

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



INFLUENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, HUNTER AREQUIPA, 2012.

Tesis presentada por:

ANGELA MILAGROS PAREDES TALAVERA.

Para optar el Título Profesional de Licenciada en
Enfermería.

AREQUIPA – PERÚ

2012

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **Influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa, 2012** requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, julio del 2012

Angela Milagros Paredes Talavera

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme dado la vida y mantenerme saludable para poder ir logrando día a día cada uno de mis objetivos y sobretodo haberme permitido llegar hasta este punto donde cumplo mi más anhelado sueño ser una profesional de enfermería.

A mis padres.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, Por haberme apoyado en todo momento, Por los ejemplos de perseverancia y constancia, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

DEDICATORIA

A mis sobrinos.

*Miguel Ignacio, Eduardo y Mikaela
quienes han sido y serán mi
motivación, inspiración y felicidad a
lo largo de mi vida.*

A mi Mamá Dominga.

*Porque en vida fuiste grande y
humilde ejemplo de virtud, amor,
trabajo, y cariño.*

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por su infinita bondad y amor, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.


A mis padres.

Por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes he llegado a cumplir mi mayor meta.

A mis hermanos.

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación, y el anhelo de triunfo en la vida

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este estudio de investigación y que de una u otra forma me ayudaron a crecer como persona y como profesional.



Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se suben las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Bergman, Ingmar

INDICE

PAG

RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
ENUNCIADO DEL PROBLEMA	5
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.1. Campo, Área y Línea	5
1.2.2. Análisis de las variables	6
1.2.3. Interrogantes Básicas	7
1.2.4. Tipo y Nivel de Problema	7
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	10
3. MARCO TEORICO	
3.1. ADULTO MAYOR	10
3.2. INCONTINENCIA URINARIA	15
3.3. CALIDAD DE VIDA	27
3.4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	36
4. HIPÓTESIS	39

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS	40
2. INSTRUMENTOS	40
3. CAMPO DE VERIFICACIÓN	42
3.1. Ubicación Espacial	42
3.2. Unidades de estudio	43
3.3. Ubicación temporal	43
4. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	44

CAPITULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	46
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	67

RESUMEN

INFLUENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, HUNTER AREQUIPA, 2012.

PRESENTADO POR LA BACHILLER DE ENFERMERÍA:

Angela Milagros Paredes Talavera para obtener el título profesional de Licenciada en enfermería en la Universidad Católica de Santa María, ubicada en la Urbanización San José s/n Umacollo – Yanahuara. Teléfono. 251210. fax. 054-251213. apartado 1350. Arequipa – Perú.

OBJETIVOS:

- Precisar el grado de incontinencia urinaria más frecuente en los adultos mayores.
- Valorar la calidad de vida de los adultos mayores que presentan incontinencia urinaria.
- Determinar la influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García.

METODOLOGÍA

Para la variable de incontinencia urinaria se empleará como técnica la encuesta, como instrumento el cuestionario acerca de la incontinencia urinaria, para la variable de calidad de vida se empleó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario de calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria.

CONCLUSIONES:

PRIMERA: El grado de incontinencia urinaria más frecuente en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García es severa.

SEGUNDA: La calidad de vida de los adultos mayores con incontinencia urinaria que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García presenta afectación severa en mayor frecuencia.

TERCERA: La incontinencia urinaria influye de forma significativa y proporcional en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García.

RECOMENDACIONES:

PRIMERA: Se sugiere al personal del Centro de Salud Javier Llosa García a cargo del Programa del Adulto Mayor, que implementen dentro del programa sesiones educativas sobre la incontinencia urinaria, para su prevención y detección temprana, para mejorar su calidad de vida, llevando a cabo una evaluación de la misma en pacientes adultos mayores incontinentes.

SEGUNDA: Se sugiere al personal del Centro de Salud Javier Llosa García a cargo del Programa del Adulto Mayor, que brinden educación a los familiares y cuidadores para mejorar el cuidado del adulto mayor incontinente en relación a los cambios de ropa, cambios de ropa de cama, cambios de posición para la prevención de las úlceras por presión, así como en la enseñanza de la higiene física correcta e hidratación de la piel, y las medidas necesarias que permitan controlar los peligros ambientales a los que pueden verse expuestos los adultos mayores en su deseo de llegar rápidamente al baño.

TERCERA: Difundir el presente estudio de investigación para que los resultados sean conocidos por el personal del Centro de Salud Javier Llosa García, en especial del personal de enfermería para que sirvan como guía a nuevos estudios que contribuyan con la salud de los adultos mayores.

Srta: Angela Milagros Paredes Talavera. Av. Unión 320 Pampa de Camarones. Sachaca.
Telf. 449162. Arequipa

**AREQUIPA – PERÚ
2012**

ABSTRACT

PRESENTED BY THE BACHELORS:

Angela Milagros Paredes, Talavera to obtain the professional title of Nursing in the Catholic University of Santa Maria, located in the San Jose Urbanization s/n Umacollo - Yanahuara. Telephone. 251210. fax. 054-251213. section 1350. Arequipa - Peru.

OBJECTIVES:

- Specify the degree of urinary incontinence more common in older adults who attend the Health Centre Javier Llosa Garcia.
- Determine the quality of life and urinary incontinence of older adults who attend the Health Centre Javier Llosa Garcia.
- Determine the influence of urinary incontinence on the quality of life of older adults who attend the Health Centre Javier Llosa Garcia.

METHODOLOGY

For urinary incontinence the survey was used as instrument the questionnaire, for the variable quality of life it was used the questionnaire of quality of life related to urinary incontinence.

CONCLUSIONS:

FIRST: The degree of urinary incontinence more common in older adults who attend the Health Centre Llosa Javier Garcia is severe.

SECOND: The quality of life of older adults with urinary incontinence attending the Health Centre Javier García Llosa presents severe involvement in the majority.

THIRD: Urinary incontinence has a significant influence on the quality of life of older adults who attend the Health Centre Llosa Javier García,

RECOMMENDATIONS:

FIRST: It is suggested that the staff in charged of the Elderly Program the Health Center Javier Llosa Garcia, implement educational sessions within the program on urinary incontinence, for prevention and early detection, to improve their quality of life, carrying out an evaluation of incontinent elderly patients.

SECOND: It is suggested that the staff in charged of the Elderly Program the Health Center Javier Llosa Garcia, provide education to families and caregivers to improve the care of the elderly incontinent in relation to changes of clothing, bedding changes, changes position to prevent pressure ulcers, as well as teaching the correct physical hygiene and hydration of the skin, and the measures necessary to control environmental hazards to which they may be exposed in their desire to quickly get to the bathroom.

THIRD: To disseminate this research study to make the results known to the Health Center staff Javier Llosa García, especially nursing staff to serve as a guide to new studies that contribute to the health of older adults.

Miss: Angela Milagros Paredes Talavera. Av. Unión 320 Pampa de Camarones. Sachaca.
Telf. 449162. Arequipa

AREQUIPA - PERU

2012

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno universal, en el que se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales a consecuencia de las modificaciones que se producen a nivel celular, tisular, orgánicos y funcionales; en el proceso del envejecimiento influyen factores ambientales así como la capacidad de adaptación del individuo.¹

La incontinencia urinaria tradicionalmente ha sido considerada, tanto por los propios adultos mayores como por los proveedores de salud, como un fenómeno fisiológico asociado al hecho de envejecer; sin embargo, en la actualidad se reconoce como una de las patologías más comunes y características de la población adulto mayor que requiere una evaluación y tratamiento adecuados.

La incontinencia urinaria es curable en muchos adultos mayores y en aquellos en los cuales no es posible la curación, puede ser manejada de forma favorable tanto para los propios pacientes como para sus familiares y cuidadores; sin

¹ BRAUNWALD., ISSELBACHER., JAMESON., FAUCI. *Harrison, Principios de Medicina Interna*. 2008. Pág. 1221.

embargo, genera un impacto negativo en el adulto mayor que la padece con deterioro importante en su calidad de vida, originando múltiples y variadas repercusiones que afectan tanto a la esfera física como a la psíquica; además, de derivar importantes consecuencias socioeconómicas.

En el Perú, la incontinencia urinaria afecta al 38% de mujeres, la prevalencia aumenta con la edad de 20-30% durante la vida adulta a casi el 50% en personas de edad avanzada (mayores de 60 años). La incontinencia urinaria afecta a un 15-30% de la población geriátrica general y es motivo de atención médica y cuidados en 50-84% de las personas de edad avanzada.²

Respecto a la calidad de vida, es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. Los indicadores de la calidad de vida incluyen no sólo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. La incontinencia urinaria puede ser en muchos casos una condición devastante para la calidad de vida de los pacientes, para los cuidadores y la familia, además muchas veces es de difícil trato para los pacientes al tener la necesidad de contárselo al médico y/o enfermera, esto porque muchas veces los profesionales no preguntan sobre el tema y porque para los pacientes resulta avergonzante.

Potenziani señala que la incontinencia urinaria en la población de adultos mayores representa el trastorno urinario que más deteriora su calidad de vida, tanto en su aspecto familiar como en su relación con la sociedad, lo cual convierte al adulto mayor en un ser retraído, solitario, poco sociable, y en algunos casos con ideaciones suicidas y pérdida del deseo de seguir viviendo,

² SUSANIBAR, Luis. *Incontinencia Urinaria: Epidemiología*. 2010. Pág. 2.

lo que unido a sus trastornos fisiológicos en otras áreas, provocará una afectación psicológica que le restará calidad y significación a su vida.³

La información anterior ha motivado la realización de la presente investigación titulada: Influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García, Arequipa, 2012.



³ POTENZIANI, Julio. *Trastornos miccionales de la tercera edad*. 2003. Pág. 3.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa, 2012.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área de Intervención de Conocimiento

CAMPO: Ciencias de la salud.

AREA: Enfermería.

LINEA: Salud del Adulto Mayor.

1.2.2. Análisis de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>Características sociodemográficas</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Incontinencia urinaria</p>	Edad	60 - 69 70 - 79 80 - 89 90 a más
	Sexo	Masculino / Femenino
	Nivel de instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior técnico Superior Universitario
	Situación conyugal	Soltero Casado Conviviente Separado Viudo
	Tiempo que presenta incontinencia urinaria	1 - 3 meses 4 - 6 meses 7 - 9 meses 10 - 12 meses > 12 meses
	Tipo de incontinencia urinaria	Por esfuerzo Por urgencia Por rebosamiento Funcional Mixta
	Grado de incontinencia urinaria	Leve Moderada Severa
<p>Variable Dependiente</p> <p>Calidad de vida</p>	Tratamiento	Si / No
	Uso de absorbentes	Si / No
	Físico	Afectación leve: 0 a 14 puntos.
	Mental	Afectación moderada: 15 a 29 puntos.
	Social	Afectación intensa: 30 a 44 puntos.

1.2.3. Interrogantes Básicas

¿Cuál es el grado de incontinencia urinaria más frecuente en los adultos mayores?

¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores que presentan incontinencia urinaria?

¿Cómo influye la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García?

1.2.4. Tipo de problema

El presente estudio es de nivel descriptivo observacional de tipo relacional y corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica del presente estudio radica en que va permitir aumentar los conocimientos que tenemos sobre el tema debido a la revisión bibliográfica a realizar, así mismo puede orientar el desarrollo de nuevas investigaciones que contribuirán al desarrollo científico de la profesión.

El estudio es pertinente para la profesión de enfermería, porque la enfermera conforma el equipo multidisciplinario que realiza la valoración integral al adulto mayor, por lo que desempeña su rol en la detección de los síndromes geriátricos para actuar en la prevención primaria, secundaria y terciaria de los mismos.

Desde el punto de vista social, el desarrollo del presente estudio se justifica porque la tercera edad es un grupo vulnerable dentro de la sociedad y por tanto,

requiere de cuidados especiales y atención priorizada de los profesionales de enfermería.

La investigación es factible porque nos permite llevarlo a cabo en el grupo poblacional elegido, ya que se pudo realizar en el campo asignado.

