabras clave:

Inglés

TI urinary incontinence AND TI (aged OR elderly) OR (old people OR aging OR older) OR (geriatric* OR geriatric* nurs* OR gerontologic* nurs*) AND ((Epidemiology OR sociodemographic data) OR (assessment scale OR regist*) OR (risk factor* OR complication*) OR (prevention OR treatment) OR (education) OR (protocol* OR clinical practice guideline*) OR (nurs* care OR quality attention OR quality of care) OR (urinary reservoir* continent))

Castellano

(incontinencia urinaria) & ((ancian*/persona* mayor*)/(mayor* de 65 años/envejecimiento)/(geriatri*/enfermería geriatric*/enfermería gerontologic*)) & ((dato* epidemiológico*/dato* sociodemográfico*)/(escala* de valoración/registro*)/(factor* de riesgo/complicación*)/(prevención/tratamiento)/(educación)/(protocol*/guía* de práctica clínica)/

TABLA 1. Distribución de los artículos seleccionados según el año de publicación

	Años de publicación							Total
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Artículos, n = 33	3	7	4	7	4	5	3	33
	9,1%	21,2%	12,1%	21,2%	12,1%	15,2%	9,1%	100%

(cuidado* de enfermería/calidad de atención)/(Dispositivo**))

Todas ellas limitadas a:

- Ámbito cronológico, 1997-2003.
- Ámbito geográfico: Estados Unidos, Canadá y Europa.
- Idioma publicación: inglés, francés y castellano.

Revisión de los artículos

Tras realizar la búsqueda bibliográfica y descartar las referencias que estaban repetidas en las bases de datos y/o no estaban relacionadas con los objetivos de la revisión, se consiguieron los artículos en formato papel.

La revisión de los artículos la llevaron a cabo 4 evaluadores independientes, a los que se les distribuyeron los artículos por pares. Para la evaluación de los artículos se diseñó una hoja de evaluación ad hoc que contenía diferentes aspectos: la adecuación del diseño a los objetivos planteados, el ámbito, los criterios de selección de los individuos de estudio, el tamaño muestral y tipo de muestreo, las variables estudiadas y, finalmente, los resultados y las conclusiones. Cada evaluador rellenó la hoja de evaluación en la que se puntuaba cada artículo en una escala del 1 al 10 en función del interés temático, la relevancia y la calidad metodológica (1 indicaba la peor valoración y 10 la mejor).

Una vez revisados todos los artículos, se compararon las puntuaciones y los comentarios de cada evaluador; los artículos en que se observaron discrepancias entre evaluadores los evaluó una tercera persona. Se descartaron los artículos con metodología u objetivos no adecuados a los criterios de la búsqueda.

RESULTADOS

Se identificaron 176 referencias que estaban distribuidas en las bases de datos utilizadas del modo siguiente: 15 referencias en Cochrane, 54 en Cinahl, 86 en Medline y 21 en Cuiden.

De las 176 referencias se descartaron 40 por estar duplicadas en una o más bases de datos o no estar relacionadas con el tema de estudio, y quedaron 136 para su revisión por pares.

Una vez realizada la revisión de los 136 artículos, se eliminaron 103 por estar repetidos, o no cumplir los objetivos de la búsqueda, y se seleccionaron 33 para revisión exhaustiva.

Finalmente, se realizó una revisión en profundidad de los 33 artículos seleccionados^{9,18-48}, y se extrajo la información relevante para realizar la síntesis de la bibliografía. La extracción de la información se realizó entre los 4 evaluadores iniciales, y posteriormente la revisó todo el grupo investigador.

Características de los artículos

En la tabla 1 se presenta la distribución de los artículos según el año de publicación. De los 33 artículos seleccionados, 18 (55%) se realizaron en Estados Unidos, 8 (24%) en España, 5 en el resto de países europeos (15%), uno en Israel⁹ y otro en Australia²⁰. Estos 2 últimos se seleccionaron posteriormente por su relevancia para la presente revisión.

Referente al ámbito de la población de estudio, el 73% (24) de los artículos se realizaron en atención primaria y/o la comunidad, 15% (5) en servicios sociosanitarios o residencias y únicamente un artículo se realizó en el ámbito hospitalario.

En relación con el tipo de diseño de estudio, 24 (73%) eran observacionales descriptivos; 3 (9%), experimentales; 2 (6%) casi-experimentales; 2, revisiones; uno, observacional analítico, y uno, con metodología cualitativa.

