

## ORIGINALES

# Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud

**F.J. Gavira Iglesias<sup>a</sup>, J. Pérez del Molino Martín<sup>b</sup>, E. Valderrama Gama<sup>c</sup>, J.M. Caridad y Ocerín<sup>d</sup>, M. López Pérez<sup>e</sup>, M. Romero López<sup>e</sup>, M.V. Pavón Aranguren<sup>e</sup> y J.B. Guerrero Muñoz<sup>e</sup>**

<sup>a</sup>Doctor en Medicina. Centro de Salud de Cabra (Córdoba). <sup>b</sup>Especialista en Geriatría y Gerontología. Coordinador del Área de Geriatría y Psicogeriatría del Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. <sup>c</sup>Especialista en Geriatría y Gerontología. Doctora en Medicina. Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. <sup>d</sup>Catedrático. Director del Departamento de Estadística de la Universidad de Córdoba. <sup>e</sup>ATS/DUE. Agrupación de distritos sanitarios del sur de Córdoba.

**Objetivo.** Conocer la frecuencia con que las personas ancianas con incontinencia urinaria (IU) comunican este problema a los profesionales de atención primaria, las variables asociadas a la no comunicación y los hábitos diagnósticos y terapéuticos de dichos profesionales.

**Diseño.** Estudio transversal.

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

**Pacientes.** Un total de 869 seleccionados entre 5.139 personas de ≥ 65 años mediante muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad.

**Intervenciones.** Encuesta domiciliaria.

**Mediciones.** Cuestionario propio con preguntas sobre la comunicación de la incontinencia a los sanitarios y sobre el cribado rutinario y la evaluación diagnóstica y terapéutica de la incontinencia por dichos profesionales. Modelo de regresión logística para identificar los factores explicativos de la búsqueda de ayuda profesional.

**Resultados.** Un 32% de los 330 incontinentes del estudio comunicó su problema a los sanitarios y el 68% restante no lo hizo, porque en su mayoría piensan que la incontinencia tiene escasa importancia y/o que ocurre con la vejez. Los factores explicativos de la comunicación fueron la frecuencia, la duración y el impacto de la incontinencia, y la dependencia en el autocuidado. Los médicos habían investigado rutinariamente la existencia de incontinencia en un 10% de los 827 encuestados. En uno de cada 5 incontinentes el médico no adoptó ninguna medida diagnóstica ni terapéutica.

**Conclusiones.** La búsqueda de ayuda médica para la IU fue escasa y depende de variables relacionadas con la percepción en los cambios de los síntomas. El diagnóstico y el tratamiento que realizan los profesionales es subóptimo. La severidad de la IU condiciona el diagnóstico y el tratamiento.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria. Ancianos. Comunicación. Cribado. Diagnóstico. Tratamiento.

## COMMUNICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN THE ELDERLY IN A HEALTH DISTRICT

**Objective.** To investigate the frequency in which aged people who suffers on urinary incontinence (UI) talk about this problem with primary care professionals, variables related to no healthcare-seeking as well as diagnostic and therapeutic habits of these professionals.

**Design.** Cross-sectional study.

**Location.** Basic Health Zone of Cabra (Córdoba, Spain).

**Patients.** A random age-stratified sample of 869 patients selected from a total of 5139 persons ≥ 65 years of age.

**Interventions.** Home interview.

**Measurements.** Proper questionnaire with questions about reporting of incontinence to health professionals and the procedures used for routine screening as well as diagnostic and therapeutic assessment of incontinence. A logistic regression model was elaborated to identify explanatory factors for reporting incontinence to healthcare professionals.

**Results.** Of 330 incontinent, only 32% reported their problem to healthcare professionals. The remaining 68% did not report their incontinence because most thought it was a minor problem and/or part of the ageing process. The explanatory factors for seeking medical help were the frequency, duration and impact of incontinence, and dependence in self-care. Physicians performed routine screening for incontinence in 10% of 827 inquired aged. In 1 out of 5 incontinent, the physician did not take any diagnostic or therapeutic measures.

**Conclusions.** Seeking of UI medical help was very limited and depends on variables related to perception in symptom's changes. Diagnosis and treatment done by professionals was suboptimal. Severity of UI conditions diagnosis and treatment.

**Key words:** Urinary incontinence. Old aged. Healthcare-seeking behaviour. Screening. Diagnosis. Treatment.

Este trabajo ha sido financiado con fondos del FIS (Proyecto N.º 97/0160), de la entidad financiera CajaSur y de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Correspondencia: Francisco Javier Gavira Iglesias.  
C/ Urbanización Los Polares, 23. 14900 Lucena (Córdoba).  
Correo electrónico: med015490@nacom.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 14-III-2001.

## Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud que presentan un 5-54% de los ancianos comunitarios y que repercute tanto sobre su salud física y psicológica como en sus relaciones sociales, ocasionando elevados costes para el sistema sanitario<sup>1-3</sup>.

Pese a sus consecuencias y que hasta en un 75% de los casos puede aliviarse o curarse con un adecuado tratamiento, la IU permanece con frecuencia como un problema oculto. Así, sólo el 20-50% de los afectados busca ayuda para solucionar su problema<sup>4,5</sup>, comúnmente con gran retraso<sup>6,7</sup>. Son varias las razones que explican esto: la consideración de la IU como una consecuencia normal e inevitable del envejecimiento<sup>8</sup>, como algo propio de la mujer<sup>6-9</sup> o como un «fastidio» o problema menor que puede mejorar sin intervención alguna<sup>6,10,11</sup>. Los sentimientos de vergüenza, el miedo a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos agresivos o molestos<sup>6,8,9</sup> o la falta de confianza en que el problema sea resuelto por el equipo sanitario<sup>12</sup> son otros factores a considerar.

Por otra parte, la IU puede no ser diagnosticada porque los profesionales no interrogan sobre el problema<sup>13</sup>, a lo que pueden contribuir la escasa importancia que le conceden y el pobre conocimiento

de su abordaje. Y, una vez conocido el trastorno, los profesionales a menudo realizan un diagnóstico y tratamiento subóptimos<sup>10,12</sup>.

Hasta la fecha sólo se ha publicado un estudio epidemiológico que aporta información sobre el grado de conocimiento y comunicación de la IU en ancianos en nuestro país<sup>14</sup>, aunque dicha información es escasa y sin que se analicen los factores asociados a la comunicación.

El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia con que las personas ancianas con IU comunican su problema a profesionales de atención primaria (AP), las variables asociadas a la no comunicación y los hábitos diagnósticos y terapéuticos de dichos profesionales.

## Sujetos y métodos

Este trabajo forma parte de un estudio epidemiológico sobre IU en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba). Los datos de prevalencia, características e impacto psicosocial de la IU han sido objeto de una publicación previa<sup>1</sup>.

El estudio se llevó a cabo en junio y julio de 1996 en la Zona Básica de Salud de Cabra (municipios de Cabra, Doña Mencía y Nueva Carteya, al sur de la provincia de Córdoba). Se trata de un estudio observacional transversal por entrevista domiciliaria mediante un cuestionario de elaboración propia. La población objeto de estudio fueron las personas de 65 o más años (un 16,5% de un total de 5.139 sujetos según el Padrón Municipal de Habitantes de 1991). Con vistas a depurar el cuestionario y estimar el tamaño muestral, se realizó un estudio piloto en una muestra aleatoria no proporcional del 5% de los 5.139 sujetos ( $n = 257$ ), asignando un tercio de la muestra a cada uno de los 3 estratos de edad (65-74, 75-84 y  $\geq 85$  años). Esta distribución se hizo con objeto de incluir el mayor número posible de sujetos pertenecientes a los estratos de mayor edad. Una vez conocida la prevalencia de cada grupo de edad en el estudio piloto, la muestra final de cada grupo de edad se obtuvo entrevistando el número de sujetos necesarios tras considerar a los ya incluidos en el estudio piloto. El tamaño definitivo de la muestra y la estratificación por grupos de edad se calcularon para estimar la

prevalencia con una precisión de  $\pm 3\%$  y una confianza del 95%.

Se envió una carta a cada individuo una semana antes de la entrevista. Si la persona seleccionada estaba hospitalizada, la entrevista tuvo lugar 30 días después del alta. Los datos del estudio fueron recogidos por 3 entrevistadores (un médico general y 2 enfermeras) específicamente entrenados y pertenecientes a la zona básica de salud donde se llevó a cabo el estudio. Durante la entrevista se permitió la presencia de un cuidador o familiar. En el caso de sujetos con sordera, afasia o disfunción cognitiva se aceptó como válida la información del cuidador y se suprimieron las preguntas sobre autopercepción de salud e impacto psicosocial.

Para la detección de incontinencia urinaria 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 usted quiera?». La incontinencia fue definida como la respuesta afirmativa a cualquiera de las 2 preguntas y/o el uso de catéter uretral o absorbentes<sup>15</sup>. No se intentó identificar el tipo de incontinencia. El tiempo de evolución de la incontinencia urinaria se midió por intervalos (menos de un mes, 1-12 meses, 1-5 años y  $> 5$  años). Para graduar la severidad de la incontinencia urinaria se utilizó la escala de Sandvik<sup>16</sup>, que se obtiene multiplicando la frecuencia registrada (1 = menos de una vez al mes; 2 = una o varias veces al mes; 3 = una o varias veces a la semana; 4 = cada día y/o cada noche) por el volumen (1 = gotas o poca cantidad; 2 = mucha cantidad) de las pérdidas de orina. El valor del índice resultante (de 1 a 8) se clasifica posteriormente en incontinencia ligera (1-2), moderada (3-4) y severa (6-8). Así, incontinencia severa significa pérdida de grandes cantidades de orina al menos una vez a la semana. El impacto psicosocial se evaluó, al igual que en el estudio de Brocklehurst<sup>10</sup>, preguntando a los sujetos por la importancia atribuida a sus pérdidas de orina, sus sentimientos en relación con ellas, el efecto sobre su estilo de vida y las restricciones sociales causadas por la incontinencia.

