



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“ESTADO DE FRAGILIDAD DE LA SALUD Y TIPO DE
INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES
VARONES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO
EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO DE ICA
ENERO 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.**

PRESENTADO POR: ROSA MARIA HERNÁNDEZ RAMOS

ICA- PERÚ

2016

DEDICATORIA

- ❖ A **DIOS**, quien desde el cielo guía mi camino.

- ❖ A mis padres, pilares fundamentales en mi vida, con mucho amor y cariño, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento todo el sacrificio puesto para que pueda estudiar.

- ❖ A mis docentes, quienes me inculcaron el amor y cariño hacia la profesión.

- ❖ A la Universidad Alas Peruanas, por habernos albergado en sus aulas durante los cinco años de formación profesional.

- ❖ A los adultos mayores del consultorio externo de medicina, por su participación y valiosa colaboración en el desarrollo de la investigación.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a mi mamá, quien nunca dejó de ayudarme hasta en la cosa más mínima estuvo preocupada por mi carrera y que la pudiera culminar con éxito.

A mi padre, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia, lo más valioso que DIOS me ha dado.

RESUMEN

El estado de fragilidad es un síndrome caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. La prevalencia reportada oscila entre un 7 y un 12 % en la población mayor de 65 años. La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente. La IU está considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia como por el impacto negativo que genera en el adulto mayor que la sufre. La investigación titulada “Estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero 2016” es un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores varones tomados a través del muestreo no probabilístico y por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión. Resultados: El 100% (40) son de sexo masculino, el 60%(24) tienen edades de 60 a 70 años, el 38%(15) tienen entre 71 a 80 años y el 2%(1) de 81 años a más. Respecto a la variable Estado de fragilidad de la salud el 92%(37) de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia, y el 8%(3) no presenta riesgo de dependencia, referente a la segunda variable Tipo de incontinencia urinaria un 28%(11) tiene incontinencia urinaria de urgencia, y el 60%(24) no presentan incontinencia urinaria, según los resultados del cuestionario de valoración para incontinencia urinaria en varones.

Palabras clave: **Estado de fragilidad, salud, tipo de incontinencia urinaria, adultos mayores.**

ABSTRACT

The state of fragility is a syndrome characterized by a decreased resistance and physiological reserves the elderly to stressful situations, as a result of cumulative wear of the physiological systems, causing increased risk of adverse health effects such as falls, disability, hospitalization, institutionalization and death. The reported prevalence varies between 7 and 12% in the population over 65 years. Urinary incontinence (UI) is defined as the involuntary loss of urine hygienic conditions and / or social problem and it can be objectively demonstrated. The IU is considered one of geriatric syndromes, both its high prevalence and the negative impact it has on the elderly that suffers. The research entitled "State of fragile health and type of urinary incontinence in elderly men attending the outpatient department of medicine at the Hospital Santa Maria del Socorro of Ica, January 2016" is a descriptive, observational and cross-sectional study, sample consisted of 40 elderly men taken through non-probability and convenience sampling, according to inclusion and exclusion criteria. Results: 100% (40) were male, 60% (24) are aged 60 to 70 years, 38% (15) have between 71 to 80 years and 2% (1) 81 years plus. Regarding the state variable fragility health 92% (37) of older adults at risk of dependence, and 8% (3) no risk of dependence, regarding the second variable type urinary incontinence 28% 12% (5) overflow incontinence and 60% (24) do not have urinary incontinence, according to the results of the evaluation questionnaire for urinary incontinence in men.

Keywords: State fragility, health, type of urinary incontinence, elderly

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1. Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4. Justificación del estudio	13
1.5. Limitaciones de la investigación	14
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición de términos	40
2.4. Hipótesis	40
2.5. Variables	40

2.5.1. Definición conceptual de la variable	41
2.5.2 Definición operacional de la variable	41
2.5.3 Operacionalización de la variable.	42
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	46
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	62
Matriz	63
Instrumento	64

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°	TABLA Y GRÁFICO	Pág.
1	Sexo de los adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica Enero 2016.	48
2	Edad de los adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica Enero 2016.	49
3	Estado de fragilidad de la salud en adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica Enero 2016.	50
4	Tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica Enero 2016	51

INTRODUCCIÓN

La problemática del adulto mayor adquiere primordial trascendencia y constituye un factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. Las indagaciones sobre el tema se dirigen ya no solo a los aspectos relacionados con el proceso fisiológico de envejecer, sino a conocer aquellas condiciones que colocan al adulto mayor en estado de fragilidad.

La Incontinencia urinaria 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, el envejecimiento no es causa de incontinencia urinaria, pero si determina una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden influir, en mayor o menor medida, conjuntamente con patologías asociadas en el control de la continencia.

La investigación se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de adultos mayores. Para el 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De este total de adultos mayores, el 72% vivirá en los países en desarrollo. Se espera que la esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica, se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el año 2025. A pesar de la diferencia en el proceso evolutivo de la población, el grupo de 60 años y más, ha tenido incrementos importantes con relación a otros grupos de edad.

