

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Escuela Universitaria de Enfermería

Junio 2012

# Monografía gerontológica. Valoración e intervención en los Síndromes Geriátricos y la Cronicidad Compleja: Incontinencia urinaria



TRABAJO FIN DE GRADO

Curso de Adaptación al Grado de Enfermería

Autor: Eladia Díez León

Directora: Esther Dasgoas López

Co-Directora: Cristina Castanedo Peiffer

### AGRADECIMIENTOS:

Quiero mostrar mi agradecimiento a los familiares de Julia, usuaria del Centro de Día, por permitirme poner su fotografía en la portada de esta Monografía.

Muchas gracias a mis tutoras/directoras, Esther Dasgoas y Cristina Castanedo, por su inestimable ayuda, sin la cual, no hubiera podido llevar a buen término este trabajo.

Gracias a Pro Maiorem, empresa en la que trabajo, por darme tantas facilidades para poder realizar el curso de adaptación al Grado, demostrándome, que, a pesar, de tener 57 años, siguen confiando en mí y ayudándome a crecer profesionalmente. Y es que, ninguna edad es el final del camino, sino, más bien, un impulso para lograr una nueva meta.

Gracias, también, a mi marido, Juan Antonio y a mi hijo, Juan, por su amor, paciencia y comprensión durante estos meses en los que tan poco tiempo he podido dedicarles.

Y por último, gracias a mi hijo Javier, por estar a mi lado ayudándome a levantarme cada mañana y seguir adelante. Te dedico cada día de mi vida y me satisface pensar que cuando llegue el momento y volvamos a vernos, mis manos estarán llenas de cosas hechas por y para ti.

### ÍNDICE:

• Resumen y palabras clave.....	3
• Introducción: Definición, justificación, objetivos y contenido del trabajo. ....	4
• Capítulo 1: Incontinencia Urinaria.....	7
➤ Subcapítulo 1.1 ¿Por qué se produce?.....	7
➤ Subcapítulo 1.2 Consecuencias .....	8
➤ Subcapítulo 1.3 Causas.....	9
➤ Subcapítulo 1.4 Tipos .....	9
• Capítulo 2: Valoración de los ancianos con Incontinencia Urinaria .....	12
• Capítulo 3: Cuidados de los ancianos con Incontinencia Urinaria .....	13
• Capítulo 4: Tratamiento clínico de la Incontinencia Urinaria .....	15
➤ Subcapítulo 4.1 Tratamiento no farmacológico .....	15
➤ Subcapítulo 4.2 Tratamiento clínico .....	16
• Capítulo 5: Análisis de situación de la Incontinencia Urinaria en un Centro de día .....	19
• Capítulo 6: Conclusiones de este Análisis.....	25
• Bibliografía.....	27
• Anexos .....	29

**RESUMEN:**

**INCONTINENCIA URINARIA:**

**Es uno de los grandes Síndromes Geriátricos, debido a su Prevalencia y al importante deterioro que produce sobre la calidad de vida del anciano.**

El envejecimiento va ligado a una serie de cambios fisiológicos, deterioro neurológico y del sistema nervioso central. Esta población se ve especialmente afectada por la incontinencia urinaria, llevándoles a limitaciones importantes e incluso al aislamiento social y familiar. Para combatir este problema se pueden administrar fármacos, aplicar cirugía o medios paliativos. Las medidas higiénico dietéticas y las técnicas de modificación de la conducta que se pueden aplicar desde el ámbito de la enfermería puede lograr o incluso revertir los escapes de orina, y así hacer posible que los ancianos consigan continuar con sus actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida.

Desde este trabajo se analizan los tipos de Incontinencia Urinaria, basándose en su clasificación según las causas y las consecuencias. En su etiología, intervienen factores físicos, cognitivos, funcionales y psicosociales. Es necesario valorar e interpretar todos estos factores, para poder determinar el tratamiento y los cuidados adecuados a tener en cuenta. Se analiza la situación de la problemática de la incontinencia urinaria en un Centro de Día y propongo un protocolo de abordaje de la incontinencia urinaria y un registro de valoración e intervención.

**PALABRAS CLAVE:**

- ✓ **Incontinencia Urinaria, Anciano, Enfermería y Terapéutica**

**SUMMARY:**

**URINARY INCONTINENCE:**

**It's one of the major geriatric syndromes, because of its prevalence and the significant deterioration that occurs in the quality of life of the elderly.**

Aging is linked to a number of physiological changes and neurological and central nervous system impairment. This population is particularly affected by urinary incontinence, leading them to important limitations and even social and family isolation. To combat this problem, patients may be given drugs, surgery or palliative care. The lifestyle and dietary modification techniques that can be applied from the field of nursing can reduce or even reverse the leakage of urine, thus enabling the elderly to continue to go about their daily activities and improving their quality of life.

From this job I analyses the types of urinary incontinence, based on their classification according to their causes and consequences. It's etiology, involves physical, cognitive, functional and psychosocial factors. It is necessary to evaluate and interpret all these factors, to determine the treatment and care appropriate to consider. It also analyses the problem of urinary incontinence in a day centre and proposes a protocol to approach urinary incontinence as well as solution for assessment and intervention.

**KEY WORDS:**

- ✓ **Urinary Incontinence, Aged, Nursing and Therapeutics**

## INTRODUCCIÓN:

La **Incontinencia Urinaria** es un problema de **incidencia y prevalencia** creciente según avanza la edad del individuo y que la mayor parte de las veces, por razones fundamentales de **carácter social**, se mantiene **oculto** o solamente se pone en **evidencia** y se intenta solucionar en sus fases más avanzadas. Es común que el paciente afectado piense que es **transitoria** y por ello tarde en acudir a la consulta sin saber cuál es el motivo que le genera el **síntoma**.

La Incontinencia urinaria puede ser debida a diversas causas que, ya sea por si solas, o bien de forma asociada, son capaces de provocar un **fallo anatómico** o **funcional** en el tracto urinario inferior y contribuir de alguna manera a aumentar la **incapacidad** y **dependencia** de las personas que padecen este problema. Puede manifestarse a cualquier edad, pero las causas tienden a ser distintas dependiendo de ésta. Su incidencia global aumenta progresivamente con la **edad**.

En los ancianos, **ambos sexos** pueden sufrir Incontinencia Urinaria por igual, aunque con **predominio** de las mujeres al principio de la vejez; pero a partir de los 80 años, debido a las **alteraciones prostáticas** en el caso del varón, las cifras tienden a **equipararse**. La mitad de las mujeres la presentan en algún momento de su vida, lo cual conlleva un **problema** de extraordinaria **frecuencia y trascendencia social**; en cambio en los hombres depende de una enfermedad de origen **neurológico o una complicación posquirúrgica**.

Es indudable que el **envejecimiento** condiciona una serie de cambios, tanto en el **sistema nervioso** (central, autónomo, simpático y parasimpático) y en su **inervación** como también en el tracto urinario inferior (vejiga, uretra) y **aparato genital** (próstata, vagina), los cuales podrán interferir en la normal realización del acto miccional, aunque no por ello se debe aceptar que el **envejecimiento fisiológico** suponga la pérdida de la continencia urinaria.

Todo anciano que sufra escapes de orina en grado suficiente para constituir un problema debe ser **valorado** para decidir la actuación más adecuada en cada caso.

La Incontinencia Urinaria puede llegar a hacer **insostenible** la vida de quienes la padecen. El síndrome de **vejiga hiperactiva**, como también se la conoce, conlleva una serie de problemas laborales y sexuales y provoca aislamiento social. Si la persona no consulta al médico y deja pasar el tiempo, los trastornos en la vejiga urinaria podrían causar otros problemas, como:

- ❖ Erupciones, infecciones cutáneas y úlceras
- ❖ Infecciones en las vías urinarias
- ❖ Trastornos del sueño
- ❖ Reducción de la actividad social y sexual
- ❖ Pérdida de la autoestima
- ❖ Depresión

La Incontinencia Urinaria **deteriora** de forma significativa la calidad de vida de la persona que la padece y de su familia. Por ello es fundamental la **detección precoz** de este problema, que tiene un gran impacto **psicológico y social**.

## Definición:

Pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente, producida en un momento y lugar no adecuados que constituye un **grave problema psicológico, social e higiénico** para la persona que lo sufre. Es altamente **prevalente** en población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en varones.

### **Justificación:**

Desde mi punto de vista, como **enfermera de un Centro de Día**, puedo comprobar a diario la existencia de **Incontinencia Urinaria** en un importante número de **usuarios** y como este problema interfiere de manera muy significativa en el **área sanitaria y psicosocial** de dichos usuarios. Por lo general, son personas con gran **dependencia física y psíquica**.

Se habla mucho y existe **mucha literatura** sobre la Incontinencia Urinaria en **personas jóvenes**, algo que resulta comprensible, por el grave problema que supone a todos los niveles, **psicológico, social, sexual**, etc... pero, también es cierto, que el abordaje del problema de la Incontinencia Urinaria en el **anciano** es pobre y me gustaría **poder aportar** algo que mejore este gran problema en personas **dependientes**. Problema, que como el propio título del trabajo indica, es un **Síndrome Geriátrico de Cronicidad Compleja**.

Los ejercicios de suelo pélvico o de **Kegel**, que son de gran importancia para **corregir** la Incontinencia Urinaria, no los pueden realizar las personas dependientes con **deterioro cognitivo**, ya que no son capaces de entender las órdenes de **contracción y relajación** de músculos para fortalecerlos y aumentar la **resistencia uretral**.

Los **ancianos** con Incontinencia Urinaria, necesitan muchos **cuidados** por parte del **personal sociosanitario**, para poder evitar **complicaciones mayores**. Los **profesionales** debemos implicarnos **plenamente** para realizar correctamente los cuidados **necesarios**, como; entrenamiento del **hábito miccional, vaciamiento programado, doble vaciamiento, micción estimulada** y por supuesto, **cuidado e higiene de la piel**.

Trataremos de **paliar**, en lo posible, las **complicaciones** que puedan surgir en **ancianos con Incontinencia Urinaria**.

Evitando que:

- ❖ **Sufren** episodios de Incontinencia Urinaria, si podemos conseguir siguiendo unas **pautas adecuadas** que realicen la micción en el retrete.
- ❖ Las **infecciones** urinarias debidas a la humedad constante que pueden padecer.
- ❖ **Lesiones por humedad**, a causa de la humedad e irritación de la zona del pañal.
- ❖ **Caídas** al resbalarse con la orina que pueda haber en el suelo.
- ❖ Sentimiento de **culpa** por haberse orinado sobre la ropa

Pienso que si podemos conseguir que estos objetivos se cumplan, habremos **logrado**, no sólo, **mejorar** el **estado físico** de estas personas **dependientes**, sino que también aumente su **satisfacción personal**.

### **Objetivos:**

- Identificar factores de riesgo que conduzcan o promuevan la Incontinencia Urinaria en el anciano
- Valorar de manera integral a las personas mayores para prevenir y/o intervenir sobre la Incontinencia Urinaria.

### **Contenido del trabajo:**

El Capítulo 1. **Incontinencia Urinaria**. Se divide en 4 subcapítulos:

- 1.1 ¿Por qué se produce la Incontinencia Urinaria?, donde se describen las **transformaciones fisiológicas**, los cambios que conlleva el **envejecimiento**, las **alteraciones anatómicas y funcionales** de la vejiga, las **modificaciones** del aparato locomotor, la **dependencia**, la falta de **hidratación** y los **fármacos** que producen **alteraciones** de las funciones urinarias.

- 1.2 Consecuencias, destacando los **problemas** médicos y la **morbilidad psicológica**.
- 1.3 Causas, distinguiendo causas de incontinencia urinaria **aguda** y causas de incontinencia **crónica**, además de la **edad**.
- 1.4 Tipos, detallando cada uno de ellos; IU de **esfuerzo o estrés**, IU de **urgencia**, IU por **rebosamiento**, IU **funcional** e IU **total**.

El capítulo 2. Valoración de los ancianos con Incontinencia Urinaria.

Se valorará la **capacidad cognitiva**, utilizando el **Test de Minimental** y la escala de demencia de **Blessed**.

También es necesario valorar la **capacidad de movilidad** del anciano, aquí utilizamos el Test de **Tinetti**; así como la **independencia**, mediante el Índice de Barthel, y **capacidad de autocuidado**.

El capítulo 3. Cuidados de los ancianos con Incontinencia Urinaria.

Son muchos y muy importantes los **cuidados** que necesitan los **ancianos** con Incontinencia Urinaria.

Se nombran y describen cada uno de ellos; entrenamiento del **hábito miccional**, **vaciamiento programado**, **doble vaciamiento**, **micción estimulada** y **cuidados** e higiene de la piel.