Epidemiología

La prevalencia de la IU que reflejan los estudios seleccionados oscila entre un 15,5% (con una muestra de 589 personas mayores no institucionalizadas)¹⁸ y un 51,96% (con una muestra de 302 pacientes geriátricos ingresados por enfermedad aguda médica o quirúrgica)¹⁹. La mayoría de los estudios presentaban unas cifras de prevalencia de IU entre 20 y 45%^{9,20-28,49}, excepto un estudio⁹ que presentó cifras muy superiores, con una prevalencia del 91,6%, en 8.278 pacientes geriátricos ingresados en un hospital de crónicos.

En la mayoría de los artículos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en prevalencia de la IU según el género^{21-23,27,29}. En un estudio nacional²⁵, la

prevalencia de IU fue significativamente mayor ($p < 0,001$) en las mujeres (42%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 39-45%) que en los varones (29%; IC del 95%, 25-38%). Sin embargo, se hallaron estudios donde no se observaron estas diferencias^{9,18,26}, cuya explicación que le atribuyó uno de los autores¹⁸ fue la alta prevalencia de alteraciones prostáticas en los varones y el bajo porcentaje de respuestas que obtuvieron de las mujeres.

Hay un porcentaje mayor de incontinentes entre las mujeres que han tenido algún parto vaginal que entre las que no han tenido ninguno, aunque la diferencia no alcanzó valores estadísticamente significativos²⁹.

La prevalencia de la IU aumentó con la edad^{22,25,26,29}. En el estudio realizado en España²⁹, en pacientes que acudieron a su centro de salud, la prevalencia de IU aumentaba con la edad, independientemente del sexo, y así en el grupo de 60-69 años fue del 31,7% (IC del 95%, 25,1-38,3%), en el grupo de 70-79 fue del 35% (IC del 95%, 27,5-42,5%) y en el grupo de mayores de 80 años alcanzó el 53,3% (IC del 95%, 40,7-65,9%).

Cuando se analizaron las diferencias en los grupos de edad, teniendo en cuenta el sexo de los pacientes, se observó que, mientras en los grupos de 60-69 años y 70-79 la prevalencia de IU era mayor en mujeres, con unas diferencias estadísticamente significativas, en el grupo de mayores de 80 años la prevalencia de IU tendió a igualarse entre varones y mujeres^{25,29}. Sin embargo, en uno de los estudios no encontraron diferencias en el total de la prevalencia de la IU entre personas que se estudiaron en las edades de 70, 75, 79, 81, 85, 88, 90, 92, 95 y 97 años⁹.

Según el tipo de IU, en general, los episodios de IU de urgencia fueron más frecuentes, seguidos de la de esfuerzo^{20,29,30}, en los que la prevalencia de IU de urgencia era de un 37,2% y la de esfuerzo, un 31,7%²⁹. En el estudio de McDowell et al³⁰, los autores encontraron que la media \pm desviación estándar de episodios de IU de urgencia al día era de $2,3 \pm 2,3$ (rango, 0-11,9), y de IU de esfuerzo de $0,8 \pm 2,3$ (rango, 0,15-4).

También aparecen diferencias entre el tipo de IU según el sexo, aunque no hay uniformidad en los resultados encontrados^{18,24,27-29}. Entre las mujeres, la más frecuente fue la de esfuerzo y urgencia, y en los varones, la de urgencia y por rebosamiento²⁹. Otro autor encontró que la de urgencia era la más frecuente en los varones, y la mixta, en mujeres¹⁸. Molander et al²⁷ hallaron que los varones apenas tenían IU de esfuerzo, y que en las mujeres era la más frecuente, aunque sólo la presentaban ocasionalmente.

De las personas que tenían IU, pocas la comunicaron. Se hallaron 3 estudios con población española^{18,29,31} que analizaron la frecuencia con la que los ancianos no institucionalizados comunicaban su IU al personal sanitario. Sólo 31 de ellos (21,3%; IC del 95%, 14,7-27,9%) habían consultado previamente por este problema²⁹. En una po-

blación de 91 personas, el 34,3% (25,2% varones y 39,4% mujeres) nunca consultó a su médico por ese problema¹⁸.

La revelación de este problema era superior en el entorno familiar que en el profesional (74 frente a 34%) y en ambos ámbitos en los varones frente a las mujeres (89 y 41% frente a 66% y 28%)³¹. Los principales motivos aducidos de la no comunicación fue que pensaban que tenía poca importancia, que forma parte del proceso de envejecer, que la IU no tiene tratamiento, que resulta embarazoso el hecho de comentarlo o que su médico no hizo nada para diagnosticarle³¹⁻³³.

Cuando se analizó, en función del sexo, al grupo de pacientes que había consultado previamente, se encontró que los varones comunicaban más la incontinencia al personal sanitario que las mujeres^{29,31}, aunque en uno de cada 5 pacientes que comunicaron su IU, el médico no adoptó ninguna medida³¹.