En el presente trabajo estudiamos la investigación rutinaria que de la IU realizan el médico y la enfermera de AP, preguntando a todos los sujetos del estudio si alguno de estos profesionales les había interrogado en alguna ocasión acer-

ca de sus escapes o pérdidas de orina. Además, se hicieron preguntas sobre la comunicación del problema en el entorno familiar (cónyuge, familia, amigos) y profesional (médico y enfermera de AP y otros). A las personas incontinentes que no habían consultado su problema con su médico y/o enfermera se les preguntó por el motivo, basando las posibles respuestas en estudios previos<sup>2,10</sup>. Por último, se investigó sobre el proceso diagnóstico (anamnesis, exploración física y estudios complementarios) y la actitud terapéutica (remisión al urólogo/ginecólogo, fármacos, accesorios para la IU, terapia conductual, ejercicios de suelo pélvico y medidas higiénicas) adoptada por los profesionales de AP.

El cuestionario se complementó con información sociodemográfica y funcional. Esta última fue valorada mediante el índice de Barthel (IB) modificado por Shah<sup>17</sup>, del que excluimos el ítem sobre continencia urinaria, de modo que la puntuación máxima fue de 90 puntos. Los sujetos fueron clasificados en independencia total (IB = 90), dependencia moderada (IB = 61-89), severa (IB = 21-60) y total (IB  $\leq 20$ ). Los datos se analizaron con los paquetes estadísticos BMDP y SPSS v.8.0. Se utilizaron estadísticas básicas (media y DE para los datos cuantitativos y porcentajes para los cualitativos). Se elaboró un modelo de regresión logística para el estudio de las variables que influyen en la comunicación de la incontinencia a los profesionales sanitarios. El error tipo alfa aceptado para considerar el valor  $p$  estadísticamente significativo fue de 0,05. Debido al tipo de muestreo utilizado, a la hora de expresar los resultados globales se aplicaron factores de ponderación para restablecer la proporcionalidad en cada grupo de edad de acuerdo con su tamaño real dentro de la población general. La estimación de la proporción « $p$ » de incontinencia urinaria tuvo en cuenta el diseño experimental utilizado: muestreo estratificado no proporcional en 3 grupos de edad; siendo  $N = 5.139$  el tamaño de la población,  $N_1 = 3.045$ ,  $N_2 = 1.566$  y  $N_3 = 528$  el número de personas en cada estrato de edad, y  $n_1 = 303$ ,  $n_2 = 296$  y  $n_3 = 228$  los respectivos tamaños muestrales. El estimador global de « $p$ » es:

$$p = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^3 N_i p_i = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^3 \frac{N_i x_i}{n_i}$$

donde  $x_i$  es el número de sujetos afectados en los  $i$  grupos de edad.

**TABLA 1. Características sociodemográficas y funcionales de los sujetos**

Parámetros	Varones	Mujeres	Total
Número de sujetos	341	486	827
Edad en años ( $\pm \sigma$ )	76,9 $\pm$ 8,0	78,3 $\pm$ 8,1	77,7 $\pm$ 8,1
Estado civil			
Solteros	9,6%	7,2%	8,2 %
Casados	75,2%	46,3%	58,9%
Viudos	14,8%	46,5%	32,7%
Nivel de instrucción			
Analfabeto/sin estudios	91,3%	97,0%	94,5%
Estudios no universitarios	6,6%	2,7%	4,4%
Estudios universitarios	2,1%	0,3%	1,1%
Viven solos	8,1%	18,0%	13,7%
Institucionalizados en residencias	1,5%	1,5%	1,5%
Uso de catéter uretral	2,3%	0,2%	1,1 %
Situación funcional			
Independencia	56,3%	45,7%	50,1%
Dependencia moderada	34,6%	41,5%	38,7%
Dependencia severa	5,6%	6,0%	5,8%
Dependencia total	3,5%	6,8%	5,4%

Porcentajes ponderados teniendo en cuenta la distribución actual de cada grupo de edad en la población general.