El capítulo 4. Tratamiento clínico de la Incontinencia Urinaria. Contiene dos subcapítulos:

- 4.1 Tratamiento no farmacológico, se detallan una serie de **medidas** que se deben llevar a cabo para **evitar** la incontinencia urinaria, modificaciones del **entorno**, modificaciones de la **conducta**, medidas **higiénico dietéticas**, evitar el **sobrepeso**, el **tabaco**, los esfuerzos intensos y los alimentos que irriten la vejiga. Realizar los ejercicios **de Kegel**.
- 4.2 Tratamiento clínico, dentro de este tratamiento se encuentran, el tratamiento **farmacológico**, donde se analizan los diferentes fármacos empleados en la incontinencia urinaria y sus **efectos secundarios**, valorando, hasta que punto, se puede considerar que sea una posible solución.

El tratamiento quirúrgico, diferenciando la **cirugía** en el hombre y en la mujer, los distintos tipos de cirugía que se pueden utilizar en cada caso. También se describen las diferentes técnicas empleadas tanto para hombres como para mujeres. Así como las **complicaciones** que pueden surgir de tipo **leve-moderado** o **grave**.

También se tiene en cuenta cuando se suelen usar los **pesarios** y los **sondajes vesicales**.

El capítulo 5. Análisis de situación de la Incontinencia Urinaria en un Centro de Día.

Relacionando las distintas valoraciones de los Test de Minimental, Escala de demencia de Blessed, Índice de Barthel y Test de Tinetti hechos a los usuarios, con la incontinencia urinaria que padecen. También analizaremos las técnicas de autocuidado.

El Capítulo 6. Conclusiones del análisis del capítulo anterior.

Valorando la recopilación de datos que se ha realizado en el capítulo 5 y sacando las conclusiones generales oportunas.

## Capítulo 1: Incontinencia Urinaria

### ➤ 1.1 ¿Por qué se produce la Incontinencia Urinaria?

- Porque la **uretra** pierde su capacidad de cierre durante el llenado de la vejiga, siendo incompetente para evitar el escape de la orina.
- Porque la **vejiga** se contrae y vacía sin poderlo evitar, la persona pierde el control voluntario sobre su vejiga, resultándole imposible mantenerla relajada hasta encontrar el momento y lugar adecuados.
- Por un **mal funcionamiento combinado** de la vejiga y la uretra.

El envejecimiento conlleva cambios en el aparato urinario e intestinal, así como disfunciones en el vaciamiento, considerados los problemas gerontológicos más comunes. Estos problemas no afectan a todas las personas por igual, es la **combinación** de las **transformaciones fisiológicas** unidas al envejecimiento **con otros factores** lo que resulta determinante.

En las **transformaciones del aparato genitourinario**, tenemos alteraciones anatómicas y funcionales de la vejiga, como:

- la disminución del número de nervios autónomos,
- la aparición de divertículos,
- la disminución de su capacidad,
- el aumento del número de contracciones involuntarias,
- el aumento del residuo posmiccional;
- las alteraciones anatómicas y funcionales de la uretra,
- la disminución de la presión de cierre;
- el crecimiento prostático,
- los cambios propios de la vagina durante el proceso de envejecimiento
- debilidad muscular del suelo pélvico.

Por otra parte, el **aparato locomotor** experimenta modificaciones importantes; cambios musculoesqueléticos que reducen la movilidad de las personas mayores pudiendo afectar de una forma importante a su función de eliminación urinaria.

Los ancianos han perdido gran parte de su reserva fisiológica, por lo que son más vulnerables. Su fragilidad hace que **dependan de una persona**, si falta esta persona, su continencia puede deteriorarse.

La falta de **hidratación** de las personas mayores es otra causa de la aparición de problemas urinarios. Así, una cantidad insuficiente de líquido disminuye la producción de orina en la vejiga, reduciendo la estimulación nerviosa sensitiva a nivel de la misma; como consecuencia la persona se vuelve incontinente.

También, el elevado número de **fármacos** que toman los ancianos predispone a las alteraciones de las funciones urinarias. Algunos fármacos afectan más a la inervación autónoma de la vejiga, de la salida de la vejiga y de la uretra. Por ejemplo, los anticolinérgicos pueden causar retención urinaria presentándose una incontinencia por rebosamiento; los sedantes y los hipnóticos disminuyen la sensación de necesidad de orinar, mientras que los diuréticos aumentan la frecuencia y el volumen de la orina.

MEDICAMENTO	EFEKTOS IMPLICADOS
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional
Anticolinérgicos	Retención urinaria, delirio
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica
Analgésicos narcóticos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio, sedación
Antipsicóticos	Rigidez, inmovilidad, sedación, acción anticolinérgicas
Hipnóticos	Delirio, inmovilidad, sedación
Alfa adrenérgicos	Retención urinaria
IECA	Tos asociada que puede precipitar IU de esfuerzo
Alcohol	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional, delirio, sedación, inmovilidad
Calcioantagonistas	Retención urinaria

Medicamentos relacionados con la Incontinencia Urinaria y sus posibles efectos. (Rodríguez Rivera, 2005)

➤ 1.2 Consecuencias de la Incontinencia Urinaria

Los **problemas médicos** asociados a la Incontinencia Urinaria incluyen:

- candidiasis,
- celulitis y lesiones por humedad, por la constante humedad e irritación de la piel;
- infecciones y sepsis urinarias en relación con el empleo de catéteres y la retención urinaria;
- caídas y fracturas al resbalarse con la orina;
- el insomnio debido a la nicturia en el cuidado nocturno en instituciones.

La Incontinencia Urinaria también genera **morbilidad psicológica**. En muchos de los casos, ocasiona sentimientos que indican estrés mental y baja autoestima, como vergüenza, preocupación, angustia, apuro, miedo a oler mal, desesperanza, sentirse poco o nada atractivo y ansiedad ante el problema.

La Incontinencia Urinaria **deteriora** de forma significativa la calidad de vida de la persona que la padece y de su familia y provoca en los **cuidadores** una importante **carga física, siendo, además,** uno de los factores asociados a la persistencia de la **depresión del cuidador principal**. Por ello es fundamental la detección **precoz** de este problema, que tiene un **gran impacto** psicológico y social.

<b>ESFERA FÍSICA</b>	<b>Úlceras por presión, Eritemas perianales, Infecciones recurrentes de las vías urinarias, Caídas (especialmente con la incontinencia nocturna)</b>
<b>ESFERA PSÍQUICA</b>	<b>Depresión, Aislamiento, Dependencia</b>
<b>ESFERA SOCIAL</b>	<b>Estrés en familia, amigos y cuidadores Predisposición a la institucionalización</b>
<b>ESFERA ECONÓMICA</b>	<b>Aumento de los costos económicos (lavandería, manejo de las complicaciones, labor de enfermeras y cuidadores)</b>

Repercusiones de la Incontinencia Urinaria. (Rodríguez Rivera, 2005)

➤ 1.3 Causas de la Incontinencia Urinaria en el anciano

Se distingue la etiología de la Incontinencia dependiendo de si es aguda (repentina y temporal) o crónica (continua y prolongada).

Las causas de la **incontinencia urinaria aguda** son:

- Reposo en cama, por ejemplo, durante la recuperación de una cirugía
- Ciertos medicamentos (como diuréticos, antidepresivos, tranquilizantes, antihistamínicos, bloqueantes de los canales del calcio, agonistas y antagonistas  $\alpha$ -adrenérgicos).
- Incremento de la cantidad de orina, como sucede con la diabetes mal controlada.
- Confusión mental
- Infección e inflamación de próstata.
- Retención fecal, debido al estreñimiento severo que ejerce presión sobre la vejiga.
- Aumento de peso

Las causas de la **incontinencia urinaria crónica** son:

- Enfermedad de Alzheimer
- Cáncer de vejiga
- Espasmos en la vejiga
- Depresión
- Agrandamiento de la próstata en los hombres
- Anomalías neurológicas, como esclerosis múltiple o accidente cerebrovascular
- Daño nervioso o muscular después de una radiación pélvica
- Prolapso pélvico en las mujeres: caída o deslizamiento de la vejiga, uretra o recto hacia el espacio vaginal, comúnmente asociada con el hecho de haber tenido embarazos y partos múltiples.
- Problemas con la estructura de las vías urinarias
- Lesiones de la columna
- Debilidad del esfínter, los músculos circulares de la vejiga que se encargan de abrirla y cerrarla. Esto puede suceder después de una cirugía de próstata en los hombres o vaginal en las mujeres.

**La edad** es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria tanto en hombres como en mujeres, pero nunca la causa. Ciertos cambios asociados a la edad pueden ser predisponentes de la incontinencia urinaria. Sin embargo muchos ancianos permanecen continentes a pesar de ellos, por lo que no causan necesariamente problemas de micción y la Incontinencia Urinaria no puede considerarse parte del envejecimiento normal.

➤ 1.4 Tipos de Incontinencia Urinaria:

- IU de esfuerzo o estrés:

Consiste en la pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina coincidiendo con un aumento de la **presión de la cavidad intraabdominal**, por un esfuerzo o ejercicio (por ejemplo, tos, risa, estornudar, llevar objetos pesados, bajar escaleras, correr, cambiar de postura, etc...). Las pérdidas se producen porque al aumentar la presión intraabdominal y, por tanto, la intravesical, ésta supera a la intrauretral de cierre en **ausencia de contracciones del detrusor**. La paciente no puede interrumpir el flujo de orina y con frecuencia se queja de ponerse en tensión o tener que cruzar las piernas cuando tose o se ríe. Surge durante el día y disminuye o

desaparece por la noche. Causa con un volumen residual posmiccional bajo y pueden contribuir la obesidad y la tos crónica.

Es la causa más común de incontinencia urinaria en mujeres hasta la quinta década de la vida, a partir de entonces disminuye su frecuencia, y en las mujeres de edad avanzada es la segunda causa. En hombres puede aparecer tras una prostatectomía transuretral o radical.

La causa más frecuente es la **laxitud del suelo pélvico**, cuyo resultado es una **hipermotilidad uretral**, que hace que la uretra proximal y el cuello de la vejiga se hernien a través del diafragma urogenital cuando la presión abdominal aumenta y se produzca una inadecuada transmisión de la presión abdominal a la vejiga y uretra. Una causa menos común es la **incompetencia del esfínter uretral**, por la que es tan débil que falla por completo a la hora de cerrar la uretra y simplemente la presión originada por la vejiga llena supera la resistencia a la salida. Suele ser consecuencia de **traumatismos o cicatrices** ocasionadas por partos o intervenciones quirúrgicas, pero puede ser secundaria a una **atrofia grave** de la mucosa uretral tras la menopausia.

- IU de urgencia:

Se define como la pérdida involuntaria de orina, inmediatamente después o simultáneamente, con una sensación urgente de vaciar la vejiga que es difícil postergar (**urgencia miccional**).

Es el tipo más frecuente en las personas ancianas, sobre todo en hombres.

El paciente es incapaz de retrasar la micción tras percibir la necesidad de orinar y no le da tiempo a llegar al retrete. Son **precipitantes frecuentes** comunicados por los enfermos el dejar correr el agua, lavarse las manos, salir con tiempo frío o la simple visualización de la puerta cerrada cuando vuelven a casa. Las pérdidas suelen ser de mayor intensidad que en la incontinencia urinaria de esfuerzo (de moderada a gran cantidad) y sucede tanto durante el día como por la noche. Con frecuencia se acompañan de **aumento de la frecuencia miccional y nicturia**. Por lo general se conserva la capacidad de micción voluntaria.

Se produce por una **hipersensibilidad del detrusor** de la vejiga, contrayéndose de forma involuntaria y sin que el paciente lo pueda controlar durante la fase de llenado, antes de que la vejiga esté completamente llena. Estas contracciones involuntarias superan la resistencia normal del esfínter uretral y desencadenan la Incontinencia Urinaria.

Básicamente puede producirse por **lesiones neurológicas supraespinales o espinales** que causan una interrupción de las vías inhibitorias del sistema nervioso central (por ejemplo, en ictus, demencia, parkinsonismo, hidrocefalia, estenosis cervical, etc...), en cuyo caso se habla de **hiperreflexia del detrusor**, o por una irritación (por ejemplo, litiasis, divertículos, carcinoma vesical, cistitis inflamatoria) o pobre distensibilidad vesical (por ejemplo, cistitis posradioterapia o intersticial, cistitis crónica tras cateterización prolongada, por lesión simpática tras histerectomía radical), hablando entonces de **vejiga inestable, detrusor inestable o inestabilidad del detrusor**.

Muchos casos en el anciano frágil se deben a la combinación de hiperactividad del detrusor y deterioro de la función contráctil, entidad denominada hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractibilidad. Estos pacientes son más proclives a desarrollar retención urinaria cuando se administran relajantes vesicales o anticolinérgicos.

Una proporción elevada de ancianos tienen una **Incontinencia Urinaria mixta** (urgencia y esfuerzo).