La investigación es de actualidad, por el mayor crecimiento de la población adulta mayor (de 60 y más años de edad) en relación al menor crecimiento de la población en edad activa (15 a 59 años) y al escaso crecimiento de la población infantil (0 a 14 años). Mientras que la población adulta mayor crece a una tasa de 3.5% promedio anual en el periodo 1990 a 2020, la población en edad activa sólo lo hace en 1.98% y la infantil en menos del 1% (0.08%). En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), existe un aumento en la proporción de adultos mayores de 1 millón trescientos diecisiete mil personas, equivalente al 6.1% de la población total del país en el año 1990 a 2 millones trescientos cuatro mil (8.8% de la población total del país) en el año 2005.⁴ Para el año 2020 las proyecciones señalan que la población adulta mayor estará en 11% de la población total del país; es decir, cerca de cuatro millones de personas (3 millones setecientos cuatro mil). En la región Arequipa al año 2011 había una población de 128 mil 840 adultos mayores, que representa al 9,69% de la población total de Arequipa; el 75% de adultos mayores vive en la ciudad y un 25% en zonas rurales.⁵

Todo lo anteriormente expuesto me ha motivado a realizar el trabajo de investigación, el cual me permitirá determinar la influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores, con el propósito de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

⁴ INEI. *Resultados del Censo 2005, X de Población y V de Vivienda*. Pág. 10.

⁵ MUJICA, Luz. *Informe estadístico: Población de adultos mayores*. 2011. Pág. 2.

2. OBJETIVOS

Precisar el grado de incontinencia urinaria más frecuente en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García.

Determinar la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García y que presentan incontinencia urinaria.

Determinar la influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ADULTO MAYOR

3.1.1. DEFINICIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor. Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social.⁶

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Situación actual del adulto mayor. 2010. Pág. 35.

3.1.2. LA NATURALEZA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Sin duda cada individuo recorre el transcurso de su vejez y de su vida en general, de manera particular. Hay personas que desde jóvenes practican deporte o acostumbran el hacer ejercicio; hay quienes desde jóvenes mantienen dietas para conservarse saludablemente; hay quienes se operan alguna parte de su cuerpo para evitar los cambios físicos que trae la vejez. Todos vivimos diferente, pero la vejez es algo que sin duda no podemos evitar y que además debemos vivir satisfactoriamente.

Independientemente de la forma de vida que cada quien desee llevar, hay padecimientos físicos en el adulto mayor con más frecuencia que en cualquier otra edad. Libow, considera los siguientes como los problemas médicos más comunes en las personas de edad avanzada:⁷

a. Movilidad: La mayoría de los ancianos utiliza bastón, caminadora o silla de ruedas para su movilidad.

b. Mental: Presentan problemas para pensar, disminución de la agudeza mental, disminución de la memoria, principalmente la memoria reciente, también es frecuente el deterioro cognitivo e incluso enfermedades más graves como la Enfermedad de Alzheimer.

c. Infartos: Aproximadamente dos tercios de las personas que sufren de algún infarto se espera que tengan una completa o parcial recuperación. La mayoría de los adultos mayores padecen de algún problema serio en el aparato cardiovascular como la hipertensión arterial, arritmias, cardiopatías, soplos, insuficiencia cardiaca, entre otros.

⁷ LIBOW, S. El Adulto Mayor. 2010. Pág. 14.

d. Próstata: Afortunadamente es un problema operable, muchos pacientes no comprenden que no afecta el funcionamiento sexual, y esto repercute en su calidad de vida.

e. Intestinos: Es muy frecuente el estreñimiento y la irregularidad en el hábito defecatorio, situación que no es muy atendida.

f. Huesos: Los huesos de las personas de la tercera edad se debilitan y se rompen fácilmente. Los hombres lo viven en menor grado que las mujeres, pues en éstas es muy frecuente la osteoporosis con la subsecuente fractura de cadera.

g. Cáncer de mama: Es de gran preocupación para las mujeres, pero es más común que surja entre los 30 y 40 años que en la tercera edad.

h. Ojos: Las cataratas son muy comunes y en la mayoría de los casos operables. Glaucoma, no tan tratable, pero es controlado. El único cambio en la vista normal a esta edad es la presbicia.

i. Artritis: Es un problema muy común que ocasiona muchas consultas médicas y se asocia a discapacidad, dolor crónico, deformidad de las articulaciones y disminución de la calidad de vida.

3.1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO EN EL APARATO EXCRETOR

Conforme se incrementa la edad, se produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en

forma de quistes de retención simple. Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión arterial. Los vasos pequeños no aparecen afectados y el flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200 ml/minuto a 800 ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.

También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina en el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual, lo que favorece la aparición de infección del tracto urinario, polaquiuria, disuria.

En los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones. En la mujer disminuye la secreción de la vagina debido a la falta de secreción hormonal, esto trae como consecuencia que las relaciones sexuales sean dolorosas. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata, es frecuente la hipertrofia benigna de la próstata, que causa micción dolorosa o dificultosa, disuria, retención de orina, disminución de la fuerza del chorro de orina, lo que condiciona que los pacientes pueden mojarse al orinar, mojar la cama, los zapatos. También es frecuente el cáncer de próstata.

3.1.4. VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR

“La valoración del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor.”⁸

⁸ MINISTERIO DE SALUD. *Modelo de Atención Integral de Salud al Adulto Mayor. (MAIS)*. 2010. Pág. 1 – 2.

Las áreas de valoración del adulto mayor son:

a. Valoración funcional

Se evalúa las actividades básicas de la vida diaria mediante el Índice de Katz, éste valora la dependencia o no en las actividades de la vida diaria.

b. Valoración mental

Comprende:

- Evaluación de la función cognitiva, para determinar la existencia o no de deterioro cognitivo.
- Evaluación de la función afectiva, para determinar la existencia o no de manifestaciones depresivas.

c. Valoración social

Comprende:

- Existencia del cuidador.
- Modos de convivencia y red social.
- Situación económica y vivienda.

d. Valoración física

Comprende:

- Enfermedades presentes.
- Fármacos.

- Carencias sensoriales: audición, visión.
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Hábitos y factores de riesgo.

3.2. INCONTINENCIA URINARIA

3.2.1. DEFINICIÓN

Se define como “la pérdida involuntaria de orina en cantidad suficiente como para causar problemas sociales e higiénicos”.⁹

La International Continence Society define la Incontinencia Urinaria como: “Una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable, originando problemas sociales e higiénicos para el individuo”.¹⁰

3.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La incontinencia urinaria es un problema común entre los adultos mayores, debido a alteraciones funcionales, a la presencia de enfermedades concomitantes, a los cambios propios de la vejez y al uso de fármacos. Varios estudios han determinado la prevalencia en hogares geriátricos y en la comunidad: aproximadamente el 50% para los primeros y entre el 2 y el 55% para los segundos; según la definición de incontinencia (es mayor si se incluyen aquellos individuos con continencia dependiente, o sea aquella que sólo se mantiene en presencia de ayuda), las características de la población y la metodología de aproximación.

⁹ LÓPEZ, Hernán; CANO, Carlos; GÓMEZ, José. *Fundamentos de Medicina: Geriátria*. 2006. Pág. 203.

¹⁰ URINARY INCONTINENCE GUIDELINE PANEL. *Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guideline*. 2007. Pág. 3.

Se ha confirmado mayor prevalencia proporcional con la edad y en el sexo femenino (relación 2:1). Los trastornos de la movilización, vistos en la enfermedad de Parkinson y en la fractura de cadera, el estreñimiento, los cambios de la visión, más los cambios menopáusicos y la consecuente incompetencia del esfínter uretral interno podría determinar que sean más frecuente en ellas. La prevalencia es cercana al 50% entre la novena y décima década de vida; además, el 90% de mujeres ha tenido al menos un episodio de incontinencia urinaria a lo largo de la vida.

Los hombres requieren menos esfuerzo mecánico y mínimos cambios en la postura durante la micción, lo cual favorece la preservación de la continencia; sin embargo, esas ventajas desaparecen en ciertas circunstancias; por ejemplo, con la presencia de diarrea, la cual puede llevar a inflamación de los anexos, la próstata y la uretra y resultar en incremento de la probabilidad de incontinencia urinaria de urgencia; lo anterior es peor si el paciente tiene hipertrofia benigna de la próstata.

3.2.3. ETIOLOGÍA

“La incontinencia urinaria es un síndrome geriátrico con una etiología habitualmente multifactorial. Factores físicos, cognitivos, funcionales y psicosociales contribuyen a un perfil de riesgo para el grado de fragilidad y la posibilidad de presentar esta entidad. Los individuos frágiles comúnmente son afectados por múltiples enfermedades que dificultan la continencia”.¹¹

“Se han reportado como factores de riesgo en el paciente anciano las alteraciones cognitivas, constipación, medicamentos, hospitalización, delirio, cirugía genitourinaria, enuresis en la infancia y enfermedad cardiovascular. En el sexo femenino, el índice de masa corporal alto, edad mayor a 70 años,

¹¹ GAMMACK, JK. *Incontinencia urinaria en el anciano frágil*. 2004. Pág. 453.

diabetes y evento cerebral vascular, también se han asociado a un aumento de la incontinencia urinaria”.¹²

“Otros factores en la mujer son: partos vaginales, que pueden llevar a daño neuromuscular en el piso pélvico, y deficiencia de estrógenos secundaria a menopausia. En hombres y mujeres, la obesidad y el tabaquismo aumentan la presión intraabdominal y la tos, lo que puede contribuir a la incontinencia. Se cree que enfermedades en la estructura del tejido colágeno también predisponen”.¹³

“Los pacientes con cinco o más enfermedades tienen cerca de 100% de probabilidades de presentar incontinencia. Es frecuente la atribución de incontinencia urinaria a demencia, principalmente en los últimos estadios, por lo que deberán descartarse causas tratables de demencia leve o moderada. La depresión y la esquizofrenia alteran la motivación reduciendo el ímpetu para el control de la continencia. Ancianos frágiles, con limitación en sus actividades de la vida diaria o comorbilidad, pueden ser incapaces de mantener continencia urinaria sin existir necesariamente patología urinaria”.¹⁴

“El síndrome clínico de urgencia y la incontinencia urinaria de urgencia son causados por defectos en la vejiga y en los músculos del piso pélvico. Pacientes con hiperplasia prostática benigna tienen una vejiga hiperactiva en 50 a 75% de los casos. La etiología más frecuente en los ancianos son infecciones urinarias crónicas, obstrucción del cuello vesical, tumor vesical y poliuria”.¹⁵

¹² ADEDOKUM, A; WILSON, M. *Incontinencia urinaria: perspectivas históricas y globales*. 2007. Pág. 399.

¹³ KEVORKIAN, R. *Fisiología de la Incontinencia urinaria*. 2004. Pág. 409.

¹⁴ GAMMACK, JK. *Incontinencia urinaria en el anciano frágil*. 2004. Pág. 454.

¹⁵ MADERSBACHER, H; MADERSBACHER, S. *Salud vesical en hombres: incontinencia urinaria*. 2005. Pág. 31.

3.2.4. FISIOPATOLOGÍA

“El mantenimiento de la continencia urinaria es un mecanismo complejo que requiere de coordinación de sistemas cognitivos y neuromusculares, así como de la adquisición de una conducta aprendida”.¹⁶

En el proceso de micción se necesitan planeación, tiempo y secuenciación apropiadas. La función de la vejiga tiene dos fases. Durante la fase de llenado, la vejiga almacena orina hasta que ésta pueda ser vaciada voluntariamente. Durante la fase de vaciamiento, la vejiga libera su contenido por control voluntario. Cambios en el almacenamiento de la vejiga causan incontinencia urinaria; cambios en la fase de vaciamiento causan retención urinaria parcial o completa. El músculo de la vejiga es suplido con fibras colinérgicas. Los nervios viscerales dan la sensación del tacto, el dolor y la distensión vesical. La contracción vesical es mediada principalmente vía receptores muscarínicos por estimulación de receptores M2 y M3.

