



*Escuela Universitaria de Enfermería
"Casa Salud Valdecilla"*

Monografía Sobre La Prevención De La Incontinencia Urinaria En El Ámbito de La Gerontología

**Monograph On The Prevention Of Urinary Incontinence In The
Gerontology Area**



***Trabajo Fin de Grado de Enfermería
Curso 2013/2014***

Autora: Asunción Pellón Revuelta
Directora: María Esther Dasgoas López
Junio 2014

INDICE

RESUMEN / SUMMARY	PALABRAS CLAVES/ KEY WORDS	2
INTRODUCCIÓN: DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA, FISIOLOGÍA, EPIDEMIOLOGIA		3
OBJETIVO		5
CAPÍTULO I: INCONTINENCIA URINARIA		7
Sección 1: Tipos de Incontinencia Urinaria		7
Sección 2: Principales Características de la Incontinencia Urinaria		8
Sección 3: Factores de Riesgo de la Incontinencia Urinaria		9
Sección 4: Consecuencias de la Incontinencia Urinaria		10
CAPÍTULO II: PREVENCIÓN 1º EN LA INCONTINENCIA URINARIA		11
Sección 1: Tipos de Intervenciones Conductuales		12
Sección 2: Tipos de Intervenciones Conservadoras		13
CAPÍTULO III: PREVENCIÓN 2º DETECCIÓN PRECOZ DE LA IU		14
Sección 1: ¿Como realizar la Detección Precoz en la IU?		14
Sección 2: Cuestionarios usados en la Detección Precoz de la IU		17
Sección 3: Tipos de Intervenciones Conductuales		18
CAPÍTULO IV: PREVENCIÓN 3º EN LA INCONTINENCIA URINARIA		19
Sección 1: Tipos de Intervenciones Conservadoras		19
Sección 2: Tratamiento Farmacológico		20
Sección 3: Tipos de Intervenciones quirúrgicas		20
CONCLUSIONES		21
AGRADECIMIENTO		23
BIBLIOGRAFÍA		24
ANEXOS		27

RESUMEN:

La Incontinencia Urinaria es una deficiencia funcional y no una manifestación del envejecimiento. Una gran parte de los ancianos viven la Incontinencia Urinaria como un hecho normalizado asociado a la edad, lo cual no permite que sea detectada precozmente.

El objetivo de esta revisión sobre la Incontinencia Urinaria es mostrar los medios disponibles que hay en la actualidad para llevar a cabo la Prevención y la Detección Precoz de la Incontinencia Urinaria en el ámbito Gerontológico.

A través de la prevención se pretende disminuir la incidencia, la prevalencia en la Incontinencia Urinaria, y las secuelas o daños colaterales que puede llegar a causar en la calidad de vida de la persona. Por esta razón el profesional de enfermería es vital para prevenir y detectar precozmente la Incontinencia Urinaria.

La prevención de la Incontinencia Urinaria en el ámbito Gerontológico debería estar incluida en la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** de toda la **Sanidad Española**, ello favorecería la Calidad de Vida en el ámbito Gerontológico y una reducción considerable en el número de ancianos en riesgo de desarrollar la Incontinencia Urinaria. Además, implicaría una menor dependencia física y psicológica, menor demanda de recursos tanto materiales como humanos, y retrasar el ingreso en una institución Sociosanitaria.

PALABRAS CLAVES:

DeCS: Incontinencia Urinaria, Anciano, Diagnóstico Precoz, Prevención Primaria, Prevención Secundaria, Prevención Terciaria, Calidad De Vida.

SUMMARY:

Urinary Incontinence is a functional deficiency and not a manifestation of age. Most aged people live with Urinary Incontinence as a normal part of life associated with age, and this does not allow an Early Diagnosis.

The aim of this review on Urinary Incontinence is to show the means available at present to carry out the Prevention and Early Diagnosis of Urinary Incontinence in the Gerontology Area.

Through Prevention we try to lower the incidence, the Prevalence in Urinary Incontinence and the sequels or collateral damage that it can cause in the quality of people's lives. For this reason the nursing professional is vital for anticipating and prematurely detecting Urinary Incontinence. This would help to improve the quality of life of the people we attend.

The Prevention of Urinary Incontinence in the Gerontology Area should be included in Primary care Services of the whole of the Spanish Health Service, it would increase the quality of life in the Gerontology Area and a considerable decrease in the number of elderly people in risk of developing Urinary Incontinence. This would directly involve a less physical and psychological dependence, less demand of resources both material and human, and delay of the admission to a Medical institution.

KEY WORDS:

MeSH: Urinary Incontinence, Aged, Early Diagnosis, Primary Prevention, Secondary Prevention, Tertiary Prevention, Quality Of Life.

INTRODUCCIÓN:

La **Incontinencia Urinaria** según la **International Continence Society** se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico en quien la padece¹. Es una deficiencia funcional y no una manifestación del envejecimiento.

El proceso de eliminación urinaria en el anciano se caracteriza por la aparición de cambios morfológicos, funcionales, psicológicos y sociales provocando una menor eficacia en el control de esfínter. A pesar de ello es considerado una afección añadida a los síndromes geriátricos debido a las repercusiones a nivel individual, psicológico, social y económico.

Una gran parte de los ancianos viven la Incontinencia Urinaria como un hecho normalizado asociado a la edad, lo cual no permite que sea detectada precozmente. Los datos que refleja la Atención Primaria a nivel de España son los siguientes: por cada caso detectado existen 20 casos silentes².

La **etiología** de la Incontinencia es multifactorial, y factores como la edad, sexo, enfermedades sistémicas o psiquiátricas, la inmovilidad y discapacidad física o cognitiva pueden contribuir a su desarrollo. Las personas con estas condiciones acumulan las mayores tasas de Incontinencia según los estudios epidemiológicos.

Por consiguiente la capacidad de retener y de controlar la salida de orina depende de una anatomía y de un funcionamiento normal del tracto urinario y del sistema nervioso. Además, la persona tiene que poseer la capacidad física y psicológica de reconocer y responder apropiadamente a la urgencia de orinar³.

El proceso de micción comprende dos fases, la **fase de llenado y almacenamiento**, y la **fase de vaciado**. Regularmente, en la primera fase, la vejiga comienza a llenarse con la orina que proviene de los riñones. El tamaño de la vejiga se transforma y se estira para acomodarse a la creciente cantidad de orina, pudiendo almacenar entre 300 y 600 ml³.

El deseo de vaciarla suele aparecer cuando se almacena aproximadamente unos 250 ml. El sistema nervioso sano responde ante esta sensación de estiramiento y alerta a la persona sobre la necesidad de orinar, mientras que la vejiga se sigue llenando. La capacidad de llenar y almacenar la orina requiere de un esfínter funcional, siendo los músculos circulares que rodean la apertura de la vejiga, y de una pared muscular, que actúa como detrusor³.

La fase de vaciado exige la capacidad del músculo detrusor de contraerse adecuadamente para forzar la salida de la orina de la vejiga y, al mismo tiempo, el cuerpo tiene que ser capaz de relajar el esfínter externo para permitir la salida de orina al exterior³.

La diuresis normal es de 1,5-2 litros al día. La formación de la orina sigue un ritmo que es menor por la noche, excepto en aquellas situaciones en las que existe poliuria (aumento de la cantidad de orina siendo mayor a 2 litros de orina/día, en las que se pierde el ritmo normal de secreción, y pasa a ser mayor por la noche, nicturia), y en pacientes con edemas, en los que el decúbito nocturno mejora la hemodinámica renal, con la consiguiente movilización del líquido de los edemas³.

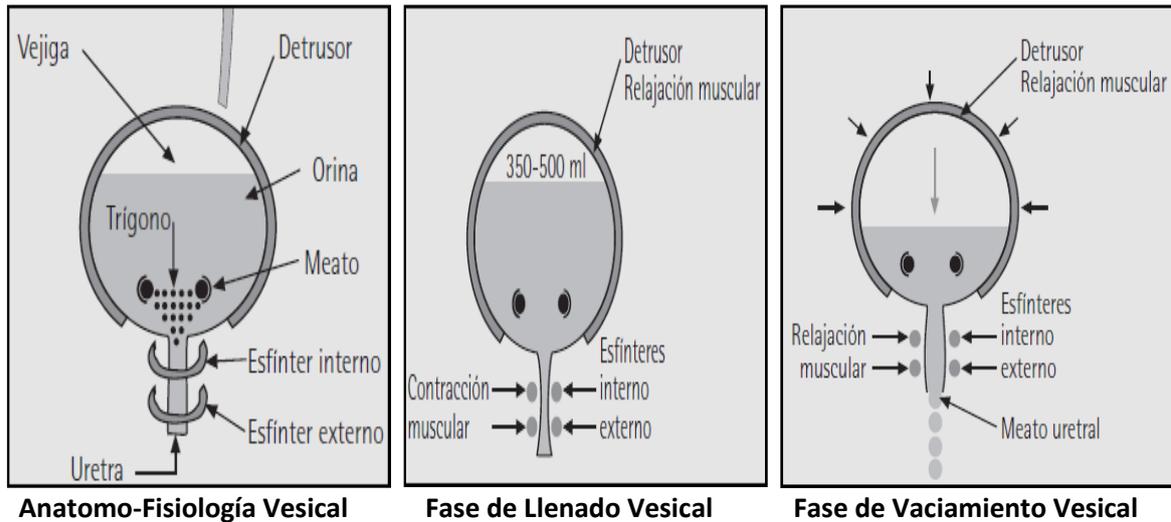


Figura 1: Fisiología del Trato Urinario Inferior. Fuente: OMC³.

Está demostrado que la Incontinencia Urinaria puede provocar alteraciones graves en la calidad de vida del anciano. Aún así, no se le ha dado la importancia que merece en el ámbito Gerontológico. Lo demuestra el índice de consulta en Atención Primaria en España, que es muy bajo, uno de cada tres ancianos consulta por ello, y los profesionales sanitarios no interrogan sobre el problema ni le dan la importancia que merece, obviando el diagnóstico y tratamiento².

Tras una búsqueda bibliográfica, la **epidemiología** de la Incontinencia Urinaria de la que se dispone demuestra que la población mayor de 65 años con Incontinencia Urinaria a nivel **comunitario** lo sufren un **10 a 15%**. En cuanto al nivel **hospitalario** la población que se estima es de **30 a 40%**. Y siendo notable la diferencia en los **Centros Psicogeriátricos** asistidos llegando a ser un **50 a 60%**. La razón fundamental de este incremento se debe al deterioro funcional, tanto físico como mental, de estos pacientes y no a la edad o el sexo².

Se estima que en España hay alrededor de 2.3 millones de personas afectadas, es decir, casi un 6% de la población general sufren esta enfermedad en mayor o menor grado. De los cuales aproximadamente un 75% son mujeres de diferentes edades y el 25% varones⁴.