▪ IU por rebosamiento:

Se define como cualquier pérdida involuntaria de orina asociada con una **vejiga sobredistendida**. Ocurre cuando la vejiga no se vacía adecuadamente, bien por una **obstrucción mecánica** a la salida de la orina o de origen funcional por una **disinergia vesicoesfinteriana** (descoordinación miccional de la vejiga con el esfínter externo) o bien por una pobre contracción vesical. La vejiga se distiende hasta que la presión intravesical supera la resistencia a la salida, orinando por **rebosamiento**. Una retención urinaria que persiste puede ocasionar hidronefrosis y fracaso renal, de ahí la importancia del diagnóstico exacto.

Clínicamente, las micciones incontinentes son frecuentes, casi constantes, y de pequeña cantidad, durante el día y la noche. El calibre del flujo suele ser reducido, con escasa fuerza y entrecortado, existe gran dificultad para iniciar la micción de forma voluntaria y es frecuente el **goteo posmiccional**. También lo es la presencia de ansiedad, molestias abdominales bajas y **tenesmo vesical** (sensación de vaciado incompleto). Son habituales los episodios de retención urinaria, en los que suele palpase (no siempre) un **globo vesical**. Si el problema es debido a una lesión neurológica puede estar alterada la sensación de llenado vesical.

La Incontinencia Urinaria por rebosamiento de origen **obstructivo** es la segunda causa de incontinencia urinaria en el hombre, y sus causas más frecuentes son la hiperplasia prostática benigna, el carcinoma de próstata y la estenosis uretral. En mujeres puede causarla un gran cistocele que prolapsa y pliega la uretra durante la micción o aparecer tras una cirugía correctiva de incontinencia urinaria.

La **hipoactividad del detrusor** suficiente como para causar Incontinencia Urinaria por Rebosamiento y retención sucede en el 5-10% de los ancianos. Se conoce como vejiga o **detrusor acontráctil**. Entre sus causas cabe destacar los fármacos anticolinérgicos, la obstrucción crónica a la salida de la orina, las neuropatías periféricas (ej, diabetes mellitus, déficit de vitamina B12, alcoholismo) y las mielopatías (ej, hernia discal, tumores, tabes dorsal).

▪ IU funcional

Es la pérdida involuntaria de orina ocasionada por la **incapacidad** para ir o utilizar el retrete. La continencia no sólo depende de la **integridad del Tracto Urinario Inferior** y la **inervación neurológica** que coordina el proceso, la cognición, movilidad, destreza manual, los factores ambientales y la ausencia de problemas médicos o iatrogénicos son factores que influyen en igual medida. Una proporción importante de ancianos incontinentes lo son por **exacerbación de estos factores**, manteniendo el tracto urinario inferior normal. Esta Incontinencia Urinaria se denomina **Incontinencia Urinaria Funcional**. Puede aparecer con cualquier enfermedad que cause **deterioro cognitivo** (demencia, delirium...), **inmovilismo** (ICTUS, fracturas...), o afecte a la destreza para quitarse la ropa (artritis reumatoide). Las **barreras arquitectónicas** son importantes factores desencadenantes o predisponentes.

La Incontinencia Urinaria Funcional es la causa más frecuente de Incontinencia Urinaria en ancianos con incapacidad y en los hospitalizados. En pacientes en los que predominan los **factores funcionales**, pueden coexistir otro tipo de alteraciones, como **hiperactividad del detrusor**. Tras un ICTUS, la mayoría de las veces la Incontinencia Urinaria se clasifica correctamente como funcional, pudiendo ser transitoria y desaparecer tras mejorar la movilidad. Si, pese a ello, persiste tras tres o doce meses, los pacientes habitualmente tienen hiperactividad del detrusor además del **componente funcional**.

▪ IU total

Se caracteriza por la **falta completa del control** sobre la micción, bien sea por pérdida o bien por expulsión periódica no controlada del contenido de la vejiga.

Las causas más comunes son las **lesiones nerviosas** (lesión periférica o de la médula espinal) y las **demencias graves**; en este caso, aunque al principio la incontinencia puede ser nocturna, suele hacerse constante a medida que se agrava el **deterioro cognitivo**.

## Capítulo 2: Valoración de los ancianos con Incontinencia Urinaria

Debido a que la etiología de la incontinencia en el anciano puede ser **multifactorial**, será necesario efectuar una **valoración multidimensional** debiendo recurrir en ocasiones a la realización de técnicas complejas para conocer el mecanismo productor de la misma. Por ello, se recomienda **individualizar** el modelo de valoración diagnóstica del anciano incontinente, dependiendo de las características de cada paciente (clínicas, funcionales, expectativas de vida, etc), así como de la repercusión que la incontinencia provoca en cada caso.

### ▪ Valoración de la capacidad cognitiva

Apreciando durante la entrevista si existen **rasgos de deterioro cognitivo** o no, el cual pudiera influir sobre la pérdida de la continencia. La persona puede no encontrar el retrete o ser **incapaz de recordar** que significa la sensación de vejiga llena. La presencia de inquietud antes del episodio de Incontinencia Urinaria puede indicar que no sabe cómo **responder** ante dicha sensación. Además, puede **olvidar** como desvestirse o qué posición debe adoptar para orinar. La valoración cognitiva también permite saber hasta qué punto el sujeto podrá **colaborar** en un plan de cuidados dirigido a mejorar el **control urinario**. La capacidad cognitiva se puede valorar entre otros con:

- ✓ El Test de **Minimental** (Anexo I), que nos proporciona el grado de deterioro cognitivo del paciente.
- ✓ La escala de demencia de **Blessed** (Anexo II), que nos aportará su capacidad funcional, analizando los cambios en la ejecución de las actividades diarias, cambios en los hábitos y cambios en el comportamiento.

### ▪ Valoración de la movilidad

Es especialmente importante la valoración del ambiente en sujetos con **problemas funcionales** y de **movilidad**, para lo cual es suficiente ver como **deambula** mientras entra en la consulta y la **habilidad** que tiene para levantarse de una silla, recorrer una distancia de tres metros y volver a sentarse. Algunos de los factores que **predisponen** a la Incontinencia Urinaria en centros son el bajo número de personal, la mala iluminación, la mala visibilidad o accesibilidad a los cuartos de baño y la presencia de barreras arquitectónicas.

Para valorar la movilidad de los usuarios, utilizamos el Test de **Tinetti** (Anexo III).

### ▪ Valoración de la independencia y la capacidad de autocuidado

El **envejecimiento poblacional** es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los **logros más importantes de la humanidad**, se transforma en un **problema**, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan. La problemática del mayor tiene matices distintos que hay que saber apreciar. Medir la salud en el paciente anciano resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter **biológico, psicológico y social**, es por eso que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su **funcionabilidad**. Hace ya tiempo quienes se ocupan de los crecientes problemas de los **ancianos** y **enfermos crónicos** han advertido la necesidad de disponer de mejores métodos para medir la **capacidad funcional** de esas personas. Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas mayores son un grupo heterogéneo, que incluye personas con buen estado de salud, hasta personas enfermas, pero con **autonomía funcional**, los

instrumentos que evalúan funcionabilidad se ven limitados a detectar las personas que realmente tienen algún grado de **dependencia** (que pueden y que no pueden hacer), pero no miden como hacen lo que hacen, o lo que es lo mismo; **la capacidad y percepción de autocuidado**.

Este problema se resuelve, obteniendo información sobre la capacidad y percepción de autocuidado en el anciano, con vistas a definir **estrategias** de intervención mediante acciones de **prevención y promoción** que modifiquen el estado de salud de las personas, ya que a través del **proceso educativo** las personas pueden incorporar a su vida diaria conductas para la salud física, social, mental y espiritual que favorecerán su **calidad de vida**.

El anciano necesita ayuda o **cuidado total** o asistencia cuando sus **facultades mentales y físicas**, que están declinando, limitan la selección o realización de acciones de autocuidado. La persona enferma o inválida necesita cuidado total o supervisión, que depende de su estado de salud y de sus **necesidades** inmediatas o futuras de autocuidado. El autocuidado es la contribución constante de un adulto a su propia **vida, salud y bienestar continuo**. El cuidado de otros es la **contribución** del adulto a la salud y bienestar de **miembros dependientes** del grupo social del adulto.

Tenemos en cuenta el Índice de **Barthel** (Anexo IV) para evaluar las actividades básicas de la vida diaria. Siguiendo unos criterios de puntuación, según el anciano sea más o menos dependiente para la comida, lavado, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al wc, realizar las transferencias, su deambulación y si es capaz de subir o bajar escaleras.

Para valorar la capacidad de autocuidado recogeremos información sobre las capacidades, conocimientos y motivación del mayor.

### Capítulo 3: Cuidados de los ancianos con Incontinencia Urinaria

- Entrenamiento del hábito miccional

Consiste en establecer un **esquema predecible** de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la **capacidad cognoscitiva** limitada.

Se utiliza en personas con **deterioro físico o cognitivo**, su objetivo no es modificar la función vesical, sino mantener al **paciente seco**. Para ello se programan intervalos de tiempo para la **micción** en el retrete o un sustituto (el típico es de 2 horas), que se irá modificando según la respuesta. Se **estimula** al paciente a que retrase la micción hasta la hora que corresponde, si no puede posponer la micción se aconsejará un **intervalo más corto**. El éxito depende de la **disponibilidad y motivación** de los cuidadores más que del estado **funcional o mental** del paciente. El tiempo empleado, al igual que ocurre con la micción programada, no excede al invertido en el cambio de ropa e higiene del paciente.

- Vaciamiento programado

Es una técnica similar a la anterior, pero el esquema de **vaciamiento vesical es fijo**, utilizándose también las técnicas de **refuerzo positivo**.

Muy utilizada en pacientes con deterioro **físico** y/o **cognitivo**. Requiere de cuidadores **disponibles** y **motivados**. Consiste en programar micciones a **intervalos fijos** arbitrarios, usualmente cada 2 ó 3 horas durante el día y 4 horas por la noche. Se pueden asociar **técnicas estimuladoras** de la micción o **facilitadoras** del vaciado completo. El intervalo permanece **invariable** independientemente de que se moje o sea continente.

- Doble vaciamiento

Consiste, como su nombre indica, en hacer un **doble vaciado** u orinar dos veces, con una **diferencia** de unos minutos, cada vez que se acude al baño.

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 micción.

- Micción estimulada

Se pregunta al paciente a **intervalos regulares** (p ej., cada hora) si quiere orinar, y si la respuesta es afirmativa se le ayuda. El intervalo puede variar según las **necesidades** del sujeto y la **disponibilidad** de la persona cuidadora. Tiene tres componentes clave: **control regular, estimulación** al paciente a que informe sobre su estado de continencia; **atención inmediata** ante el deseo de orinar; y facilitar o adoptar otras formas de **retroalimentación** (feedback) positiva cuando es continente. Se utiliza en personas con deterioro físico y cognitivo. La mayoría de las personas que responden saben su nombre, realizan **transferencias** con un máximo de una persona, orinan menos de cuatro veces durante las 12 horas del día y acuden **correctamente** al retrete en más del 75% de las ocasiones en un ensayo inicial de tres días.

- Ejercicios de suelo pélvico o de Kegel

Indicados en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en **mujeres**, ocasionalmente en hombres a quienes se ha practicado una **prostatectomía**, y en la Incontinencia Urinaria de Urgencia y la Incontinencia Urinaria mixta, pues **estimulan** y dan **confianza** al paciente de ser capaz de realizar el **reentrenamiento vesical** y evitar las pérdidas con los episodios de urgencia. Parece que el incremento de la **presión intrauretral** inhibe el reflejo de micción.

Consiste en una técnica aprendida de **contracciones y relajaciones** simultáneas de los músculos **perivaginales, periuretrales y perianales** con el objetivo de **fortalecerlos** y aumentar la **resistencia** uretral. Se estima que a las seis semanas de ejercicio regular se produce una **hipertrofia** que se mantendrá a largo plazo si se continúa con el **entrenamiento**. Requiere, por parte de la paciente, una **motivación** y un buen estado **cognitivo y físico**. Durante la primera fase se le enseña a **contraer** repetidamente los músculos vaginales o anales alrededor de los dedos del examinador, y a contraer los músculos periuretrales **interrumpiendo** el flujo de orina; esto crea en la paciente una **sensación** de que los músculos están siendo utilizados. Todo ello debe realizarse **sin contracción abdominal**, cuyos efectos son contrarios a los esperados. Una vez aprendida la técnica, debería practicarse a lo largo del día.

Requieren un **entrenamiento** y **control cuidadoso** por parte de **profesionales entrenados** y, lo que es fundamental, una **ejecución diligente** por parte de la paciente.

- Cuidados de la piel, higiene, cambios de absorbentes.