“La capacidad vesical es generalmente entre 300 y 500 ml. La estimulación alfa adrenérgica contrae el cuello de la vejiga y el esfínter interno. La inervación somática, vía el nervio pudendo, mantiene el tono de los músculos del piso pélvico y el esfínter uretral externo durante la fase de llenado”.¹⁷

“El control muscular vesical y pélvico está unido directamente a la médula, y su función apropiada depende de la regulación de múltiples núcleos medulares. Neuronas motoras que inervan al esfínter se localizan a nivel sacro, conocido como el núcleo de Onuf. La inervación del esfínter puede ser somática y autonómica. Otros centros de control del esfínter se encuentran en el puente y en la corteza cerebral, los cuales mandan fibras al núcleo de Onuf. Este núcleo

¹⁶ FANTI, J. *Conducta e intervención comunitaria en ancianos con incontinencia urinaria*. 2008. Pág. 30.

¹⁷ SHARKAR, P; RITCH, E. *Manejo de la Incontinencia Urinaria*. 2010. Pág: 25.

es responsable del tono en reposo y la relajación refleja que ocurre en el esfínter durante el vaciamiento. La interrupción de las fibras descendentes del puente al sacro no permite una micción normal y resulta en incontinencia refleja con disinergia del esfínter y el detrusor. Esto también puede causar incontinencia de urgencia”.¹⁸

En la médula espinal íntegra la actividad aferente es mediada por fibras mielinizadas pequeñas que pasan de las vías espinales al tallo, de ahí van a la materia gris periacueductal, donde alertan al centro pontino de micción sobre el estado de llenado vesical. Múltiples neurotransmisores están involucrados en el funcionamiento normal de transducción. La mayor parte de la inervación sensitiva vesical y de la uretra se originan en la región toracolumbar y viaja vía el nervio pélvico. La micción comprende el almacenamiento y la expulsión, funciones opuestas de la vejiga y la uretra.

“El llenado vesical es controlado por nervios simpáticos mientras que el vaciamiento, por parasimpáticos. El sistema simpático debe inhibirse para permitir el llenado mientras el sistema parasimpático es suprimido. La norepinefrina estimula receptores betaadrenales para permitir la relajación durante el llenado”.¹⁹

3.2.5. CLASIFICACIÓN

Para la clasificación clínica inicial se establecen dos categorías: formas reversibles y persistentes. La primera se inicia de manera súbita y suele relacionarse con una afección aguda, claramente establecida. La persistente

¹⁸ BLOK, F. *Vías nerviosas centrales que controlan la micción nocturna y la continencia urinaria*. 2008. Pág. 13.

¹⁹ ELBADAWI, A. *Patología y fisiopatología de la incontinencia urinaria*. 2008. Pág. 22.

puede subdividirse según diferentes puntos de vista, anatómico, fisiopatológico y clínico; éste último es el más útil y es el que se detalla a continuación:²⁰

a. Incontinencia urinaria por esfuerzo o estrés

Se caracteriza por una pérdida de orina menor que 50 ml y ocurre por aumento en la presión abdominal, como al toser o reír. Suele ser causada por relajación del piso pélvico. Es más frecuente en las mujeres menores de 75 años. En los varones generalmente es secundaria a daño de los esfínteres (después de la cirugía transuretral o radioterapia).

b. Incontinencia urinaria de urgencia

Ocurre tan pronto como aparece la sensación de orinar y no hay tiempo de llegar al baño. Suele acompañarse de contracciones involuntarias del detrusor. Puede relacionarse con problemas del sistema nervioso tales como la enfermedad de Parkinson, accidente cerebro vascular, o demencia. Es la forma más frecuente de incontinencia urinaria después de los 75 años.

c. Incontinencia urinaria por rebosamiento o paradójica

Se relaciona con la distensión marcada de la vejiga. Puede ocurrir por obstrucción (crecimiento prostático o impactación fecal, entre otros) o factores neurogénicos tales como diabetes, lesiones de la motoneurona inferior, arreflexia del detrusor o esclerosis múltiple). El paciente está mojado en forma permanente pero es incapaz de vaciar totalmente la vejiga.

²⁰ LÓPEZ, Hernán; CANO, Carlos; GÓMEZ, José. *Fundamentos de Medicina: Geriatria*. 2006. Pág. 204.

d. Incontinencia urinaria funcional

Se define como la incapacidad de una persona continente para llegar al baño en el tiempo necesario para evitar la pérdida de orina. Es secundaria a problemas músculo-esqueléticos o neurosensoriales, demencias graves y barreras arquitectónicas, entre otras.

e. Incontinencia urinaria mixta

Es la pérdida de orina de urgencia y de esfuerzo.

f. Incontinencia urinaria total

Ocurre con mayor frecuencia en casos de deficiencia intrínseca del esfínter, vejiga neurogénica o cuando una fístula crea una condición anormal entre la uretra o la vejiga y la vejiga o el periné.

3.2.6. GRADO DE INCONTINENCIA

El grado de incontinencia se evalúa mediante el Índice de Severidad de Sandvik que se calcula multiplicando la frecuencia reportada por el volumen reportado de orina fugada.

“La incontinencia urinaria leve típicamente se define como la fuga de escasas gotas de orina algunos días al mes; la incontinencia urinaria moderada, la fuga diaria de gotas de orina, y la incontinencia urinaria severa, la pérdida de mayores cantidades de orina al menos una vez por semana.”²¹

²¹ HUNSKAAR, S; BURGIO, K; DIOKNO, A, et al. *Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women*. 2003. Pág. 16.

La incontinencia urinaria aguda se refiere al inicio súbito de fuga de orina que puede ocurrir durante delirio, infección aguda, inmovilidad, movilidad restringida, retención urinaria con desbordamiento, impactación fecal e inicio reciente de ingesta de fármacos como diuréticos, tricíclicos o psicotrópicos.

3.2.7. DIAGNÓSTICO

Los pacientes con incontinencia urinaria habitualmente no la reportan al médico, enfermera o cuidador e incluso la ocultan por vergüenza. Cerca de 70% de los adultos mayores con incontinencia urinaria se resisten a discutirlo con su médico. La mayoría de los pacientes con incontinencia urinaria pueden ser evaluados con una historia clínica, un examen físico, con la determinación del volumen urinario posvaciamiento y con un análisis urinario. También son necesarios el interrogatorio referente al deseo de orinar, la frecuencia, el goteo, la incontinencia, la nicturia, el control en el vaciado y la calidad del chorro, así como una historia farmacológica.²²

Durante la evaluación inicial de los adultos mayores se debe incluir la valoración del estado cognitivo, la movilidad, las actividades de la vida diaria y el grado de apoyo disponible para el adulto mayor incontinente. Todo examen físico debe incluir revisión pélvica y rectal, evaluación de la función de los músculos del piso pélvico, de la integridad del sistema nervioso, del reflejo bulbo-cavernoso y examen vaginal. En las mujeres el volumen residual postmicción generalmente se evalúa con catéter; en el hombre, habitualmente se realiza un ultrasonido. El análisis urinario deberá descartar infección. La microscopia y el cultivo urinario son los estándares más importantes para el diagnóstico. La mayoría de los casos no requiere estudios urodinámicos para iniciar tratamiento. En el paciente con hiperactividad del detrusor, el instrumento

²² MADERSBACHER, H; MADERSBACHER, S. *Salud vesical en hombres: incontinencia urinaria*. 2005. Pág. 32.

más importante es el diario de micción; el máximo volumen urinario registrado se correlaciona con la capacidad cistométrica.

El diagnóstico inicial de hiperactividad del detrusor puede hacerse en pacientes con frecuencia, volúmenes máximos y promedios pequeños con análisis urinario normal y bajos o nulos volúmenes residuales posmicción. En el adulto mayor existen tres diferentes patrones urodinámicos que llevan a disfunción de las vías urinarias bajas: hiperactividad del detrusor, alteración de la función del detrusor y reacción del detrusor a la obstrucción de la salida vesical. Los estudios urodinámicos deben considerarse bajo las siguientes circunstancias: volumen urinario residual posmicción mayor a 50 % de la capacidad vesical, falla del tratamiento primario iniciado, secundario a un abordaje diagnóstico básico o manejo invasivo previo.

Existen varios instrumentos urodinámicos para el diagnóstico de incontinencia. La cistometría identifica la inestabilidad del detrusor y puede ser de dos tipos: simple, que mide la presión vesical (el cistometrograma plasma la presión vesical durante el llenado vesical con agua); la compleja, que registra varias presiones distintas simultáneamente. En la interpretación de la cistometría, mientras se llena la vejiga se llega a un punto en que la presión causa el inicio del vaciamiento vesical. Para que este vaciamiento ocurra debe haber simultáneamente contracción de la vejiga, relajación del esfínter y, al estar completamente vacía la vejiga, contracción del detrusor.

Otros estudios incluyen cistouretrografía, estudios de flujo-presión, pruebas de contractibilidad del detrusor, electromiografía y videourodinámicas. La cistouretrografía orienta sobre la habilidad del esfínter uretral interno para relajarse, el grado de trabeculación de la pared vesical y la presencia de obstrucción anatómica.

3.2.8. TRATAMIENTO

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 multidisciplinarios 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 piso pélvico) son efectivas para mejorar la incontinencia urinaria en la mayoría de los pacientes”.²³

“La modificación del comportamiento ha demostrado su efectividad para reducir los episodios de incontinencia. Consiste en entrenamiento al miccionar, ejercicios del piso pélvico y en la acción de acudir al excusado. La rehabilitación del piso pélvico incrementa la fuerza de la musculatura estriada, aumentando la resistencia uretral. El entrenamiento vesical aumenta la inhibición cortical sobre el centro reflejo sacro para la micción. Un ejercicio diario durante toda la terapia es la base de las modificaciones del comportamiento. La ingesta adecuada de líquido, la reducción o la eliminación de cafeína, el dejar el tabaco, la pérdida de peso, el ejercicio moderado y la regularidad del hábito intestinal, son parte fundamental en la modificación del comportamiento”. Esta modificación debe combinarse con farmacoterapia o neuromodulación eléctrica.²⁴

“En general son necesarias seis semanas de terapia para notar efectos; se calculan ocho a doce semanas para reevaluar el caso o referir al especialista; y tres a seis meses para lograr un efecto permanente. Las modificaciones al

²³ SHARKAR, P; RITCH, E. *Manejo de la Incontinencia Urinaria*. 2010. Pág: 26.

²⁴ LABIN, L; MORSE, A. *Vejiga neurogénica e incontinencia urinaria de estrés: diagnóstico y Tratamiento*. 2005. Pág. 18.

comportamiento reducirán la incontinencia urinaria más que abolirla, lo que por sí solas mejorarán la calidad de vida de los pacientes. El manejo de la incontinencia urinaria debe empezar con el abordaje menos invasivo y riesgoso”.²⁵

El tratamiento de incontinencia urinaria aguda incluye la suspensión de medicamentos que estén ocasionando confusión aguda, el tratamiento de infecciones urinarias simples, de impactación fecal y la provisión de un urinario o chata cómodos en casos de restricción en la movilidad. Actualmente, en el tratamiento de incontinencia urinaria se recomiendan medidas de comportamiento farmacológicas y quirúrgicas.

Ante inestabilidad del detrusor, el objetivo es mejorar la capacidad vesical bloqueando o reduciendo las contracciones no inhibidas; y aumentar el tiempo de inicio de síntomas de urgencia para la micción. La terapia de comportamiento como la retención vesical, los ejercicios de piso pélvico y el cambio de hábitos pueden ser efectivos. La estimulación eléctrica del piso pélvico puede restaurar la continencia inhibiendo el reflejo de contracción vesical, fortaleciendo el soporte estructural de la uretra y del cuello vesical, asegurando el cerrado de la uretra proximal y modificando la vasculatura del tejido de la uretra y el cuello vesical. Se ha usado también para incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencias y mixta.

El tratamiento farmacológico se basa en los medicamentos con propiedades anticolinérgicas y de relajación de músculo liso. Es efectivo en inestabilidad del detrusor.

²⁵ MADERSBACHER, H; MADERSBACHER, S. *Salud vesical en hombres: incontinencia urinaria*. 2005. Pág. 32.

Los fármacos antimuscarínicos como la oxibutinina y la tolterodina son la base del tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia. La duloxetina es el único inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina indicado en incontinencia urinaria de esfuerzo, reduciendo los episodios de incontinencia urinaria y mejorando la calidad de vida.