Otro estudio estadounidense realizado con metodología cualitativa con 19 personas mayores de 60 años con IU, el 50% (10) lo hablaba abiertamente a los familiares y amigos, el resto lo hizo raras veces y 4 de ellos no tenían nada de información sobre la IU y su tratamiento. Además, en general las personas aceptaban mejor el nombrar «pérdida del control de orina» que «incontinencia urinaria». Para abordar su problema era importante considerar los estilos de comunicación de las personas incontinentes, de este modo, los más abiertos fueron más propensos a contar su IU y pedir ayuda³⁴.

Diagnóstico

El diagnóstico debería comprender un registro completo de los datos sociodemográficos, historia médica, exploraciones complementarias relacionadas con la IU, como análisis de orina, visita uroginecológica, estado cognitivo, test urodinámico, y medición del residuo posmiccional²⁴.

La pregunta directa y el cuestionario suelen ser los métodos empleados para detectar la incontinencia, aunque algún autor³⁵ indica que es difícil diagnosticar la incontinencia sólo mediante cuestionarios en poblaciones de mayor edad, por lo que resulta necesaria la ayuda de alguna prueba clínica complementaria para ayudar al diagnóstico.

Entre los artículos seleccionados, se encontró la escala de Sandvik para clasificar la IU según su gravedad en ligera, moderada o grave, así como también contemplar la frecuencia de pérdida de orina, la cantidad de orina que se pierde y la frecuencia según la cantidad³⁶.

Intervenciones preventivas

Lekan-Rutledg et al³⁷ consideraron como un mecanismo de prevención la valoración de determinados espec-

tos como los síntomas de la IU, los hábitos adquiridos (ingesta de líquidos, la frecuencia de la IU, el patrón de eliminación, el consumo de tabaco y alcohol y el ejercicio habitual), el estado físico (función cognitiva, movilidad, actividades de la vida diaria), el estado clínico y psicológico, las alteraciones de salud-tratamiento y los problemas del entorno.

En la revisión de los artículos no se ha encontrado ninguno que evaluase intervenciones preventivas propiamente dichas, sólo un artículo que refería la realización de una intervención educativa en las residencias de ancianos, en la que se explica en qué consiste la IU y los mecanismos para afrontarla. Los autores concluyeron que un programa de educación simple puede ser capaz de modificar las conductas de las personas en relación con la IU³⁸.

También pueden considerarse como actividades preventivas, la revisión y la adecuación de la prescripción de medicamentos, ya que algunos medicamentos interfieren la función miccional, como los diuréticos, los antagonistas de los canales del calcio, las drogas cardiogénicas o los fármacos gastrointestinales³⁹. Hay estudios en los que se muestra que la ingesta de polimedición en las personas mayores es elevada³⁹; un 35,2% de los individuos estudiados tomaban diuréticos y un 7,4%, medicación para la infección de orina.

Brandeis et al²¹ identificaron como causa reversible de la IU la asociación de antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos, todos ellos son medicación urogenital activa y favorecedora de episodios de IU.

Intervenciones terapéuticas

El tratamiento de la IU debe individualizarse y ajustarse a las necesidades de la persona, según la clínica que presente²⁴ y teniendo en cuenta los fármacos que se consumen.

Los tratamientos de la IU se pueden clasificar en 5 categorías⁴⁰.

1. Modificación de los factores favorecedores y hábitos de vida, que suele incluir cambios en el estilo de vida, en la dieta (reducir el consumo de cafeína, ajustar la ingesta de líquidos, entre otros), control de la obesidad, del tabaquismo o del consumo de alcohol, evitar el estreñimiento y realizar actividad física (el tipo y la intensidad del ejercicio puede iniciar o exacerbar la IU de esfuerzo en las mujeres).

2. Entrenamiento del vaciado de la vejiga, que en las personas sin déficit cognitivo y con capacidad de ir al baño ellos solos es muy efectiva, supone el entrenamiento de la vejiga con horarios de vaciado. El objetivo es ayudar a recuperar el control de la vejiga, regular el paso de la orina y aumentar la capacidad vesical para reducir el número de episodios de incontinencia^{41,42}. Mediante un estu-

dio experimental con 19 personas mayores de 83 años, se les realizó un seguimiento de 8 semanas, donde el grupo de tratamiento (protocolo de vaciado) que completó el programa (n = 6) experimentó una disminución media del 60% de los episodios de IU diurnos, comparado con la media de 37% del grupo control (n = 10)⁴¹. En el otro estudio casi-experimental, también con entrenamiento del vaciado de la vejiga, se encontró que la media de reducción de los episodios de incontinencia fue de 87,3%, y 11 de 16 (69%) fueron completamente continentes después del entrenamiento de la vejiga⁴².

3. Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico, incluye ejercicios de los músculos del suelo pélvico (EMSP); entrenamiento del peso vaginal mediante conos o bolas vaginales; asistencia con la bioinformación de los EMSP; estimulación eléctrica.

En el estudio de Weinberger et al²⁴, los individuos de estudio consideraron que los ejercicios del suelo pélvico, el retraso del vaciado y la restricción de la cafeína fueron los más efectivos en reducir la gravedad de la IU, con diferencias estadísticamente significativas.

Con los ejercicios del suelo pélvico asistidos con la técnica de la bioinformación, se han conseguido resultados muy favorables, tanto en el descenso de los episodios de incontinencia como de los incidentes diarios, independientemente del tipo de IU (esfuerzo/urgencia). Al final del tratamiento un 15,3% de las personas pasaron a ser totalmente continentes³⁰.

4. Intervenciones de soporte, incluyen el uso de dispositivos absorbentes y el tratamiento farmacológico.

El uso de los pañales o absorbentes fue la intervención más utilizada^{18,21,23,43}. La calidad de los pañales ha ido mejorando con el tiempo, hasta el punto en que no se encontró evidencia de que la disminución de la frecuencia del cambio del pañal durante la noche, en mujeres de un centro geriátrico, empeorara el estado de la piel. Si bien entre las personas a las que les hizo el cambio cada 8 h, 5 presentaron una lesión por presión de segundo grado, frente al grupo al que se realizaron los cambios cada 4 h, que no presentaron ninguna lesión en la piel⁴³.

El uso de accesorios fue inferior en los varones y aumentó de forma estadísticamente significativa con la edad y la gravedad de la incontinencia³⁶.

Los tratamientos farmacológicos para la IU en las personas mayores no son una medida muy usada, según se desprende de la revisión realizada. Se encontraron 2 estudios descriptivos: a) uno que trata el tema de los tratamientos farmacológicos como factor agravante de la IU e incluye el consumo de fármacos específicos para la IU, y b) otro en el que se estudiaron, entre otras variables, el consumo de fármacos indicados para la IU.

En el primero, de 162 individuos estadounidenses no institucionalizados, el 16% (26) tomaba fármacos indicados para la incontinencia de urgencia por vejiga hiperactiva, el 69% tomaba oxibutinina, el 15%, bromuro de propantelina y el 8%, hiosciamina³⁹. Otro 4% tomaba imipramina³⁹.

En el otro estudio, con población española, el 91,5% (83) de los individuos con IU no tomaba oxibutinina, flavoxato o clomipramina, el 6,6% (6) consumía uno de ellos y el 1,9% (2) consumía 2 de ellos¹⁸.

5. Tratamientos quirúrgicos: es otra vía de tratamiento para la IU en las personas mayores. No se encontró ningún estudio que evaluase la efectividad de estos tratamientos, ni que explicase su procedimiento. Sin embargo, se encontró un estudio con diseño retrospectivo que pretendía determinar la mortalidad y la morbilidad de la cirugía para IU en mujeres mayores de 65 años. La mortalidad global en los primeros 30 días poscirugía fue de 3,3/1.000, que aumentaba con la edad. Las causas asociadas al fallecimiento fueron el infarto de miocardio o iclus en el 14% de los casos, seguido de la tromboembolia pulmonar en el 9% de las fallecidas y neumonía en el 3%. Los autores consideraron que la cirugía de la IU era segura en la vejez, pero sobre todo antes de los 80 años, y las pacientes con enfermedades crónicas son las que presentaron mayor mortalidad y mayor estancia hospitalaria⁴⁴.

Repercusiones de la incontinencia urinaria

Las repercusiones de la IU son muchas, especialmente en la calidad de vida de las personas que la presentan. Hay 2 tests validados en mujeres de mediana edad, que ayudan a valorar específicamente la incontinencia en la calidad de vida, que son: el UDI-6 (Urinary Distress Inventory) y el IIQ-7 (Incontinence Impact Questionnaire). El mayor impacto de la IU en la calidad de vida se observó en personas más jóvenes, más enfermas y con mayores pérdidas de orina. Este impacto medido con las escalas específicas no se relaciona con el sexo, ni con el nivel de estudios, sino con la frecuencia e intensidad de orina⁴⁵.