Lo cierto es que la Incontinencia Urinaria puede manifestarse a cualquier edad y en los dos sexos. En la gráfica (figura 2) se expone la representación de la Incontinencia Urinaria por sexos, en diferentes edades: presenta un mayor predominio en la mujer y estas suelen verse afectadas en edades más tempranas, pero a partir de los 65 años la tendencia se va igualando a medida que se avanza en la edad.

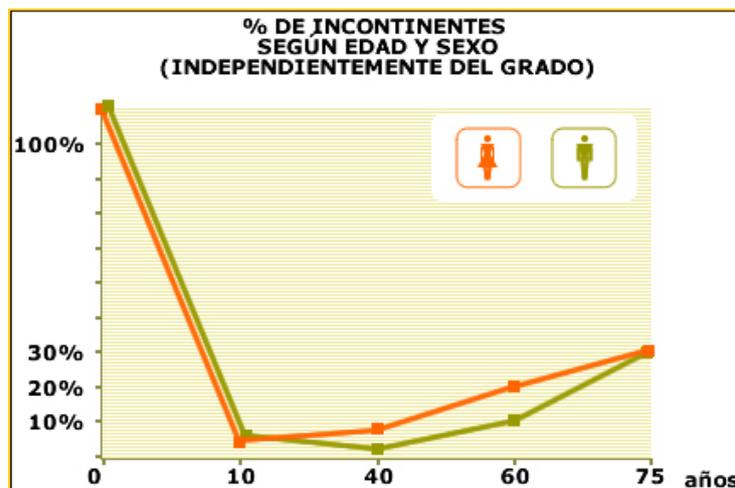


Figura 2: Representación de la IU según edad y sexo. Fuente: OCU⁴.

Monografía sobre la Prevención de la Incontinencia Urinaria en el Ámbito Gerontológico

Es evidente que, en muchas situaciones particulares, la aparición de la Incontinencia Urinaria produce una regresión de la persona hacia la dependencia familiar y que en un 10% supone el motivo desencadenante de su ingreso en residencias geriátricas⁴.

Para mantener la calidad de vida en el anciano se debe prevenir la aparición de signos y síntomas del envejecimiento del sistema genitourinario, y así evitar las complicaciones y afecciones que contribuyen a los síndromes geriátricos, como los problemas físicos de la Incontinencia Urinaria⁵.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define 3 niveles de prevención: **Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria**, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al considerar como criterio el conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas⁶.

NIVELES DE PREVENCIÓN			
	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCEARIO
Concepto	Previene la enfermedad en personas sanas.	Medidas orientadas a detectar, detener o retardar el proceso de una enfermedad o problema de salud.	Medidas dirigidas a retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.
Objetivo	Disminuir Incidencia.	Disminuir Prevalencia.	↓ Prevalencia de las incapacidades.
Etapas Naturales	Pre-Patogénica.	Patogénico.	Resultados y la cronicidad.
Actividades	Promoción de la salud. Protección de la salud (realizadas sobre el medio ambiente).	Detección Precoz. Exámenes de Salud. Educación Sanitaria. Tratamiento.	Tratamiento para la Prevención de secuelas. Rehabilitación física. Terapia ocupacional y psicológica. Educativa sanitaria.

Tabla 1: Niveles de Prevención en la Atención Sanitaria. Fuente: OMS⁶.

OBJETIVO:

La Incontinencia Urinaria está considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia como por el impacto negativo que genera en el anciano que la sufre. Por ello, en esta revisión sobre la Incontinencia Urinaria me centraré fundamentalmente en los medios disponibles que hay en la actualidad para llevar a cabo la Prevención y la Detección Precoz de la Incontinencia Urinaria en el ámbito Gerontológico.

El objetivo no es profundizar extensamente sobre los diferentes tratamientos disponibles para la Incontinencia Urinaria, sino proporcionar unas **directrices básicas** de manejo inicial de los pacientes en riesgo o con Incontinencia Urinaria, y saber cuándo derivarlos al médico, en nuestra actividad diaria como enfermeros.

Objetivos específicos:

- Analizar la Incontinencia Urinaria (tipos, principales características, factores de riesgo y consecuencias) para centrar la temática, en el ámbito gerontológico.
- Fundamentar la importancia de la detección precoz de la Incontinencia Urinaria.
- Describir las herramientas a nuestro alcance para poder realizar la detección precoz de Incontinencia Urinaria.

- Describir las distintas intervenciones disponibles en la Incontinencia Urinaria en las tres fases de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Estos objetivos se irán desarrollando en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Incontinencia Urinaria: En este capítulo se revisará la información básica sobre la Incontinencia Urinaria como base para poder desarrollar los capítulos siguientes.

- Sección 1: Tipos de Incontinencia Urinaria. Se enumeran los tipos de Incontinencias agudas y crónicas.
- Sección 2: Principales características de la Incontinencia Urinaria. Se analizan los cambios fisiológicos en el envejecimiento que influyen en la eliminación urinaria y se enumeran las principales características que nos permitirán describir la trascendencia de la Incontinencia (frecuencia, intensidad, duración e impacto).
- Sección 3: Factores de riesgo. Revisión de los factores de riesgos para desarrollar una Incontinencia Urinaria, con una mención especial a los fármacos que pueden influir.
- Sección 4: Consecuencias. Reflexión sobre las consecuencias físicas, psíquicas y socioeconómicas que puede acarrear el padecer incontinencia urinaria.

Capítulo II: Prevención Primaria: Se proponen actuaciones para casos en los que se ha detectado un riesgo de presentarse la incontinencia urinaria.

- Sección 1: Tipos de Intervención conductual. Se analizan intervenciones conductuales que pueden frenar la aparición de la Incontinencia Urinaria mediante el fortalecimiento del tono muscular y el establecimiento de un hábito de micción adecuado.
- Sección 2: Tipos de Intervención conservadoras. Se analizan hábitos de vida y entorno de la persona que puede padecer Incontinencia Urinaria para actuar minimizando los factores de riesgo, sin olvidar el factor psicológico.

Capítulo III: Prevención Secundaria, Detección Precoz: se realiza una reflexión sobre la importancia de la prevención precoz, para luego en las secciones profundizar en la forma de realizarlo y propone intervenciones para este momento clave.

- Sección 1: ¿Cómo realizar la detección precoz en la IU? Enumera las fases que debe contener una valoración para realizar la detección precoz.
- Sección 2: Cuestionarios usados en la detección precoz de la IU. Enumera los distintos cuestionarios disponibles que facilitan la detección precoz de la IU. Alguno disponible en los anexos.
- Sección 3: Tipos de intervenciones conductuales. Enumera las intervenciones conductuales disponibles de utilidad en esta fase.

Capítulo IV: Prevención Terciaria en la Incontinencia Urinaria: Una vez establecida la Incontinencia Urinaria aún podemos realizar intervenciones para minimizar el impacto de esta en la vida de las personas mayores.

- Sección 1: Tipos de Intervenciones conductuales. Enumera la intervención en el entorno, sin olvidar el apoyo psicológico y los pesarios.
- Sección 2: Tratamientos farmacológicos.
- Sección 3: Tipos de Intervenciones quirúrgicas. Enumera las intervenciones quirúrgicas para tratar la incontinencia urinaria establecida.

CAPÍTULO I: INCONTINENCIA URINARIA

Este capítulo muestra los distintos tipos de Incontinencia Urinaria, con sus principales características, sin olvidarnos de los factores de riesgo y de las consecuencias que acarrea la Incontinencia Urinaria en el Ámbito Gerontológico.

CAPÍTULO I: Sección 1: Tipos De Incontinencia Urinaria

En cuanto al tiempo y duración se tiene en cuenta dos tipos de IU^{4,7}:

- A. Incontinencia Urinaria transitoria o aguda**
- B. Incontinencia Urinaria establecida o crónica**

A- Incontinencia Urinaria Transitoria o Aguda

Su inicio suele asociarse a trastornos agudos y repentinos, suele ser inferior a 4 semanas. La Incontinencia Urinaria Aguda es de carácter reversible, en cuanto se aplica tratamiento suele remitir. Este tipo de Incontinencia Urinaria Aguda puede ser causado por^{4,7}:

- * Poliuria debido a hiperglucemias, diuréticos y otras patologías.
- * Retención urinaria debido a restricciones en la movilidad bien por sujeciones mecánicas, físicas, disminución de visibilidad...
- * Incapacidad en la movilidad por sí mismo.
- * Inflamación, infección, impactación fecal.
- * Síndrome confusional agudo.
- * Agentes farmacológicos (diuréticos, sedantes, hipnóticos, antidepresivos, etc.)

B- Incontinencia Urinaria Establecida o Crónica

Es de carácter persistente, es aquella que puede extenderse más allá de 4 semanas. La Incontinencia Urinaria Crónica es la más común en los ancianos. Normalmente aparece cuando existen alteraciones estructurales. En función del trastorno funcional que provoca la Incontinencia Urinaria, ésta puede dividirse en distintos tipos^{4,7}.

1. Incontinencia de Urgencia o Inestabilidad vesical:

Es la más común en ancianos, las contracciones del detrusor superan en intensidad a la presión intrauretral. Las pérdidas son de **gran volumen**, suelen presentar incapacidad para aplazar la micción y el residuo postmiccional es pequeño.

Las causas pueden ser motora por la inestabilidad del detrusor, aislada o asociada a alteraciones locales como cistitis, cálculos, tumores, divertículos, obstrucción. También puede ser por una alteración neurológica o sensitiva en la que la persona presente lesiones del sistema nervioso central tales como: demencia, accidentes cerebro vasculares, párkinson o lesiones medulares^{4,7}.

2. Incontinencia por Estrés o Esfuerzo:

Es la más frecuente en la mujer. Las pérdidas son de **pequeño volumen** sin previo deseo miccional y al **augmentar la presión abdominal** supera la resistencia del esfínter uretral, se produce al realizar actividad física, esfuerzos como estornudos, tos, risas, etc. Suele presentar residuo postmiccional pequeño. Las causas pueden ser debidas a la debilidad y laxitud muscular del suelo de la pelvis, y a la incompetencia esfínter uretral^{4,7}.

3. Incontinencia Mixta:

Este tipo de incontinencia engloba a las dos anteriores, la pérdida de orina se asocia tanto a la **urgencia** como al **esfuerzo**. Existe una hiperactividad del detrusor combinado con una disfunción del esfínter uretral. Según la bibliografía es muy frecuente en personas mayores asociándose a un empeoramiento de la calidad de vida^{3,7}.