3.2.9. PREVENCIÓN

El manejo de la incontinencia urinaria debe enfocarse en la modificación de factores de riesgo y la minimización del impacto en la salud de las condiciones de comorbilidad. La prevención se basa en reducir el impacto de las enfermedades crónicas en el riesgo relacionado a la incontinencia urinaria y en prevenir el desarrollo de la incontinencia urinaria en sí.²⁶

La selección de medicamentos en prevención e incontinencia urinaria es básica ya que los adultos mayores confinados a un asilo toman en promedio 5.3 medicamentos al día. Múltiples medicamentos afectan al sistema urinario y deberán usarse cautelosamente. Medicinas con efectos anticolinérgicos pueden reducir el vaciamiento urinario resultando en retención urinaria con incontinencia por rebosamiento. Por otro lado, los agonistas colinérgicos pueden empeorar la hiperactividad de la vejiga. Antagonistas alfa-adrenérgicos son útiles en hombres con obstrucción del flujo urinario por hiperplasia prostática pero pueden empeorar el control del esfínter en mujeres con incontinencia de estrés. La reducción de fármacos que causan sedación y confusión, incluyendo la ingesta excesiva de alcohol, promueve un mejor control de las actividades de vaciamiento. La cafeína es un diurético conocido como irritante de las vías urinarias.

²⁶ GAMMACK, JK. *Incontinencia urinaria en el anciano frágil*. 2004. Pág. 454.

En pacientes que requieren usar diuréticos es conveniente la dosis temprana de los mismos para evitar nicturia, y con esto, el riesgo de caídas y un mejor sueño. Personas con incontinencia urinaria de estrés, secundaria a tos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pueden tomar algún antitusígeno. El manejo adecuado de la diabetes e hipercalcemia puede evitar la poliuria. La pérdida de peso en mujeres ancianas ha demostrado reducir la frecuencia de incontinencia urinaria. Cuando la incontinencia urinaria es multifactorial en etiología o de tipo mixto, el manejo deberá enfocarse en estrategias de prevención y tratamiento.

3.3. CALIDAD DE VIDA

3.3.1. DEFINICIÓN

“Es el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida”.²⁷

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.²⁸

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que refleja las actitudes y conductas físicas, emocionales y sociales de un individuo,

²⁷ MARTÍN, A; CANO, J. *Compendio de Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 2005. Pág. 178.

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *LIV Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de la salud*. 2001. Pág. 39.

relacionado con su estado de salud previo y actual. Por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud traduce la influencia que la salud tiene sobre las actitudes y el comportamiento en la vida diaria de las personas.

Calidad de vida del adulto mayor, según Velandia es “La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.²⁹

Krzejmen, sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”.³⁰

Eamon O'Shea, sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”.³¹

²⁹ VELANDIA, A. *Investigación en salud y calidad de vida*. 2005. Pág. 300.

³⁰ KRZEMIEN, D. *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*. 2001. Pág. 3.

³¹ RODRÍGUEZ, G; GIL, J, GARCÍA, E. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. 2006. Pág. 31.

3.3.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

a. Dimensión física

Hace referencia a la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

b. Dimensión psicológica

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

c. Dimensión social

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral".³²

3.3.3. MODELOS DE CALIDAD DE VIDA

Con la intención de entender conceptualmente los factores determinantes de la calidad de vida y la incertidumbre que provoca la enfermedad, se han formulado modelos teóricos que tratan de explicar ambos conceptos y cuya aplicación empírica sirve de base para la identificación de estos factores, y la proposición de programas de prevención e intervención.

En concordancia con lo anterior, existen dos modelos teóricos principales, cuya aplicación empírica ha sido avalada: el de calidad de vida de L. Schwartzmann (2003) y el de incertidumbre de M. Mishel (1998), proponiéndose al mismo

³² LUGONES, M. *Algunas consideraciones sobre la calidad de vida*. 2002: Pág. 13.

tiempo un modelo estructural que dé cuenta de la relación entre calidad de vida y nivel de incertidumbre.

Para enfermería el conocimiento de la calidad de vida y su asociación con el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, adquiere gran importancia, lo cual permitiría profundizar en las necesidades de atención de estas pacientes, aportando información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades crónicas y de los factores psicosociales que en ellas influyen. De este modo, las profesionales de enfermería que tienen a su cargo este tipo de pacientes podrían incorporar estos aspectos a la valoración y la intervención en enfermería en su plan de cuidados; al mismo tiempo elaborar estrategias cuya labor puede extenderse ya sea tanto en la clínica hospitalaria, la atención de enfermería en domicilio, la rehabilitación, la orientación en salud y la consejería familiar para la adaptación a la enfermedad, todo lo cual contribuirá no sólo al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y familia, sino al de la propia comunidad.

a. Modelo de calidad de vida (Shwatzmann, 2003)

Surgió desde hace dos décadas y producto de las características epidemiológicas y sociales de la enfermedad, donde las patologías crónicas son prevalentes y para lo cual no existe una curación total, cambia el objetivo de los tratamientos, para ser destinados a atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, utilizándose para ello un modelo alternativo en el cuidado del paciente llamado modelo biopsicosocial, el cual incorpora no sólo el concepto biológico de la enfermedad, sino que adiciona las dimensiones psicológicas y sociales que experimenta el paciente frente a la enfermedad, surgiendo de esta manera el paradigma de calidad de vida como una medida subjetiva de estos dominios.

Schwartzmann y col. proponen un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. “Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente.”³³

En este modelo se postula el papel de los procesos de adaptación a las nuevas situaciones, los cuales llevan a cambios en la valoración con patrones temporales o interpersonales también cambiantes, lo cual puede ser probado desde el punto de vista clínico a través del estudio de los mecanismos de afrontamiento (coping) y patrones con los cuales la persona se compara.

La calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuera tan disímil. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidiría negativamente (pobreza, desempleo, duelos).

Desde la perspectiva de este modelo, para el caso de pacientes con enfermedades crónicas, el diagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades provoca un fuerte impacto emocional, donde aparecen problemas psicológicos cambiantes, que se suceden en las diversas fases de su enfermedad, fenómeno que dependerá de las estrategias de afrontamiento

³³ SCHWARTZMANN, L. *Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. 2003. Pág. 9.

que utilice para enfrentarse a la enfermedad y que, en suma, determinaran su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida (evaluación afectiva y mecanismos de afrontamiento).

Los pacientes que están en mejores condiciones para adaptarse podrán continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad física y emocional y seguir participando en actividades que son significativas para ellos, encontrando aún significado e importancia en sus vidas. Los pacientes que no se adapten bien probablemente participarán menos en sus propias actividades vitales, se retraerán y perderán esperanza.

b. Modelo de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988)

Merle Mishel propuso un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basado en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton (1979) y en el estudio de la personalidad de Budner (1962).

Mishel atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman sobre estrés, valoración afrontamiento; lo que es exclusivo de Mishel es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. “Para ello conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados, todos, fenómenos motivado por la falta de información y conocimiento.”

De esta forma, si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro.

De acuerdo a lo anterior, el modelo de la incertidumbre frente a la enfermedad está basado en los siguientes supuestos:

- 1) La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
- 2) La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.
- 3) La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.
- 4) La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.

Elementos conceptuales del modelo:

- a) Antecedentes de la incertidumbre: Definidos a través del marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura.
- b) Autovaloración de la incertidumbre: Con dos procesos definidos: la inferencia y la ilusión.
- c) Afrontamiento: Que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de apoyo psicológico. Si, en cambio, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se protege.

De acuerdo al modelo, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible

realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo mejorando sustancialmente la calidad de vida.

3.3.4. FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA

Los factores que afectan potencialmente la calidad de vida del adulto mayor están originados en el aumento de la esperanza de vida seguido por una baja en las tasas de fertilidad, los cambios en la economía, la creciente migración del campo a la ciudad, la mayor educación de los hijos; otros factores son positivos y mitigan los posibles resultados en salud mental, como son: la mayor educación de los adultos, el aumento del ingreso per cápita en algunos países y las mejoras en la atención en salud, de igual manera el apoyo familiar que estos requieren.

3.3.5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Al aceptar la calidad de vida como entidad, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos.

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto,

y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios.

Si los temas escogidos son los adecuados, el resultado de la escala de medición diferirá del valor real de la calidad de vida por un pequeño error de medición, y poseerá propiedades estadísticas. “Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.”³⁴

En la presente investigación para evaluar la calidad de vida se aplicó el cuestionario de calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria, elaborado y validado por Potenziani, (2001). Este instrumento es una encuesta que a partir de 22 preguntas mide el grado de afectación de la calidad de vida que presentan los pacientes incontinentes. El Índice de confiabilidad de la prueba es de 0,88. Las preguntas tienen tres alternativas de respuesta de la siguiente manera: No: 0 puntos, A veces: 1 punto, Si: 2 puntos. El puntaje total se suma y se convierte a la siguiente escala:

- de 0 a 14 puntos: Afectación leve (mínima) de su calidad de vida.
- de 15 a 29 puntos: Afectación moderada de su calidad de vida.
- de 30 a 44 puntos: Afectación intensa de su calidad de vida.

3.4. CUIDADO DE ENFERMERÍA

3.4.1. VALORACIÓN

La valoración del paciente incontinente puede llegar a ser compleja. La primera cuestión a discernir es si se trata de un problema de autonomía o de un

³⁴ TESTA, M; SIMONSON, D. *Assessment of quality of life outcomes*. 2006. Pág. 835.

verdadero diagnóstico enfermero. Debe tenerse en cuenta, por tanto, la capacidad física e intelectual del paciente para realizar una conducta que mejore o resuelva la alteración de la necesidad. Por tanto, será de utilidad realizar previamente algún test cognitivo como por ejemplo Pfeiffer y valorar su funcionalidad (Katz o Barthel). Si el paciente dispone de esta capacidad, es decir, es autónomo deberemos interrogarlo para saber si percibe o no la necesidad de orinar y cómo la percibe (Vg. ¿urgencia?). Las circunstancias en que se produce la pérdida deben ser valoradas: esfuerzos, tos, dificultad para el desplazamiento, disponibilidad de elementos de vaciado. La movilidad es, por tanto, un elemento a valorar y las respuestas anómalas en esta necesidad deben ser normalizadas o suplementadas prioritariamente.

La ingesta, fundamentalmente hídrica, y los estimulantes y medicamentos deben ser considerados (hemos de tener presente que numerosos medicamentos actúan sobre el sistema urinario, como los diuréticos, los hipotensores, los vasodilatadores, los neurolépticos, los miorelajantes, y los antidepresivos, pudiendo dificultar el éxito del tratamiento). Los pacientes con IU a menudo restringen los líquidos para aminorar el riesgo de pérdidas involuntarias. La suposición de que existe relación entre el incremento de la ingesta líquida y el aumento del número y la frecuencia de pérdidas son lógicos y han sido sostenidos empíricamente por mujeres asintomáticas y en mujeres con IU. Hasta la fecha existe evidencia muy modesta, sin embargo, esta sugiere que el incremento del volumen líquido no contribuye a IU y puede, de hecho, reducir la pérdida involuntaria de la orina.

Los pacientes con IU, antes de solicitar consejo profesional suelen usar múltiples estrategias para mantenerse secos y una de ellas es la restricción de líquidos, por ello antes de recomendar el incremento de la ingesta de líquidos sería apropiado empezar por otras técnicas que aumenten su confianza en nuestros consejos. La evidencia para aumentar la ingesta de líquidos en IU es modesta y los estudios futuros deberían explorar la manera de introducir esta

terapia en aras de conseguir mayor adherencia. Se precisa, así mismo, investigar el efecto previsiblemente distinto que la modificación de la ingesta hídrica tenga en tipos específicos de IU.