## Resultados

Sobre una muestra total de 1.006 personas  $\geq 65$  años, 3 fueron excluidas por errores del padrón, 21 por cambio definitivo de domicilio fuera de la zona y 113 por fallecimiento. De 869 sujetos elegibles, 34 no fueron localizados tras 2 visitas

al domicilio y 8 rehusaron participar. Se entrevistó a 827 sujetos (95% de los elegibles). Un 66% respondió el cuestionario por sí mismo y el tercio restante con ayuda de un familiar o cuidador (31%) o exclusivamente este último (3%).

Las características sociodemográficas y funcionales de los ancianos

del estudio se describen en la tabla 1.

Se detectó IU en 330 de los 827 ancianos entrevistados, lo que representa una prevalencia global ajustada del 36% (IC del 95%, 34-38%), mayor ( $p < 0,001$ ) en las mujeres (42%; IC del 95%, 39-45%) que en los varones (29%; IC del 95%, 25-38%). El 9% de la población presentaba IU severa (22% de todas las IU), el 16% moderada (45% de las IU) y el 11% ligera (33% de las IU).

De los 827 sujetos entrevistados, 87 (10,3%) afirmaron que su médico de cabecera les había preguntado en alguna ocasión sobre si tenían pérdidas de orina. No se observaron asociaciones entre la edad, el sexo y la presencia de IU con el hecho de ser interrogados.

En la tabla 2 se describe la comunicación de la IU en los entornos familiar y profesional. La revelación de la IU es mayor en el entorno familiar que en el profesional (74% frente a 32%), y en ambos ámbitos en los varones frente a las mujeres (89% y 41% frente a 66% y 28%). En el ámbito familiar los varones cuentan su problema con mayor frecuencia a su esposa ( $p < 0,001$ ) y las mujeres lo hacen a otro familiar ( $p < 0,001$ ). En el

**TABLA 2. Comunicación de la incontinencia en el entorno familiar y a profesionales sanitarios**

	Edad						Sexo <sup>a</sup>						Severidad <sup>a</sup>						Total con IU <sup>a</sup>	
	65-74 n = 100		75-84 n = 105		$\geq 85$ n = 125		Varones n = 110		Mujeres n = 220		No severa n = 221		Severa n = 109		n = 330					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Entorno familiar<sup>b</sup></b>																				
Cónyuge	44	44	42	40	15	12	66	72	35	21	71	37	30	50	101	39				
Familiar	33	33	64	61	71	57	38	29	130	53	100	40	68	59	168	44				
Amigo/vecino	1	1	5	5	10	8	6	3	10	3	9	3	7	3	16	3				
Nadie	31	31	18	17	28	22	18	11	59	33	66	31	11	8	77	26				
<b>Profesionales sanitarios<sup>b</sup></b>																				
Médico de atención primaria	24	24	35	33	58	46	45	40	72	24	46	20	71	59	117	29				
Enfermera de atención primaria	4	4	16	15	30	24	17	11	33	9	12	4	38	22	50	9				
Urólogo/ginecólogo	6	6	6	6	7	6	14	11	5	3	11	5	8	10	19	6				
Otros	3	3	2	2	3	2	3	3	5	3	4	2	4	2	8	3				
Ningún profesional	74	74	66	63	62	50	63	59	139	72	169	77	33	39	202	68				

<sup>a</sup>Porcentajes ponderados teniendo en cuenta la distribución actual de cada grupo de edad en la población general.

<sup>b</sup>Respuesta múltiple.

**TABLA 3. Factores relacionados con la consulta a los profesionales en las personas incontinentes. Análisis univariado**

	N	OR (IC del 95%)	p
Edad	330		
65-74		0,35 (0,20-0,61)	0,0002
75-84		0,58 (0,34-0,99)	0,0445
≥ 85		1	
Sexo	330		
Varón		1,35 (0,85-2,16)	0,2018
Mujer		1	
Estado civil	330		
Casado		0,65 (0,42-1,03)	0,0641
Soltero o viudo		1	
Convivencia	330		
No vive solo		1,44 (0,66-3,15)	0,3595
Vive solo		1	
Autopercepción de salud*	296		
Buena o muy buena		0,55 (0,33-0,94)	0,0297
Regular, mala o muy mala		1	
Frecuencia de la incontinencia	330		
Diaria		5,43 (3,32-8,87)	0,0000
No diaria		1	
Volumen de la incontinencia			
Mucha cantidad	330	6,79 (4,14-11,15)	0,000
Gotas o poca cantidad		1	
Duración de la incontinencia	300		
> 5 años		2,41(1,39-4,17)	0,0017
< 5 años		1	
Impacto de la incontinencia sobre su vida*	282		
Algún impacto		6,10 (3,30-11,26)	0,0000
Ningún impacto		1	
Índice de Barthel (variable continua)	330		0,0000
(por cada disminución de 10 puntos)		1,56 (1,38-1,77)	

\*Solo en los que responden por sí mismos.