4. Incontinencia por Rebosamiento:

Es la más frecuente en varones, la presión intravesical excede a la uretral con grandes volúmenes de orina en la vejiga. Las pérdidas son **continuadas** con **poca cantidad**, polaquiuria intensa, sin sensación de vaciar completamente, tenesmos. El residuo postmiccional puede llegar a ser más de 100cc⁷.

Las causas pueden deber ser: vejiga acontractil (diabetes, lesión medular, fármacos, etc.) o por una obstrucción anatómica (próstata, cistocelos o uretra disinerxia vesicoesfinteriana)⁸.

La climacturia es un síntoma de las pérdidas de orina, que se produce durante el acto sexual. Estas pérdidas se asocian tras una prostatectomías radicales o una histerectomía, etc⁸.

5. Incontinencia Funcional:

El estado del sistema urinario es normal, pero el paciente no puede utilizarlo correctamente. Las pérdidas son relacionadas con trastornos físicos, psíquicos, estructurales o medicamentosos, se refleja en la **incapacidad para ir al baño** por falta de motivación o barreras arquitectónicas. Las causas pueden deberse a la demencia severa u otros trastornos neurológicos, factores psicológicos (depresión, regresión, delirium, hostilidad), falta o ineficacia de los cuidadores⁴.

CAPÍTULO I: Sección 2: Principales Características de la Incontinencia Urinaria

Es importante conocer los cambios vinculados al envejecimiento fisiológico y las principales características de la Incontinencia Urinaria como premisa para poder actuar sobre la anomalía funcional⁹.

CAMBIOS LIGADOS AL ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO QUE PUEDEN INFLUIR SOBRE LA CONTINENCIA URINARIA	
S. NERVIOSO CENTRAL:	disminución del número de neuronas.
S. NERVIOSO AUTONÓMICO:	disminución del número de nervios autonómicos.
VEJIGA:	<u>Alteraciones anatómicas:</u> disminución del número de nervios autonómicos. Aumento de trabeculación ósea. Desarrollo de divertículos.
	<u>Alteraciones funcionales:</u> disminución de la capacidad. Disminución de la acomodación. Disminución de la capacidad de diferir la micción. Disminución del nº de contracciones involuntarias. Disminución del residuo postmiccional.
URETRA:	<u>Alteraciones anatómicas:</u> disminución del nº de células/sustitución tejido fibroso. <u>Alteraciones funcionales:</u> disminución de la acomodación y presión de cierre.
PRÓSTATA:	crecimiento, hiperplasia.
VAGINA:	disminución de las células y atrofia epitelial.
SUELO PÉLVICO:	debilidad muscular, disminución del depósito de colágeno, fibrosis.

Tabla 2: Principales alteraciones vinculadas al envejecimiento Fuente: Verdejo BC⁹.

Las principales características a través de las que se manifiesta la Incontinencia Urinaria son⁵:

- La **frecuencia** de los episodios de pérdidas de orina.
- La **intensidad** de las pérdidas de orina.
- La **duración** de la falta de control de esfínter.
- El **impacto** que causa en la población envejecida.

Por lo tanto se ha de valorar el **número de eventos** de Incontinencia Urinaria y en función de ello se clasifica la severidad¹⁰:

- **Leve:** pérdidas urinarias con menos de 10 episodios a la semana.
- **Moderada:** pérdidas urinarias entre 10-20 episodios a la semana.
- **Grave:** pérdidas urinarias mayores de 20 episodios a la semana.

CAPÍTULO I: Sección 3: Factores de Riesgo de la Incontinencia Urinaria

Tras la revisión bibliográfica se han hallado los siguientes **factores de riesgo** para la Incontinencia Urinaria diferenciándoles en más graves (mayores) y menos graves (menores)^{8,11}.

Factores De Riesgo Para La Incontinencia Urinaria “Mayores”

- Envejecimiento.
- Alteraciones de movilidad y el equilibrio.
- Barreras ambientales.
- Infecciones del tracto urinario.
- Retención urinaria.
- Impactación fecal.
- Trastornos neurológicos.
- Paridad: tipo de parto, peso fetal y número de hijos.
- Deprivación estrogénica precoz.
- Cirugía pélvica previa: Histerectomía.
- Deterioro cognitivo.
- Patologías: diabetes Mellitus, enfermedad cerebro-vascular
- Polifarmacia: uso de tres ó más medicamentos.
- Deportes con aterrizaje de impacto.

Factores De Riesgo Para La Incontinencia Urinaria “Menores”

- Obesidad.
- Aumento presión abdominal: prendas ajustadas, fajas, etc.
- Estreñimiento persistente.
- Tos crónica.
- Actividades con presión abdominal: canto, instrumentos viento, cargar pesos, etc.

En la valoración de toda Incontinencia Urinaria debemos tenerse presente la toma de fármacos con posibles efectos en la diuresis¹²:

Efectos de los Medicamentos en la Incontinencia Urinaria

- **Diuréticos:** poliuria, polaquiuria y urgencia miccional.
- **Anticolinérgicos:** retención urinaria y delirio.
- **Antidepresivos:** sedación y acción anticolinérgica.
- **Analgésicos narcóticos:** sedación, retención urinaria, impactación fecal y delirio.
- **Antipsicóticos:** sedación, rigidez, inmovilidad y acción anticolinérgica.
- **Hipnóticos:** sedación, delirio e inmovilidad.
- **Alfa adrenérgicos agonistas:** retención urinaria.

- **IECA:** tos asociada que puede precipitar Incontinencia Urinaria de esfuerzo.
- **Alcohol:** sedación, poliuria, polaquiuria, urgencia miccional, delirio e inmovilidad.
- **Calcioantagonistas:** retención urinaria.

CAPÍTULO I: Sección 4: Consecuencias de la Incontinencia Urinaria

Las consecuencias de la Incontinencia Urinaria pueden afectar a ambas esferas; físicas, psíquicas y socio-económicas⁸.

Las repercusiones **físicas** que pueden darse son:

- La disminución de la capacidad vesical.
- La disminución de la longitud de la uretra funcional.
- La contractilidad vesical y la presión de cierre uretral.
- Habilidad para posponer aumentando el residuo vesical postmiccional.
- Contracciones no inhibidas del detrusor.
- Infecciones del tracto urinario, úlceras por presión, infecciones de las mismas, vaginitis atróficas y polimedicación.
- Inmovilismo, insomnio y caídas.
- Destacan endocrinopatías (hipopotasemia, hiperglicemia e hipercalcemia), restricción de la movilidad e impactación fecal.

Las consecuencias **psíquicas** que pueden producirse a consecuencia de la Incontinencia Urinaria son:

- La pérdida de autoestima.
- Cuadros psicológicos o psiquiátricos: ansioso-depresivos.
- Cuadros de delirio.
- Estados de confusión agudos debido a la polimedicación.
- Interferencia con las relaciones sexuales.

Las consecuencias **socio-económicas** que pueden llegar aparecer son:

- Aislamiento.
- Aumento de apoyo familiar.
- Elevado coste de medidas diagnósticas y terapéuticas.
- Aplicación de medidas paliativas: empleo de pañales y compresas.
- Mayor coste económico de las complicaciones.
- Demanda de recursos sociosanitarios.
- Aumento del riesgo de institucionalización.

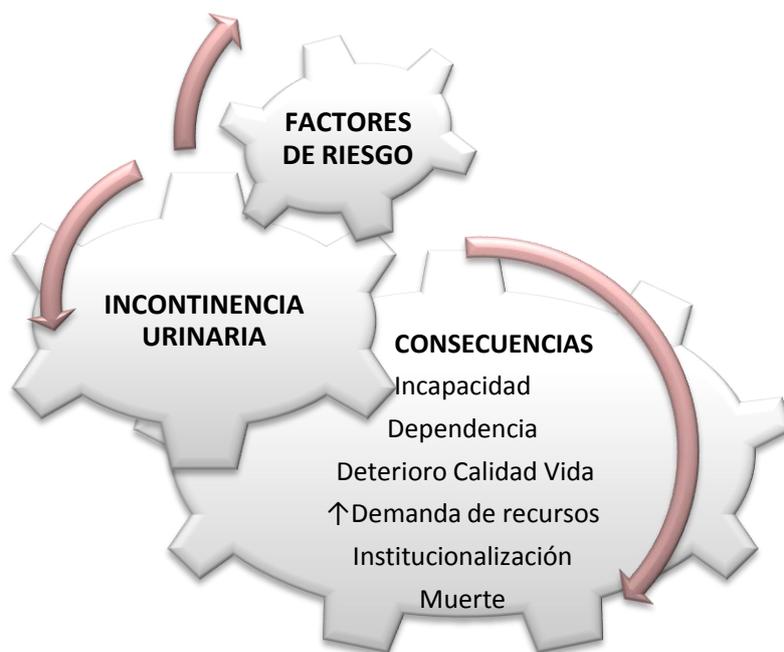


Figura 3: Interrelación entre los Factores de Riesgo-IU-Consecuencias.

CAPÍTULO II: PREVENCIÓN 1º EN LA INCONTINENCIA URINARIA

La prevención 1º es la medida más efectiva y como tal, es el primer escalón de la actuación de los profesionales de enfermería ante la disfunción funcional genitourinaria.

Habitualmente los métodos de control para la Incontinencia Urinaria utilizados son los absorbentes, utilizados hasta en un 65% de ancianos con Incontinencia Urinaria³. El gasto sanitario que ocasiona presenta una curva ascendente que podría atenuarse con una actividad preventiva. Por esta razón el profesional de Enfermería es vital para prevenir y detectar precozmente la Incontinencia Urinaria. Lo cual ayudaría a mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos.

Estudios realizados en ancianos de España demuestran que el **32-60%** de los incontinentes habían comunicado su problema al médico. Siendo más comunicativos los varones que las mujeres, estas evitan la comunicación porque manejan su Incontinencia Urinaria con absorbentes¹³.

Estos estudios demuestran que las variables para **consultar** son la afectación que le repercute en su vida, la duración del problema (siendo mayor de 5 años) y los niveles progresivos de dependencia. En cambio las variables para **no consultar** son la Incontinencia Urinaria Leve, el considerar la Incontinencia Urinaria como una parte del envejecimiento y la escasa información sobre su tratamiento¹³.

Asimismo, destacar que en dichos estudios se refleja una actitud por parte del profesional sanitario de no diagnosticar ni tratar ni derivar al especialista. Se ve que cuanto mayor es la edad de la persona mayor es la inhibición de actuación del profesional y más indicado son los absorbentes¹³. *Anexo: tabla de los principales estudios epidemiológicos sobre la IU en España⁸.

Los profesionales de la Enfermería deben de adoptar una postura vigilante en la que incluyan **conductas proactivas** tendentes a generar consultas en aquellas personas con factores de riesgo para desarrollar Incontinencia Urinaria¹⁴.