La nutrición debe revisarse y modificarse los hábitos que puedan contribuir a aumentar las pérdidas, debe tenerse presente que la obesidad y la constipación son factores contribuyentes. Existe evidencia abundante de la relación entre IU y la obesidad. Los Expertos teorizan sobre si el incremento de peso aumenta la presión intrapélvica y contribuye a la debilidad del suelo pélvico. La evidencia actual apoya la pérdida ponderal como una intervención para la IU. La mayoría de mujeres con obesidad mórbida que se sometieron a gastroplastia recobraron la continencia y la mantuvieron un año más tarde.³⁵

Es importante recomendar cambios dietéticos, sobre todo la reducción de cafeína. La cafeína es un estimulante extensamente utilizado que se encuentra en el café, en el té, en el chocolate, en las gaseosas, y en algunas drogas sin receta. Los informes de una relación entre cafeína y los síntomas urinarios del tracto inferior, sin embargo, son contradictorios. El tabaco se ha asociado con una incidencia aumentada de IU. Aunque el mecanismo fisiológico de esta relación no es bien comprendido, los expertos postulan que la tos crónica y potencialmente violenta que acompaña a muchos fumadores puede llevar a defectos anatómicos. La nicotina puede tener también un efecto directo ya que induce una contracción del detrusor in vitro.

El sueño y descanso pueden verse alterados por la necesidad de orinar o el escape, y en la comunicación el déficit de autoestima y la ansiedad pueden hacerse patentes. La incontinencia constituye un elemento de riesgo de deterioro de la integridad cutánea en escalas como Norton o Braden.

³⁵ MORILLA, J. Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria. 2007. Pág. 57.

La valoración inicial en el varón con incontinencia urinaria debe incluir la cumplimentación de un diario miccional, urianálisis, estimación del volumen residual y tacto rectal. La valoración inicial en la mujer con incontinencia urinaria debe incluir la cumplimentación de un diario miccional, urianálisis, y cuando existan síntomas de disfunción vesical o infecciones urinarias de repetición, se debe realizar la estimación del volumen residual mediante el sondaje vesical. La valoración digital de la función muscular del suelo pélvico debe realizarse antes de iniciar cualquier programa de ejercicios de suelo pélvico.³⁶

3.4.2. EDUCACIÓN

Los cuidadores de pacientes incapacitados con problemas de incontinencia deben ser instruidos y motivados para realizar Vaciamiento Programado de manera reglada. Con el vaciamiento Programado, si tras 4-7 semanas no se consigue continencia por períodos superiores a 2 horas puede plantearse la suspensión de la terapia de vaciamiento programado. A los pacientes que presentan incontinencia urinaria de urgencia, se debe ofrecer el reentrenamiento vesical.

A los pacientes con IU de esfuerzo o mixta Los ejercicios de suelo pélvico deben ser propuestos a como tratamiento de primera elección. Los programas de ejercicios deben ser enseñados a los pacientes para ser realizados por ellos. Los ejercicios de suelo pélvico pueden ser considerados como una parte del plan de tratamiento en pacientes con IU de urgencia. Antes de iniciar cualquier programa de ejercicios, la enfermera debe realizar la valoración funcional de la musculatura pélvica mediante tacto anal o vaginal, actividad que debe ser considerada prioritaria. De igual modo el tratamiento con ejercicios de suelo pélvico debe ser considerado en pacientes varones tras cirugía radical de próstata.

³⁶ MORILLA, J. Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria. 2007. Pág. 58.

Si se considera el tratamiento conservador de la IU de esfuerzo o mixta, entonces debe ofrecerse el tratamiento con conos vaginales como una opción al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con la esperanza de que se acepte algún tipo de entrenamiento dado que el tratamiento que se interrumpe no tiene posibilidades de funcionar.

En mujeres que tienen dificultad en aislar la contracción de la musculatura pélvica pueden beneficiarse del Biofeedback, En varones con grandes pérdidas durante el día, la enfermera debe recomendar el uso de los colectores. En cuanto al sondaje vesical, no se recomienda el uso de sonda suprapúbica como alternativa al sondaje uretral. Tampoco se recomienda usar profilaxis antibiótica en los adultos mayores con sonda vesical. En los varones se recomiendan catéteres siliconados que puede causen menos efectos secundarios. En pacientes hospitalizados se recomienda la retirada precoz a medianoche de los catéteres. En cuanto a los absorbentes, la enfermera debe recomendar el uso de absorbentes de un sólo uso provistos de polímeros superabsorbentes.³⁷

3.4.3. DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los pacientes deben ser derivados al nivel secundario cuando no hayan surtido efecto los tratamientos o se valore la necesidad de tratamiento quirúrgico. Las mujeres en que se sospeche disfunción vesical o prolapsos deben ser derivadas al nivel especializado. Los hombres con reducción del flujo de la orina o aumento del volumen residual deben ser derivados al nivel especializado.

³⁷ MORILLA, J. Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria. 2007. Pág. 59.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. INTERNACIONALES

Prado Villanueva, Begoña; Bischoffberger Valdés, Cornelia; Valderrama Gama, Emiliana; Verdejo Bravo, Carlos; Damián, Javier. (2011, España) realizó un trabajo intitulado: Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. Se llegó a las siguientes conclusiones:

La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 53,6%. El 35,8% de la población tenía incontinencia frecuente o total. El 60,1% de los incontinentes tenía pérdidas de mucha cantidad. La presentación más frecuente entre los incontinentes fue la mixta (54,1%). El tipo más frecuente en la población fue el de urgencia (26,8%) seguido por dificultad de caminar (21,4%). La IU se asoció con incapacidad funcional moderada y severa incontinencia fecal, ictus, restricciones físicas y caídas. La media de absorbentes por persona-día fue 3,0.

Silva, Vanessa Abreu da; Souza, Katia Lacerda de; D'Elboux, Maria José. (2011, Brasil) realizaron un estudio intitulado: Incontinencia urinaria y los criterios de fragilidad en ancianos en atención ambulatoria. Se llegó a las siguientes conclusiones:

La edad media de los 100 ancianos participantes fue 76,2 años; 65 ancianos refirieron IU, 71,3% de ellos presentaban tres o más criterios de fragilidad. La ocurrencia de IU fue superior en ancianos frágiles ($p=0,0011$). El análisis multivariado mostró que los criterios lentitud ($OR=4,99$) y agotamiento ($OR=4,85$) presentaron relación estadísticamente significativa con IU. La ocurrencia de IU fue elevada y aquellos ancianos con lentitud tienen riesgo casi cinco veces mayor de presentar IU, y los que refieren agotamiento tienen riesgo cinco veces mayor de IU comparados con los que no presentan esos criterios.

Martínez, J.L.; Ruíz, L; Gómez, P; Rebollo, M; Pérez, J. (2010, España) realizaron un estudio intitulado: Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. El estudio llegó a las siguientes conclusiones:

Los pacientes que presentaban síntomas de vejiga hiperactiva y de incontinencia urinaria, tuvieron peores puntuaciones en la dimensión física, mental y en síntomas del cuestionario de salud SF-12. El impacto de la vejiga hiperactiva y la incontinencia urinaria sobre la CVRS fue superior en varones de más de 65 años respecto a las mujeres de la misma edad. El impacto sobre la CVRS es similar en varones y mujeres en la mediana edad pero superior en varones de más de 65 años.

Hernández-Fabà, Eva; Fuentelsaz-Gallego, Carmen; Aran-Catalán, Rosa; Suñer-Soler, Rosa; Egea-Zerolo, Blanca; Nieto-Blanco, Esther. (2007, España) realizaron una revisión intitlada: La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica. Se llegó a las siguientes conclusiones:

La incontinencia urinaria en ancianos tiene elevada prevalencia y oscila entre un 15,5 y un 52,0%. La prevalencia es más elevada en mujeres, personas de mayor edad, dependientes o con deterioro cognitivo. Se insiste en que sigue siendo un problema poco tratado, tanto por la falta de comunicación de los afectados como por la falta de concienciación del personal sanitario. Además, se revisan los diferentes tratamientos no invasivos que han mostrado beneficios en estos pacientes: reeducación vesical, cambios en el estilo de vida o rehabilitación con ejercicios de refuerzo del suelo pélvico.

Teunissen, Van den Bosch; Van Weel, C; Lagro-Janssen, C. (2006, Holanda) realizó un estudio intitulado: Cómo afecta la incontinencia urinaria

la vida diaria de los pacientes ancianos. Se llegó a las siguientes conclusiones:

Según el Cuestionario de Calidad de Vida en la Incontinencia Urinaria, la mitad de los encuestados mostró nerviosismo, ansiedad, vergüenza o frustración por la incontinencia y el impacto fue mayor en los hombres que en las mujeres. En relación con la esfera social, el mayor impacto se ubicó en la posibilidad de que alguien pudiera darse cuenta de la IU a través de la ropa mojada, aspecto que informó el 20% de los hombres y el 10% de las mujeres. El 10% de los pacientes refirió que tenía restringida la actividad física; el impacto fue mayor en los hombres que en las mujeres, excepto en actividades como recreación física, tareas domésticas y trabajo de jardinería. El mayor efecto de la IU informado sobre la vida diaria se puede dividir en ser incapaz de controlar la incontinencia y sentirse presionado por las precauciones que deben tener en cuenta.

4.2. NACIONALES

Guillen, Otto; Llanos, Fernando; Lecca, Leonid (2006, Perú) realizaron un estudio intitulado: Frecuencia, severidad y factores predisponentes de incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. Se llegó a las siguientes conclusiones:

En una muestra de 325 pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Lima – Perú, el 39,0% presentaron incontinencia urinaria, principalmente mujeres (71,7%) y menores de 60 años (81,3%); 39.4% tuvieron severidad moderada-severa, según el Índice de Sandvik y 33.1% soportaron la enfermedad por 3 o más años. El tipo más frecuente fue la incontinencia urinaria de esfuerzo (23,4%). Sólo se identificó el sexo femenino como único factor asociado al desarrollo de incontinencia. Existe una frecuencia importante de incontinencia urinaria entre pacientes hospitalizados, por lo que se hace necesaria una intervención de los profesionales de la salud en la búsqueda de síntomas

de incontinencia urinaria y educación de la población, sobre todo hospitalizada y con factores predisponentes para desarrollar incontinencia, en especial mujeres.

4.3. LOCALES

No se han encontrado antecedentes locales.

5. HIPÓTESIS

Dado que el proceso de envejecimiento ocasiona una serie de cambios anatómicos y fisiológicos en el sistema genitourinario, los cuales pueden afectar la capacidad de controlar la emisión voluntaria de la orina causando discomfort físico y preocupación o malestar emocional en los adultos mayores;

Es probable que la incontinencia urinaria influya en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTOS

1.1. TÉCNICA

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Cuestionario acerca de la incontinencia urinaria

Para obtener información acerca de la incontinencia urinaria se aplicó un formulario de preguntas conformado por 11 ítems, en éste se plantearon aspectos relacionados a la incontinencia urinaria en los adultos mayores.

Para medir la severidad se emplea el Índice de Sandvik et al., quienes proponen dos pequeños test cuyas puntuaciones se multiplican para obtener un índice de severidad: es descrita por el resultado del producto de la puntuación

obtenida en la pregunta 7 multiplicada por puntuación obtenida en la pregunta 8, de modo que:^{38 39} (ver anexo 2)

0 = no incontinente.

1-2 = incontinencia leve.

3-4 = incontinencia moderada.

6-8 = incontinencia severa.

1.2.2. Cuestionario de calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria

Se aplicó el cuestionario de calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria, elaborado por Potenziani, (2001). Consta de 22 preguntas y mide el grado de afectación de la calidad de vida que presentan los pacientes incontinentes. El puntaje total se suma y se convierte a la siguiente escala:

- de 0 a 14 puntos: Afectación leve (mínima) de su calidad de vida.
- de 15 a 29 puntos: Afectación moderada de su calidad de vida.
- de 30 a 44 puntos: Afectación intensa de su calidad de vida.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El presente estudio fue realizado en el Centro de Salud Javier Llosa García, el cual está ubicado en la Avenida Viña del Mar s/n en el Distrito de Jacobo Dickson Hunter, en la Provincia y Departamento de Arequipa. El ámbito de la jurisdicción del Centro de Salud es:

³⁸ SANDVIK, et al. Urinary incontinence in women. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [CDROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005.

³⁹ MORILLA, J. Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria. 2007. Pág. 65.

Norte: Arequipa cercado.

Noreste: Arequipa cercado y José Luis Bustamante y Rivero.

Sur: Distrito de Socabaya.

Oeste: Tiabaya y Sachaca.