Por cada disminución de 10 puntos en el índice de Barthel la razón de consulta a profesionales aumenta 1,56 veces.

medio sanitario, un 68% no había discutido su problema con ningún profesional, el 29% lo hizo con su médico de cabecera, un 9% con su enfermera y el 9% con otros profesionales. Las variables asociadas a la comunicación de la IU a los profesionales sanitarios (tabla 3) fueron la mayor edad, la percepción de la propia salud como regular, mala o muy mala, la pérdida diaria y de grandes volúmenes de orina, la IU de duración superior a 5 años, la dependencia funcional y el sentir algún efecto de la IU sobre el estilo de vida. Al

analizar simultáneamente todas estas variables (tabla 4), sólo mantuvieron significación estadística la frecuencia diaria de los escapes de orina, la duración mayor de 5 años, el impacto de la IU sobre el estilo de vida y el nivel creciente de dependencia funcional. La edad y el volumen de las pérdidas de orina no alcanzaron el nivel de significación estadística, aunque el sexo aumentó su valor, muy cercano a dicho nivel ( $p = 0,07$ ).

Los principales motivos aducidos por los incontinentes que no ha-

bían hablado de su problema ( $n = 202$ ) con el médico de cabecera y la enfermera (tabla 5) fueron creer que la IU no tiene suficiente importancia como para consultar (45% y 41% de las respuestas, respectivamente) y que los «escapes de orina ocurren con la vejez y no se puede hacer nada» (27% y 22% de las respuestas, respectivamente). En el caso de las enfermeras se añade un tercer motivo importante: el considerar que su IU no es un problema para consultar a este profesional (21%). Otras causas, como la falta de confianza en el profesional, sentir vergüenza o tener miedo a pruebas o intervenciones quirúrgicas, estuvieron por debajo del 7%. La respuesta «los escapes de orina ocurren con la vejez y no se puede hacer nada» fue más frecuente en las mujeres ( $p < 0,05$ ).

De los 117 incontinentes que consultaron al médico, un 37% respondió que dicho facultativo no hizo nada para diagnosticar su IU (tabla 6). Sólo el 18% refirió haber sido sometido a una historia clínica específica sobre la IU y en menos del 10% se practicó una exploración abdominal, un examen ginecológico, un tacto rectal u otro tipo de exploración física. Las pruebas complementarias realizadas con mayor frecuencia fueron el análisis de orina (21%) y el de sangre (11%). Ninguno fue sometido a estudio radiológico. Se objetivó una asociación significativa entre las variables realización de historia clínica y tacto rectal con el género masculino ( $p < 0,05$ ) y en el caso de la no-investigación con la mayor edad ( $p < 0,05$ ) y el sexo femenino ( $p < 0,005$ ). Se omitió la realización de procedimientos diagnósticos en un 52% de los ancianos con IU severa frente al 27% de los afectados por IU no severa ( $p < 0,01$ ). En el 78% de los incontinentes se adoptó alguna medida terapéutica, no existiendo diferencias por edad, sexo, o severidad de la IU. La consulta a un especialista

**TABLA 4. Factores relacionados con la consulta a los profesionales en las personas incontinentes. Análisis multivariado (n = 255)<sup>a</sup>**

	OR (IC del 95%)	p
Edad		
65-74 años	1,02 (0,44-2,37)	0,9665
75-84 años	0,93 (0,41-2,10)	0,8599
≥ 85 años	1	
Sexo		
Varón	1,79 (0,94-3,44)	0,0777
Mujer	1	
Frecuencia de la incontinencia		
Diaria	2,25 (1,17-4,33)	0,0150
No diaria	1	
Duración de la incontinencia		
> 5 años	2,32 (1,15-4,70)	0,0191
< 5 años	1	
Impacto de la incontinencia sobre su vida		
Algún impacto	5,55 (2,79-11,04)	0,0000
Ningún impacto	1	
Índice de Barthel (variable continua) <sup>b</sup>		0,0010
(por cada disminución de 10 puntos)	1,42 (1,39-1,75)	

<sup>a</sup>Sólo se incluyeron los sujetos que respondieron por sí mismos en autopercepción de salud e impacto psicosocial.

<sup>b</sup>El índice de Barthel se ha incluido en el modelo como variable continua. Por cada disminución de 10 puntos en el índice de Barthel la razón de consulta a profesionales aumenta 1,42 veces.

(urólogo y/o ginecólogo) constituyó la medida más frecuente y se

asoció significativamente con el sexo masculino (p < 0,05), los es-

tratos de menor edad (p < 0,001) y la menor severidad de la IU (p < 0,001). El tratamiento farmacológico disminuyó al aumentar la severidad (p < 0,02). Por el contrario, la prescripción de absorbentes (17%) se incrementó de forma significativa en los grupos de mayor edad, en las mujeres y en la IU severa.