CAPÍTULO II: Sección 1: Tipos de Intervenciones Conductuales

Las intervenciones de **tipo funcional** incluyen las técnicas conductuales como son el reentrenamiento vesical, los ejercicios de suelo pélvico, los ejercicios Hipopresivos, etc.

1. Reentrenamiento vesical:

Esta técnica que consiste en incorporar progresivamente el tiempo de intervalo entre las micciones, por lo que la persona aprendería a controlar el máximo tiempo posible su vejiga y así resistir a la urgencia de orinar. El objetivo de dicho reentrenamiento es disminuir las micciones de pequeño volumen¹¹.

2. Entrenamiento del suelo pélvico:

El suelo pélvico está constituido por un conjunto de músculos cuya función es dar un soporte flexible a los órganos de la pelvis: vejiga urinaria, útero, ovarios y porción final del intestino. La función correcta de estos órganos depende de la integridad y fortaleza de los músculos que los mantienen¹⁵.

El objetivo de los **ejercicios de Kegel** es fortalecer los músculos del suelo pélvico, y en consecuencia, mejorar el funcionamiento del esfínter uretral para disminuir las pérdidas.

Los ejercicios consisten en que la persona realice contracciones con la musculatura perineal ascendiéndola hacia arriba. Existen ejercicios rápidos y lentos pero los pasos son los mismos; contraer, mantener y relajar la musculatura, repitiendo estos ejercicios 10- 20 veces al día se consigue dar tono a la musculatura de base y mejorar la fuerza de contracción, produciendo una mejora de la continencia¹⁶. Para valorar el tono perineal y comprobar la eficacia de los ejercicios se puede cortar el chorro miccional.

3. Ejercicios Hipopresivos:

El objetivo es tanto la activación del tono perineal como abdominal, así como una normalización de las tensiones diafragmáticas y de las estructuras musculo-esqueléticas dado que se trata de técnicas de reequilibración postural¹⁷.

Consisten en realizar una apnea tras una espiración completa, al mismo tiempo que se contrae el transversal del abdomen. De este modo se trabaja este músculo y se produce un reflejo de contracción del suelo pélvico muy efectivo, a la vez que se consigue una elevación de los órganos del periné por el cambio de presión. Estos ejercicios están contraindicados en personas que padezcan hipertensión arterial no controlada, por la activación noradrenergica que se produce con su práctica¹⁷.

4. Bolas Chinas:

Es un dispositivo unido por una cuerda, en el interior lleva otra bola que al andar o moverse producen una vibración ligera que estimula la musculatura de la vagina. Los beneficios son varios: tonifica musculatura perineal, previene la Incontinencia Urinaria y aumenta la sensibilidad vaginal.

CAPÍTULO II: Sección 2: Tipos de Intervenciones Conservadoras

Con las medidas higiénico-dietéticas, las modificaciones del entorno y el apoyo psicológico se pretende mejorar la calidad de vida del anciano y evitar la incomodidad, los problemas físicos de la incontinencia, la disminución de la autoestima, etc.

1. Medidas higiénico-dietéticas:

La actividad física como andar es beneficiosa que todos los días se practique, evitando los deportes de impacto tales como saltar y correr. Y se debe de evitar permanecer largos periodos de tiempo en la cama porque esto fomentaría la Incontinencia Urinaria.

Es conveniente el empleo de ropas que no ajusten demasiado, así como evitar tacones altos para evitar perder la postura fisiológica. Además de vaciar la vejiga antes y después de las relaciones sexuales, evitando mantener llena la vejiga durante períodos muy prolongados.

La dieta sana y equilibrada es necesaria, pero adaptada a las necesidades calóricas en función de la actividad física llevada a cabo. La ingesta de fibra debe ser incrementar en la dieta habitual (20-30 gr/día), debido a que el estreñimiento y el exceso de peso aumenta el riesgo de padecer incontinencia por la presión ejercida sobre los músculos del suelo pélvico.

De la misma manera se debe disminuir el consumo de sustancias excitantes, como la cafeína, la teína, el alcohol y el tabaco que actúan como irritantes vesicales aumentando la sensación de urgencia.

Un adecuado aporte de líquidos asegura en circunstancias normales un volumen diario de diuresis. Hemos de tener en cuenta que la ingesta de líquidos es aconsejable disminuirla en la tarde-noche para así evitar que irrumpa el tiempo de descanso. Al igual, ciertas hierbas medicinales que pueden tener un cierto efecto diurético; cola de caballo, alcachofa, ortiga blanca, etc.

2. Modificación del entorno:

Los accesos al servicio son importantes, han de disponer de una buena iluminación, si es posible lo más cercano posible y no obstaculizar los accesos con objetos. De la misma forma que es aconsejable que la persona lleve una ropa fácil de desabrochar o retirar, cambiar cremalleras, cordones y botones por velcros¹⁸. Además en aquellos casos en que la persona padezca dificultad en la movilidad se facilitaran recipientes para la eliminación tales como botellas y cuñas.

Sin olvidarnos, y por ello no menos importante, la valoración del tratamiento farmacológico. En el caso de que tome diuréticos, tratar de que la ingesta se realice en el transcurso de la mañana para que no interfiera en el descanso.

3. Apoyo psicológico:

La evaluación psicológica pretende que los pacientes que puedan verse afectados por alguna pérdida ocasional de orina, con una menor autoestima y autonomía en sus relaciones sociales, puedan mejorar su calidad de vida. Principalmente valorar de manera positiva todos los logros obtenidos al realizar las actividades de prevención de la Incontinencia Urinaria.

CAPÍTULO III: PREVENCIÓN 2º DETECCIÓN PRECOZ DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La **detección precoz** de la Incontinencia Urinaria y el empleo oportuno de **técnicas diagnósticas** pueden modificar positivamente la Calidad de Vida del anciano. La detección precoz y la investigación sistemática son elementos básicos para una correcta prevención².

Dado un aumento en la esperanza de vida en la población española, se prevé que la prevalencia de la Incontinencia Urinaria vaya en aumento. Por ello, es importante educar a la población adulta en las medidas de prevención de esta anomalía funcional¹⁹.

El abordaje de la detección precoz en la Incontinencia Urinaria principalmente consiste en preguntar al paciente si tiene escapes involuntarios de orina, si tiene algún tipo de problema en la vejiga y, en caso de ser positivo, si le afecta a su vida diaria. Una vez comprobada la presencia de Incontinencia Urinaria, es preciso identificar el tipo y los factores de riesgo para así implantar las medidas preventivas de estos. En el diagnóstico se identifica si hay causas reversibles o si se debe a causas orgánicas¹³.

Para valorar las necesidades de eliminación del anciano, deberemos tener en cuenta la frecuencia, las molestias y las alteraciones posibles en la diuresis. Hay evidencia suficiente para poder afirmar que la **evaluación básica** mediante el análisis de los síntomas, la exploración física y el diario miccional permite orientar hacia la Detección Precoz de Incontinencia Urinaria en un número considerable de ancianos¹³. Por eso es importante la realización del diario de incontinencia, con el fin de valorar el nivel y grado de incontinencia o para monitorizar su tratamiento.

Más del 70% de los incontinentes podrían corregir su problema y el resto mejorar clínicamente si se realizará precozmente la identificación del problema. Y en cuanto a las personas con factores de riesgo se realizaría la Educación Sanitaria adecuada a sus necesidades¹³.

CAPÍTULO III: Sección 1: ¿Como realizar la Detección Precoz en la IU?

La Detección Precoz ha de ser individualizada centrándose primeramente en su historia clínica, esta constituye el primer paso hacia el diagnóstico. Debe ser lo más detallada posible y orientada a la investigación de las posibles causas y consecuencias de la Incontinencia Urinaria.



Figura 4: Proceso en el Diagnostico de la Incontinencia Urinaria. Fuente: OMC³.

A continuación se desarrollan todas las medidas a tomar para la Detección Precoz en la Incontinencia Urinaria. A pesar de que todos los pasos no corresponden al campo de la enfermería, considero que es necesario su conocimiento.

1. ANAMNESIS GENERAL:

Todo diagnóstico empieza con una entrevista para elaborar la historia clínica del paciente. La anamnesis ha de contener los **antecedentes patológicos de interés** en los que ha de figurar la historia uroginecológica y obstétrica. En caso de las mujeres valorar si hay cirugía pélvica y número de partos. Y en los hombres si les han practicado cirugía con afectación urológica.

Se debe prestar especial atención a las enfermedades neurológicas como el accidente vascular cerebral, la Esclerosis Múltiple o el Parkinson entre otras enfermedades metabólicas con alteraciones hidroelectrolíticas o la diabetes Mellitus, y enfermedades osteoarticular que afectan a la marcha, tan frecuente en el ámbito gerontológico. Por último, tenemos que evaluar de forma detallada los fármacos que toma el paciente, puesto que en la mayoría de los casos existe una polimedicación y a veces con múltiples fármacos uroactivos.

Es importante tener en cuenta el **hábito** dietético y de eliminación, valorando el índice de masa corporal para así evaluar el grado de obesidad. Sin olvidarnos de los hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol. Además se ha de valorar la movilidad, el grado de destreza de la persona y el acceso al cuarto de baño.

Lo primero es averiguar cuándo empezaron las pérdidas de orina y en qué circunstancias, así como si el paciente relaciona el inicio de la alteración con algún acontecimiento importante en su salud como: intervención quirúrgica, accidente cerebro-vascular, inicio de un tratamiento farmacológico, etc.

A través de herramientas como el diario miccional o los cuestionarios IU-4 y el ICIQ-SF, siendo los más usados, podemos recoger datos valiosos para posteriormente **evaluar** si existe la presencia de Incontinencia Urinaria, el grado de afectación en su vida, etc. Todo ello nos proporciona mucha información sobre las características de la incontinencia.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA:

La exploración es una parte fundamental en los pacientes sujetos a estudio. A los profesionales sanitarios les aporta mucha información lo cual ayuda a elaborar un diagnóstico precoz.

Para valorar la sensibilidad perineal táctil y dolorosa genital, anal y glútea se emplea la exploración neuro-urológica básica²⁰. Pondremos al paciente recostado en la camilla para hacer una **exploración abdominal** a fin de descartar globo vesical, masas abdominales o pélvicas que pudieran comprimir vejiga.

La **exploración ginecológica** incluye la observación de celes y prolapsos puesto que son causa frecuente de Incontinencia Urinaria de esfuerzo. Y al tiempo para descartar la IU Esfuerzo, se pide a la paciente que tosa, de esta manera se puede observar si hay pérdida de orina, incluso en bipedestación³.

En hombres, es fundamental el tacto rectal, que nos ayuda a evaluar la presencia de una hiperplasia prostática que pudiera actuar a modo de obstáculo para la orina, si se confirmara debemos de tener en cuenta que puede sufrir una Incontinencia Urinaria por rebosamiento³.

