

BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE REEDUCACION VESICAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

BENEFITS OF A VESICLE RE-EDUCATION PROGRAM ON ELDERLY HOSPITALIZED PATIENTS

Autores: Silvia del Rey Contreras (1), Montserrat García González (1), M^a Luisa Rodríguez de Prada (2), Juan José Baztán Cortés (3)

Resumen

La incontinencia urinaria es un síndrome geriátrico de alta prevalencia en el anciano, que con mucha frecuencia no está diagnosticado y que en muchos casos aparece al sufrir una patología aguda incapacitante.

El objetivo del trabajo es descubrir la respuesta al tratamiento de reeducación vesical en pacientes con diferentes patologías y observar si el beneficio se mantiene en el tiempo.

Se evaluaron un total de 372 pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia del Hospital Central Cruz Roja desde el 1 de octubre de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2002, utilizando instrumentos objetivos de valoración física y mental.

El resultado fue que la prevalencia de la incontinencia al ingreso era muy elevada quedando demostrada la eficacia de la reeducación vesical pues la continencia se recuperaba en un número significativo de los pacientes ingresados y además ésta se mantenía en el tiempo.

Palabras clave: Incontinencia urinaria en ancianos, reeducación vesical, valoración geriátrica, accidente cerebrovascular, fractura de cadera

Abstract

Urinary incontinence is a geriatric syndrome of high prevalence in elderly people, which very frequently is not diagnosed and many times appears when suffering a sharp incapacitate Pathology.

The aim of the research is to discover the response to the treatment of vesicle re-education in patients with various pathologies and to observe if the benefit is permanent.

A group of 372 patients of the "Middle-Stay Unit" of the Red Cross Hospital were evaluated from October 1, 2001 to December 31, 2002 using objective instruments of physical and mental evaluation.

The results showed that the prevalence of the incontinence at patients' admission was very high and the vesicle re-education was proved to be very effective since the continence was recovered in a significant number of patients permanently.

Key words: Urinary incontinence, vesicle re-education, geriatric valuation, cerebrovascular disease, hip fracture.

Centro de Trabajo: (1) D.U.E., (2) Supervisora de la Unidad de Media Estancia, (3) Médico Especialista en Geriátrica. Hospital Cruz Roja (Madrid, España)

Fecha del Trabajo: 12/01/2006

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) [1,2] (pérdida involuntaria de orina en el anciano) es un síndrome geriátrico de gran importancia por su alta prevalencia [3,4], porque muchas veces no se diagnostica y puede producir consecuencias clínicas, físicas, psicológicas y socioeconómicas.

Entre las consecuencias clínicas destacan las lesiones cutáneas, infecciones urinarias y sepsis. Como consecuencias funcionales y psicológicas encontramos la influencia en las actividades de la vida diaria y en las relaciones interpersonales, dependencia [5], depresión, ansiedad, trastornos del sueño, soledad y abandono.

Socioeconómicamente produce sobrecarga familiar y/o de cuidadores, causa de institucionalización y alto coste en dispositivos terapéuticos.

Clasificación de la incontinencia [6]:

Para determinar la causa de la incontinencia es necesaria una valoración urológica y/o neurológica [7].

- Incontinencia aguda: inferior a tres o cuatro semanas o en relación con un proceso agudo.
- Incontinencia persistente: mayor de cuatro semanas:
 - De estrés o esfuerzo: pérdidas de pequeño volumen simultáneas al esfuerzo.
 - De urgencia: necesidad incontrolable de orinar y mayor frecuencia miccional.
 - Por rebosamiento: asociada a vejiga distendida y llena con disminución de la presión intravesical que cursa con pérdidas de orina de pequeño volumen.
 - Funcional: condicionada por incapacidad física y factores ambientales.
 - Mixta: combinación de las anteriores variables.

El principal objetivo que se pretende conseguir con los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia es la recuperación del deterioro funcional sufrido con el fin de poder retornar a su domicilio previo [7,8].

Los fines concretos de actuación son la recuperación de la independencia en la movilidad, autocuidado [9] y continencia de esfínteres.