## Discusión

El presente estudio es el primero en nuestro país que aborda de forma específica el problema de la IU como un trastorno oculto y poco evaluado en el anciano, siendo además destacable la elevada tasa de respuesta obtenida (95% de los 869 sujetos elegibles).

El porcentaje de incontinentes de nuestro estudio que comunica su problema a profesionales sanitarios (32%) es similar al descrito en otras series epidemiológicas en ancianos anglosajones<sup>18,19</sup>, aunque no en todas<sup>20</sup>: Herzog, con un formato de muestreo y una prevalencia de IU similares a los des-

**TABLA 5. Causas de la no comunicación de la incontinencia al médico y a la enfermera de atención primaria**

Razones para no consultar la incontinencia urinaria <sup>b</sup>	Profesionales no consultados											
	Médico <sup>a</sup>						Enfermera <sup>a</sup>					
	Varones n = 63		Mujeres n = 139		Total n = 202		Varones n = 63		Mujeres n = 139		Total n = 202	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Le da vergüenza	0	0	19	7	19	4	1	2	20	7	21	5
No conoce/no tiene suficiente confianza con su médico/enfermera	3	2	0	0	3	1	6	7	18	7	24	7
Pensó que se le quitaría solo	0	0	5	4	5	3	0	0	0	0	0	0
Los escapes de orina ocurren con la vejez y no se puede hacer nada	21	18	65	32	86	27	17	15	56	26	73	22
Aprendió a vivir con los escapes o pérdidas de orina	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0
Le preocupa que le vayan a realizar pruebas o que le tengan que operar	2	3	6	4	8	4	0	0	4	3	4	2
No cree que sea un problema lo suficientemente importante como para consultar con el médico/enfermera	45	44	82	45	127	45	45	43	73	39	118	41
No cree que su médico/enfermera lo pueda resolver	0	0	0	0	0	0	3	2	7	3	10	2
No considera que sea un problema que haya que consultar con el médico/enfermera	1	1	1	1	2	1	22	28	34	17	56	21
Otra	10	9	19	10	29	10	8	4	19	9	27	8
No sabe/No contesta	2	1	2	0	4	1	4	2	3	0	7	1

<sup>a</sup>Porcentajes ponderados teniendo en cuenta la distribución actual de cada grupo de edad en la población general.

<sup>b</sup>Respuesta múltiple.

**TABLA 6. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en pacientes que consultaron por incontinencia urinaria al médico de atención primaria**

	Edad			Sexo <sup>a</sup>			Severidad <sup>a</sup>			Total <sup>a</sup>			
	65-74 n = 24	75-84 n = 35	≥ 85 n = 58	Varones n = 45	Mujeres n = 72	No severa n = 46	Severa n = 71	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%
<b>Diagnóstico realizado por el médico de atención primaria<sup>b</sup></b>													
Historia clínica	5	21	6	17	4	7	10	26	5	10	19	7	19
Exploración abdominal	3	13	1	3	2	3	4	16	2	1	4	10	2
Exploración ginecológica	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	0
Tacto rectal	2	8	1	3	1	2	4	11	0	0	3	6	1
Análisis de sangre	2	8	6	17	6	10	5	10	9	12	8	16	6
Análisis de orina	5	21	8	23	7	12	9	22	11	19	11	28	9
Estudio radiológico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Registro de micciones incontinentes mediante ficha	0	0	1	3	0	0	0	2	1	2	1	2	0
Otras	0	0	2	6	5	9	1	2	6	3	1	2	6
Nada	7	29	16	46	34	59	14	30	43	44	15	27	42
No sabe/no contesta	0	0	0	0	3	5	3	2	0	0	2	1	1
<b>Tratamiento realizado por el médico de atención primaria<sup>b</sup></b>													
Le envió al urólogo/ginecólogo	13	54	13	37	13	22	27	60	12	32	22	52	16
Tratamiento farmacológico	9	38	7	20	9	16	13	30	12	32	15	35	10
Absorbentes (pañales, compresas, paños)	1	4	11	31	30	52	10	15	32	17	4	5	38
Catéter vesical	1	4	1	3	4	7	3	7	3	1	1	1	5
Le recomendó que fuera al servicio o utilizara el orinal a intervalos fijos	0	0	2	6	0	0	0	0	2	3	0	0	2
Le indicó unos ejercicios	0	0	1	3	0	0	0	0	1	2	0	0	1
Ninguno	5	21	9	26	11	19	6	18	19	26	13	28	5
													12
													25
													22

<sup>a</sup>Porcentajes ponderados teniendo en cuenta la distribución actual de cada grupo de edad en la población general.