El tacto rectal también nos da información acerca de presencia de fecaloma, del tono del esfínter y su control, así como la presencia del reflejo bulbo-cavernoso (su alteración podría indicar afectación del arco reflejo sacro S2-S4, que es fundamental para la correcta continencia)³.

3. ANALÍTICA:

Una analítica básica con función renal que contenga aclaramiento de creatinina, urea, ionograma y glucemia. Un sedimento de orina y un urocultivo si fuera necesario nos descartarán infección urinaria, que es una de las causas de Incontinencia Urinaria Aguda³.

4. DIARIO MICCIONAL:

Es importante conocer el patrón de micción de la persona, y para ello se recomienda el registro del mismo, reflejando la **duración, la frecuencia, el volumen** de la micción y la **cantidad** de líquido ingerido.

Se anotaran todas las «entradas» y «salidas» de líquidos, las veces que se orina o si hay escapes de orina con fecha y hora, y las circunstancias en las que se dan los episodios de incontinencia. Se recogerán los datos durante unos días lo cual nos dará información acerca de la posible fisiopatología de la Incontinencia Urinaria, la gravedad y la frecuencia de las pérdidas de orina. Se consigue un 35% de reducción de episodios y se logra mantener a los 6 meses³.

5. PRUEBAS DE IMAGEN:

Las pruebas de imagen se reservan al campo de los especialistas. La **ecografía** es una buena opción para descartar causas urológicas ya que permiten evaluar la morfología vesical y el residuo postmiccional de forma inocua. La **cistografía** (placa de contraste) permite ver alteraciones orgánicas como el tumor vesical. La **radiología pélvica** sirve para descartar patología raquídea congénita o adquirida, así como litiasis vesical. La **video-cistouretrografía** (combina medidas de la presión con imágenes radiológicas) permite la evaluación de pacientes con disfunciones del tracto urinario inferior complicadas, generalmente debidas a alteraciones neurológicas. La **urografía** valora la morfología y funcionamiento de las vías urinarias altas en pacientes con patología del tracto urinario, sobre todo si presentan hematuria²¹.

6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

También reservadas al campo de los especialistas. Los **estudios urodinámicos** evalúan la actividad funcional del tracto urinario inferior en la fase de llenado y vaciado vesical, a través de la medición de presiones, flujo y volumen de orina. Es capaz de diferenciar la Incontinencia Urinaria de esfuerzo de la IU de urgencia³.

La **urografía intravenosa** sirve para valorar la morfología y el correcto funcionamiento de las vías urinarias altas. La **resonancia magnética** indicada cuando hay discrepancias entre los hallazgos clínicos y los métodos diagnósticos habituales. La **flujometría urinaria** consiste en medir el volumen de orina expulsado en unidad de tiempo (ml/s) reproduciendo gráficamente una micción habitual del paciente²¹. La **cistometría** mide las presiones en el interior de la vejiga durante el llenado y vaciado. Es el estudio urodinámico completo y convencional³. El **perfil uretral** estudia la presión intrauretral de cierre, así como la longitud de la uretra. La **urodinámica simple ambulatoria** maniobra de esfuerzo que mide los escapes. Sirve para valorar la fuerza del chorro miccional²¹.

Con todos estos datos podemos obtenemos un diagnóstico más exacto de la Incontinencia Urinaria, su tipo y la causa que la produce, con lo que ya se puede plantear el tratamiento más adecuado.

CAPÍTULO III: Sección 2: Cuestionarios usados en la Detección Precoz de la IU.

Desde la **Atención Sanitaria** es fundamental que conozcamos los efectos que la Incontinencia Urinaria genera sobre la **Calidad de Vida**, ya que en muchas ocasiones conduce al aislamiento, a la pérdida de autoestima y a la ansiedad, por lo que no podemos evaluar simplemente la presencia o no de IU. Es importante que utilicemos instrumentos que nos midan la repercusión que tiene la Incontinencia Urinaria en los individuos²².

Existen cuestionarios que valoran aspectos específicos acerca de la Incontinencia Urinaria: **frecuencia, severidad** y otros **síntomas urinarios** (polaquiuria, disuria), y de qué forma repercute sobre la función **física** (movilidad), la esfera **psicológica** (conducta emocional, ansiedad, comunicación), las relaciones **sociales**, la **calidad de vida**, la **actividad sexual**, etc⁸.

1. KHG (King's Health Questionnaire):

Este cuestionario, evalúa el impacto de la Incontinencia Urinaria en la Calidad de Vida y analiza de forma objetiva la sintomatología urinaria. Evalúa 10 dominios relacionados con la Calidad de Vida y los síntomas urinarios (impacto de la Incontinencia Urinaria, limitaciones físicas, psicosociales, emociones, gravedad de los síntomas)²³.

2. ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire):

Es un cuestionario que identifica a los pacientes con Incontinencia Urinaria y cuantifica la interferencia con la vida habitual del paciente. Es válido para hombres y mujeres de cualquier edad, utilizándose habitualmente el formato corto, más útil en la práctica clínica (ICIQ-SF)⁸.

3. Test IU-4:

Sirve para valorar si tiene Incontinencia Urinaria teniendo en consideración los antecedentes personales y las patologías presentes, tales como la historia ginecológica, la patología neurológica, la cirugía pélvica previa, enfermedades que afectan al aparato genitourinario, la patología de la vejiga, la patología osteoarticular, la deprivación sensorial y la patología intestinal^{23,24}.

4. Test de Sandvick:

Es un test que sirve para valorar el grado de gravedad que afecta a la persona con Incontinencia Urinaria. Teniendo en cuenta la frecuencia y la cantidad de las pérdidas urinarias para evaluar su calidad de vida al inicio del tratamiento²³.

5. Test de IQOL (Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence):

Fue diseñado para medir el efecto de la Incontinencia Urinaria en los hombres y mujeres en ensayos clínicos. Consta de 22 apartados y se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social. El IQOL ha mostrado buenas propiedades psicométricas con altos niveles de validez y fiabilidad¹¹.

6. Cuestionario de valoración de Incontinencia Urinaria en HOMBRES:

Este cuestionario es capaz de identificar la **Incontinencia Urinaria de Urgencia** y por **obstrucción prostática**, en función de las respuestas positivas en un apartado u otro del test²⁵.

7. Cuestionario de valoración de Incontinencia Urinaria en MUJERES:

Este cuestionario es capaz de identificar la **Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y de Urgencia**, en función de las respuestas positivas en un apartado u otro del test²⁵.

CAPÍTULO III: Sección 3: Tipos de Intervenciones Conductuales.

A través del vaciamiento programado, el doble vaciamiento, el entrenamiento del suelo pélvico, los ejercicios Hipopresivos, los conos vaginales pesados, el biobeedback y la electroestimulación se pretende prevenir las secuelas funcionales de la Incontinencia Urinaria.

1. Micción Programada:

Consiste en reglar el vaciamiento de orina de forma temporizada, procurando incluirlos dentro de la rutina diaria de la persona. El entrenamiento del hábito miccional requiere trabajo activo por parte del cuidador para determinar el intervalo de tiempo en el que el paciente se mantiene seco (2-3 h) y facilitar la micción en función de ese tiempo²⁶.

El objetivo de esta intervención es **regular** la eliminación urinaria, y **estimular** al anciano para que nos informe sobre su estado de continencia y facilitar así la retroalimentación positiva cuando es continente. Esta técnica se suele emplear con personas con deterioro físico y cognitivo que responden a su nombre.

2. Micción Estimulada:

La micción estimulada consiste en preguntar a la persona a intervalos regulares si tiene ganas de ir al baño a orinar o si se encuentra seco. Si el paciente tiene ganas se la deberá acompañar al aseo y debemos darle un tiempo a solas para que orine.

Esta modalidad es la más utilizada en personas institucionalizadas, ya que a menudo su estado cognitivo sufre deterioro, la dependencia que puede generarse respecto del cuidador y la incapacidad para salvar la dificultad de movilidad del anciano²⁶.

3. Doble Vaciamiento:

Es una técnica que se emplea en incontinencias con volumen residual patológico (mayor de 100cc.). Consiste en mantener al paciente de pie unos minutos tras la micción si es varón, y sentada si es mujer, para después animar a que intente una nueva micción.

Consiste en **fraccionar** el vaciado vesical en dos fases con una diferencia de unos minutos. También puede sugerírsele al paciente que permanezca sentado en el retrete unos minutos más, ya que tienden a levantarse rápidamente y quizás no hayan terminado de realizar totalmente la micción²⁶.

4. Entrenamiento del Suelo Pélvico:

El entrenamiento es la base para prevenir y conservar la musculatura del suelo pélvico. Las mujeres mayores con Incontinencia Urinaria leve o moderada pueden mejorar significativamente su capacidad para retener la orina simplemente al aprender cómo controlar la resistencia ya presente del músculo del suelo pélvico¹³.

En mujeres mayores activas con incontinencias de esfuerzo o mixtas, se recomienda el seguimiento de sesiones estructuradas de entrenamiento para reforzar los músculos del suelo pélvico¹³.

Existe evidencia de que los ejercicios de Kegel diarios, continuadamente en 3 meses son muy efectivos para la Incontinencia Urinaria. Los datos disponibles más recientes indican que el fortalecimiento muscular del suelo pelviano **reduce** los episodios de Incontinencia Urinaria en **70- 80%**²⁷.

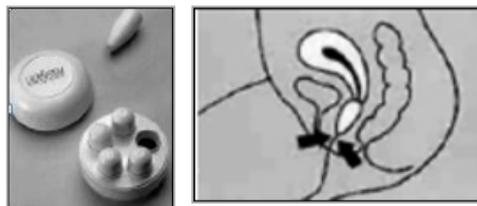
Las tasas de curación o mejoría en ensayos aleatorios varían entre 61 y 91%²⁸. Con estos datos, es éste el **método preventivo** de primera opción en personas con **Incontinencia Urinaria de esfuerzo leve y moderado**¹⁵.

5. Ejercicios Hipopresivos:

Los ejercicios Hipopresivos, ya comentados en el Capítulo II, Sección 1, Página 14, también son útiles en esta fase, ya que aunque de manera independiente no logran alcanzar niveles de activación del suelo pélvico, si se emplean conjuntamente con el resto de intervenciones conductuales la activación del suelo pélvico es muy eficaz¹⁷.

6. Conos Vaginales:

Son unos dispositivos en forma de cono con peso diferente y mismo tamaño, que se colocan en el interior de la vagina durante unos minutos al día, de pie o caminando y aumentando su peso de forma gradual. El objetivo es provocar la contracción de los músculos para fortalecer el tono muscular¹¹.