La IU repercute en la salud mental de las personas que la experimentan⁴⁶, se evaluó la depresión entre una población de personas de 60 años o más, con dependencia funcional, y con IU mínima de 2 veces por semana, en el que se concluyó que la mitad de los individuos estudiados presentaba síntomas depresivos ($n = 173$; 50,1%; IC del 95%, 45-55,6%), y que el 60% de los tratados por depresión seguían con síntomas depresivos. Además, Gallagher⁴⁷ estudió la relación entre el distrés urogenital y el impacto de la IU en mujeres mayores. El distrés urogenital se midió con la escala UDI, que valoraba los síntomas de obstrucción/malestar urogenital, síntomas irritativos y de estrés, y el impacto psicológico se midió con el IIQ, el cual tiene 4 subescalas: actividad física, viajar, relaciones sociales y salud emocional. En los resultados se encontró

una relación positiva y significativa entre el distrés urogenital y el impacto psicológico ($r = 0,673$; $p = 0,003$), aunque la muestra era muy pequeña ($n = 17$).

La relación que puede haber entre la IU y la mortalidad en las personas mayores puede entenderse en gran parte por el aumento de la fragilidad y el aumento de la dependencia, pero no en sí de la IU. Johnson et al⁴⁸ estudiaron esta relación en una cohorte de 3.485 personas mayores de 65 años, el cociente de riesgo de morir fue de 1,515 para las personas con IU leve a moderada, y de 1,54 para las personas con IU grave, pero sólo en el análisis ajustado por edad, sexo y educación. Cuando se ajustó por el estado de salud y nivel funcional, el cociente de riesgo ya no fue significativo.

Además de las repercusiones importantes de la IU en las personas, de carácter físico, psíquico y social, deben considerarse los costes que conlleva la IU no sólo por los tratamientos y dispositivos de contención que requiere, sino también por los costes adicionales en cuidados informales que necesitan las personas con IU^{36,49}. En Estados Unidos, en la población incontinente mayor de 70 años residente en la comunidad, el coste económico anual por persona incontinente relacionado con el cuidador informal era de 6 billones de dólares, el cual se diferenciaba por sexo y el uso o no de absorbentes por la persona cuidada⁴⁹.

En España, el coste anual de absorbentes en ancianos fue de 19.416.298 pesetas y el coste medio anual de 51.639 pesetas/anciano. El promedio de envases por persona/año no superó el máximo permitido por la Inspección Sanitaria para ningún tipo de absorbente, si éste se hubiera alcanzado, el coste total se habría elevado a 104.430 pesetas/anciano incontinente y año³⁶.

DISCUSIÓN

La producción científica respecto a la IU no es escasa, sobre todo en el ámbito internacional. Los artículos seleccionados son un claro ejemplo de ello, ya que más de la mitad son artículos publicados en Estados Unidos. A pesar de ofrecer información importante, en ciertos aspectos puede no ser muy relevante, ya que la calidad metodológica de éstos es limitada. Por ello, a pesar de que la estrategia de búsqueda se limitara a artículos europeos o de Estados Unidos, se incluyó un artículo de Israel⁹ y otro de Australia²⁰, por su relevancia temática y calidad metodológica.

Además, la agrupación de la información fue una tarea dificultosa, ya que tanto las poblaciones de estudio como las variables de resultados eran dispares. Por ejemplo, en el caso de la detección de la IU, en los artículos que lo definían había gran variación, tanto en el tiempo (en los últimos 3^{22,30,41,45,46}, 2³⁵, uno¹⁹ o en el último año^{28,29,49}), como en los episodios de las pérdidas (una vez^{32,45,47},

2²¹,30,41,42,46, o 3³⁵ veces a la semana, o 2 veces al año²⁹) y otros utilizaban preguntas abiertas para detectar la IU.

Si a esto se le añade que es un problema de salud poco diagnosticado, ya que todavía es un tema tabú, significa que las prevalencias encontradas, a pesar de ser bastante altas, todavía pueden serlo más.

Las cifras de prevalencia encontradas en esta revisión se parecen a las que se citan en algunas revisiones sistemáticas en población mayor de 60 años (15-55%)⁵⁰⁻⁵², y en otro estudio nacional realizado en población mayor de 65 años, las prevalencias encontradas fueron muy similares, la prevalencia de IU en varones fue del 14% (IC del 95%, 11-17) y de las mujeres del 30% (IC del 95%, 26-34)⁵³. En otro estudio nacional, también en mayores de 65 años, la prevalencia al inicio del estudio fue del 36% (IC del 95%, 33-38) y a los 5 años de éste, del 46% (IC del 95%, 43-50)⁵⁴.

En cuanto a los factores de riesgo, los estudios encontrados que estudiaran los factores de riesgo de la IU con estudios analíticos fueron muy escasos. Una posible justificación sería que los estudios publicados de factores de riesgo sean con fechas anteriores a las de la búsqueda realizada.

En un estudio recientemente publicado⁵⁵, los autores concluyen que habría unos factores hereditarios que favorecerían la IU, las mujeres cuyas madres o hermanas mayores presentaron IU tenían un mayor riesgo de tener IU, sobre todo la IU de estrés y las formas mixtas. Gavira et al⁵⁴ explicaron mediante un modelo de regresión logística que 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. En otro estudio, tras un análisis de regresión logística, los factores asociados a la IU fueron la comorbilidad y el déficit cognitivo, y en las mujeres se añade, además, el índice de masa corporal elevado y las limitaciones graves de movilidad⁵³.