En la recuperación de la continencia urinaria el abordaje protocolizado de enfermería [10] es imprescindible para lograr este objetivo [11].

Con este estudio queremos demostrar que en ancianos con incontinencia urinaria cuya causa es una patología aguda, un programa de reeducación vesical reduce la prevalencia de esta incontinencia, tanto al alta, como 6 meses después de ésta.

El objetivo principal del estudio, por tanto, es: valorar la efectividad de un programa de reeducación vesical en pacientes ancianos hospitalizados por una patología aguda.

Como objetivos específicos nos planteamos los siguientes:

1. Conocer el nivel de continencia urinaria de los pacientes previo a la patología que causa el ingreso.
2. Conocer el nivel de continencia urinaria de los pacientes durante el ingreso.
3. Llevar a cabo el programa de reeducación vesical a los pacientes con incontinencia urinaria.
4. Conocer el nivel de continencia urinaria de los pacientes al alta.
5. Conocer el nivel de continencia urinaria de los pacientes a los 6 meses del alta.
6. Conocer la evolución de la incontinencia urinaria en función de la edad, motivo de ingreso e independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio llevado a cabo es de tipo cuasiexperimental, ya que se evaluaron todos los pacientes ingresados en Unidad de Media Estancia del Hospital Central de Cruz Roja desde el 1 de octubre de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2001.

Se excluyeron del mismo a los pacientes que fallecieron y a los que fueron trasladados a otras unidades por nueva enfermedad o reagudización de la patología.

Se recogieron al ingreso datos sociodemográficos, motivo principal causante de incapacidad, situación funcional (Índice de Barthel [anexo 1] y Escala Física de Cruz Roja [anexo 2]) y mental (Test de Pfeiffer [anexo 3] y Escala Mental de Cruz Roja [anexo 4]).

El seguimiento a los seis meses se realizó mediante entrevista telefónica con el paciente o cuidador principal.

La incontinencia urinaria se evaluó mediante el ítem específico del Índice de Barthel modificado, que puntúa la incontinencia urinaria como:

- 0 incontinencia urinaria total
- 2 incontinencia urinaria diurna y nocturna
- 5 un episodio al día (habitualmente incontinencia nocturna)
- 8 uno o más episodios a la semana, pero menor de un episodio al día
- 10 continente

Se consideró incontinencia urinaria clínicamente significativa la puntuación menor de 8.

Este protocolo de actuación de enfermería en reeducación vesical contempla:

- Detección precoz del problema y valoración periódica del mismo (informal y programada en sesiones multidisciplinarias semanales).
- Facilitar el acceso al retrete, estableciendo pautas temporales y fomentando adaptaciones del vestido y estructurales de la Unidad.
- Uso de fichas de incontinencia [anexo 5] y medidas conductuales de reentrenamiento vesical [anexo 6].

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

El número total de pacientes estudiados fue de 372, con predominio de mujeres (66,2%), elevada edad media (80,79 años) y pobre situación funcional y mental al ingreso como se detalla en los gráficos.

Previa a la aparición de enfermedad incapacitante eran continentes la mayoría de los pacientes, disminuyendo de forma considerable al ingreso; habiéndose recuperado al alta un porcentaje elevado manteniéndose a los 6 meses. (Gráfico 1).

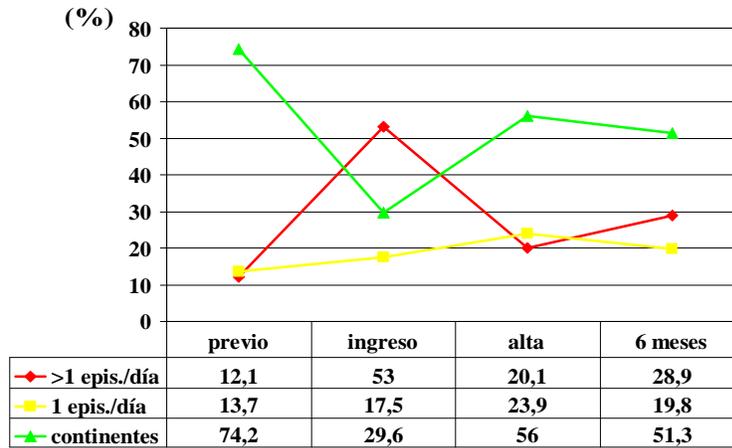


Gráfico 1: Prevalencia de incontinencia urinaria.