Figuras 5y6: conos vaginales y colocación en la vagina. ENFURO¹⁵

7. Biofeedback:

Esta técnica registra la actividad de los músculos pélvicos a través de electrodos de superficie y/o internos (vaginal o rectal). Se instruye al paciente en realizar **ejercicios de propiocepción perineal, contracción y relajación**, haciendo hincapié en la relajación, para finalmente realizar una integración de la relajación anal durante el pujo defecatorio (fisiológico). Al obtener esta señal nos permite hacer un análisis de recuperación y filtrado para determinar la respuesta. Tiene resultados positivos en más del 50% de los casos²⁹.

8. Electroestimulación:

El objetivo es **aumentar el tono muscular** mediante la estimulación eléctrica de los músculos pélvicos aplicando un electroestimulador con sondas vaginales o rectales que emiten corrientes bifásicas de baja frecuencia (20-35 Hz) de estimulación con potenciales de alta intensidad durante largos periodos de tiempo. La meta es conseguir una **contracción muscular** similar a la que se conseguiría en un programa de reeducación de los músculos del suelo pélvico³⁰.

CAPÍTULO IV: PREVENCIÓN 3ª EN LA INCONTINENCIA URINARIA

En las personas mayores, y de forma complementaria a otras actuaciones, se pueden ofrecer una serie de medidas dirigidas a obtener confort y bienestar, minimizando las repercusiones de este problema. Tales como las intervenciones conservadoras, las farmacológicas y las quirúrgicas.

Cabe destacar que ciertas intervenciones como la colocación de un pesario, los tratamientos farmacológicos o las intervenciones quirúrgicas no dependen directamente de los profesionales de enfermería pero es importante tener conocimiento sobre ello puesto que nosotros somos agentes de salud y nexos de unión a otros profesionales sanitarios.

CAPÍTULO IV: Sección 1: Tipos de Intervenciones Conservadoras

Lo que se pretende con estas intervenciones es mejorar la Calidad de Vida del anciano y evitar la incomodidad, los problemas físicos de la incontinencia, la disminución de la autoestima o el aislamiento¹³.

1. Modificación del entorno:

Se deben de evitar barreras físicas domésticas para acceder al cuarto de baño. Al igual que se deben de utilizar sustitutivos en el caso de las micciones espontaneas como orinales o cuñas y ayuda para acudir al servicio tantas veces como sea preciso o lo demande la persona¹⁸.

2. Apoyo psicológico:

Los sentimientos de culpa, vergüenza o negación, dificultan la búsqueda de ayuda, improvisando con medios poco adecuados y frustrantes. El mensaje para estas personas debe de ser tranquilizador y el manejo de la situación, natural.

3. Pesarios:

La utilización de los pesarios intravaginales tiene indicaciones concretas como son el tratamiento provisional mientras se espera la cirugía o bien, en pacientes con contraindicación quirúrgica. Existen diferentes modelos y tamaños. Los pesarios más utilizados tienen forma de anillo y proporcionan soporte a los órganos pélvicos al apoyarse en los huesos de la pelvis. Necesitan ser remplazados cada cierto tiempo¹¹.

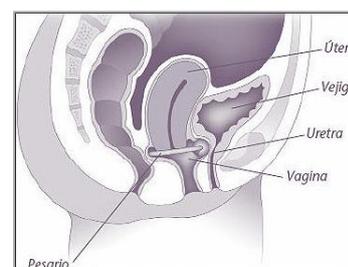


Figura7: colocación de pesarios en la vagina¹¹.

CAPÍTULO IV: Sección 2: Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico no constituye una opción de primera línea terapéutica. Pero existen tratamientos para la incontinencia que actúan aumentando el tono de la musculatura uretral y frenando la pérdida de orina¹⁸.

- **Fármacos Anticolinérgicos:** para controlar la vejiga hiperactiva de manera que no se contraiga durante el llenado y que la uretra se mantenga cerrada. Ej: oxibutinina, tolterodina, Enablex, Sanctura, Vesicare y Oxytrol.
- **Fármacos Antimuscarínicos:** son los únicos fármacos que han demostrado eficacia y seguridad. En el caso de los varones con síntomas mixtos, excluyendo los casos de obstrucción severa, bloquean las contracciones de la vejiga.
- **Fármacos Agonistas alfa-adrenérgicos:** fenil-propanolamina, pseudoefedrina y metoxamina: incrementan la fuerza del esfínter y mejoran los síntomas. Pero tienen efectos adversos sobre el corazón.
- **Fármacos Antidepresivos tricíclicos:** como la imipramina, funciona de manera muy similar a los medicamentos alfa-adrenérgicos y anticolinérgicos. Pero no hay evidencia científica suficiente que apoye su uso.
- **Fármacos Estrogénicos:** se puede usar para disminuir las contracciones del detrusor, mejorando los síntomas de polaquiuria, tenesmo vesical y ardor en mujeres posmenopáusicas. También puede mejorar el tono y el riego sanguíneo a los músculos del esfínter uretral. Algunos tratamientos hormonales administrados después de la menopausia se ha visto que son más dañinos que beneficiosos para la salud de la mujer.

CAPÍTULO IV: Sección 3: Tipos de Intervenciones Quirúrgicas

En función del mecanismo de producción de Incontinencia Urinaria y el problema anatómico, se efectuará una técnica específica:

1. Técnicas de cabestrillo:

En el déficit del esfínter uretral se emplean Cabestrillos suburetrales. Pueden subdividirse en cabestrillos clásicos y mallas: tipo banda vaginal libre de tensión. Anteriormente se han

utilizado tanto materiales autólogos (fascia lata, duramadre), como sintéticos (Mersilene, Gore-Tex)³¹.

El procedimiento consiste en un lazo que pasa por completo bajo la uretra o el cuello vesical y se ancla en la pared abdominal o de las estructuras pélvicas para estabilizar la uretra. En general, los materiales autólogos parecen estar asociados con una mayor tasa de éxito y con menor número de complicaciones³¹.

2. Inyecciones periuretrales:

Una gran variedad de instancias se han utilizado, incluyendo colágeno, politetrafluoroetileno, silicona, semillas de carbón, dextranómero y ácido hialurónico, e incluso tejidos autólogos como grasa, cada uno de ellos con diferentes propiedades biofísicas que afectan a la compatibilidad, tendencia a la migración, durabilidad y seguridad. La mayor parte de ellos se inyectan de forma retrógrada vía transuretral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido periuretral y alrededor del cuello vesical³².

3. Colposuspensiones:

Son indicadas en pacientes con Incontinencia Urinaria secundaria a hiperactividad uretral, se han considerado como el patrón de referencia en el tratamiento quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y laparoscópicos³³.

4. Esfínter urinario artificial:

Es un dispositivo utilizado para tratar la Incontinencia Urinaria severa, secundaria a una deficiencia intrínseca del esfínter urinario, principalmente en los hombres (rara vez en las mujeres). Está hecho con un elastómero de silicona y se llena con solución salina estéril normal. Está constituido por una abrazadera inflable establecida alrededor de la uretra. La bomba y el depósito regulador de presión se implantan en el escroto³.

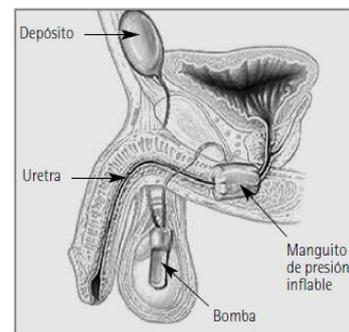


Figura 8: Esfínter urinario artificial³.

CONCLUSIONES:

Los resultados presentados de la Incontinencia Urinaria confirman que en más del doble existe la presencia de síntomas de Incontinencia Urinaria de Urgencia más que de IU Esfuerzo³³. Estos hechos demuestran el considerable deterioro en la **calidad de vida** relacionada con la salud de los ancianos.

La Incontinencia Urinaria puede causar múltiples consecuencias en el anciano. Una de las más temidas es la **dependencia de otras personas**. La prevención y la detección precoz implicarían una menor dependencia física y psicológica, menor demanda de recursos tanto materiales como humanos, y retrasaría el ingreso en instituciones Sociosanitarias. Para ello se debe actuar a lo largo de la vida sobre los factores de riesgo que causan Incontinencia Urinaria.

La presentación clínica de la Incontinencia Urinaria es a menudo inespecífica y difícil de reconocer, al confundirse frecuentemente con procesos asociados al envejecimiento: inestabilidad, caídas, etc. En ocasiones se desencadenan en cascada reacciones adversas medicamentosas iniciándose un círculo vicioso que puede conducir a la **polifarmacia**³⁴.

Las interacciones farmacológicas tienen una prevalencia del 28,5% (la mitad clínicamente relevantes), asociándose a un mayor riesgo de reacciones adversas medicamentosas, cuya prevalencia es del 41% en mayores de 75 años³⁵.

Cabe señalar que la Incontinencia Urinaria es un problema de salud con un fuerte **impacto psicológico y social**, y repercute en la calidad de vida de las personas. Esto implica que sean varias las especialidades sanitarias involucradas en el cuidado de los afectados, originando así un **coste económico** elevado para los servicios sanitarios. Por tanto, dada la prevalencia, coste e impacto en la calidad de vida de los ancianos supone uno de los problemas más importantes en la Salud Pública.

El porcentaje de Incontinencia grave o significativa oscila entre el 3% y el 17%. A pesar de esta elevada prevalencia global, sorprende el escaso número de consultas médicas que se generan por este motivo³⁶. La mayoría de los pacientes utiliza absorbentes como método de control de su incontinencia, hecho fomentado desde los medios de comunicación y la publicidad, con un elevado coste no sólo en términos económicos sino **ecológicos** (empleo masivo de celulosa)³⁷.

Los **medios de comunicación** emiten diariamente publicidad dirigida solamente al género femenino sin mencionar al hombre. Es habitual que el mensaje emitido sean **medidas paliativas** como los absorbentes en ningún caso medidas preventivas para mejorar la disfunción uretral que ocasiona el problema de la Incontinencia Urinaria.

La Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) Americana considera que la Incontinencia Urinaria es una de las siete causas médicas que requieren una mayor atención de los servicios sanitarios. Por su relevancia y repercusiones de índole médico, afectivo y social, la Incontinencia Urinaria debería ser abordada inicialmente desde las estructuras básicas de salud con una **gran implicación** del **equipo de profesionales sanitarios** (enfermería, fisioterapeuta, médico de familia, etc.), mediante una detección más activa³.

La prevención de la Incontinencia Urinaria en el ámbito Gerontológico debería estar incluida en la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** de toda la **Sanidad Española**. Esto implicaría una reducción considerable en el número de ancianos en riesgo de desarrollar la Incontinencia Urinaria y favorecería la Calidad de Vida en el ámbito Gerontológico.

