

La pérdida de la continencia urinaria y de la independencia para la alimentación como marcadores de institucionalización

Verdejo Bravo, C.

Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.

Como bien es sabido, uno de los principales objetivos de la atención al paciente anciano es el de mantener la función, previniendo las incapacidades, y si éstas aparecen tratar de recuperar el mayor grado de independencia posible. Para poder ofrecer una adecuada asistencia a los ancianos utilizamos la valoración geriátrica integral, la cual proporciona una información amplia y multidimensional de las características del anciano, y permite, una vez conocidas éstas, poner en marcha un plan individualizado de tratamiento, que estará basado en el trabajo en equipo y en la utilización de los diferentes niveles asistenciales.

La continencia urinaria y la alimentación de forma independiente son dos funciones consideradas como básicas, que de una forma sistemática se evalúan en el paciente anciano mediante diversas escalas dirigidas a conocer la capacidad en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) básicas¹⁻³.

Es evidente que la pérdida de cualquier AVD básica va a suponer un grado de dependencia del paciente anciano, que será variable en base a las características clínicas de cada anciano y al proceso que provoca la incapacidad. En el caso concreto de la incontinencia, por la elevada prevalencia que alcanza entre la población anciana y por la incapacidad que genera, se incluye dentro de los «grandes síndromes geriátricos» o «gigantes de la Geriátría»⁴.

La pérdida de la continencia urinaria puede tener diferentes etiologías en el paciente geriátrico, aceptándose que en la gran mayoría de los casos puede existir un origen multifactorial, sin ser posible detectar un único factor como responsable directo de la pérdida de la continencia^{5,6}. Entre los principales factores de riesgo asociados a esta pérdida de la continencia se encuentran la inmovilidad, la patología neurológica (demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson), la necesidad de ayuda para vestirse-desvestirse, el tratamiento diurético, la diabetes mellitus y las barreras ambientales⁷. Cuando se pierde la continencia aparecen una serie de repercusiones a diferentes áreas (médica, psicológica, social, económica), generando un deterioro importante sobre la calidad de vida^{8,9}. En concreto se ha comunicado un mayor riesgo de institucionalización en aquellos ancianos con incontinencia^{10,11}.

Con respecto a la dependencia para la alimentación, ésta puede estar generada asimismo por múltiples procesos patológicos, abarcando desde patología local (estenosis benignas o malignas, divertículos, disfagia orofaríngea, disfagia baja, etc.) a patología neurológica (enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular, demencia, etc.) incluyendo tanto problemas puramente orgánicos como funcionales¹². Tal vez, fuera necesario definir mejor el término «dependencia para la alimentación», especialmente en los pacientes geriátricos, porque además de los problemas puramente motores o de incoordinación, se podrían incluir determinadas conductas adversas en pacientes con demencia, junto con las dificultades para la alimentación en pacientes con demencia¹³. Al igual que en la

incontinencia de orina, cuando se pierde la capacidad para la alimentación de forma independiente, se generan una serie de repercusiones como pueden ser las complicaciones respiratorias, la malnutrición, el deterioro funcional y una mayor tasa de institucionalización^{14,16}.

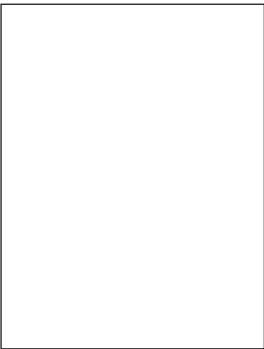
Cada vez existe una mayor preocupación y sensibilización hacia la detección precoz de los factores de riesgo que puedan suponer una pérdida de las funciones básicas y que generen un impacto funcional con un grado variable de incapacidad, así como una mayor utilización de recursos sanitarios y un porcentaje elevado de institucionalización^{15,17-20}.

En este número de la revista se publica un trabajo realizado por J. Ortiz y colaboradores²¹, dirigido a conocer la influencia que la pérdida de estas dos funciones básicas, en pacientes geriátricos agudos, puede tener sobre la institucionalización del paciente. Como resultados principales comprueban que tanto la incontinencia urinaria establecida como la dependencia para la alimentación, bien de forma aislada o combinada, eran factores pronósticos para la institucionalización de pacientes geriátricos agudos.