La reducción relativa de la prevalencia de incontinencia urinaria al alta, respecto al ingreso es menor a mayor edad. Cuando calculamos esta reducción comparada con la prevalencia previa al ingreso vemos que de los menores de 75 años se recuperan el 100%; entre 75 y 84 años, el 59,2% y en mayores de 84 años, el 40%. (Gráfico 2).

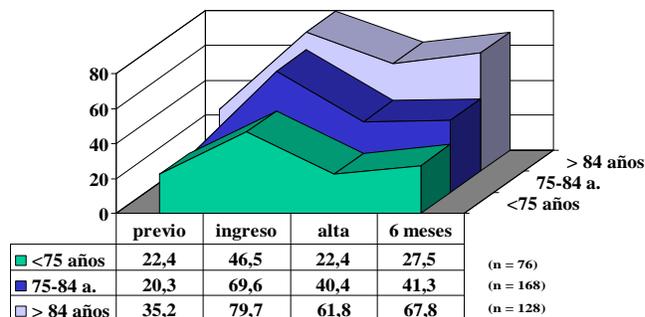


Gráfico 2: Prevalencia de incontinencia urinaria según la edad.

Según el motivo principal de ingreso los pacientes con ICTUS presentan una mayor prevalencia de incontinencia urinaria al ingreso. La evolución durante el mismo era más favorable en pacientes con ICTUS y fractura de cadera (reducción del 47% de la prevalencia de incontinencia). A los 6 meses los pacientes con fractura de cadera presentaban mayor incremento de la incontinencia urinaria frente a pacientes con otras patologías en las que se mantenían los beneficios obtenidos. (Gráfico 3).

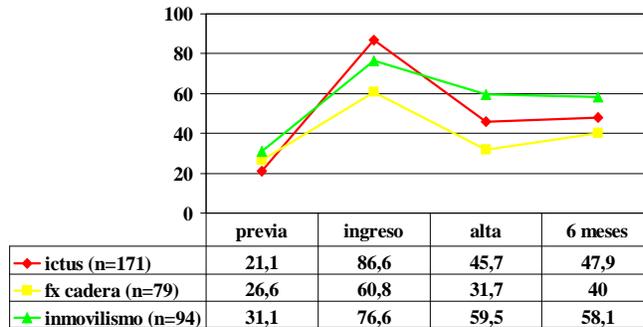


Gráfico 3: Prevalencia de IU, según motivo principal de ingreso.

En relación a la situación funcional al ingreso, los pacientes que tenían mayor incapacidad, presentaban mayor prevalencia de incontinencia al ingreso y su recuperación al alta y a los seis meses es inferior que pacientes con una incapacidad menor. (Gráfico 4).

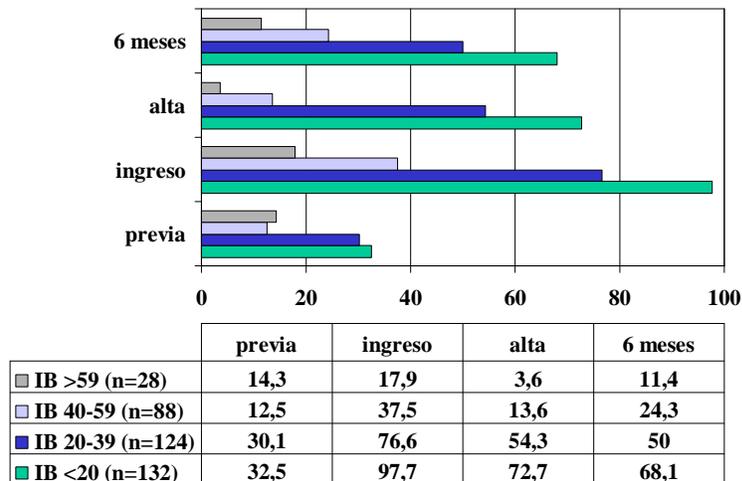


Gráfico 4: Prevalencia de IU según situación funcional al ingreso (índice de Barthel).