El Centro de Salud conforma la Micro Red Javier Llosa García de la provincia de Arequipa. Brinda atención en los Servicios de: Medicina, Ginecología, y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Emergencia, Programa de Crecimiento y Desarrollo, Odontología, Psicología, Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, Emergencia.

2.2. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por los adultos mayores con edades comprendidas desde los 60 años que asistieron al Centro de Salud.

2.2.1. Muestra

Para el desarrollo de la investigación, no se trabajó con una muestra sino con los 82 adultos mayores que asistieron al Centro de Salud Javier Llosa García en el mes de abril y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con edad mayor o igual a 60 años que presentan incontinencia urinaria, que asistieron al Centro de Salud Javier Llosa García.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no hablen castellano.

2.3. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio fue realizado durante los meses de marzo a mayo del 2012. La recolección de datos se realizó durante el mes de abril del año 2012.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Una vez aprobado el proyecto se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería el envío de una carta de presentación dirigida al Director del Centro de Salud para que autorizará la realización del presente trabajo.
- Se realizaron las coordinaciones necesarias con el personal que atiende a los pacientes adultos mayores en el Centro de Salud Javier Llosa García.
- Se procedió a realizar la identificación de la población de estudio revisando el libro de consultas.
- Una vez identificada la población, se procedió a solicitar su firma o autorización mediante el consentimiento informado y luego se realizó la recolección de datos.
- La investigadora acudió al Centro de Salud según el horario de atención del mismo y se procedió a la aplicación de los instrumentos a los adultos mayores previa explicación del propósito del estudio.

- Posterior a la obtención de resultados del instrumento acerca de la incontinencia urinaria, se estableció en frecuencia absoluta y relativa las características de este síndrome geriátrico. Después de la aplicación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria, se estableció la frecuencia y grado de afectación de la calidad de vida.
- Con los resultados obtenidos se procedió a la elaboración de la matriz de datos en el Programa Excel mediante el cual se tabularon todos los instrumentos, posteriormente se realizó el análisis estadístico de los resultados con el paquete estadístico STATISTICAS. Los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes. Para las variables numéricas se calcularon pruebas estadísticas de tendencia central como promedio, mediana, desviación estándar, valor mínimo y máximo. Para establecer la significancia de los resultados se aplicó la prueba de Ji cuadrado. Los resultados son presentados en tablas.

3.1. RECURSOS

Humanos:

La investigadora: Srta: Angela Milagros Paredes Talavera.

Asesora:

Institucionales:

Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería.

Centro de Salud Javier Llosa García.

Materiales:

Instrumentos, material de escritorio, computadora, paquete estadístico, cámara fotográfica.

Financieros:

La investigación fue solventada con recursos propios de la investigadora.





CAPÍTULO III
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 1
ADULTOS MAYORES QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA POR
EDAD SEGÚN SEXO. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA,
AREQUIPA, 2012.

SEXO \ EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
60 – 69	9	10,97	23	28,05	32	39,02
70 – 79	15	18,29	11	13,41	26	31,71
80 - 89	9	10,97	2	2,44	11	13,41
90 a más	5	6,10	8	9,76	13	15,86
TOTAL	38	46,34	44	53,66	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Edad promedio: 74,33 años; Mediana: 68 años; valor mínimo: 60 años; valor máximo: 92 años; desviación estándar: $\pm 6,70$.

Prueba t: 4,389 p < 0,05 Significativo

En relación a la edad de las unidades de estudio se observa que la edad más frecuente es entre 60 a 69 años, la edad promedio es de 74,33 años. El 53,66% muestra predominio del género femenino en la población de estudio.

De lo que se deduce que la mayoría de pacientes con incontinencia son adultos mayores de entre 60 a 69 años y que en este grupo etéreo hay mayor porcentaje de mujeres.

Estos resultados no concuerdan con el estudio de Martínez realizado en España, en el que reporta que el mayor porcentaje de incontinencia urinaria se observó en varones mayores de 65 años. Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Hernández quien reporta una mayor prevalencia en mujeres de edad más avanzada. El estudio de Guillen también reporta mayor frecuencia en el sexo femenino.



TABLA N° 2
ADULTOS MAYORES QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA
GARCÍA, AREQUIPA, 2012.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F	%
Analfabeto	17	20,73
Primaria	32	39,02
Secundaria	21	25,61
Superior técnico	3	3,66
Superior universitario	9	10,98
TOTAL	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla que la mayoría de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Javier Llosa García, tienen instrucción primaria en el 39,02%, el 25,61% tiene instrucción secundaria, 20,73% son analfabetos. El 10,98% y 3,66% de adultos mayores tienen nivel de instrucción superior universitario u superior técnico respectivamente.

De lo que se deduce que más de la mitad de adultos mayores que presentan incontinencia urinaria tienen bajo nivel de instrucción, lo que contribuye a que los pacientes no sepan cómo llevar la enfermedad, por lo cual no le brindan la debida importancia.

TABLA N° 3
ADULTOS MAYORES QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA
SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA
GARCÍA, AREQUIPA, 2012.

SITUACIÓN CONYUGAL	F	%
Soltero (a)	15	18,29
Casado (a)	18	21,95
Conviviente	25	30,49
Separado (a)	2	2,44
Viudo (a)	22	26,83
TOTAL	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla que la mayoría de adultos mayores son convivientes en el 30,49% de casos, el 26,83% son viudos, 21,95% son casados. Menores porcentajes son solteros o separados.

De lo que se deduce que el 79,27% tienen o tuvieron pareja.

INCONTINENCIA URINARIA

TABLA N° 4
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, AREQUIPA, 2012.

TIEMPO QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA (meses)	F	%
1 – 3	5	6,10
4 – 6	3	3,66
7 – 9	19	23,17
10 – 12	17	20,73
> 12	38	46,34
TOTAL	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Tiempo promedio: 12,33 meses; Mediana: 6 meses; valor mínimo: 1 mes; valor máximo: 7 años; desviación estándar: $\pm 1,59$.

Se observa en la tabla que el 46,34% de adultos mayores tienen incontinencia urinaria por un tiempo mayor a 12 meses, lo cual, explica la afectación de la calidad de vida. Algunos presentan la enfermedad más de cinco años y pocos tienen un tiempo de enfermedad menor de seis meses. El tiempo promedio de enfermedad es de 12,33 meses.

De lo que se deduce que la mayoría de adultos mayores presentan incontinencia urinaria por periodos prolongados de su vida, debido a que no reciben tratamiento. Estos resultados concuerdan con el estudio de Guillen realizado en el Perú, quien reporta que el 33,1% de pacientes presentan la incontinencia por tres años o más.

TABLA N° 5
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA.
CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA,
AREQUIPA, 2012.

TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Por esfuerzo	74	90,24	8	9,76	82	100
Por urgencia	67	81,70	15	18,30	82	100
Por rebosamiento	35	42,68	47	57,32	82	100
Funcional	65	79,27	17	20,73	82	100
Mixta (esfuerzo y urgencia)	47	57,32	35	42,68	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla que casi todos los adultos mayores presentan más de un tipo de incontinencia urinaria, sin embargo, los más frecuentes son la incontinencia por esfuerzo que se presenta en el 90,24% de casos, en segundo lugar, la incontinencia por urgencia en el 81,70% de casos y la incontinencia funcional en 79.27%.

De lo que se deduce que el tipo de incontinencia urinaria que los adultos mayores presentan con mayor frecuencia es la incontinencia por esfuerzo y urgencia, lo cual indica mayor alteración a nivel neuromuscular, principal afectación que presentan los adultos mayores.

Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Prado quien reporta que el 54,1% presenta incontinencia mixta, es decir de esfuerzo y de urgencia, tal como se vio en nuestro estudio. El estudio de Guillen refiere que el tipo de incontinencia más frecuente es el de esfuerzo (23,4%).

TABLA N° 6
ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INCONTINENCIA URINARIA.
CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, AREQUIPA, 2012.

GRADO DE INCONTINENCIA URINARIA	F	%
Leve	6	7,32
Moderada	24	29,27
Severa	52	63,41
TOTAL	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

La tabla muestra que el 63,41% de adultos mayores presentan incontinencia urinaria severa; 29,27% presentan incontinencia moderada y 7,32% leve.

De lo que se deduce que la existencia de incontinencia urinaria severa en los adultos mayores, se convierte en un verdadero problema de salud, por lo cual su calidad de vida también se ve afectada. De acuerdo al Índice de Severidad de Sandvik, los adultos mayores presentan incontinencia severa, lo que les debe causar mayor afectación en su calidad de vida y en sus actividades de la vida diaria, por lo que a partir de estos hallazgos se pueden realizar nuevas investigaciones.

TABLA N° 7
ADULTOS MAYORES SEGÚN TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA
URINARIA. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, AREQUIPA,
2012.

TRATAMIENTO	F	%
Sí	13	15,85
No	69	84,15
TOTAL	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

La tabla muestra que el 84,15% de adultos mayores no reciben tratamiento para la incontinencia urinaria; 15,85% sí reciben tratamiento.

De lo que se deduce que la mayoría de adultos mayores con incontinencia urinaria no reciben tratamiento, provocando mayores complicaciones en la enfermedad, convirtiéndose en un problema de salud que los afecta severamente, lo que justifica que este tópico deba ser razón de otras investigaciones.

TABLA N° 8
ADULTOS MAYORES SEGÚN USO DE ABSORBENTES PARA LA
INCONTINENCIA URINARIA. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA,
AREQUIPA, 2012.

USO DE ABSORBENTES	F	%
Sí	6	7,32
No	76	92,68
TOTAL	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

La tabla muestra que el 92,68% de adultos mayores no utilizan absorbentes para la incontinencia urinaria; 7,32% sí los utiliza.

De lo que se deduce que la falta de uso de absorbentes, provoque que el adulto mayor pase periodos de tiempo con la ropa húmeda o mojada por la orina, lo que incomodaría socialmente al adulto mayor afectando su calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 9
CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FÍSICA DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA. CENTRO DE
SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, AREQUIPA, 2012.

ITEM	No		A veces		Si		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Estoy preocupado si me río, toso o estornudo debido a mi incontinencia urinaria	12	14,63	11	13,41	59	71,96	82	100
Debo tener cuidado si al estar sentado me levantó súbitamente, ya que me preocuparía de orinarme	18	21,95	31	37,80	33	40,25	82	100
Estoy siempre pendiente de los baños cuando voy a lugares nuevos que no conozco	13	15,85	30	36,58	39	47,57	82	100
Es importante para mí tener que hacer visitas frecuentes al baño	22	26,83	39	47,56	21	25,61	82	100
Estoy preocupado (a) ya que mi incontinencia urinaria podría empeorar a medida que envejezco	9	10,97	17	20,74	56	68,29	82	100
Tengo dificultad en alcanzar una noche de sueño reparadora debido a mi incontinencia urinaria	41	50,00	21	25,61	20	24,39	82	100
Me preocupa no ser capaz de llegar a mi baño a tiempo y por lo tanto orinarme	8	9,76	55	67,07	19	23,17	82	100
Siento que no tengo control sobre mi vejiga urinaria	13	15,85	49	59,76	20	24,39	82	100
Tengo siempre que estar pendiente de lo que tomo debido a mi incontinencia urinaria	16	19,51	50	60,98	16	19,51	82	100
El tener incontinencia urinaria me limita al escoger la ropa para mi vida diaria	45	54,88	12	14,63	25	30,49	82	100
Me preocupa tener sexo debido a mi incontinencia urinaria	60	73,17	8	9,76	14	17,07	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla que algunos de los ítems en los que los pacientes respondieron no son: en el hecho de que la incontinencia lo limite en tener sexo (73,17%), escoger su ropa (54,88%) y en tener una noche de sueño reparador (50%). Los ítems en los que más frecuencia respondieron a veces son: le

preocupa no ser capaz de llegar al baño a tiempo (67,07%), tener que estar siempre pendiente de lo que toma debido a la incontinencia urinaria (60,97%) y sentir que no tiene control sobre su vejiga urinaria (59,76%).

Los ítems en los que los pacientes respondieron si con mayor frecuencia fueron: estar preocupado si se ríe, tose o estornuda por la posibilidad de presentar incontinencia urinaria (71,95%), sentirse preocupado por la posibilidad que la incontinencia urinaria empeore a medida que envejece (68,29%) y tener que estar pendiente de los baños cuando va a lugares nuevos que no conoce (47,56%).