A continuación, se muestra un esquema con él que se pretende reflejar un cambio de giro en las tuercas de la cadena. Sí nos anticipamos al **problema** de la **Incontinencia Urinaria** abordando los **factores de riesgo** mediante actuaciones e intervenciones sanitarias puede que las consecuencias se retrasen o en el mejor de los casos no aparezcan.

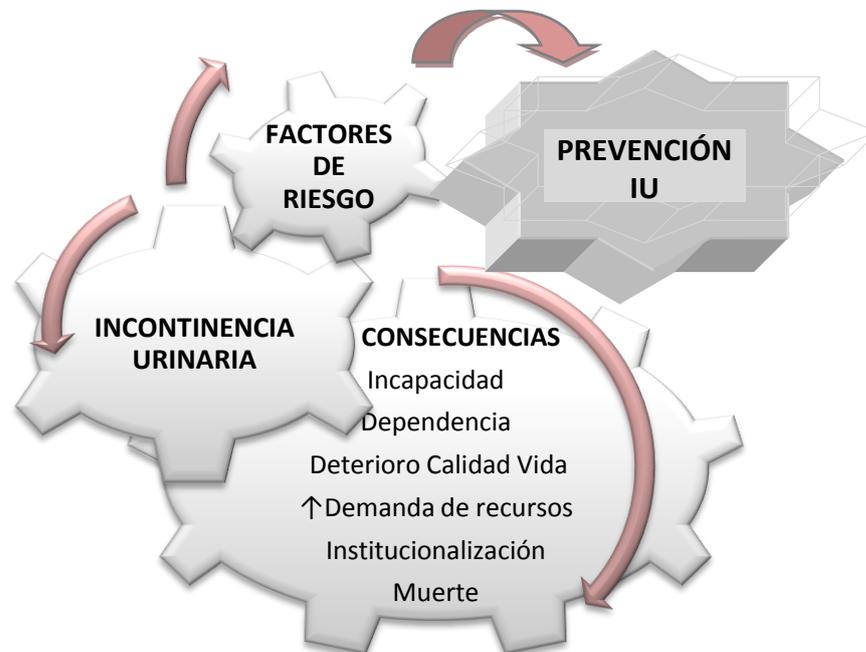


Figura 9: Interrelación entre los Factores de Riesgo- Prevención de la IU.

AGRADECIMIENTOS:

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que durante estos meses han contribuido a que este trabajo haya llegado a buen fin.

Es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justa y consecuente con la revisión y aportaciones de Eva Fernández Robredo (fisioterapeuta especializada en el suelo pélvico con su consulta en el Centro de Salud de Tanos).

Un agradecimiento muy especial a Cristina Castanedo Peiffer (profesora titular de la asignatura de enfermería del envejecimiento), ella ha sido la promotora de que eligiera este tema tan importante.

Finalmente, gracias a la Biblioteca de la Universidad de Cantabria por facilitar el acceso a las diferentes bases de datos, y a Silvia Recio Sarabia por la ayuda prestada en las fuentes bibliográficas.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) 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. *Urology* [revista en línea] 2003 [acceso 10 de enero 2014] 61(1): [37–49], 2003. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090429502022434>
- (2) Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández V, Sanchiz V, Benages A. Prevalence of silent fecal and urinary incontinence in women from the town of Teruel. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97(2):78-86.
- (3) Conejero OA, Gimeno AV, Such AT. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria: fisiología de la micción. [monografía en línea]. Madrid: International Marketing & Communication; 2007. ISBN: 978-84-690-5161-0 [acceso 10 enero 2014]; Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>
- (4) Organización de Consumidores y Usuarios [sede web]. Madrid: OCU; 2006 [acceso 10 marzo 2014]. La incontinencia urinaria: hay soluciones [6 pantallas]. Disponible en: <http://www.ocu.org/salud/nc/informe/incontinencia-urinaria-hay-soluciones-234911>
- (5) Martínez AE, Ruíz CJL, Gómez PL, Rebollo P, Pérez M, Chaves J. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados: resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp* [revista en línea] 2010 [acceso 10 marzo 2014]; 34(3):242–250. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062010000300005&script=sci_arttext
- (6) Equipo Vértice. Salud pública y comunitaria: niveles de prevención. España: Málaga: Vértice; 2010.
- (7) Robles J. E. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra* [revista en línea] 2006 [acceso 26 febrero 2014]; 29(2):219-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000300006>.
- (8) Méndez RS, Salinas CJ, Verdejo B C. Incontinencia en el anciano. *Salud e incontinencia*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: IMC; 2013.
- (9) Verdejo BC. Aging of the urogenital system. *Rev. Clin. Gerontol.* 2000; 10:315-324.
- (10) Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *EJOG* [revista en línea] 2012 [acceso 10 marzo 2014]; 160(1):110-115.
- (11) Observatorio Nacional de la Incontinencia [sede Web].ONI; 2013 [acceso 10 enero 2014]. Cuenllas A, Salinas J, Cancelo MJ, Verdejo C, Castaño R, López A, et al. Líneas de actuación para profesionales sanitarios ante el paciente con incontinencia urinaria [28 p]. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/002_pro/index.html

- (12) Rodríguez RL. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. GEROINFO [revista en línea] 2005 [acceso 26 enero 2014]; 1(1): 1-20. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia_urinaria_1.pdf
- (13) Litago GC, Martín LI, Luque SA, Alba RC, Baena DJM, Hoyos AC, et al. Prevención y promoción de la salud en enfermedades prevalentes en los ancianos. Aten Primaria [revista en línea] 2005 [acceso 26 febrero 2014]; 36(2):93-101. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2005/10-expertos-mayores.pdf>
- (14) Morilla HJC, Contreras FE, Morales AJM, Martín SF, Gómez VL, Izquierdo CJM, et al. Guía de atención enfermera a personas con incontinencia urinaria [monografía en línea]. Jaén: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; 2007 [acceso 29 enero 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0272.pdf>
- (15) García MA, Olmo CP, Carballo MN, Medina VM, González LI C. Reeducción del Suelo Pélvico. ENFURO [revista en línea] 2006 [acceso 29 enero 2014]; 100:27-29. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/servlet/,DanaInfo=dialnet.unirioja.es+articulo?codigo=2213547>
- (16) Neumann P, Grimmer K, Deenadayalan Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. BMC Women's Health [revista en línea] 2006 [acceso 29 enero 2014]; 6:11. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/6/11>
- (17) CAUFRIEZ, M. Abdominaux et périnée, mMythes et réalités. Palma de Mallorca: M.C. Editions, 2010.
- (18) European Association of Urology [sede Web]. Arnhem: EAU, 2010 [acceso 26 Enero 2014]. Schröder A, Abrams P, Andersson K E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria [64 p.]. Disponible en: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/11-%20GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20LA%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>
- (19) Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas [sede Web]. Valencia: IVIE, 2013 [acceso 4 febrero 2014]. Esperanza de vida en la población española: continúa el progresivo aumento de la esperanza de vida al nacer y de la edad media: nota de prensa [6 p.] Disponible en: http://www.ivie.es/downloads/2013/01/NP_tablas_mortalidad_ivie_220113
- (20) Asociación Española de Urología [sede Web]. Madrid: AEU, 2010. Franco CA, Peri CL, Alcaraz AA. Incontinencia urinaria [64 p.]. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf
- (21) Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria [sede Web]. Madrid: Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria, 2013 [acceso 4 marzo 2014]. Peláez RL. Cuidados enfermeros en problemas de incontinencia. Disponible en: <http://www.semap.org/docs/climaterio.pdf>
- (22) Symonds T. A review of condition-specific instruments to assess the impact of urinary incontinence on health-related quality of life. Eur Urol; 2003; 43(3):219-225.

(23) Salinas, Adot. Cuestionario de Incontinencia Urinaria valorando la calidad de vida [sede web]. Hospital Clínico de Madrid y Hospital General Yagüe de Burgos: Urodinamia; 2010 [acceso 4 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.urodinamia.com/sintomas-luts/cuestionarios/>

(24) Diz JMD. Incontinencia urinaria al realizar esfuerzos y urgencia miccional. Urol Int 2007; 78:202-207.

(25) Vila MA, Fernández MJ, Florensa E, Orejas V, Dalfó A, Romea S. Incontinencia urinaria: validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. FMC; Form Med Contin Aten Prim [revista en línea] 2005 [acceso 4 febrero 2014]; 12: 7-29. Disponible en: http://www.fmc.es/es/introduccion/articulo/13081395/#.U2IZavl_uek

(26) Hospital General Universitario Gregorio Marañón [sede Web]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009 [acceso 16 marzo 2014]. Cuidados al enfermo con incontinencia [9 p.]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145355&ssbinary=true>

(27) National Institute for Health and Clinical Excellence [sede Web]. London: NICE; 2013 [acceso 26 marzo 2014]. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women (CG171) [46 p.]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14271/65143/65143.pdf>

(28) Viktrup, L and Lose, G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. Int Urogynecol Pelvic Floor Dysfunct. 2000; 11: 336–340.

(29) Miguel VM, Roig VJV. Incontinencia Anal. En: Parrilla PP, Landa GJI. Cirugía en AEC. 2ª ed Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p.585-592.

(30) Bols EM, Berghmans BC, Hendriks EJ, Bie RA, Melenhorst J, Gemert WG, et al. A randomized physiotherapy trial in patients with fecal incontinence: design of the PhysioFIT-study. BMC Public Health [revista en línea] 2007 [acceso 26 marzo 2014]; 20(7):355-365. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/355?referer=www.clickfind.com.au>

(31) Pesce F. Current management of stress urinary incontinence. BJU Int. 2004; 94 (1): 8-13.

(32) Keegan PE, Atiemo K, Cody J, McClinton S, Pickard R. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2007;3. DOI: 10.1002/14651858.CD003881.pub2.

(33) Arano P, Rebollo P, González SA. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con incontinencia urinaria mixta. Actas Urol Esp [revista en línea] 2009 [acceso 26 marzo 2014]; 33(4):410-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000400011&script=sci_arttext

(34) Herreros H, López TJD, Hoyos AMC, Baena DJM, Gorroñoigoitia I, Martín L. Actividades Preventivas en los Mayores. Aten Primaria [revista en línea] 2012 [acceso 26 febrero 2014]; 44(1):57-64. Disponible en: http://www.papps.org/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_6.pdf

(35) Alonso GP, Sansó SF, Díaz CA, Carrasco GM, Oliva T. Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [revista en línea] 2007 [acceso 26 marzo 2014]; 33(1):1-17. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>

(36) Subak LL, Van Den Eeden SK, Thom DH, Creasman JM, Brown JS. Urinary incontinence in women: direct costs of routine care. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197(6):596.e1-596.e9.