<sup>b</sup>Respuesta múltiple.

critos en nuestro estudio, encontró que un 54% de los ancianos de un condado de Michigan había hablado de su problema en alguna ocasión con su médico. Las diferencias pueden estribar en el nivel educacional de las muestras (en nuestro estudio el 95% de los ancianos son analfabetos/sin estudios), tasas de respuesta (95% en nuestro estudio frente al 65% en el de Herzog) y amplitud de la definición de IU (cualquier pérdida frente a cualquier pérdida de duración superior a 6 días en el último año). Estos dos últimos factores permitieron incluir en nuestro estudio un 11% de incontinencias ligeras y, por tanto, con menor probabilidad de búsqueda de ayuda profesional.

Nuestra tasa de comunicación de incontinencia a profesionales también es claramente inferior al 66%

observado en el otro estudio epidemiológico publicado sobre IU en ancianos españoles<sup>14</sup>, diferencias que, al igual que en el estudio anterior, podrían explicarse por la distinta sensibilidad y amplitud de las preguntas para detectar IU (una sola pregunta frente a las dos utilizadas en nuestro estudio) y por el distinto ámbito poblacional (urbano frente a rural) y nivel cultural de las muestras. Como en otras series<sup>21</sup>, la consulta profesional por el problema es mayor entre los varones. A ello pueden contribuir la mayor familiarización de profesionales y público en general con los síntomas de la hiperplasia benigna de próstata, y que frecuentemente las mujeres manejan inicialmente y por iniciativa propia su IU mediante productos absorbentes, retrasando la búsqueda de ayuda

médica hasta que sus síntomas se hacen severos.

En nuestro estudio las variables que más influyen en la decisión de consultar la IU a profesionales fueron el hecho de que la incontinencia afecte a la vida de los sujetos, la frecuencia y la duración del problema y los niveles progresivos de dependencia funcional. El volumen de las pérdidas no alcanzó significación estadística, ya que es el principal determinante del impacto y ambos se superponen en el análisis<sup>1</sup>. A pesar de la limitación que supone tal estimación en un estudio de corte transversal, nuestros hallazgos y la no influencia de variables como la edad y el sexo se repiten en otros estudios<sup>18,20-23</sup>, lo que permite sugerir que los factores explicativos de la búsqueda de ayuda médica están en relación con la percepción en

los cambios de los síntomas más que con factores individuales. Al igual que en otros trabajos, una razón fundamental referida por los sujetos para no consultar por el problema es considerarlo poco o nada importante<sup>6,9-11,24</sup>. Sin embargo, la opción de no consultar por el escaso impacto del problema en personas con IU leve es poco tranquilizadora, ya que es conocida su frecuente evolución a grados más severos de IU<sup>25</sup>. Además, son precisamente estas incontinencias de grado leve las que tienen un mejor pronóstico con un adecuado abordaje<sup>26</sup>.

La creencia de que la IU es un hecho normal asociado al envejecimiento y sobre el que no hay nada que hacer constituyó la segunda explicación para no consultar a profesionales, algo también observado en otras series<sup>8,9,27</sup>. Esta visión negativa sobre la vejez representa una de las principales barreras para que los pacientes y/o sus cuidadores busquen ayuda de los profesionales sanitarios para su incontinencia.

Es destacable también en nuestro estudio que para el 20% de los sujetos la principal causa de no comentar su IU con la enfermera sea el no considerarlo un problema para consultar a este profesional<sup>12,28</sup>. La mala información de la población, el escaso protagonismo concedido o adoptado por enfermeras respecto a este problema, y la responsabilidad atribuida en exclusiva a los médicos con la prescripción de pañales pueden explicarlo.

En personas que consideran su problema lo suficientemente importante como para solicitar la ayuda del médico de AP, resulta destacado que éste no adopte ninguna actitud diagnóstica ni terapéutica en un porcentaje importante de casos. El procedimiento diagnóstico más utilizado fue el análisis de orina, una exploración útil pero insuficiente cuando se realiza de forma aislada en el contexto de la valoración de la IU<sup>10</sup>.

Desde el punto de vista terapéutico predomina la actitud de derivación directa al especialista, quizás por considerar que constituye un problema específico de éstos<sup>8,9,22</sup>. No obstante, en un 30% de los casos se prescribe un fármaco, lo cual debería considerarse inadecuado sin una correcta valoración previa del problema<sup>10</sup>. Especialmente llamativo es el excepcional empleo (3% de los casos) de las terapias conductuales (micción programada o estimulada, entrenamiento vesical, ejercicios de suelo pélvico, etc), de contrastada eficacia y con un excelente perfil para ser aplicadas en AP por su bajo coste y riesgo asociado a su uso<sup>29</sup>. La valoración diagnóstica, tanto por historia clínica como por exploración física, fue significativamente más frecuente en varones que en mujeres. También la remisión a especialistas. Esto, de nuevo, parece reflejar el mayor conocimiento, interés y sensibilidad de los profesionales de AP por el abordaje de la patología prostática<sup>10,21</sup>. Con la edad, disminuyó significativamente la probabilidad de ser sometido a historia clínica, tratamiento farmacológico o a evaluación por especialistas, aumentando la prescripción de absorbentes, lo que parece indicar una restricción de las medidas terapéuticas activas y un mayor uso de tratamientos paliativos en las personas de mayor edad. La severidad condicionó también el diagnóstico (menos análisis) y el tratamiento (menor remisión a especialistas y tratamiento farmacológico y mayor uso de pañales y catéteres). No obstante, no se realizó un análisis multivariante para evaluar el carácter independiente de variables como edad, sexo y severidad de la IU.