De lo que se deduce que la incontinencia urinaria afecta la calidad de vida del paciente en diversos aspectos de la dimensión física, ya que no realiza con normalidad ciertas actividades que realizaba anteriormente en su vida diaria.

Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Martínez, quien reporta que los pacientes tuvieron mayor afectación en la dimensión física.

TABLA N° 10
CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN MENTAL DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA. CENTRO DE
SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, AREQUIPA, 2012.

ITEM	No		A veces		Si		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Estoy realmente preocupado de que se me escape la orina	20	24,39	28	34,15	34	41,46	82	100
Me siento deprimido por mi incontinencia urinaria	36	43,90	22	26,83	24	29,27	82	100
Debido a mi incontinencia urinaria, no me siento seguro (a) de dejar mi hogar por largos períodos de tiempo	62	75,61	8	9,76	12	14,63	82	100
Me siento frustrado debido a que tener incontinencia urinaria me impide hacer lo que yo quisiera	50	60,97	13	15,85	19	23,18	82	100
La incontinencia urinaria está siempre presente en mi mente	40	48,78	16	19,51	26	31,71	82	100
Mi incontinencia urinaria me hace sentir como si no fuera una persona sana y normal	53	64,63	22	26,83	7	8,54	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla que algunos de los ítems en los que los pacientes respondieron no son: debido a mi incontinencia no me siento seguro de dejar mi hogar (75,61%), mi incontinencia urinaria me hace sentir como si no fuera una persona sana y normal (64,63%) y la incontinencia urinaria está siempre presente en mi mente (48,78%). El ítem en el que los pacientes respondieron si con mayor frecuencia fueron: estoy realmente preocupado de que se me escape la orina (41,46%).

De lo que se deduce que la incontinencia urinaria afecta la dimensión mental del paciente, ya que le provoca preocupación, dependencia e incertidumbre.

TABLA N° 11
CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA. CENTRO DE
SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA, AREQUIPA, 2012.

ITEM	No		A veces		Si		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Me preocupa que otras personas puedan oler orina en mí	63	76,83	14	17,07	5	6,10	82	100
Dada la existencia de mi incontinencia urinaria, es importante para mi planificar cada detalle en el quehacer inmediato, o sea que no puedo planificar actividades con anterioridad	69	84,15	8	9,75	5	6,10	82	100
Me preocupa que por mi incontinencia urinaria me pueda sentir en aprietos o inclusive humillado	54	65,85	22	26,83	6	7,32	82	100
Mi incontinencia urinaria me hace sentir francamente infeliz	74	90,24	2	2,44	6	7,32	82	100
Yo siento que logro un menor goce de vivir debido a mi incontinencia urinaria	59	71,95	16	19,51	7	8,54	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla que en todos los ítems correspondientes a la dimensión social, los pacientes respondieron no en la mayoría de casos, destaca el ítem de que la incontinencia urinaria le hace sentir francamente infeliz, en el que el 90,24% de pacientes respondió la alternativa no. El 84,15% de pacientes señaló que dada la existencia de la incontinencia urinaria que presenta, no considera importante planificar cada detalle de su quehacer inmediato.

De lo que se deduce que la incontinencia urinaria afecta en menor medida la dimensión social de los pacientes ya que la mayoría solo socializa con su entorno familiar más cercano.

TABLA N° 12
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE PRESENTAN
INCONTINENCIA URINARIA. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA,
AREQUIPA, 2012.

CALIDAD DE VIDA	F	%
Afectación leve	10	12,19
Afectación moderada	28	34,15
Afectación severa	44	53,66
TOTAL	82	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Puntaje promedio: 36,21 puntos; Mediana: 24 puntos; valor mínimo: 2 puntos; valor máximo: 36 puntos; desviación estándar: $\pm 7,92$.

Se observa en la tabla que el 53,66% de adultos mayores tienen afectación severa de la calidad de vida a causa de la incontinencia urinaria. El 34,15% tienen afectación moderada y el 12,19% tienen afectación leve.

De lo que se deduce que la incontinencia urinaria afecta la calidad de vida de manera severa principalmente en la dimensión física y mental, ya que la incontinencia le impide realizar ciertas actividades como lo hacía anteriormente, además que le causa preocupación y malestar emocional. Dadas las características de los pacientes, la dimensión social es la menos afectada, ya que la mayoría de ellos no realiza muchas actividades de índole social, fuera de su entorno familiar más cercano.

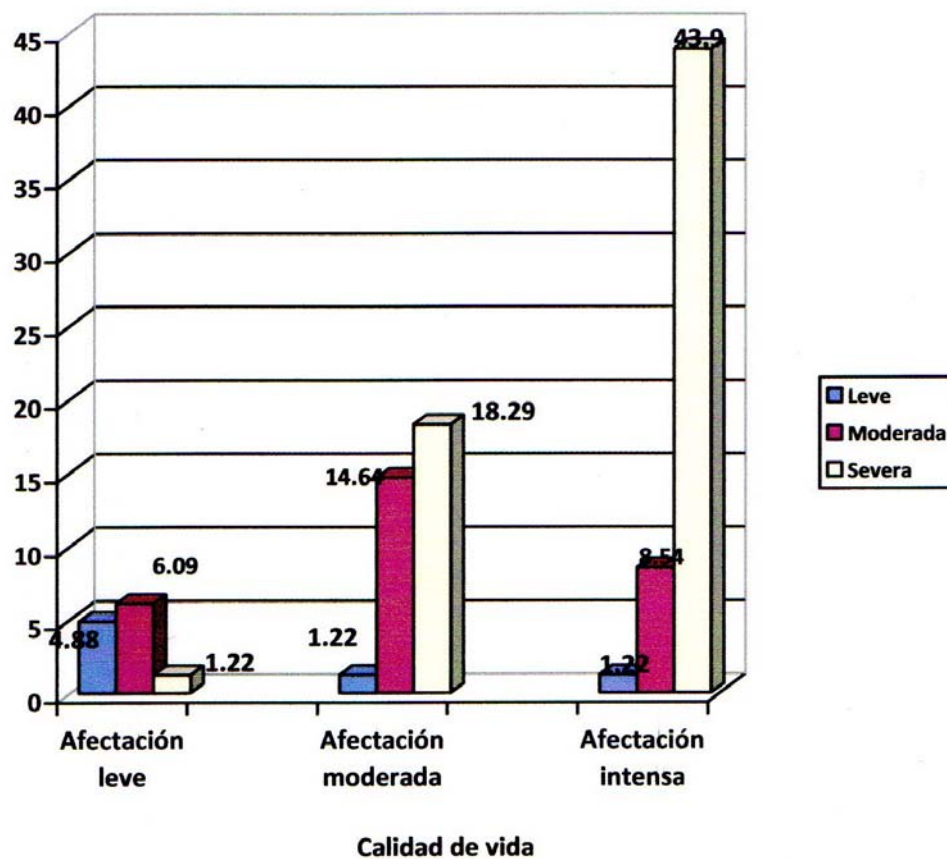
TABLA N° 13
INFLUENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA
GARCÍA, AREQUIPA, 2012

GRADO DE INCONTINENCIA	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	Afectación leve		Afectación moderada		Afectación severa			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Leve	4	4,88	1	1,22	1	1,22	6	7,32
Moderada	5	6,09	12	14,64	7	8,54	24	29,27
Severa	1	1,22	15	18,29	36	43,90	52	63,41
TOTAL	10	12,19	28	34,15	44	53,66	82	100

Fuente: Elaboración propia. 2012.

$X^2 = 17,93$ $p < 0,05$ **Significativo**

GRÁFICO N° 1
INFLUENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA
GARCÍA, AREQUIPA, 2012



Se observa en la tabla y grafico que el grado de incontinencia urinaria que presentan los adultos mayores influye de forma significativa en la calidad de vida, así, los pacientes que tienen incontinencia leve, es decir, aquellos que tienen pérdidas de escasas gotas de orina y de manera no frecuente, tienen afectación leve de su calidad de vida, por cuanto, la incontinencia no les afecta en mayor medida la realización de sus actividades como salir a la calle, realizar

quehaceres en el hogar, u otros. Mientras que los pacientes con incontinencia severa, es decir, aquellos que sufren pérdida de mayores cantidades de orina y estos episodios se producen de forma reiterada durante el día y la noche, tienen afectación severa de la calidad de vida, porque les afecta en mayor medida sus actividades, además, sienten más incomodidad por ejemplo, al salir a la calle, o la noche cuando permanecen acostados por el hecho de que se moja la cama y no pueden dormir, o al estar con la ropa húmeda, sienten mal olor y discomfort, situaciones que sin lugar a dudas afectan la calidad de vida.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que existe una relación directa entre ambas variables, comprobándose la hipótesis de estudio.

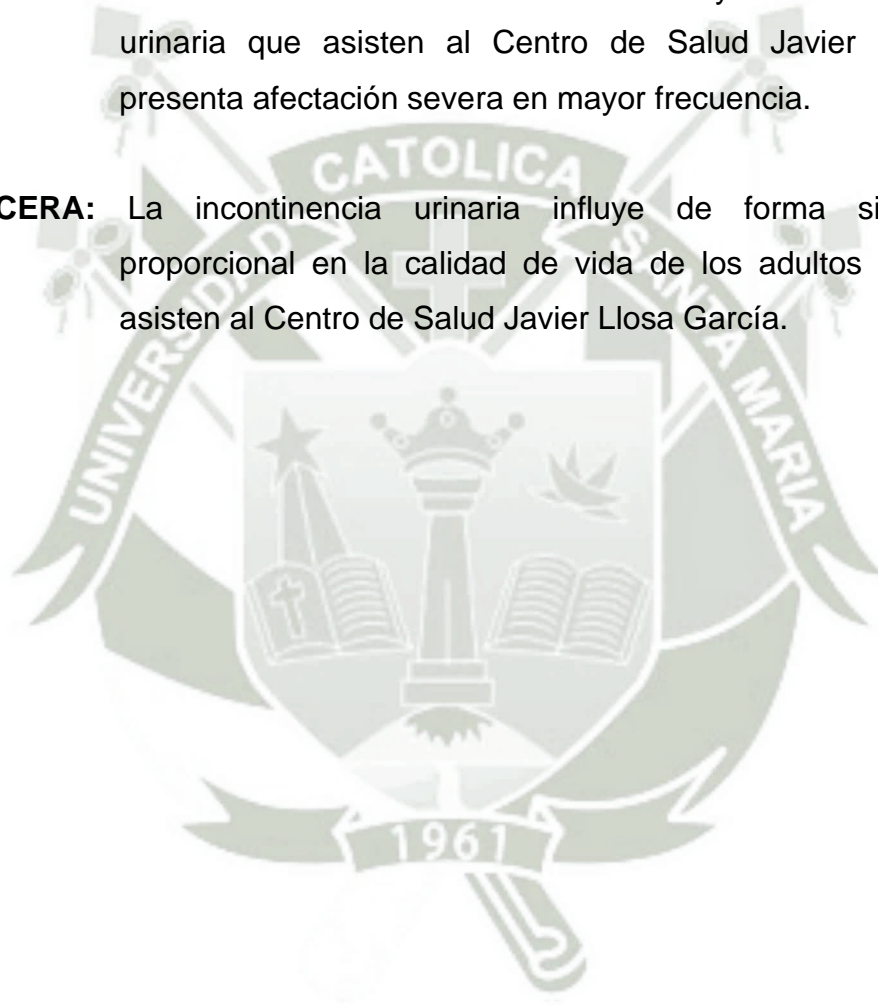


CONCLUSIONES

PRIMERA: El grado de incontinencia urinaria más frecuente en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García es severa.

SEGUNDA: La calidad de vida de los adultos mayores con incontinencia urinaria que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García presenta afectación severa en mayor frecuencia.