(37) Haylen BT, Freeman RM, De Ridder D, Swift S, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA) – International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn. 2010; 21: 5–26. 2010; 29: 4–20.

ANEXOS:

Anexo 1. Tabla de los principales estudios epidemiológicos sobre la IU en España 2013.

Realizados a la población general y anciana⁸.

Referencia	Muestra	N	Prevalencia IU
Hunskaar S	Mujeres europeas > 18 años	17.080	35% global 23% España 41% Alemania 42% Reino Unido 44% Francia
Damián M	Población > 65 años no institucionalizada	589	15,5% global 16,1% mujeres 14,4% varones
Sánchez González	Población > 60 años	400	43,3% mujeres 23,9% varones
Gavira Iglesias FJ	Población > 65 años	827	36% global 42% mujeres 29% varones
Díos-Diz JM	Población > 64 años	350	35,14% gobal 38-51% mujeres 15-28% varones
Zunzunegui Pastor MV	Población > 65 años	1.150	30% mujeres 14% varones
Gavira Iglesias FJ	Población > 65 años	827	46%
Martínez Agulló E	Mujeres 25-64 años	3.090	7,25%
Grupo de Estudio Cooperativo EPICC	Hombres 50-64 años	1.071	1,59%
	Población > 65 años institucionalizados	996	44,58% (V: 30,11%; M: 50,21%)
	Eneuresis nocturna en niños de 6-11 años	1.279	7,82%
España Pons M	Población Cataluña > 15 años	15.926	7,95 (V: 3,6%; M 12,2%)
Prado B, Verdejo C	Población institucionalizada (Madrid)	754	54%

Anexo 2: Diario miccional. Observatorio nacional de la incontinencia-ONI 2013.

El **diario miccional** debe realizarse durante 24 horas seguidas, siendo éstas representativas de la actividad diaria del paciente en cuanto a líquidos y micciones se refiere (si no, podría repetirse tantas veces sea necesario)¹¹.

Debemos apuntar cada hora en la que se realiza una «entrada» o «salida» de líquido del cuerpo¹¹.

Respecto a líquidos ingeridos, especificar la cantidad aproximada y el tipo (cola, sopa, leche...). Es necesario fijarse en la cantidad de orina (con pérdida voluntaria o no) y recogerlo en el cuadro; será suficiente con un «poca», «normal» o «mucho»¹¹.

¿Hasta qué punto le afectan?

Para contesta, marque con una cruz **X** **Un poco 1** **Moderadamente 2** **Mucho 3**

- FRECUENCIA:** ir al baño muy a menudo
- NICTURIA:** levantarse durante la noche para orina
- INCONTINENCIA POR URGENCIA:** escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar
- INCONTINENCIA POR ESFUERZO:** escape de orina por actividad física, ej: toser, estornudar, correr.
- ENURESIS NOCTURNA:** mojar la cama durante la noche.
- INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL:** escape de orina durante el acto sexual (coito).
- INFECCIONES FRECUENTES EN LA VIAS URINARIAS:**
- DOLOR EN LA VEJIGA:**
- DIFICULTAD AL ORINAR:**
- OTRO PROBLEMA URINARIO:**
- Uso Interno:**
- URGENCIA:** un fuerte deseo de orinar difícil de controlar

Algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS:

No, en absoluto 0 **Un poco 1** **Moderadamente 2** **Mucho 3**

- ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domesticad (ej: limpiar, hacer la compra, etc.?)
- ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

No, en absoluto 0 **Un poco 1** **Moderadamente 2** **Mucho 3**

- ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.?)
- ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para viajar?
- ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?
- ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

RELACIONES PERSONALES

No procede 0 **No, en absoluto 1** **Un poco 2** **Moderadamente 3** **Mucho 4**

- ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?
- ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?
- ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

EMOCIONES:

No, en absoluto 0 **Un poco 1** **Moderadamente 2** **Mucho 3**

- ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimida?
- ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse angustiada o nerviosa?
- ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo misma?

SUEÑO/ENERGÍA			
Nunca 0	A veces 1	A menudo 2	Siempre 3
¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?			
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotada o cansada?			
¿Con qué frecuencia hace o siente alguna de estas cosas?			
¿Lleva compresas para mantenerse seca?			
¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquidos que bebe?			
¿Se cambia la ropa interior cuando está mojada?			
¿Está preocupada por si huele?			
¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios?			

Anexo 4: ICIQ (Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire) 2013.

Es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con Incontinencia Urinaria y el Impacto en la Calidad de Vida que causa la misma⁸.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas pensando en cómo se ha encontrado en las 4 últimas semanas. Fecha de hoy:

1. Señale su fecha de nacimiento: / /										
2. Usted es (señale cuál): Mujer Varón										
3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque solo una respuesta):										
Nunca.....0										
Una vez a la semana..... 1										
2-3 veces/semana..... 2										
Una vez al día..... 3										
Varias veces al día..... 4										
Continuamente..... 5										
4. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque solo una respuesta.										
No se me escapa nada..... 0										
Muy poca cantidad..... 2										
Una cantidad moderada..... 4										
Mucha cantidad..... 6										
5. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Mucho	
Puntuación ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3 + 4 + 5:.....										
6. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.										
<input type="checkbox"/> Nunca					<input type="checkbox"/> Antes de llegar al servicio					
<input type="checkbox"/> Al toser o estornudar					<input type="checkbox"/> Mientras duerme					
<input type="checkbox"/> Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio					<input type="checkbox"/> Cuando termina de orinar					
<input type="checkbox"/> Sin motivo evidente					<input type="checkbox"/> De forma continúa					

Anexo 5: Test IU-4

El cuestionario IU-4 es autoadministrado y es el/la paciente quien valora más su sintomatología y gravedad, sirve para valorar si tiene Incontinencia Urinaria. Este cuestionario será comparativo en el mismo paciente después de haber instaurado un tratamiento y medirá la evolución de la sintomatología^{23,24}.

¿Es usted incontinente?	SI	NO
1. ¿Se le escapa la orina cuando hace esfuerzo físico (toser, correr, reír o saltar) que le hace cambiar de ropa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se le ha presentado bruscamente las ganas de orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Por causa de los escapes de orina al presentársele bruscamente las ganas de orinar ¿ha necesitado algún tipo de protección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La primera pregunta identifica la IUE.

La segunda y tercera preguntas identifican la IU de urgencia.

Identificamos IU mixta si la respuesta es positiva a la pregunta 4 y ha sido positiva a la 1 y a la 2 o la 3.

En hombres las preguntas 2 y 3 pueden ser orientativas para sospechar inestabilidad del detrusor. Para el diagnóstico de IU secundaria a obstrucción prostática se pregunta acerca de síntomas obstructivos.

Anexo 6: Test de Sandvick 2010.

Grado de la Incontinencia Urinaria que padece²³.

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma²³:

1 – 2 = leve 3 - 6 = moderada 8 – 9 = grave 12 = muy grave

Para el cálculo en análisis estadístico, para control de resultados, se recomienda **añadir el valor cero cuando se han vuelto continentes**²³.

¿Cuál es la frecuencia con la que se le escapa la orina?	¿Qué cantidad cree que se le escapa?
4-Cada día o/y cada noche	3- Mucha cantidad
3-Una o varias veces a la semana	2- Cantidad moderada
2-Una o varias veces al mes	1- Poca cantidad
1-Menos de una vez al mes	

Anexo 7: Test de IQOL (Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence) 2013.

¿Cómo afecta la Incontinencia Urinaria a mi Calidad de Vida?¹¹.

Elija entre los valores del 1 al 5, siendo considerado el **1** la puntuación más **baja** y el **5** la más **alta**¹¹.

1. Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio
2. Me preocupa toser y estornudar
3. Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada
4. Me preocupa saber dónde están los servicios en un lugar nuevo
5. Me siento deprimida

6. No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo
7. Me siento frustrada porqué la Incontinencia me impide hacer lo que quiero
8. Me preocupa que los demás noten que huelo a orina
9. Tengo siempre presente la Incontinencia
10. Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio
11. Debido a mi Incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación
12. Me preocupa que mi Incontinencia empeore con los años
13. Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno
14. Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la Incontinencia
15. La Incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud
16. Mi Incontinencia me hace sentir desvalida
17. Disfruto menos de la vida debido a la Incontinencia
18. Me preocupa orinarme
19. Siento que no tengo control sobre mi vejiga
20. Tengo que tener cuidado con lo que bebo
21. La Incontinencia limita la variedad de mi vestuario
22. Me preocupan las relaciones sexuales

Comportamiento de evitación y limitación: ítems 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 y 20.

Repercusión psicosocial: ítems 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 y 22.

Sentimientos de vergüenza en la relación social: ítems 8, 12, 14, 18 y 19.

Anexo 8: Cuestionario De Valoración De Incontinencia Urinaria – Hombres 2005.

Población general de hombres. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con preguntas dicotómicas. Este cuestionario es capaz de identificar la incontinencia urinaria de urgencia y por obstrucción prostática. Los puntos de corte se detallan a continuación²⁵:

- La respuesta afirmativa de las 5 preguntas (a, b, c, d, e) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria de urgencia del 30,4%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 77%²⁵.

- La respuesta afirmativa de las 3 preguntas (f, g, h) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria por obstrucción prostática del 66.7%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 80%²⁵.

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

a. Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿nota ganas de orinar?	Si	No
b. Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?	Si	No
c. Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Si	No
d. Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Si	No
e. Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Si	No

PÚNTUACIÓN TOTAL

INCONTINENCIA URINARIA POR OBSTRUCCIÓN PROSTÁTICA

f. Cuando acaba de orinar ¿tiene la sensación que tendría que continuar y no puede?	Si	No
g. ¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina?	Si	No
h. ¿Va a menudo al servicio y orina poca cantidad?	Si	No

PÚNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 9: Cuestionario De Valoración De Incontinencia Urinaria – Mujeres 2005.

Población general de mujeres. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con preguntas dicotómicas. Este cuestionario es capaz de identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia. Los puntos de corte se detallan a continuación²⁵:

- La respuesta afirmativa de al menos 4 de las preguntas (a, b, c, d, e) tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia urinaria de esfuerzo del 77,2%²⁵.
- La respuesta afirmativa de al menos 3 de las preguntas (f, g, h, i) tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia urinaria de urgencia del 57,6%²⁵.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO		
a. ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?	Si	No
b. ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?	Si	No
c. ¿Cuando ríe se le escapa la orina?	Si	No
d. ¿Si estornuda se le escapa la orina?	Si	No
e. ¿Al toser se le escapa la orina?	Si	No
PÚNTUACIÓN TOTAL		
INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA		
f. Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿Entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina?	Si	No
g. Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Si	No
h. Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Si	No
i. Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Si	No
PÚNTUACIÓN TOTAL		