Hay que tener presentes algunas limitaciones del estudio a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, no se realizó una valoración objetiva de la presencia de IU, así como de su frecuen-

cia o volumen. Pero existe evidencia de que la prevalencia de IU definida por medidas objetivas difiere poco de la encontrada mediante cuestionario<sup>30</sup>. En segundo lugar, no se estimó la consistencia interentrevistadores en relación con las respuestas de los sujetos. Sin embargo, nuestros entrevistadores fueron sometidos a un entrenamiento común sobre el sistema de evaluación a seguir durante la entrevista.

Dada la elevada prevalencia de IU en los ancianos de nuestro medio, su escasa comunicación a los profesionales de AP y el insuficiente diagnóstico y tratamiento que éstos realizan, se precisa educación sanitaria de la población anciana en relación con la naturaleza de la IU y sus posibilidades de mejoría tras una adecuada valoración y tratamiento. Y, paralelamente a ello, se deberá concientiar a los médicos y enfermeras de AP sobre su importancia, y promover la formación sobre su detección y correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.

## Bibliografía

1. Gavira FJ, Caridad JM, Pérez del Molino J, Valderrama E, López M, Romeo 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: 207-214.
2. Wyman JF, Harkins SW, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in the community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 282-288.
3. Newman DK. How much society pays for urinary incontinence. *Ostomy Wound Management* 1997; 43: 18-25.
4. Thomas M, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ* 1980; 281: 1243-1246.
5. Ouslander JG, Abelson S. Perceptions of urinary incontinence among elderly outpatients. *Gerontologist* 1990; 30: 369-372.

6. Norton PA, MacDonald LD, Sedgwick PM, Stauton SL. Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women. *BMJ* 1988; 297: 1187-1189.
7. Macaulay AJ, Stern RS, Holmes DM, Stauton SL. Micturition and the mind: psychological factors in the aetiology and treatment of urinary incontinence in women. *BMJ* 1987; 294: 540-543.
8. Golstein M, Hawthorne ME, Engberg S, McDowell BJ, Burgio KL. Urinary incontinence. Why people do not seek help? *J Gerontol Nurs* 1992; 18: 15-20.
9. Jolley JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *BMJ* 1988; 296: 1300-1302.
10. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community - analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993; 306: 832-834.
11. Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 374-378.
12. O'Brien J, Austin M, Sheti P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need of treatment and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ* 1991; 303: 1308-1312.
13. McDowell BJ, Silverman M, Martin D, Musa D, Keane C. Identification for urinary incontinence by community physicians and geriatric assessment teams. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 501-505.
14. Damián J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L et al. Prevalence of urinary incontinence among older Spanish people living at home. *Eur Urol* 1998; 34: 333-338.
15. Mohide EA. The prevalence and scope of urinary incontinence. *Clin Geriatr Med* 1986; 2: 639-654.
16. 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: 497-499.
17. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.
18. Burgio KL, Ives DG, Locher JL, Arena VC, Kuller LH. Treatment seeking for urinary incontinence in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 208-212.
19. Molander U, Milson I, Ekelund P, Mellström D. An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas* 1990; 12: 51-60.
20. Herzog AR, Fultz NH, Normolle DP, Brock BM, Diokno AC. Methods used to manage urinary incontinence by older adults in the community. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 339-347.
21. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes T, Raily T, Girman CJ, Talley NJ et al. Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 467-472.
22. Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 74-80.
23. Jacobsen SJ, Guess HA, Panser L, Girman CJ, Chute CG, Oesterling JE et al. A population-based study of health care-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status among Men. *Arch Fam Med* 1993; 2: 729-735.
24. Rekers H, Drogendijk AC, Valdekenburg H, Riphagen F. Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 43: 229-234.
25. 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* 1990; 45: 67-74.
26. Amuzu BJ. Nonsurgical therapies for urinary incontinence. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1998; 41: 702-711.
27. Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *New Zeal Med J* 1988; 101: 756-758.
28. Pérez del Molino J, Valencia Isarch MT. Incontinencia urinaria. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, editores. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994; 191-209.
29. Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey J, Keays C, Loughery RM et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. *Clinical Practice Guideline n.º 2, 1996 Update*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
30. Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 273-281.