Según la situación mental, en pacientes con peor situación cognitiva, la prevalencia de incontinencia urinaria al ingreso es mayor y la reducción de la misma al alta más limitada. (Gráfico 5).

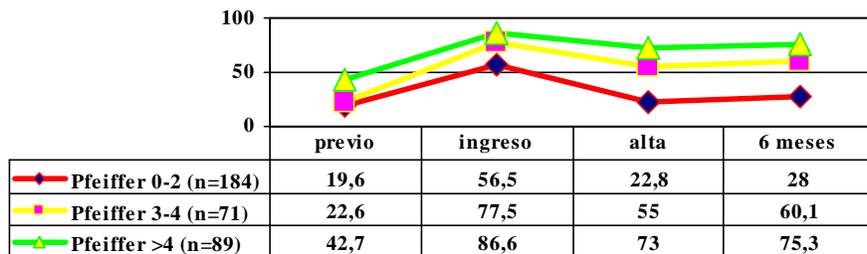
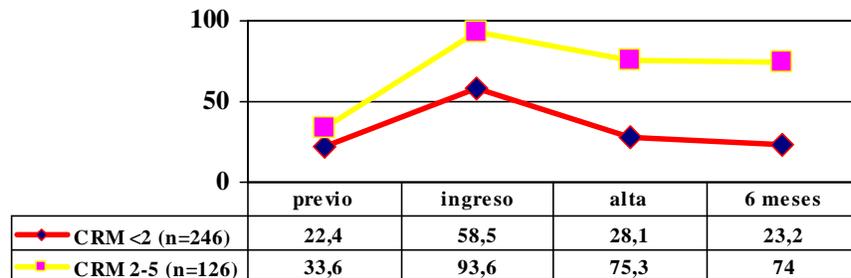


Gráfico 5: Prevalencia de incontinencia urinaria según situación mental.

La presencia de depresión, favorece el aumento de la prevalencia de incontinencia urinaria al ingreso, repercutiendo también en una peor recuperación. (Gráfico 6).

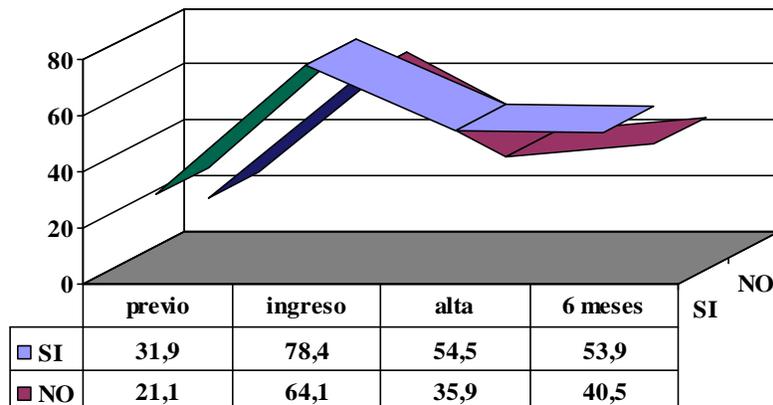


Gráfico 6: Prevalencia de incontinencia urinaria y depresión.

DISCUSIÓN

Se trata de un estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en una unidad hospitalaria dirigida a la recuperación funcional de pacientes ancianos con incapacidad recientemente desarrollada.

Las características de la población a estudiar (elevada edad media y deterioro funcional severo al ingreso) y la elevada prevalencia de incontinencia urinaria previa y al ingreso reflejan la mayor fragilidad de estos pacientes.

Pese a ello, el abordaje multidisciplinario de la incontinencia urinaria obtiene importantes beneficios para estos pacientes ya que casi el 40% recuperan la continencia urinaria al alta. Este elevado porcentaje de resolución probablemente se encuentra en relación con un manejo protocolizado del problema por parte del personal de enfermería. Igualmente la mejoría funcional obtenida durante su estancia en la unidad puede ser un factor determinante en la recuperación de la continencia vesical.