La piel de la persona que lleva pañales está **expuesta a agresiones** enormes. El **contacto** de la piel con la orina y las heces, así como la **humedad**, los lavados frecuentes, a veces con **productos inadecuados**, y el entorno húmedo y cálido que se produce por llevar pañales suelen causar **problemas dérmicos**. Hay que **proteger** la piel y **conservar** la capa natural de ácidos y grasas protectora de la misma. Si se daña la piel, será difícil eliminar estos problemas, por eso, hay que dedicar la máxima atención posible a todas las **medidas profilácticas**.

Se **extremarán** las medidas de **higiene y cuidado** personal de la piel, lavándola correctamente de forma **regular** con agua y jabón neutro, empleando pequeñas cantidades, ya, que el uso periódico de jabón en exceso puede **secar o deshidratar** la piel. A continuación hay que secar la piel de forma esmerada, **especialmente** las zonas de **pliegues** y la **zona genital** para evitar que la piel se

macere y se produzcan **irritaciones**. Posteriormente se aplicarán **cremas hidratantes** mediante masajes suaves. La movilización correcta del paciente encamado será **determinante** para evitar la lesión. Deberá recogerse de forma rutinaria la **ficha de incontinencia**, que ayudará a establecer los **cuidados pertinentes**, tanto en el paciente encamado en casa como en el institucionalizado.

La calidad de los pañales ha ido mejorando con el tiempo, hasta el punto en que no se encontró **evidencia** de que la disminución de la frecuencia del cambio de pañal durante la noche, en mujeres de un centro geriátrico, **empeorara** el estado de la piel. Si bien entre las personas a las que se les hizo el cambio cada 8 horas, 5 **presentaron una lesión** de segundo grado, frente al grupo al que se realizaron los cambios cada 4 horas, que no presentaron **ninguna lesión en la piel**. Por eso es necesario **valorar el estado de la piel** de nuestros pacientes, para saber a que ancianos se les puede dejar toda la noche sin hacer un cambio de pañal, permitiéndoles un mejor descanso nocturno y a quienes es necesario cambiarles el absorbente con más frecuencia.

#### Capítulo 4: Tratamiento de la Incontinencia Urinaria

El manejo inicial debe incluir modificaciones en el estilo de vida y **tratamiento específico** para el tipo de incontinencia. La diferenciación entre incontinencia urinaria de **esfuerzo, de urgencias, por rebosamiento o mixta**, es esencial para elegir el tratamiento adecuado.

Los pacientes institucionalizados se benefician más durante su tratamiento de contar con **equipos multidisciplinares** que se encargan de su atención. Existe evidencia de que las simples **medidas de enfermería** (higiene, dieta, ingesta de líquidos, cuidado de evacuaciones, ejercicios de retención vesical y del suelo pélvico) son **efectivas** para mejorar la incontinencia urinaria en la mayoría de los pacientes.

##### ➤ 4.1 Tratamiento no farmacológico:

- Modificaciones del entorno; es conveniente facilitar **el acceso** al cuarto de baño, evitando las **barreras físicas** domésticas y disponiendo de sustitutos como orinales, cuñas sanitarias o de algún dispositivo de adaptación. Es importante una **adecuada iluminación, accesibilidad** absoluta al aseo, **adaptaciones** de los retretes y en las bañeras para facilitar el aseo. Esto es especialmente importante en pacientes con incontinencia urinaria, fundamentalmente si tienen **limitada** su movilidad, como es el caso de los **ancianos**.
- Modificaciones de la conducta; Las medidas encaminadas a **modificar el comportamiento miccional** han demostrado ser útiles en muchos pacientes. Hacer un diario de **registro de micción** (registrando la cantidad de veces que orina durante el día y la noche y la frecuencia de las fugas de orina) y de ingesta de líquidos con modulación de la ingesta al final del día. Evacuaciones programadas con intervalos progresivamente mayores hasta conseguir una situación óptima. Micciones inducidas a **intervalos fijos**, independientemente de la sensación de llenado, facilitando las condiciones necesarias para la micción (acompañar al baño, estimular a que se tome parte activa en la micción, etc.).
- Medidas higiénico-dietéticas; se extremarán las medidas de **higiene y cuidado** personal de la piel, tal y como ha sido desarrollado en el capítulo anterior.

En pacientes con **sobrepeso** se recomienda la disminución del mismo. En la actualidad se considera una medida preventiva eficaz evitar la **sobrecarga** del suelo pelviano manteniendo un peso adecuado.

Es necesario **evitar** ejercicios o esfuerzos intensos porque al realizarlos existe un **aumento** de la presión y, por lo tanto, un mayor riesgo de desarrollar incontinencia urinaria y **prolapso genital**.

Tener un **ritmo miccional** adecuado, orinar a intervalos no superiores a las tres horas. Cuando la orina se retiene mucho se favorece la presencia de **infecciones urinarias**.

Existe una asociación demostrada entre el **hábito tabáquico** y la incontinencia urinaria, debido al aumento de la **presión abdominal** del fumador crónico; por ello es recomendable que se deje de fumar, mediante esta medida también se **reducirá** la tos y la irritación de la vejiga.

Una **ingesta hídrica** abundante, sobre todo en las horas previas al descanso nocturno, se relaciona con un mayor número de episodios de incontinencia urinaria. **Limitar** esta ingesta a partir de la merienda (excepto en personas que ingieren líquidos en cantidades normales) y **reducir** el consumo de sustancias excitantes como el alcohol, el café o el té tiene un efecto beneficioso sobre el número de escapes.

Hay que **evitar** alimentos que irriten la vejiga, como comidas condimentadas y los cítricos y **disminuir** el estreñimiento con una dieta rica en fibra. También es conveniente recomendar la utilización de una **ropa cómoda**, fácil de manipular y preferentemente de algodón para facilitar la **transpiración corporal**.

Ante una cistitis debe cumplirse el tratamiento que prescriba el médico. **Mantener** los niveles óptimos de azúcar en la sangre y, si es diabético, cumplir con las **revisiones periódicas**.

Los pacientes sin **deterioro cognitivo**, deberán hacer **ejercicio moderado** con regularidad, **ejercitar** la musculatura abdominal y **fortalecer** la musculatura pelviana, al menos cinco veces al día. Realizados **individualmente** por el propio paciente o con **inducción asistida**, estos ejercicios son útiles para **inhibir** el inicio de la actividad del detrusor y por significar para él un **estímulo**, una exigencia una **actitud activa y positiva** ante su incontinencia. También deberán aprender a hacer los ejercicios de **Kegel**.

En cuanto a los **absorbentes**, tanto el paciente como el **cuidador** deben saber que no todos son iguales, existen diferentes diseños adaptados al contorno de las personas; elásticos con cinturón, elásticos tradicionales, anatómicos, desechables, son totalmente transpirables y de rápida absorción.

Es importante que las personas con incontinencia urinaria consulten al médico para un **examen físico** completo que ponga énfasis en los sistemas urinario y nervioso, órganos reproductores y muestras de orina.

#### ➤ 4.2 Tratamiento Clínico:

- **Fármacos:** no desempeñan un papel fundamental en el tratamiento de la Incontinencia urinaria de Esfuerzo. En la Incontinencia Urinaria de Urgencia o mixta pueden recomendarse **inhibidores** de las contracciones vesicales si la terapia conductual no ha tenido éxito. La elección del fármaco depende de su **eficacia**, **efectos secundarios**, presencia de **comorbilidad** y **coste**. La ausencia de respuesta a una sustancia no presupone que no se responda a otra. El uso combinado de varios fármacos a dosis bajas puede ser útil si los efectos secundarios ocasionados por un único fármaco son intolerables.

Existen varios fármacos estudiados para el tratamiento de la incontinencia urinaria, con la capacidad de **modificar** la sintomatología, **fortalecer** los músculos que controlan el flujo de la orina, relajar la vejiga o **recuperar** la fortaleza de los tejidos debilitados por la **decadencia hormonal**. Su efecto es regular y el hecho de producir **efectos adversos** determina que no sean muy útiles en la práctica diaria. Tienden a funcionar mejor en pacientes con incontinencia urinaria **leve o moderada**.

Una terapia con fármacos debe ser **supervisada y adaptada** a las necesidades de cada individuo.

Entre los fármacos más comunes se encuentran; fármacos con acción **anticolinérgica**, atropina, oxibutamina de liberación controlada, oxibutamina endovesical y endorectal, tolterodina, cloruro de trospio, hipocloruro de falvoxato y bromuro de propantelia. Fármacos **bloqueadores** de los conductos del calcio. Fármacos **abridores** de los canales del potasio. Fármacos **inhibidores** de las prostaglandinas. Fármacos **antidepresivos**. Fármacos **agonistas  $\beta$ -adrenérgicos**. Fármacos **vaniloides**. La **estrogénica** mejora los síntomas de polaquiuria, tenesmo vesical y ardor en mujeres posmenopáusicas. También puede mejorar el tono y el riego sanguíneo de los músculos del esfínter uretral. Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o uterino, por lo general, no deben usar la terapia estrogénica como tratamiento para la incontinencia urinaria.

- Cirugía: La cirugía presenta una opción válida para el tratamiento en las fases **avanzadas**. Existen numerosos **procedimientos** para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia. A continuación se distingue entre el tratamiento quirúrgico en el hombre y en la mujer.

**En el hombre;** Cirugía reconstructiva, en los hombres con uretra no funcionando se puede emplear la pared vesical anterior para construir una neouretra.

La continencia se puede lograr con la **compresión** de la uretra tubular empleando la técnica de Kaufman, que consiste en el cruzamiento de los **pilares cavernosos**. Para realizar la compresión de la uretra bulbar se puede utilizar una prótesis de silicona. Dicha prótesis no se debe emplear en pacientes sometidos a radioterapia.

Si la **inestabilidad** es la causa, o el factor principal, de la incontinencia urinaria y la sintomatología no mejora tras un manejo conservador higiénico o farmacológico, se puede optar por la cirugía de la **inestabilidad vesical**. Entre los procedimientos empleados se encuentran, la **distensión vesical** y la **denervación central o periférica**.

Un **esfínter urinario artificial** es un dispositivo quirúrgico utilizado para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo en los hombres.

**En la mujer;** Debido a la alta prevalencia de la incontinencia urinaria entre las mujeres y a su importante **trascendencia higiénica y social**, se han desarrollado gran número de intervenciones quirúrgicas que intentan resolver el problema de la manera más sencilla y menos traumática.

Según las vías de abordaje se distinguen procedimientos **transvaginales, retropúbicos y combinados**.

La colpografía anterior, plegamiento de Kelly.

La suspensión vesicouretral suprapúbica, intervención de Marshall-Marchetti-Krantz.

La suspensión uretrovesical al ligamento ileopectíneo, técnica de Burch.

La colpo-uretro-cevicopexia según la técnica retropúbica simplificada de Ramirez.

El procedimiento de sling (cabestrillo vaginal) para la incontinencia de esfuerzo en las mujeres, se basa en la colocación de un **cabestrillo** hecho de material sintético, de manera que sostenga la uretra.

Esfínteres artificiales.

**Técnicas empleadas tanto para hombres como para mujeres;** inyección de teflón, se emplea en hombres con incontinencia posprostatectomía, en mujeres con vejigas neurógenas, insuficiencia esfinteriana y en uretras reconstruidas. Las inyecciones de **colágeno** hacen que el área alrededor de la uretra sea más gruesa, lo cual ayuda a controlar la fuga o filtración de a orina.

Con la inyección de colágeno, al igual que con la inyección de **teflón**, se busca **restaurar** la continencia aumentando la **presión de oclusión uretral**. Se emplea en personas con incontinencia cuando han fallado otras formas de cirugía, cuando los pacientes no son buenos candidatos a otra cirugía o a la implantación de un esfínter o cuando el paciente rechaza el esfínter.

Inyección parauretral de grasa autóloga, este procedimiento se basa en **un injerto graso** que dará lugar a la compresión de la uretra, lo que contribuirá a la continencia urinaria.

Las posibles complicaciones de la cirugía suelen ser de carácter **leve-moderado o grave**.

Complicaciones de carácter leve-moderado:

- ❖ Erosión de materiales colocados quirúrgicamente, como un cabestrillo o un esfínter artificial.
- ❖ Fístulas o abscesos.
- ❖ Irritación de la vulva.
- ❖ Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).
- ❖ Ruptura de la piel y úlceras de decúbito en los pacientes encamados o en silla de ruedas.
- ❖ Olores desagradables.
- ❖ Infecciones urinarias.