Para hacer un adecuado diagnóstico es necesario realizar una historia completa a la persona, y abordar el problema, ya que es frecuente que no se comenten las pérdidas de orina por vergüenza, por creencias al considerar la IU como un problema que acompaña a la vejez o por pensar que no tiene tratamiento. Los profesionales de la salud a veces tampoco lo enfocan de modo adecuado, sobre todo porque pasa inadvertido, o a veces por desconocimiento. Apenas hay trabajos que aborden la educación sanitaria ante la IU, pero Beguin y Belmin³⁸ hallaron que era una intervención efectiva, aunque la muestra era pequeña para poder afirmarlo con rotundidad.

El tratamiento debe ser multidisciplinario, es frecuente que con simples cambios en los estilos de vida y un adecuado control de las entradas, además de la planificación del vaciado vesical, se consigan mejoras en las pérdidas. En

las personas más mayores, primero se debe abordar todos los tratamientos conservadores antes de pasar a la cirugía.

A pesar de los enormes costes de carácter personal, familiar, social y económicos, no se ha llegado a abordar este problema de forma efectiva, con programas de prevención primaria.

El primer paso para prevenir la IU entre la población adulta debería ser que las personas tomaran conciencia de que es un problema de salud con repercusiones importantes y que se debe comunicar a los profesionales sanitarios, ya que tiene distintas vías terapéuticas.

En segundo lugar, para prevenir la IU en la edad adulta, se debería educar en hábitos higiénico-dietéticos, pero no en edades avanzadas, sino desde la niñez y adolescencia, donde se pueda inculcar hábitos firmes que podrían ayudar a evitar la aparición de la IU o retardar el tiempo de aparición: hábitos como el control del vaciado de la orina, el ejercicio físico, la ingesta de líquidos y alcohol, o el consumo de tabaco. En un estudio reciente⁵⁶ sobre la prevención de la IU en mujeres mayores, después de 12 meses de seguimiento, en el grupo experimental con un programa de modificación de la conducta se encontraron mejoras en los episodios de incontinencia, la fuerza de los músculos del suelo pélvico, la mejora de la frecuencia del vaciado vesical y el intervalo de vaciado.

En la bibliografía revisada sobre el tratamiento de la IU, se indica la importancia de los tratamientos conductuales y sus beneficios; no obstante, eran estudios con escasa muestra o bien no se había calculado un tamaño muestral suficiente^{24,30,41,42}, lo que lleva a que no se pueda proporcionar una base sólida para la práctica clínica, punto en el que algunas revisiones sistemáticas^{50-52,57} coinciden.

A pesar de ello, se puede seguir pensando que el entrenamiento de la vejiga, el vaciamiento motivado y el cronometrado pueden ser intervenciones útiles para el tratamiento de la IU, aunque se debe seguir haciendo estudios para probar esta hipótesis.

Al igual que en la revisión que aquí se presenta, otro artículo reciente concluye que las personas mayores de 65 años con IU están más depresivas y tienen peor percepción de salud que las personas mayores de 65 años sin IU⁵⁸, lo que implica que la repercusión de la IU en las personas mayores es de gran envergadura y se debería considerar como un problema de salud relevante.

Los profesionales de enfermería desarrollamos un papel muy importante, junto con el resto del equipo de salud, en todo el proceso de la IU, desde la prevención al tratamiento. La IU en el siglo XXI no debe permanecer escondida por más tiempo ni que sea objeto de falsas creencias.

Las campañas educativas a la población podrían ser una herramienta de gran utilidad para este fin, tal vez se

debería hacer una educación sanitaria desde edades tempranas (niños y adolescentes) para inculcar hábitos saludables que puedan evitar o retrasar la aparición de la incontinencia sanitaria.

Esta cuestión del tratamiento de la IU desde edades tempranas no está muy trabajada, por lo que se sugiere que se podría realizar más estudios sobre los hábitos de eliminación en la población joven.

Equipo Investigador Coordinador RIMARED: Inés Barrio Cantalejo, Julio Cabrero García, Pilar Comet Cortés, Carmen Fuentelsaz Gallego, Teresa Moreno Casbas y Adelaida Zabalegui Yarnoz.