TERCERA: La incontinencia urinaria influye de forma significativa y proporcional en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se sugiere al personal del Centro de Salud Javier Llosa García a cargo del Programa del Adulto Mayor, que implementen dentro del programa sesiones educativas sobre la incontinencia urinaria, para su prevención y detección temprana, para mejorar su calidad de vida, llevando a cabo una evaluación de la misma en pacientes adultos mayores incontinentes.
- SEGUNDA:** Se sugiere al personal del Centro de Salud Javier Llosa García a cargo del Programa del Adulto Mayor, que brinden educación a los familiares y cuidadores para mejorar el cuidado del adulto mayor incontinente en relación a los cambios de ropa, cambios de ropa de cama, cambios de posición para la prevención de las úlceras por presión, así como en la enseñanza de la higiene física correcta e hidratación de la piel, y las medidas necesarias que permitan controlar los peligros ambientales a los que pueden verse expuestos los adultos mayores en su deseo de llegar rápidamente al baño.
- TERCERA:** Difundir el presente estudio de investigación para que los resultados sean conocidos por el personal del Centro de Salud Javier Llosa García, en especial del personal de enfermería para que sirvan como guía a nuevos estudios que contribuyan con la salud de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

BETH DAWSON SAUNDERS. Bioestadística Médica. 17 Ed. Editorial El Manual Moderno. México D.F. 2002.

BRAUNWALD; FAUCI; KASPER; HAUSER; LONGO Y JAMESON. Harrison Principios de Medicina Interna. 16 ava edición. Edit. Mac Graw Hill Interamericana. Estados Unidos. 2005.

FARRERAS ROZMAN. Medicina Interna.. 5ta edición. Editorial Elsevier. España 2008.

FULTZ, NH. Impacto social y emocional en pacientes con incontinencia urinaria. Editorial El Ateneo. España. 2004.

HERNÁNDEZ – AGUADO, Idelfonso. Manual de Epidemiología y Salud Pública. 1ra edición. Editorial Médica Panamericana. España. 2005.

LÓPEZ, Hernán; CANO, Carlos; GÓMEZ, José. Fundamentos de Medicina: Geriatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. 2005.

LIBOW, S. El Adulto Mayor. Editorial Médica Panamericana. España, 2010.

MORILLA, J. Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria. Edita: Asociación Andaluza de Enfermería. 3ra edición. España. 2007.

PAREDES NUÑEZ JULIO. Manual para la investigación científica. 6ta Ed. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2006.

POTENZIANI, Julio; POTENZIANI, Silvia. Cuestionarios de validación diagnóstica para diversas patologías urológicas. Venezuela. 2001.

POTTER A. PATRICIA. Fundamentos de Enfermería. Vol. 1. 5ta edición. Editorial Elsevier. España, 2005.

SANDVIK, et al. Urinary incontinence in women. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005.

TRAPERO, Martín; TORRIJOS, M. Cuidados de enfermería en el anciano con patología urológica. Hospital Universitario San Carlos, Universidad Complutense de Madrid. España. 2008.

REVISTAS

GUILLEN, Otto; LLANOS, Fernando; LECCA, Leonid. Frecuencia, severidad y factores predisponentes de incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. Rev. Diagnóstico. 2006. Vol 45 (2): 72 – 78.

HANLEY, J; CAPEWELL, A; HAGEN, S. Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. BMJ 2001;322:1096-1097.

HERNÁNDEZ-FABÀ, Eva; FUENTELESZ-GALLEGO, Carmen; ARANCATALÁN, Rosa; SUÑER-SOLER, Rosa; EGEA-ZEROLO, Blanca; NIETO-BLANCO, Esther. La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica. Rev. esp. geriatr. gerontol. (Ed. impr.);42(1):43-51, ene. España. 2007.

MARTÍNEZ, J.L; RUÍZ, L; GÓMEZ, P; REBOLLO, M; PÉREZ, J. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida

relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. Actas Urol Esp v.34 n.3 Madrid. España. 2010.

PRADO VILLANUEVA, Begoña; BISCHOFFBERGER VALDÉS, Cornelia; VALDERRAMA GAMA, Emiliana; VERDEJO BRAVO, Carlos; DAMIÁN, Javier. Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. Rev. esp. geriatr. gerontol. (Ed. impr.);46(1):7-14, ene.-feb. 2011. España,

SILVA, Vanessa Abreu da; SOUZA, Katia Lacerda de; D'ELBOUX, Maria José. Incontinencia urinaria y los criterios de fragilidad en ancianos en atención ambulatoria. [Rev. Esc. Enferm. USP](#);45(3):672-678, jun. 2011. Brasil.

TEUNISSEN D, Van den Bosch; VAN WEEL, C; LAGRO-JANSSEN, C. Cómo Afecta la Incontinencia Urinaria la Vida Diaria de los Pacientes Ancianos. Scandinavian Journal of Primary Health Care 24(3):166-173. Holanda. 2006.

OTROS

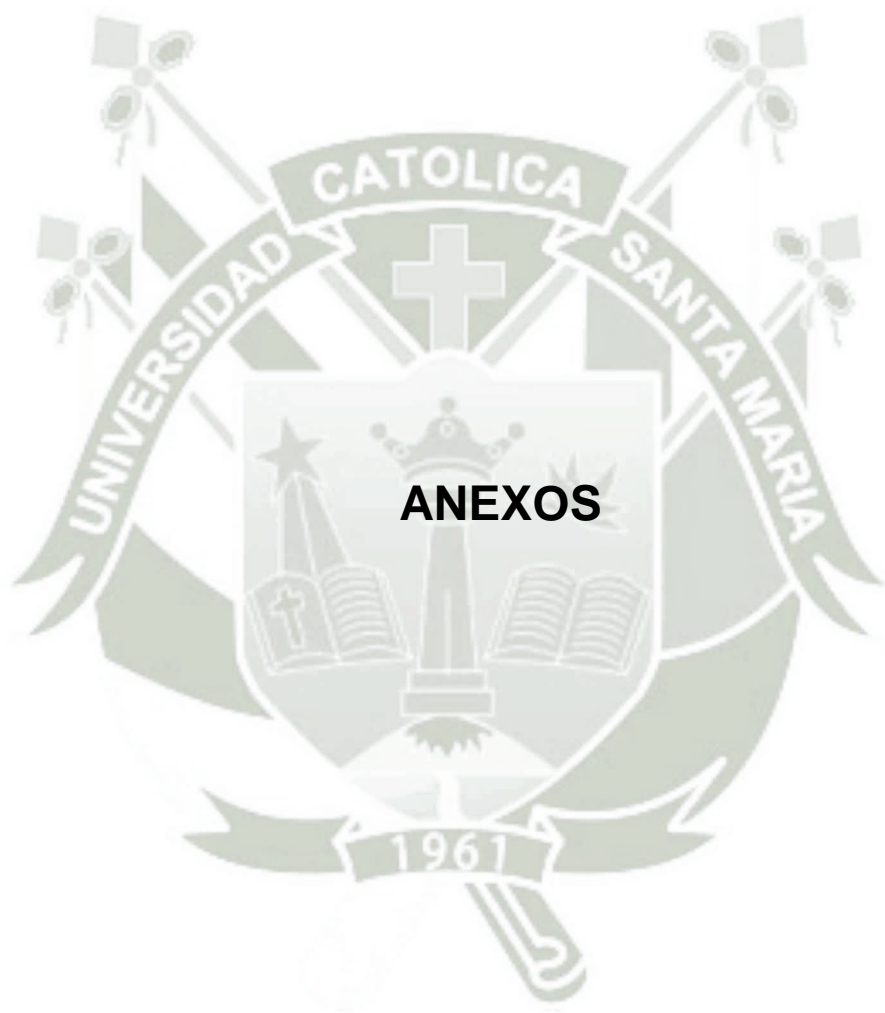
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Datos del Censo poblacional, 2005. Lima.

MINISTERIO DE SALUD. Situación del envejecimiento en el Perú. 2008.

MINISTERIO DE SALUD. Plan Regional del Adulto Mayor. Arequipa, 2004.

MUJICA, Luz. Informe estadístico: Población de adultos mayores. 2011. Arequipa.

SUSANIBAR, Luis. Incontinencia Urinaria: Epidemiología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2010



Por urgencia: ¿Alguna vez le ha ocurrido que cuando tiene la sensación de querer orinar no ha tenido tiempo de llegar al servicio higiénico?

Si () No ()

¿Presenta agrandamiento de la próstata? Si () No ()
¿Sufre de estreñimiento? Si () No ()

7. ¿Cuántas veces experimenta escapes de orina?

() nunca () menos de una vez al mes
() una o varias veces al mes () una o varias veces a la semana
() diario y/o noche

8. ¿Cuánta orina pierde cada vez?

() gotas () más de una gotas

9. Grado de incontinencia:

() no incontinente () incontinencia leve
() incontinencia moderada () incontinencia severa

10. ¿Recibe tratamiento para la incontinencia urinaria? () Si () No.

11. ¿Usa pañales que le absorban la orina? () Si () No.

**CUESTIONARIO DE POTENZIANI ACERCA DE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA INCONTINENCIA URINARIA**

Nº formulario.....

Fecha.....

Lugar.....

Por favor, a continuación lea cada una de las siguientes preguntas y marque la respuesta que considera más se ajusta a la forma como usted se siente.

1. ¿Estoy realmente preocupado (a) de que se me escape la orina?
 - a. No
 - b. A veces
 - c. Si.

2. ¿Estoy preocupado (a) si me río o toso o estornudo debido a mi incontinencia urinaria?
 - a. No
 - b. A veces
 - c. Si.

3. ¿Debo tener cuidado si al estar sentado (a) me levanto súbitamente, ya que me preocuparía de orinarme?
 - a. No
 - b. A veces
 - c. Si.

4. ¿Estoy siempre pendiente de los baños cuando voy a lugares nuevos que no conozco?
 - a. No
 - b. A veces
 - c. Si.

5. ¿Me siento deprimido (a) por mi incontinencia urinaria?
 - a. No
 - b. A veces
 - c. Si.

6. ¿Debido a mi incontinencia urinaria, no me siento seguro (a) de dejar mi hogar por largos periodos de tiempo?
 - a. No
 - b. A veces
 - c. Si.

7. ¿Me siento frustrado debido a que tener incontinencia urinaria me impide hacer lo que yo quisiera?
- No
 - A veces
 - Si.
8. ¿Me preocupa que otras personas puedan oler orina en mí?
- No
 - A veces
 - Si.
9. ¿La incontinencia urinaria esta siempre presente en mi mente?
- No
 - A veces
 - Si.
10. ¿Es importante para mí tener que hacer visitas frecuentes al baño?
- No
 - A veces
 - Si.
11. ¿Dada la existencia de la incontinencia urinaria es importante para mi planificar cada detalle en el quehacer inmediato, o sea que no puedo planificar actividades con anterioridad?
- No
 - A veces
 - Si.
12. ¿Estoy preocupado(a) ya que mi incontinencia urinaria podría empeorar a medida que envejezco?
- No
 - A veces
 - Si.
13. ¿Tengo dificultad en alcanzar una noche de sueño reparadora debido a mi incontinencia urinaria?
- No
 - A veces
 - Si.
14. ¿Me preocupa que por mi incontinencia urinaria me pueda sentir en aprietos o inclusive humillado(a)?
- No
 - A veces
 - Si.

15. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir como si no fuera una persona sana y normal?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.
16. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir francamente infeliz?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.
17. ¿Yo siento que logro un menor goce de vivir debido a mi incontinencia urinaria?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.
18. ¿Me preocupa no ser capaz de llegar a mi baño a tiempo y por lo tanto orinarme?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.
19. ¿Siento que no tengo control sobre mi vejiga urinaria?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.
20. ¿Tengo siempre que estar pendiente de lo que tomo debido a mi incontinencia urinaria?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.
21. ¿El tener incontinencia urinaria me limita al escoger la ropa para mi vida diaria?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.
22. ¿Me preocupa tener sexo debido a mi incontinencia urinaria?
- a. No
 - b. A veces
 - c. Si.

Calificación: No: 0 puntos, A veces: 1 punto; Sí: 2 puntos.

GRACIAS

ANEXO 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....Identificado con
DNI..... Domiciliado en:.....

Manifiesto que he sido informado del trabajo de investigación intitulado: Influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa, 2012. Por lo que acepto de manera voluntaria participar en este estudio según las indicaciones dadas.

Arequipa..... 2012.

Firma