Complicaciones graves:

- ❖ Prolapso del órgano pélvico.
  - ❖ Infección.
  - ❖ Hemorragia.
  - ❖ Retención de orina.
- La terapia de **estimulación eléctrica** emplea corriente eléctrica de bajo voltaje para **estimular** y **contraer** los músculos del suelo pélvico. La corriente se transmite usando una sonda anal o vaginal. Las sesiones duran unos veinte minutos y se pueden realizar de uno a cuatro días. Es una técnica sencilla y cómoda, ya que no necesita ingreso hospitalario.
  - **Pesarios:** Son útiles en mujeres con IUE y laxitud del suelo pélvico (uterino, cistocele, rectocele) cuando otras modalidades de tratamiento médico han fallado o se desea evitar la intervención quirúrgica. El tipo de pesario depende del grado de **prolapso** y de la disponibilidad para realizar una adecuada **limpieza y cuidado posterior**. No se dispone de instrumentos que indiquen la medida correcta. Se ajusta por error y tanteo, habitualmente son necesarios algunos intentos para conseguir el adecuado, si bien en manos experimentadas aumenta la probabilidad de acierto en el tamaño y la ubicación.
  - **Sondajes vesicales:** Son el **último recurso** en el cuidado de la incontinencia urinaria. Se asocia a una elevada **morbilidad** en relación con **infecciones** urinarias y renales, litiasis vesical y renal, hematuria, e irritación y dolor local.

El sondaje vesical está indicado fundamentalmente en aquellos casos de Incontinencia Urinaria de **tipo obstructivo** y de manera **temporal**, mientras se soluciona el problema de manera quirúrgica. El empleo a largo plazo o **permanente** debe limitarse a personas con **Incontinencia Urinaria por Rebosamiento no corregible** con tratamiento médico o quirúrgico, **Incontinencia Urinaria intratable** con otras medidas en la que el propio paciente prefiere la cateterización o a sujetos con gran **deterioro** en los que se considera la mejor elección para conseguir su bienestar y alivio tras haber valorado otras alternativas. Suelen usarse sondas de Foley de látex o silicona.

### Capítulo 5: Análisis de situación de la Incontinencia Urinaria en un Centro de día.

Tomando como referencia un Centro de Día, situado en un entorno urbano, en nuestra capital de provincia, con un funcionamiento autónomo no integrado en un Centro de 24 horas, con un máximo de 30 plazas.

En dicho Centro se utiliza el Test de Minimental para valorar el deterioro cognitivo y el Barthel para la valoración de las actividades de la vida diaria. En el año 2011, se decidió añadir a la valoración de los usuarios, el Test de Tinetti y la Escala de demencia de Blessed, por considerar que con estos registros se obtenían datos relevantes y así conseguir que dichas valoraciones fueran mucho más completas.

Análisis de los cinco últimos años: Durante los cinco últimos años, 26 usuarios han padecido incontinencia urinaria, con una media de edad de 81,8 años. De estos 26 usuarios, 20 de ellos son mujeres y 6 son hombres.

Teniendo en cuenta el Test de Minimental, con una puntuación máxima de 35 puntos y un punto de corte en 24 puntos para deterioro leve y 21 para deterioro grave en mayores de 65 años, obtenemos:

- ❖ Cuatro usuarios (16%) sin deterioro cognitivo
- ❖ Dos usuarios (8%) con un deterioro cognitivo leve
- ❖ Con un deterioro grave hay 18 usuarios (72%)

De los 26 usuarios, dos de ellos (8%) han mantenido su puntuación y sin deterioro cognitivo en las valoraciones que se les han ido realizando a lo largo del tiempo (valoración semestral).

Otros 20 usuarios (77%), han ido descendiendo la puntuación del Test de Minimental a lo largo de las diversas valoraciones realizadas.

Y a los cuatro usuarios (16%) restantes, sólo se les ha hecho una valoración.

Observando el Índice de Barthel:

- ❖ Con una puntuación de más de 60, hay 10 usuarios (40%)
- ❖ Con puntuación entre 40-55, están 7 usuarios (28%)
- ❖ Otros 7 usuarios (28%) obtienen una puntuación entre 20-35
- ❖ Y con menos de 20, hay 2 usuarios (8%)

Teniendo en cuenta que la máxima puntuación que se puede obtener en el Índice de Barthel es de 100; usando como puntuación de corte más de 60, entre 40-55, entre 20-35 y menos de 20, podemos darnos cuenta de que usuarios y hasta qué punto, son capaces de realizar las actividades de la vida diaria.

De los 26 usuarios, han mantenido constante su puntuación en el Índice de Barthel 5 usuarios (19%). A cuatro de ellos (15%) se les realizó una sola valoración y el resto (65%) fue disminuyendo la puntuación a lo largo de las distintas valoraciones realizadas.

A continuación se pueden ver los gráficos de Barthel y Minimental de los 5 últimos años:

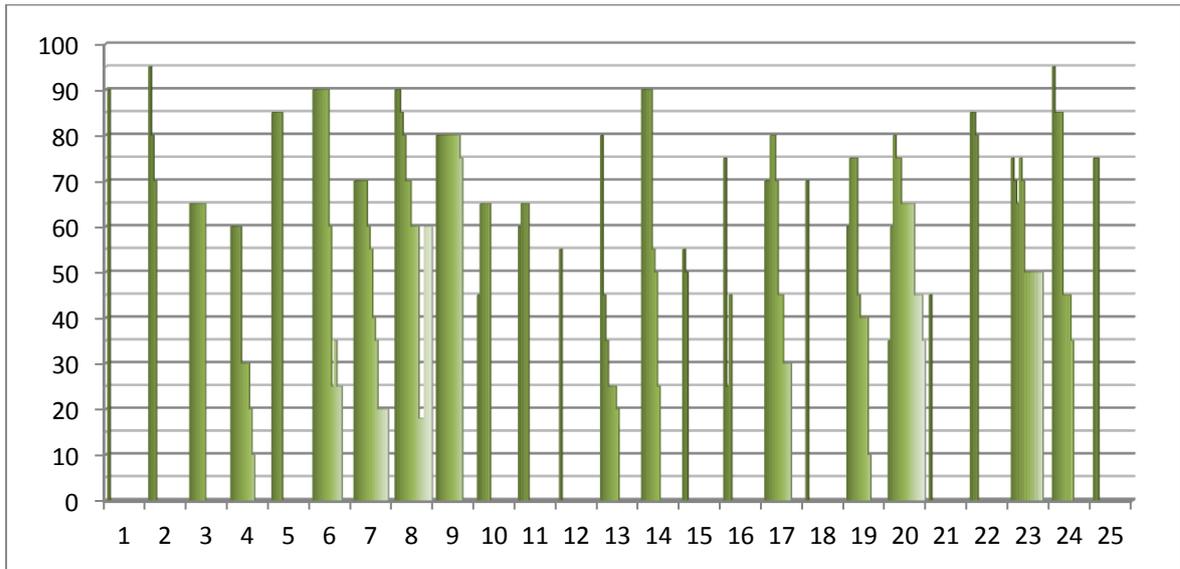


Gráfico del Índice de Barthel de los 5 últimos años

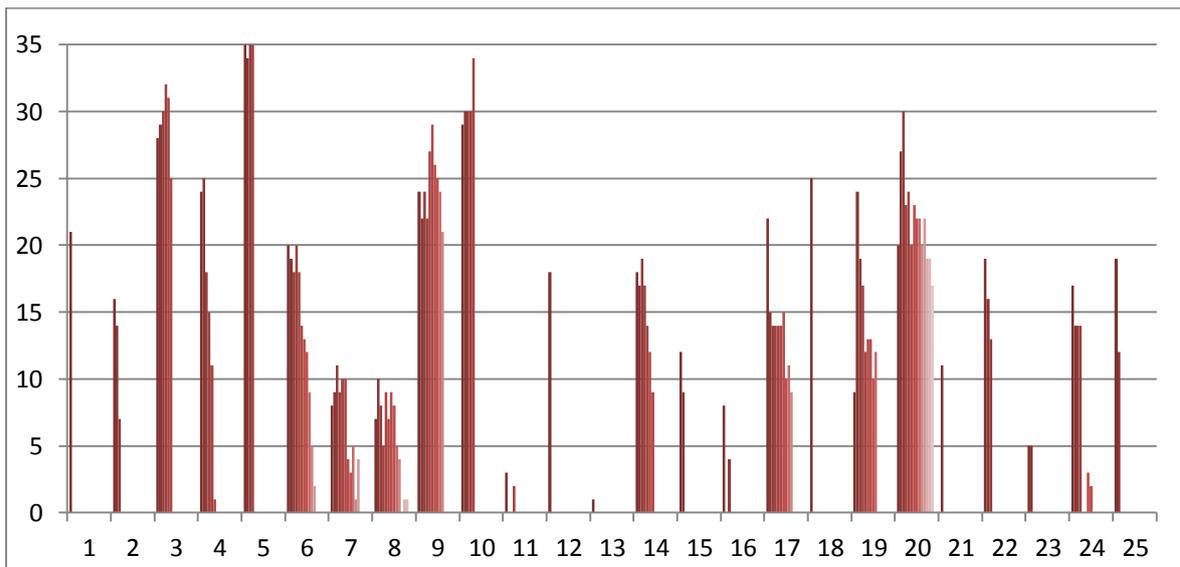


Gráfico del Test de Minimental de los 5 últimos años

### Análisis del año 2011:

Durante el año 2011, en el Centro de Día hubo un promedio de 40 usuarios, con una media de edad de 82,74 años.

De los 40 usuarios, nueve (23%), con una media de edad de 80,89 años, sufrían incontinencia urinaria.

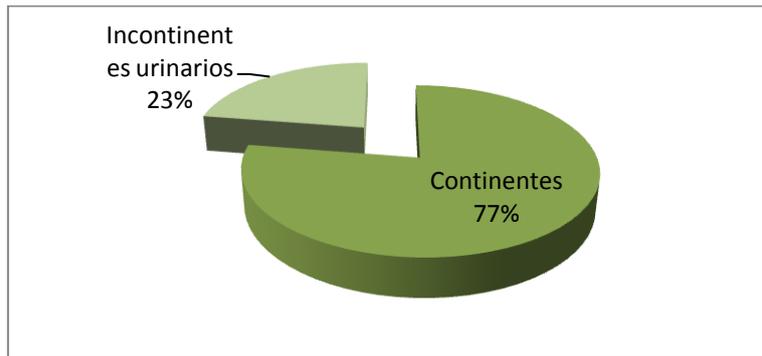


Gráfico del Porcentaje de ancianos continentales e incontinentes durante el año 2011

De los 9 ancianos con Incontinencia Urinaria que acudieron al Centro de Día, durante el año 2011, siete eran mujeres (78%) y dos (22%) hombres. En cuanto al tema que nos ocupa, este dato no es muy representativo, ya que el número de mujeres que acude a un Centro de Día es considerablemente mayor al número de hombres.

Lo podemos apreciar en los siguientes gráficos, tomando como referencia el año al que nos estamos refiriendo, en los que se aprecia una fuerte presencia de mujeres (78% mujeres frente a 22% hombres), con un ligero mayor porcentaje de mujeres incontinentes (23%) frente a hombres incontinentes (22%).

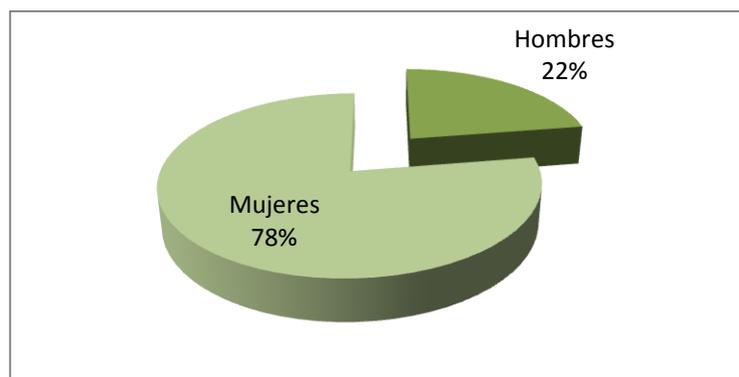
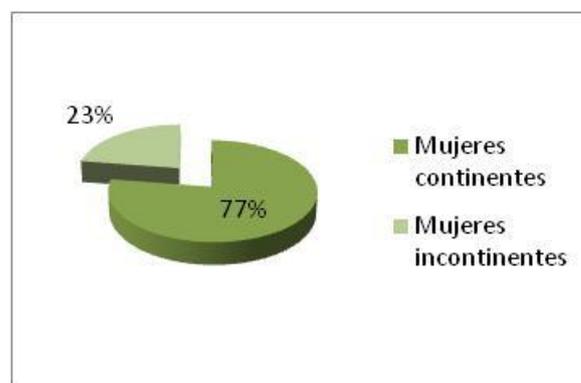
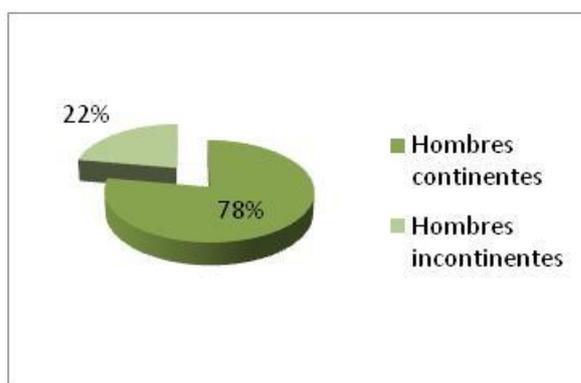


Gráfico de distribución por sexos año 2011



Gráficos de distribución de la incontinencia diferenciado por sexos, año 2011

Vamos a analizar a estos nueve usuarios a partir del Test de Minimental, Índice de Barthel, más, la Escala de demencia de Blessed y el Test de Tinetti, que hemos introducido en el año 2011.