Investigadores del nodo de Intervenciones de Enfermería en Personas Mayores: Incontinencia urinaria, lesiones por presión (LPP) y caídas, de la Red Temática de Investigación en Cuidados a Personas Mayores (RIMARED): Rosa Aran Catalán, Carlos Bermejo Caja, Carmen Blasco García, Pilar Córcoles Jiménez, Blanca Egea Zero, Elisabet Gallart Vivé, Gloria Gallego Caminero, Pablo Hermoso Villar, Eva Hernández Fabà, Rosa M. López Pisa, Teresa Meneses Jiménez, Esther Nieto Blanco y Rosa Suñer Soler.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams P, Blaivas JG, Stanton S, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary function. *Neurourol Urodyn.* 1988;7:403-26.
- Adof JM, Salinas J. Inestabilidad vesical. En: Salinas J, Rapariz M, editores. Tratado de reeducación en uroginieproctología. Madrid: Editorial Santher SL; 1997. p. 1123-8.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The Standardisation of Terminology in Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21:167-78.
- Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software; 2003.
- Ouslander JG, Johnson TM. Incontinence. En: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1571-86.
- Ueda T, Tamaki M, Kageyama S, Yoshimura N, Yoshida O. Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *Int J Urol.* 2000;7:95-103.
- Andersson G, Johansson JE, Garpenholt O, Nilsson K. Urinary incontinence—prevalence, impact on daily living and desire for treatment: a population-based study. *Scand J Urol Nephrol.* 2004;38:125-30.
- Scorticati MC, Scorticati CH. Incontinencia urinaria y fecal en el anciano. En: Neurología en el anciano. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1996. p. 221-34.
- Fleishman RH, Heilbrun G, Mandelson J, Shirazi V. Improving the quality of institutional care of urinary incontinence among the elderly: a challenge for governmental regulation. *Int J Health Care.* 1999;12:105-19.
- Durrant J, Snape J. Urinary incontinence in nursing homes for older people. *Age Ageing.* 2003;32:12-8.
- Adedokun AO, Wilson MM. Urinary incontinence: historical, global, and epidemiologic perspectives. *Clin Geriatr Med.* 2004;20:399-407.
- Hagglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G, Leppert J. Changes in urinary incontinence and quality of life in four years. A population-based of women aged years. *Scand J Prim Health Care.* 2004;22:112-7.
- Hajjar RR. Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. *Clin Geriatr Med.* 2004;20:5523-64.
- Dugan E, Cohen SJ, Bland DR, Preisser JS, Davis CC, Suggs PK, et al. The Association of depressive Symptoms and Urinary Incontinence among Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:413-6.
- Doran CM, Chiarelli P, Cockburn J. Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women. *Med J Austr.* 2001;174:456-8.
- Vivancos J, Del Ser T, Segura T. Predicting factors of early mortality in the stroke inpatients registry of Madrid. *Cerebrovasc Dis.* 1996;6 Suppl 2:32-8.
- Suñer R, Vega R, García L, García T, Mascort Z, Segura T, et al. Incontinencia urinaria en el paciente con ictus agudo. *Rev ROL Enf.* 2000;23:105-10.
- Damian J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez M, et al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. *Eur Urol.* 1998;34:333-8.
- Ortiz J, Bechich S, Aguas M. Efecto de la incontinencia urinaria y la dependencia para la alimentación en la institucionalización de pacientes geriátricos agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37:75-80.
- Liu Ch, Andrews GR. Prevalence and incidence of urinary incontinence in the elderly: a longitudinal study in South Australia. *Chin Med J.* 2002;115:119-22.
- Brandeis GH, Baumann MM, Hossain M, Norris JN, Resnick NM. The Prevalence of Potentially in Frail Older people: A study using the Minimum Data Set. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:179-84.
- Cohen SJ, Robinson D, Dugan E, Howard G, Suggs PK, Pearce KF, et al. Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999;54:M34-7.
- Johnson TM, Kincade JE, Bernard SL, Busby-Whitehead J, DeFries GH. Self-care practices used by older men and women to manage urinary incontinence: results from the National Follow-up Survey on Self-Care and Ageing. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:894-902.
- Weinberger W, Goodman BM, Carnes M. Long-Term efficacy of nonsurgical urinary incontinence treatment in elderly women. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 1999;54A:M117-21.
- Gavira FJ, Caridad JM, Pérez J, Valderrama E, López M, Romero M, et al. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2000;55A:M207-14.
- Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: The Veneto Study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2001;56A:M14-8.
- Molander U, Sundh V, Steen B. Urinary incontinence and related symptoms in older men and women studied longitudinally between 70 and 97 years of age. A population study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002;35:237-44.
- Brown JS, Vittinhoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, et al. Urinary incontinence: Does it increase risk for falls and fractures? *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:721-5.
- Sánchez R, Rupérez O, Delgado M, Mateo R, Hernando MA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria.* 1999;24:421-4.
- McDowell BJ, Engberg S, Sereika S, Donovan N, Jubeck ME, Weber E, et al. Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:309-18.
- Gavira FJ, Pérez J, Valderrama E, Caridad JM, López M, Romero M, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos en una zona básica de salud. *Aten Primaria.* 2001;28:97-104.
- Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Preisser JS, Davis CC, Bland DR, et al. Why Older Community-Dwelling Adults Do not Discuss Urinary Incontinence with Their Primary Care Physicians. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:462-5.
- Gavira FJ, Caridad JM, Pavón MV, Romero M, López M. Expectativas del tratamiento de la incontinencia urinaria vistas desde una población de ancianos. *Aten Primaria.* 2000;26:482-4.
- Cochran A. Response to urinary incontinence by older persons living in the community. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1998;25:296-303.
- Kirschner-Hermanns R, Scherr PA, Branch LG, Wetle T, Resnick NM. Accuracy of survey questions for geriatric urinary incontinence. *J Urol.* 1998;159:1903-8.
- Gavira FJ, Caridad JM, Pérez J, Valderrama E, López M, Romero M, et al. Uso de accesorios para la incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba). *Aten Primaria.* 2000;25:88-95.
- Lekan-Rutledge D, Colling J. Urinary incontinence in the frail elderly: even when it's too late to prevent a problem, you can still slow its progress. *Am J Nurs.* 2003;Suppl:36-46.