Estos resultados, extendidos ya en la literatura internacional, obligan a replantear las estrategias empleadas para la prevención e intervención temprana sobre los principales factores de riesgo, que puedan evitar la pérdida de estas funciones básicas, y secundariamente el deterioro funcional^{18,22}. Con estas medidas será posible mejorar la independencia de los ancianos y reducir la utilización de una serie de recursos, incluida la institucionalización. No obstante, para ello serán necesarios más recursos, tanto humanos como estructurales, que cubran todas las necesidades asistenciales de los pacientes geriátricos, y que permitan ofrecer una atención integral e individualizada que contemple tanto medidas preventivas como terapéuticas, dirigidas a mejorar la independencia de los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Jentoft A. Evaluación funcional del anciano. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A, eds. *Geriatría en Atención Primaria* (2ª ed). Uriach & Cia. Barcelona. 1997. p. 17-27.
2. San José Laporte A, Jacas Escarcellé C, Selva O'Callaghan A, Vilardell Tarrés M. Valoración geriátrica. *Medicine* 1999;7(124):5797-802.
3. Palmer RM. Geriatric assessment *Med Clin North Am*, 1999. p. 1503-23.
4. Castleden CM. The Marjory Warren Lecture: Incontinence. Still a Geriatric Giant? *Age Ageing* 1997;26-S4:47-52.
5. Chutka DS, Fleming KC, Evans MP, Evans JM, Andrews KL. Urinary incontinence in the elderly population. *Mayo Clin Proc* 1996;71:93-101.
6. McGrother C, Resnick NM, Yalla SV, et al. Epidemiology and etiology of urinary incontinence in the elderly. *World J Urol* 1998;16(Suppl 1):S3-S10.
7. Fonda D, Resnick NM, Kirschner-Hermans R. Prevention of urinary incontinence in older people. *R. Br J Urol* 1998;82(Suppl 1):5-10.
8. Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research. Public Health Service. Rockville MD (USA). March. 1992.
9. Fultz NH, Herzog R. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:892-9.
10. 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.
11. Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001;98:398-406.
12. Domenech E, Kelly J. Swallowing disorders. *Med Clin North Am* 1999;83:97-113.
13. Blandford G, Watkins LB, Mulvihill MN, Taylor B. Assessing abnormal feeding behavior in dementia: a taxonomy and initial findings. *Research and Practice in Alzheimer's Disease*; 1998. p. 47-64.
14. Covinsky KE, Martin GE, Beyth RJ, Justice AC, Sehgal AR, Landefeld CS. The relationship between clinical assessments of nutritional status and adverse outcomes in older hospitalized medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:532-8.
15. Covinsky KE, Palmer RM, Counsell SR, Pine ZM, Walter LC, Chren MM. Functional status before hospitalization in acutely ill older adults: validity and clinical importance of retrospective reports. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:164-9.
16. Lieu PK, Chong MS, Seshadri R. The impact of swallowing disorders in the elderly. *Ann Acad Med Singapore* 2001;30:148-54.

- 
17. Wu AW, Yassui Y, Alzola C, Galanos AN, Tsevat J, Philips RS, et al. Predicting functional status outcomes in hospitalized patients aged 80 years and older. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:S6-15.
 18. Ford AB, Haug MR, Stange KC, Gaines AD, Noelker LS, Jones PK. Sustained personal autonomy: a measure of successful aging. *J Aging Health* 2000;12:470-89.
 19. Agüero-Torres H, Von Strauss E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population based study. *J Clin Epidemiol* 2001;54:795-801.
 20. Lee A, Sitoh YY, Lieu PK, Phua SY, Chin JJ. Swallowing impairment and feeding dependency in the hospitalised elderly. *Ann Acad Med Singapore* 1999;28:371-6.
 21. Ortiz J, Bechich S, Aguas M, Alaez F, Carral E, Sánchez P. Efecto de la incontinencia urinaria y de la dependencia para la alimentación en la institucionalización de pacientes geriátricos agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;37:75-80.
 22. Fonda D. Promoting continence as a health issue. *Eur Urol* 1997;32(Suppl 2):28-32.