Analizamos los resultados en el Test de Minimental, y se observa, que, salvo en dos casos, la puntuación obtenida en dicho Test, sufre un descenso paulatino a lo largo de las diversas valoraciones realizadas. Tres usuarios (33%) tienen una puntuación de 0.

Teniendo en cuenta las puntuaciones:

- ❖ Cinco usuarios (56%), sufren un deterioro cognitivo grave.
- ❖ Dos usuarios (22%), tienen un deterioro cognitivo leve
- ❖ Los otros dos restantes (22%), No tienen deterioro cognitivo.

Tan solo hay un usuario (2%), que teniendo un Minimental de 35 y un Barthel de 85, es incontinente. Su incontinencia es debida a que ha sufrido un ICTUS, perdiendo la sensibilidad en su esfínter vesical. A pesar de no tener deterioro cognitivo, no reconoce la sensación de la micción. Lo mismo le sucede a otro usuario, con un Minimental de 25 y un Barthel de 65.

Vemos el gráfico del Test de Minimental de los usuarios incontinentes que acudieron al centro durante el año 2011, con la evolución del Test de Minimental desde su ingreso en el centro hasta dicho año:

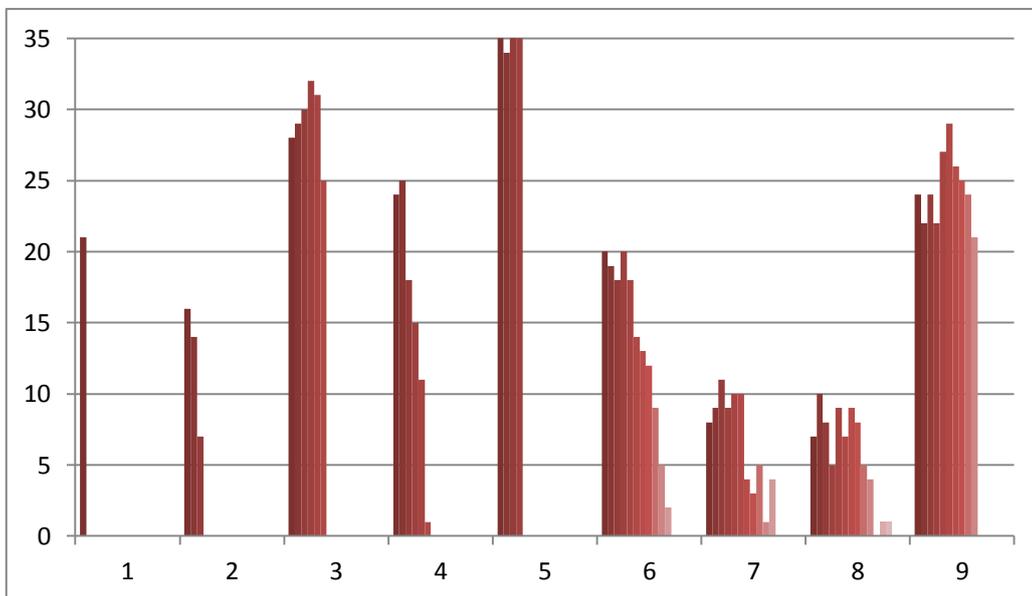


Gráfico del Test de Minimental de los usuarios incontinentes durante el año 2011

En la Escala de Demencia de Blessed, se aprecia:

- ❖ Dos usuarios (22%), no tienen deterioro
- ❖ De los 7 usuarios restantes (78%), en ejecución de las actividades de la vida diaria, tienen una puntuación por encima de 4 puntos. De estos 7 usuarios, hay 4 (44%), que superan los 4 puntos en el apartado de cambios de los hábitos. En cambios en el comportamiento no se observan alteraciones.

Gráfico de la Escala de Demencia de Blessed de los usuarios incontinentes que acudieron al centro durante el año 2011, con la evolución de la Escala de Demencia de Blessed desde su ingreso en el centro hasta dicho año:

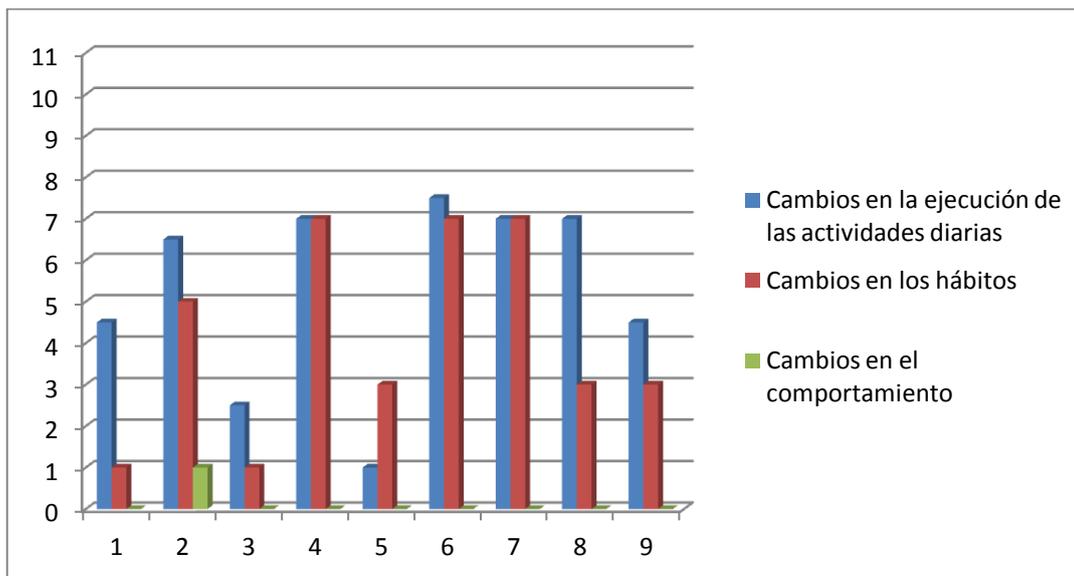


Gráfico de la Escala de Demencia de Blessed a lo largo del 2011

En cuanto al Índice de Barthel, podemos ver que:

- ❖ Cinco usuarios (56%), tienen un deterioro leve, con una puntuación de más de 60.
- ❖ Con un deterioro moderado y una puntuación entre 40-55 puntos, hay un usuario (11%)
- ❖ Dos usuarios (22%), sufren un deterioro grave en este aspecto, con una puntuación entre 20-35 puntos obtenidos.
- ❖ Por último, con una puntuación inferior a 20 y una dependencia total, tenemos a un usuario (11%).

En usuarios que han realizado más de una valoración, se observa un descenso paulatino de la puntuación en el Índice de Barthel, en seis de los usuarios (67%). Como se puede observar, los resultados coinciden con los usuarios con deterioro cognitivo.

Se observa el gráfico del Índice de Barthel de los usuarios incontinentes que acudieron al centro durante el año 2011, con la evolución del Índice de Barthel desde su ingreso en el centro hasta dicho año:

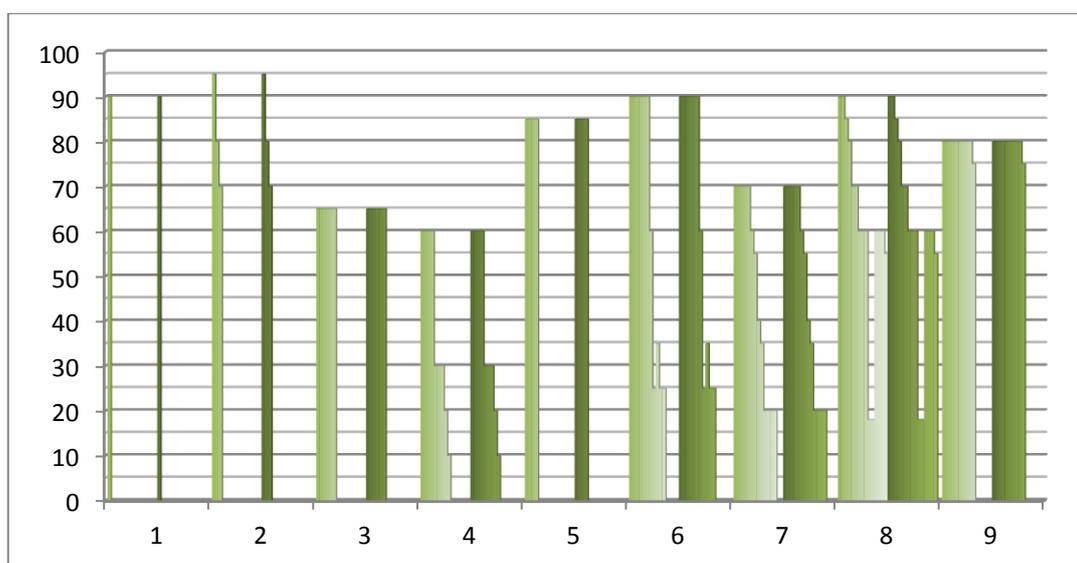


Gráfico del Índice de Barthel a lo largo del año 2011

Para afrontar el cuidado de las personas mayores nos es útil basarnos en la capacidad de autocuidado como necesidad humana, de forma que analizar esta capacidad nos ayudará a discernir hasta que punto debemos suplir, ayudar o educar a las personas a las que atendemos, evitando caer en el Síndrome del Sobrecuidado y guiándonos hacia objetivos de mayor autonomía.

La capacidad de autocuidado de los usuarios, podemos analizarla mediante un documento de valoración de enfermería, al que llamamos Agencia de autocuidado, desglosando capacidades físicas, conocimientos y motivación.

Vamos a comprobar la capacidad de autocuidado de los 9 usuarios con incontinencia urinaria:

19º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>21</td> <td>Blessed</td> <td>5-1-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>90</td> <td>Tinetti</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Precisa supervisión por desorientación ocasional</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Posee los conocimientos necesarios</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Muy buena</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	21	Blessed	5-1-0	Barthel	90	Tinetti	28	Precisa supervisión por desorientación ocasional				CONOCIMIENTOS				Posee los conocimientos necesarios				MOTIVACIÓN				Muy buena				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>				29º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>7</td> <td>Blessed</td> <td>7-5-1</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>70</td> <td>Tinetti</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Puede usar el wc pero no puede saber como</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Carece de conocimientos ni puede adquirir nuevos</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sin posibilidad</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	7	Blessed	7-5-1	Barthel	70	Tinetti	24	Puede usar el wc pero no puede saber como				CONOCIMIENTOS				Carece de conocimientos ni puede adquirir nuevos				MOTIVACIÓN				Sin posibilidad				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>				39º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>25</td> <td>Blessed</td> <td>3-1-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>65</td> <td>Tinetti</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Limitaciones concretas por secuelas de ACVA</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Necesita ampliar conocimientos para mejorar su autocuidado</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Buena</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	25	Blessed	3-1-0	Barthel	65	Tinetti	16	Limitaciones concretas por secuelas de ACVA				CONOCIMIENTOS				Necesita ampliar conocimientos para mejorar su autocuidado				MOTIVACIÓN				Buena				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>			
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	21	Blessed	5-1-0																																																																																																																										
Barthel	90	Tinetti	28																																																																																																																										
Precisa supervisión por desorientación ocasional																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Posee los conocimientos necesarios																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Muy buena																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	7	Blessed	7-5-1																																																																																																																										
Barthel	70	Tinetti	24																																																																																																																										
Puede usar el wc pero no puede saber como																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Carece de conocimientos ni puede adquirir nuevos																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Sin posibilidad																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	25	Blessed	3-1-0																																																																																																																										
Barthel	65	Tinetti	16																																																																																																																										
Limitaciones concretas por secuelas de ACVA																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Necesita ampliar conocimientos para mejorar su autocuidado																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Buena																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
49º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>0</td> <td>Blessed</td> <td>7-7-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>10</td> <td>Tinetti</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Totalmente dependiente física y cognitivamente.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Incapacidad total.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sin posibilidad</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	0	Blessed	7-7-0	Barthel	10	Tinetti	0	Totalmente dependiente física y cognitivamente.				CONOCIMIENTOS				Incapacidad total.				MOTIVACIÓN				Sin posibilidad				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>				59º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>35</td> <td>Blessed</td> <td>1-3-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>85</td> <td>Tinetti</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Limitaciones concretas por secuelas ACVA</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Posee los conocimientos necesarios</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Muy buena</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	35	Blessed	1-3-0	Barthel	85	Tinetti	22	Limitaciones concretas por secuelas ACVA				CONOCIMIENTOS				Posee los conocimientos necesarios				MOTIVACIÓN				Muy buena				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>				69º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>2</td> <td>Blessed</td> <td>8-7-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>25</td> <td>Tinetti</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Totalmente dependiente física y cognitivamente.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Carece de conocimientos ni puede adquirir nuevos</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sin posibilidad</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	2	Blessed	8-7-0	Barthel	25	Tinetti	0	Totalmente dependiente física y cognitivamente.				CONOCIMIENTOS				Carece de conocimientos ni puede adquirir nuevos				MOTIVACIÓN				Sin posibilidad				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>			
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	0	Blessed	7-7-0																																																																																																																										
Barthel	10	Tinetti	0																																																																																																																										
Totalmente dependiente física y cognitivamente.																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Incapacidad total.																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Sin posibilidad																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	35	Blessed	1-3-0																																																																																																																										
Barthel	85	Tinetti	22																																																																																																																										
Limitaciones concretas por secuelas ACVA																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Posee los conocimientos necesarios																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Muy buena																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	2	Blessed	8-7-0																																																																																																																										
Barthel	25	Tinetti	0																																																																																																																										
Totalmente dependiente física y cognitivamente.																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Carece de conocimientos ni puede adquirir nuevos																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Sin posibilidad																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
79º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>0</td> <td>Blessed</td> <td>7-7-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>20</td> <td>Tinetti</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Totalmente dependiente física y cognitivamente.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Incapacidad total.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sin posibilidad</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	0	Blessed	7-7-0	Barthel	20	Tinetti	0	Totalmente dependiente física y cognitivamente.				CONOCIMIENTOS				Incapacidad total.				MOTIVACIÓN				Sin posibilidad				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>				89º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>0</td> <td>Blessed</td> <td>7-3-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>55</td> <td>Tinetti</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Necesita supervisión continua por la desorientación total.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Incapacidad total.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sin posibilidad</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	0	Blessed	7-3-0	Barthel	55	Tinetti	0	Necesita supervisión continua por la desorientación total.				CONOCIMIENTOS				Incapacidad total.				MOTIVACIÓN				Sin posibilidad				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>				99º	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AGENCIA DE AUTOCUIDADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">CAPACIDADES</td> </tr> <tr> <td>Minimental</td> <td>21</td> <td>Blessed</td> <td>5-3-0</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>75</td> <td>Tinetti</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Necesita supervisión por desorientación ocasional</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONOCIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Posee los conocimientos necesarios</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOTIVACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Baja: prefiere dejar que lo hagan por ella.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO				CAPACIDADES				Minimental	21	Blessed	5-3-0	Barthel	75	Tinetti	22	Necesita supervisión por desorientación ocasional				CONOCIMIENTOS				Posee los conocimientos necesarios				MOTIVACIÓN				Baja: prefiere dejar que lo hagan por ella.				NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>			
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	0	Blessed	7-7-0																																																																																																																										
Barthel	20	Tinetti	0																																																																																																																										
Totalmente dependiente física y cognitivamente.																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Incapacidad total.																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Sin posibilidad																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	0	Blessed	7-3-0																																																																																																																										
Barthel	55	Tinetti	0																																																																																																																										
Necesita supervisión continua por la desorientación total.																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Incapacidad total.																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Sin posibilidad																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													
AGENCIA DE AUTOCUIDADO																																																																																																																													
CAPACIDADES																																																																																																																													
Minimental	21	Blessed	5-3-0																																																																																																																										
Barthel	75	Tinetti	22																																																																																																																										
Necesita supervisión por desorientación ocasional																																																																																																																													
CONOCIMIENTOS																																																																																																																													
Posee los conocimientos necesarios																																																																																																																													
MOTIVACIÓN																																																																																																																													
Baja: prefiere dejar que lo hagan por ella.																																																																																																																													
NO DEFICIT <input type="checkbox"/> DEFICIT <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																													

Tabla de Agencia de Autocuidado

Con respecto al Test de Tinetti:

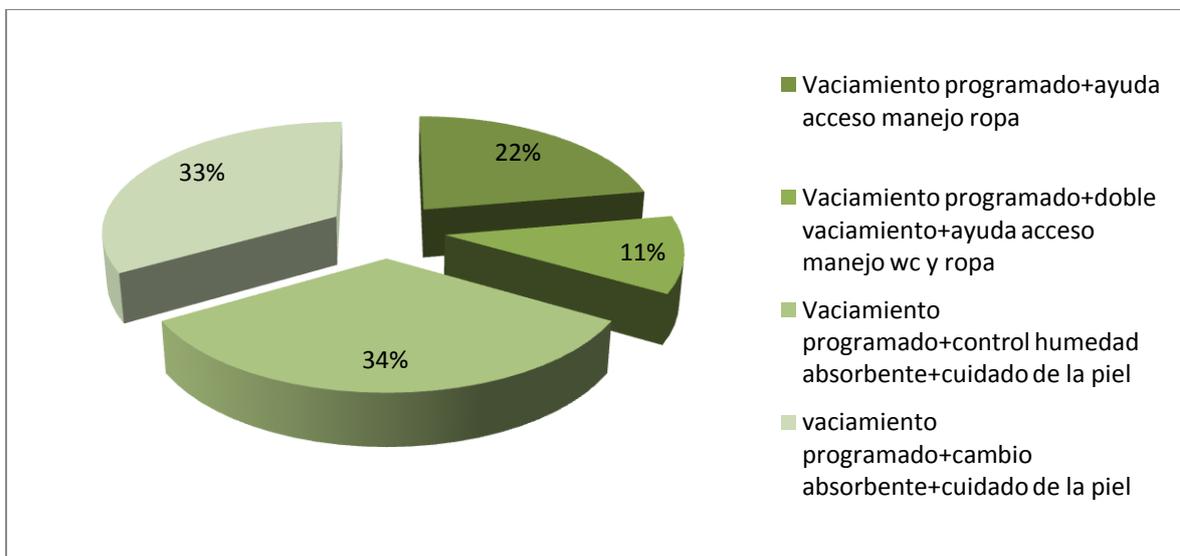
- ❖ Tres usuarios (33%), no pueden caminar sin la ayuda de una persona fuerte y entrenada, habiendo obtenido una puntuación en el Test de Tinetti entre 19-24 puntos.
- ❖ Un usuario (11%), tiene una puntuación inferior a 19 puntos, no puede caminar, utiliza silla de ruedas para su traslado.
- ❖ El resto, 5 usuarios (56%), tienen una puntuación entre 22 y 28 puntos, caminando de forma autónoma con o sin ayuda de bastón.

La puntuación máxima que se puede obtener en el Test de Tinetti es de 28 puntos.

Estos 9 usuarios, eran continentes cuando ingresaron en el Centro de Día, pero al pasar los años e ir agravándose su deterioro cognitivo y físico, han pasado a ser incontinentes.

A todos estos usuarios, se les ayuda a realizar un Vaciamiento Programado, llevándolos al wc con regularidad, cada hora y media a unos, cada dos horas a otros. Así se ha logrado que dos de estos nueve usuarios, sólo hayan sufrido episodios de incontinencia muy ocasionalmente, aunque si precisan ayuda para acceder al wc, porque requieren supervisión para colocarse la ropa. Uno de los usuarios, además del vaciamiento programado, realiza doble vaciamiento, porque tiende a levantarse del inodoro antes de completar la micción, animándole a que permanezca sentado unos minutos más aunque tenga la sensación de haber acabado de orinar.

A otros tres usuarios se les realiza el vaciamiento programado más cambio de absorbente, si precisa, y siempre cuidado de la piel. Y los tres usuarios restantes, tan sólo necesitan cambio de absorbente y cuidado de la piel.



## Capítulo 6: Conclusiones de este Análisis

Teniendo en cuenta, las diversas valoraciones realizadas a los usuarios a lo largo de los cinco últimos años, así como los gráficos del Test de Minimental y del Índice de Barthel, podemos comprobar que; de los 26 usuarios con incontinencia urinaria, exceptuando a dos de ellos, el resto padecía deterioro cognitivo. A cuatro usuarios (16%), sólo se les ha realizado una valoración, bien por causar baja antes de realizar una segunda valoración, o por ser usuarios que se acababan de incorporar al centro, con lo que no es posible ver una evolución en el tiempo, y a los otros 20 (77%), se les ha ido agravando su deterioro cognitivo paulatinamente en las distintas valoraciones realizadas a lo largo del tiempo.

Respecto al Índice de Barthel, ocurre algo similar; de los 26 usuarios a los que nos referimos, 10 de ellos padecían una dependencia leve y los 16 restantes sufrían una dependencia mayor. Durante los cinco años a los que nos referimos, 17 usuarios (65%), han disminuido progresivamente sus capacidades para la realización de las actividades de la vida diaria, 5 de ellos (19%), se han mantenido constantes y a 4 (16%), solamente se les hizo una valoración.

Así, tenemos dos usuarios (8%), sin deterioro cognitivo y ligera dependencia física que presentaban Incontinencia Urinaria de causa cerebrovascular repentina y que por lo tanto no evolucionan en el tiempo.

El resto (92%), sufrían un deterioro cognitivo y algunos en menor medida, deterioro físico que progresa desfavorablemente en el tiempo, cuya Incontinencia Urinaria inicial era funcional y finalmente total.

Si nos ceñimos al año 2011, de los 40 usuarios que estuvieron en el Centro de Día, 9 (23%) sufrían incontinencia urinaria. Observando los gráficos y las valoraciones realizadas, podemos ver que en el Test de Minimental, exceptuando a dos usuarios, el resto fue descendiendo su puntuación a lo largo de las diversas valoraciones que se les realizaron.

Un 56% sufrían un deterioro cognitivo grave, de hecho 3 de ellos (33%) tenían un Test de Minimental de cero, dos usuarios (22%) tenían un deterioro cognitivo leve y los dos restantes no tenían deterioro cognitivo.

En la Escala de Demencia de Blessed, dos usuarios (22%) no tenían deterioro. En la ejecución de la vida diaria, hay 7 usuarios (78%) que tenían más de 4 puntos, en el apartado de cambio de los hábitos, 4 usuarios (44%) también, tenían más de 4 puntos. Tan sólo hay un usuario que tenía un punto en el apartado de cambios en alteraciones conductuales.

Por lo tanto, el test de Minimental y la Escala de Demencia de Blessed nos proporcionan información idéntica en cuanto a los usuarios sin deterioro, aunque en los usuarios con deterioro cognitivo nos aportan matices distintos, mostrando más peso el deterioro en la ejecución de la vida diaria al analizar el Blessed.

El importante peso que tiene el deterioro cognitivo en los usuarios incontinentes del centro marca en gran medida el tipo de tratamiento a realizar, obligando a marcarse objetivos a corto plazo y poco ambiciosos, como “permanecerá seco el absorbente hasta el próximo cambio” o “mantendrá la piel seca, hidratada e íntegra” frente a “desaparecerá la incontinencia”.

En cuanto al Índice de Barthel, 5 usuarios (56%) sufrían un deterioro leve, por encima del umbral de 60 puntos, para la realización de las actividades diarias, un usuario (11%) tenía un deterioro moderado entre 40 y 55 puntos, dos usuarios (22%) padecían un deterioro grave con una puntuación entre 20 y 35 y el usuario restante poseía una dependencia total con una puntuación por debajo del umbral de 20 puntos. Un 67% han descendido su puntuación paulatinamente a lo largo de las diversas valoraciones realizadas, lo que refuerza la apreciación del párrafo anterior sobre la búsqueda de objetivos a corto plazo.

Los 9 usuarios tenían déficit para realizar su autocuidado y la mayoría no poseía conocimientos para realizarlo, tres de ellos padecían una dependencia total, otros dos usuarios si tenían los conocimientos necesarios, pero necesitaban ayuda para colocarse la ropa y otro usuario tendría que poder ampliar sus conocimientos para realizar su autocuidado. En cuanto a la motivación hay 5 usuarios que por su situación no mantenían ningún tipo de atención o conexión con la realidad que permitiera trabajar con la motivación, 3 tenían una buena o muy buena motivación y otro tenía una motivación baja que habría que trabajar.

La agencia de autocuidado nos proporciona una visión de conjunto de los déficits y puntos necesarios de apoyo de cada casuística individual como elemento de partida para marcar nuestros objetivos y decidir hacia dónde dirigir los cuidados necesarios.