38. Beguin AM, Belmin J. Incontinence urinaire de sujet très âgé: l'éducation sanitaire améliore l'accès aux soins. *Presse Med.* 1998;27:477-9.
39. Rondorf-Klym LM, Colling J, Simonson W. Medication use by community-dwelling elderly with urinary incontinence. *Urol Nurs.* 1998;18:201-6.
40. Wyman JF. Treatment of urinary incontinence in men and older women: the evidence shows the efficacy of variety of techniques. *Am J Nurs.* 2003;Suppl:26-35.
41. Engberg S, Sereika SM, McDowell BJ, Weber E, Brodak I. Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2002;29:252-65.
42. Publicover C, Bear M. The effect of bladder training on urinary incontinence in community-dwelling older women. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1997;24:319-24.
43. Fader M, Clarke-O'Neil S, Cook D, Dean G, Brooks R, Cottenden A, et al. Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimens on skin health. *J Clin Nurs.* 2003;12:374-86.
44. Sultana CJ, Campbell JW, Pisanelli WS, Sivinski L, Rimm AA. Morbidity and mortality of incontinence surgery in elderly women: an analysis of Medicare data. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176:344-80.
45. Dugan E, Cohen SJ, Robinson D, Anderson R, Preisser J, Suggs P, et al. The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition-specific predictors. *Qual Life Res.* 1998;7:337-44.
46. Engberg S, Sereika S, Weber E, Engberg R, McDowell J, Reynolds C. Prevalence and recognition among homebound older adults with urinary incontinence. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2001;14:130-9.
47. Gallagher MS. Urogenital Distress and the Psychosocial Impact of Urinary Incontinence on Elderly Women. *Rehabil Nurs.* 1998;23:192-7.
48. Johnson TM, Bernard SL, Kincade JE, Defriese GH. Urinary incontinence and risk of death among community-living elderly people: results from the National Survey on Self-Care and Aging. *J Aging Health.* 2000;12:25-46.
49. Langa KM, Fultz NH, Saint S, Kabeto MU, Herzog R. Informal caregiving time and costs for urinary incontinence in older individuals in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:733-7.
50. Eustice S, Roe B, Paterson J. Vaciamiento motivado para el manejo de la incontinencia urinaria en adultos. En: *Cochrane Library Plus en español.* Oxford: Update Software; 2000.
51. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria. En: *Cochrane Library Plus en español.* Oxford: Update Software; 2000.
52. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Vaciamiento cronometrado para el manejo de la incontinencia urinaria en adultos. En: *Cochrane Library Plus en español.* Oxford: Update Software; 2003.
53. Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar MD, Lázaro P, Otero A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria.* 2003;32:337-42.
54. Gavira F, Caridad JM, Guerrero JB, López M, Romero M, Pavón MV. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Aten Primaria.* 2005;35:67-76.
55. Hannestad YS, Terje R, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ.* 2004;329:889-91.
56. Diokno AC, Sampsel CM, Herzog AR, Raghunathan TE, Hines S, Messer KL, et al. Prevention of urinary incontinence by behavioral modification program: a randomized, controlled trial among older women in the community. *J Urol.* 2004;171:1165-71.
57. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Reentrenamiento de hábitos para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. En: *Cochrane Library Plus en español.* Oxford: Update Software; 2004.
58. Ko Y, Lin SJ, Warren J, Bron M. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care.* 2005;11:S103-11.