Algunos factores repercuten en una menor respuesta al tratamiento de reeducación vesical como son la edad avanzada, peor situación funcional y mental al ingreso e inmovilismo inespecífico como causa de deterioro funcional. Pese a ello, la tasa de respuesta encontrada en el peor de los casos es favorable casi en el 25%.

Todo ello invita a reflexionar sobre la necesidad de considerar la incontinencia urinaria de reciente aparición como un problema geriátrico tratable. En consecuencia generalizar el abordaje protocolizado, con especial protagonismo de enfermería puede tener importantes consecuencias sanitarias sobre el paciente, la familia y el sistema sanitario.

Existen pocos trabajos científicos dedicados al estudio de la incontinencia urinaria en ancianos hospitalizados, pero en ellos la prevalencia de incontinencia urinaria es similar [4].

Otro estudio sobre reeducación vesical cuantifica los beneficios del programa en términos similares a los de este estudio, pese a no ir dirigidos a ancianos específicamente [13].

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es un problema muy prevalente en pacientes geriátricos incapacitados ingresados en la Unidad de Media Estancia del Hospital Central Cruz Roja.

Al alta la continencia urinaria se recupera en un 37%, reflejándole beneficio del tratamiento de reeducación vesical en esta Unidad.

Dicha mejoría se mantiene en un 31% de la población estudiada a los seis meses del alta.

Esta recuperación es mayor en ancianos menores de 85 años, en aquéllos ingresados por ICTUS o fractura de cadera y en los que tienen mejor situación funcional cognitiva y afectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. Salgado Alba Manual de Geriátria. Barcelona: Mason; 2002. p.679-690.
2. Dios Diz JM, Rodríguez Lama M, Martínez Calvo JR, Rodríguez Pérez C, Melero Brezo M, García Cepeda JR. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. Gac Sanit 2003; 17(5):409-11.
3. Azúa Blanco MD, Monzón Fernández A, Lample Lacasa A, García Soler S, Blasco Solana M. Incontinencia urinaria en los ancianos. Enferm Científ. 81:11-16. Artículo de revisión.
4. Machado da Silva AP, de Gouveia Santos VLC. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(1):36-45.
5. Damian Moreno J, Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. Gac Sanit 2004; 18(4): 268-74.

Silvia del Rey Contreras

6. Pérez del Molino Martín J, Gavira Iglesias J. Definición, prevalencia, consecuencias y clasificación clínica de la incontinencia urinaria en el anciano. En: Carbonell Collar A. Incontinencia urinaria en el anciano; Monografías de geriatría y gerontología. Madrid. Aula médica ediciones. Abril-junio de 2000:103-130.
7. Alpazar de Lares Franco F, Baixauli i Puig M, Gómez Porcel A. Nociones sobre incontinencia urinaria. Rev ROL Enferm. 173:69-73. Artículo de revisión.
8. Caro Quesada R. Incontinencia urinaria en pacientes neurológicos. Protocolos de actuación. HYGIA. VII(23):28-31. Artículo.
9. Alarcón Alarcón T. Valoración funcional. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruiperez Cantera I. Salgado Alba Manual de Geriatría. Barcelona: Mason; 2002. p.237-246.
10. Díez-Rábago Barrio V. Manejo de la incontinencia urinaria en el paciente geriátrico con deterioro funcional. En Rev. Geriatría y gerontología. 34(3): 59-64.
11. Solano Jaurrieta J. Valoración mental. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruiperez Cantera I. Salgado Alba Manual de Geriatría. Barcelona: Mason; 2002. p.247-256.
12. Alonso Ródenas C, Malo Palomares JM, Sánchez Martínez E, Sánchez Jiménez A, Álamo Morante A. Incontinencia urinaria en el anciano. Plan de cuidados. Rev AE Enferm Urolog. 65:29-34. Artículo de revisión.
13. González Martínez I, Canosa Hermida SM, Prenas López S. Valoración da eficacia dun programa de exercicios de reeducación do solo pélvico para curar ou mellorar a incontinencia urinaria de esforzo. Revista Galega de Actualidade Sanitaria. Vol 4 nº1 maio 2005: 30-35.
14. Morilla Herrera JC. Guía de Atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Enero 2004.