En el Centro de Día existe una accesibilidad absoluta al cuarto de baño, sin barreras físicas domésticas, con una adecuada iluminación y adaptación de los retretes; además, todos los usuarios con Incontinencia Urinaria a los que nos estamos refiriendo, van al wc acompañados por el personal del Centro.

Para realizar un correcto seguimiento y cuidado de estos usuarios, necesitamos la colaboración de sus familiares, pero este proceso sería objeto de otro trabajo distinto del que nos atañe en esta Monografía.

Es necesario realizar un Registro de Valoración e Intervención en la Incontinencia Urinaria, donde se tenga en cuenta; los medicamentos que toma el usuario, si es diabético y de qué tipo, los diagnósticos médicos, los hábitos de eliminación intestinal que tiene, descripción del episodio de incontinencia, sus capacidades cognitiva, física y de autocuidado, así como la intervención y los cuidados necesarios. En este trabajo proponemos un registro que cubre de forma sencilla y operativa estas necesidades de recopilación de información recogido en el Anexo V.

#### Conclusiones generales:

- Hay que conocer la diversidad del abordaje a la Incontinencia Urinaria para ajustarse al perfil de cada persona a la que es preciso atender.
- En las personas mayores con deterioro físico y cognitivo, lo más importante es evitar las complicaciones (infecciones urinarias, úlceras, caídas, etc..)
- En cualquier nivel de dependencia y estadio de la Incontinencia Urinaria, siempre hay un tratamiento que se puede aplicar a la misma.

#### BIBLIOGRAFÍA

Aguilar-Navarro, S. G. (2007). Incontinencia Urinaria en el adulto mayor. *Revista Enfermería México Seguro Social*, 15(1), 51-56.

De Prada Pérez, F., & De Prada Pérez, M. (Abril de 2005 ). Incontinencia urinaria en el anciano: concepto, tipos y eficacia del entrenamiento del hábito urinario. *Revista Pulso. Revista del Colegio de Enfermería de Navarra*(41), 6-11.

Gómez Reina, M. V., Zapata Sampedro, M. A., Gómez Reina, E., & Aguilar Amores, M. S. (2011). La incontinencia del anciano en el hogar. *Hygia de enfermería: Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla*(76), 14-22.

Guillen Llera, F., Pérez del Molino, J., & Petidier Torregro, R. (2008). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Elsevier.

Hernández Faba, E., Fuentelsaz-Gallego, C., Arán-Catalán, R., Suñer-Soler, R., Egea-Zerolo, B., & Nieto-Blanco, E. (2007). La Incontinencia Urinaria en la personas mayores de 65 años:

visión desde la enfermería geriátrica. *Revista Española de Geriátria y Gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriátria*, 42(1), 43-51.

Köther, I., & Gnamm, E. (2003). *Manual de Geriátria*. Madrid: Editex, S.A.

Martinez Martín, M. L., Canalejas Pérez, M. C., Vera Cortés, M. L., Cid Galán, M. L., & Martín Salinas, C. (Octubre de 2009 ). Requisitos de autocuidado de pacientes mayores de 75 años al alta hospitalaria. *Metas de Enfermería*, 12(8), 68-75.

Méndez, M., & I.E. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 222-234.

Millán Calenti, J. C. (2006). *Principios de Geriátria y Gerontología*. Madrid: McGRAW-HILL Interamericana.

Niño Martín, V. (2011). *Cuidados avanzados al paciente crónico*. Madrid: Difusión avances de enfermería (DAE SL).

Orem, D. E. (1983). *Normas Prácticas En Enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

Rodríguez Rivera, L. (2005). *Incontinencia urinaria en el adulto mayor*. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de GerolInfo: Publicación periódica de Gerontología y Geriátria: [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia\\_urinaria\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia_urinaria_1.pdf)

Schultz, J. M. (2003). Incontinencia urinaria. Resolver un problema secreto. *Nursing*, 21(5), 42-44.

Verdejo Bravo, C. (2002). La Incontinencia Urinaria como problema de salud en el anciano. Visión del Geriatra. *URODA*, 15(1), 33-41.

**ANEXOS**

**Anexo I:**

**Test de Minimental**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**1.- ORIENTACIÓN**

<b>Dígame el:</b>	<b><u>Puntos</u></b>
Día _____	.....
Fecha _____	.....
Mes _____	.....
Estación _____	.....
Año _____	..... (5)

**2.- ¿DÓNDE ESTAMOS?**

<b>Dígame:</b>	
Hospital _____	.....
Planta _____	.....
Ciudad _____	.....
Provincia _____	.....
Nación _____	..... (5)

**3.- FIJACIÓN**

Repita estas tres palabras: peseta – caballo – manzana  
(Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos) nº \_\_\_\_\_ ..... (3)

**4.- ATENCIÓN Y CÁLCULO**

Si tiene 30 ptas. y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ..... (5)  
Repita 5 – 9 – 2 (hasta que las aprenda). Ahora, hacia atrás. .... (3)

**5.- MEMORIA RECIENTE**

Repita las 3 palabras que le he dicho antes ..... (3)

**6.- LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

Mostrar en bolígrafo ¿Qué es esto?  
Mostrar un reloj ¿Qué es esto? ..... (2)  
Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros” ..... (1)

Anexo II:

Escala de Demencia de Blessed

CAMBIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS					
Ítem	ACTIVIDAD	Total	Parcial	Ninguna	
1	Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0,5	0	
2	Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0	
3	Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (compras, etc.)	1	0,5	0	
4	Incapacidad para orientarse en el domicilio (centro)	1	0,5	0	
5	Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0	
6	Incapacidad para valorar el entorno	1	0,5	0	
7	Incapacidad para recordar hechos recientes (visitas...)	1	0,5	0	
8	Tendencia a rememorar el pasado	1	0,5	0	
				Total pts:	
CAMBIOS EN LOS HÁBITOS					
Act.	CUMPLIMENTACIÓN	puntos	Act.	CUMPLIMENTACIÓN	puntos
	Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0		Se viste sin ayuda	0
	Desaliñadamente, sólo con cuchara	1		Fallos ocasionales (botones)	1
	Sólidos simples (galletas, etc.)	2		Errores en la secuencia	2
	Ha de ser alimentado	3		Incapaz de vestirse	3
Act.	CUMPLIMENTACIÓN	puntos			
	Normal	0			
	Incontinencia urinaria ocasional	1			
	Incontinencia urinaria frecuente	2			
	Doble incontinencia	3			
				Total pts:	
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO					
Ítem	ACTIVIDAD	Total	Parcial	Ninguna	
12	Retraimiento creciente	1	0,5	0	
13	Egocentrismo aumentado	1	0,5	0	
14	Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0,5	0	
15	Afectividad embotada	1	0,5	0	
16	Perturbación del control emocional (aumento susceptibilidad, irritabilidad)	1	0,5	0	
17	Hilaridad inapropiada	1	0,5	0	
18	Respuesta emocional disminuida	1	0,5	0	
19	Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1	0,5	0	
20	Falta de interés en las aficiones habituales	1	0,5	0	
21	Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0,5	0	
22	Hiperactividad no justificada	1	0,5	0	
				Total pts:	

**Anexo III:**

**Nombre:**

**Edad:**

**PARTE I: EQUILIBRIO** (Sujeto sentado en silla sin brazos)

	<b>Puntos</b>
1. EQUILIBRIO SENTADO	
▪ Se inclina o desliza en la silla	0
▪ Firme y seguro	1
2. LEVANTARSE	
▪ Incapaz sin ayuda	0
▪ Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
▪ Capaz sin utilizar brazos	2
3. INTENTOS DE LEVANTARSE	
▪ Incapaz sin ayuda	0
▪ Capaz, pero necesita más de un intento	1
▪ Capaz de levantarse con un intento	2
4. EQUILIBRIO INMEDIATO (5') AL LEVANTARSE	
▪ Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0
▪ Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otro soporte)	1
▪ Estable sin usar bastón ni otros soportes	2
5. EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	
▪ Inestable	0
▪ Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cms.) o usa bastón , andador u otro soporte.	1
▪ Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2
6. EMPUJÓN (Sujeto en posición firme con los pies tan juntos comosea posible, el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces)	
▪ Tiende a caerse	0
▪ Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	1
▪ Firme	2
7. OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
▪ Inestable	0
▪ Estable	1
8. GIRO DE 360°	
▪ Pasos discontinuos	0
▪ Pasos continuos	1
▪ Inestable (se agarra o tambalea)	0
▪ Estable	1
9. SENTARSE	
▪ Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)	0
▪ Usa los brazos o no tiene movimiento suave	1
▪ Seguro, movimiento suave	2

**EQUILIBRIO/16** \_\_\_\_\_ **total**

**PARTE II: MARCHA**

(El sujeto de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación, primero con su paso habitual, regresando con “paso rápido pero seguro”, usando sus ayudas habituales para la marcha)

1. INICIO DE LA MARCHA  
(Inmediatamente después a decir “camine”)
  - Duda, vacila o múltiples intentos para comenzar 0
  - No vacilante 1
  
2. LONGITUD Y ALTURA DEL PASO
  - El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo 0
  - El pie derecho sobrepasa al izquierdo en el paso 1
  - El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo 0
  - El pie derecho se levanta completamente 1
  - El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo 0
  - El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso 1
  - El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo 0
  - El pie izquierdo se levanta completamente 1
  
3. SIMETRÍA DEL PASO
  - La longitud del paso con cada pie es diferente(estimada) 0
  - Los pasos son iguales en longitud 1
  
4. CONTINUIDAD DE LOS PASOS
  - Para, o hay discontinuidad en los pasos 0
  - Los pasos son continuos 1
  
5. TRAYECTORIA  
(Estimada en relación a los baldosines del suelo de 30 cm de diámetro: se observa la desviación de un pie en 3 metros de distancia)
  - Marcada desviación 0
  - Desviación moderada, media o utiliza ayudas 1
  - Derecho, sin utilizar ayudas 2
  
6. TRONCO
  - Marcado balanceo o necesita ayudas 0
  - No balanceo pero hay flexión en rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos 1
  - No balanceo, ni flexión, ni necesita ayuda 2
  
7. POSTURA EN LA MARCHA
  - Talones separados 0
  - Talones casi se tocan mientras camina 1

**MARCHA/12** \_\_\_\_\_ **total**

**GENERAL/28** \_\_\_\_\_ **TOTAL**

**Anexo IV:**

**Criterios de puntuación del Índice de Barthel:**

**Comida:**

- 10 Independiente: Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla..., pero es capaz de comer solo.
- 0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

**Lavado (baño):**

- 5 Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona lo supervise.
- 0 Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

**Vestido:**

- 10 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- 5 Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

**Arreglo:**

- 5 Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna; los complementos pueden ser provistos por alguna persona.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.

**Deposición:**

- 10 Continente. No presenta episodios de incontinencia.

**Deambulación:**

- 15 Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza prótesis puede ponérsela o quitársela solo.
- 10 Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
- 0 Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.

**Subir y bajar escaleras:**

- 10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
- 5 Necesita ayuda o supervisión.
- 0 Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.

**Anexo V: REGISTRO DE VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN LA INCONTINENCIA URINARIA**

**Usuario:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_

Fecha de ingreso en el centro: \_\_\_\_\_ Fecha de valoración: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

(Diuréticos, antidepresivos, tranquilizantes, antihistamínicos, bloqueantes canales del Calcio, agonistas y antagonistas  $\alpha$ -adrenérgicos)

Diabetes, tipo: \_\_\_\_\_

Diagnósticos médicos intercurrentes: \_\_\_\_\_

(Alzheimer, demencia, depresión, cáncer de vejiga, alteración prostática, alteraciones neurológicas y nerviosas, alteraciones anatómicas,...)

Hábito de eliminación intestinal: \_\_\_\_\_

Alteración / No alteración Especificar alteración: \_\_\_\_\_

Descripción del episodio de incontinencia: \_\_\_\_\_

(Tos, esfuerzos, aumento de peso, necesidad urgente de ir al baño, nicturia, aumento de frecuencia en la eliminación, pérdida continua de pequeñas cantidades de orina, etc.)

Capacidad cognitiva: Minimental: \_\_/35 Blessed: \_\_ - \_\_ - \_\_

Capacidad de movilidad: Encamado / Silla de ruedas / Tinetti: \_\_/16 - \_\_/28

Valoración de la Independencia ABVDs: Barthel: \_\_/100

Capacidad para el autocuidado: Déficit / No déficit

Capacidades: \_\_\_\_\_

Conocimientos: \_\_\_\_\_

Motivación: \_\_\_\_\_

**INTERVENCIÓN**

Entrenamiento del hábito miccional

Vaciamiento programado

Doble vaciado

Micción estimulada

Ejercicios suelo pélvico Frecuencia: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Absorbentes Día / Noche Compresa / Elástico / Super Talla: S / M / L

Frecuencia de cambio: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Intervención sobre la capacidad de autocuidado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_