Anexo 1

INDICE DE BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente



Anexo 2

ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA DE CRUZ ROJA

Grados de incapacidad física:

Grado 0:

Se vale por sí mismo y anda con normalidad.

Grado 1:

Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria.

Deambula con alguna dificultad.

Continencia normal.

Grado 2:

Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda.

Deambula con bastón u otro medio de apoyo.

Continencia normal o rara incontinencia.

Grado 3:

Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria.

Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona.

Incontinencia ocasional.

Grado 4:

Necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria.

Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas.

Incontinencia habitual.

Grado 5:

Inmovilidad en cama o sillón.

Necesita cuidados de enfermería constantes.

Incontinencia total.

Anexo 3

TEST DE PFEIFFER

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?
2. ¿Cuál es el día de la semana?
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene preguntar su dirección completa.
5. ¿Qué edad tiene?
6. ¿Dónde ha nacido?
7. ¿Cómo se llama el actual presidente del gobierno?
8. ¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno?
9. Dígame el primer apellido de su madre.
10. Restar de 3 en 3 desde 20.

Anexo 4.

ESCALA MENTAL DE CRUZ ROJA. Grados de incapacidad mental

Grado 0:

Completamente normal.

Grado 1:

Presenta trastornos de la memoria, pero puede mantener una conversación normal.

Grado 2:

Ciertas alteraciones de la memoria, y a veces de la orientación.

La conversación razonada es posible pero imperfecta.

Trastornos del carácter.

Algunas dificultades en el autocuidado.

Incontinencia ocasional.

Grado 3:

Alteraciones graves de memoria y orientación.

Imposible mantener una conversación coherente.

Trastornos evidentes del comportamiento.

Graves dificultades para el autocuidado.

Incontinencia frecuente.

Grado 4:

Desorientación completa.

Claras alteraciones mentales, ya etiquetadas de demencia.

Incontinencia habitual.

Grado 5:

Demencia avanzada.

Vida vegetativa con o sin episodios de agitación.

Incontinencia total.

Silvia del Rey Contreras

Anexo 5.



NOMBRE
APELLIDOS
CAMA

FICHA INCONTINENCIA URINARIA

Ir al retrete (ó sustitutos) durante el día cada horas

Ir al retrete (ó sustitutos) durante la noche cada horas

M = mojado **m** = mojado poca cantidad **S** = seco **O** = orina

	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	m/M/S	O	m/M/S	O	m/M/S	O	m/M/S	O	m/M/S	O	m/M/S	O	m/M/S	O
8 mañana														
9														
10														
11														
12														
1														
2														
3 tarde														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10 noche														
11														
12														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

Anexo 6.

REENTRENAMIENTO VESICAL

1. Comience a ir al retrete a orinar cada.....hora/s durante el día.
2. Debe ir tenga ganas o no, y aunque ya se encuentre mojado.
3. Nunca vaya antes del momento fijado: si tiene deseos de orinar, debe aguantar.
4. Siga ese ritmo hasta pasar dos días sin mojarse. No se preocupe de momento por lo que pase durante la noche.
5. Cuando lleve dos días sin mojarse, prolongue el tiempo entre cada visita al retrete media hora. Al principio notará que se moja en alguna ocasión, pero no vuelva al tiempo anterior, siga estrictamente en ese intervalo obedeciendo las indicaciones previamente establecidas.
6. Siga prolongando de media en media hora los intervalos para ir al retrete cada vez que esté dos días seco hasta alcanzar un intervalo de cuatro horas.
7. Cuando llegue al intervalo de cuatro horas para ir al retrete, deje de mirar el reloj, verá que orina normal.
8. Obsérvese usted mismo y no se permita volver a la vieja costumbre de orinar frecuentemente. En este momento debe ser capaz de ir sin pañal con tranquilidad.