Se da un fenómeno entre los varones mayores que alcanzan y pasan los 75 años. En el grupo de 75 a 80 años hay un deterioro en la salud muy importante, donde se agregan padecimientos pulmonares, cardíacos, de incontinencia urinaria y depresión. Los que sobreviven esta etapa y pasan los 80, parece que disminuyen algunos padecimientos comparados con otros grupos de edad.

Según la encuesta SABE, en el caso de los hombres, el exámen de la próstata lo realiza sólo un 25 por ciento.¹

La salud del adulto mayor es materia de gran importancia social, como ocurre en muchas partes del mundo, la población mayor de 65 años reside en el medio urbano y se espera que esa proporción continúe aumentando.²

El 12% tanto de hombres como mujeres en todo el mundo padece incontinencia urinaria y el 70% al 80% de las personas que llegan a los 80 años sufren este problema.³

Según un estudio en España en la actualidad existen aproximadamente 150.000 hombres que padecen incontinencia urinaria (un 7% del total). Esta cifra alcanza el 20% cuando se trata de hombres de más de 65 años y el 50% cuando se trata de hombres de más de 85 años. Ese mismo estudio fija en EEUU en un 17% de hombres mayores a 60 años que padecen incontinencia urinaria (3.400.000 hombres).⁴

En Mendoza, Argentina, un 46% de las personas tiene incontinencia en su versión leve, un 26% moderada y un 27% fuerte, según se desprende de un estudio impulsado por Kimberly-Clark y realizado por la consultora GFK. El 23% de los afectados siente vergüenza de pedir ayuda y queda así lejos de obtener alguna solución que le permita mejorar su calidad de vida⁵

Algunos estudios demuestran que el 30% de adultos mayores padece de incontinencia urinaria, de aquellos que refieren el síntoma no reciben ningún tipo de evaluación. Los estudios epidemiológicos indican que es un trastorno de alta prevalencia: en promedio varían las series entre un 10 a 34% en las personas mayores de 65 años de edad que viven en la comunidad y puede llegar a ser un 50 a 60% en las instituciones geriátricas y hospitales generales. Estos

porcentajes son aún mayores entre las mujeres, aumenta el porcentaje a mayor edad (>75 años) y se relaciona estrechamente con aquellos que presentan alteraciones y/o fallas de las funciones cognitivas y funcionales-físicas, estas cifras son subestimadas ya que sólo una pequeña proporción de los pacientes que la padecen solicitan ayuda por considerarla como parte del envejecimiento normal, además hay miedo y sobretodo vergüenza de los propios pacientes de contárselo a sus familiares. ⁶

Se escucha frases de muchos pacientes que refieren que tienen que salir acompañados, temen caerse, refieren que no escuchan bien y sienten vergüenza porque cuando salen a la calle tienen que buscar baño, sienten la necesidad urgente de miccionar, y cuando lo hacen es solo gotas de orina, lo cual motiva a realizar la investigación para conocer su estado de fragilidad en la salud y si tienen algún grado de incontinencia urinaria.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero 2016?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

¿Cuál es el estado de fragilidad de la salud en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica?

¿Cuál es el tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir el estado de fragilidad de la salud en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Identificar el tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia de la investigación radica en que el adulto mayor es una persona que se encuentra más vulnerable a padecer cualquier trastorno patológico por lo que su salud es muy frágil y a consecuencia de ello está expuesta entre otros problemas de salud, a padecer de incontinencia urinaria, problema que conlleva a una calidad de vida inadecuada.

Pese a que en algunas personas no constituye más que una pequeña molestia, en muchos pacientes repercute muy

negativamente sobre su salud física y psicológica, y limita en gran medida su actividad social.

Es por ello importante la participación del profesional de enfermería con sus actividades de promoción de la salud en esta etapa de la vida a través de programas de detección o búsqueda de casos que permitan un diagnóstico y tratamiento adecuado del problema desde las fases iniciales, lo que repercutiría en una mejora de la calidad de vida y de la situación funcional de quienes lo padecen.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la investigación solo servirán para poblaciones similares en los adultos mayores.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Guimarães P. (2013) **Artrosis, Estado Funcional y Fragilidad en una población de personas mayores en Portugal. Estudio de los factores asociados y de la actividad física Oporto, Portugal.** Metodología: Como población de estudio se eligió a las personas de 65 y más años ingresados en residencias, centros de día, que acudían a centros de salud y centros deportivos en las ciudades Matosinhos y Maia, del Distrito de Oporto (Portugal). Se eligió una muestra inicial de 701 individuos (320 personas institucionalizadas y 381 que vivían en sus domicilios). Resultados: La muestra estuvo formada por 609 individuos. La artrosis auto-referida en la población 65 años y más se asocia de forma independiente con la edad (OR: 1,03 por cada año a más de edad, IC95: 1-1,07), el sexo (la mujer tiene mayor riesgo) (OR: 1,6; IC95: 1,1-2,4), la mala salud auto-percibida (OR: 2,01; IC95: 1,31-3,1), la discapacidad para movilidad (OR: 3,39; IC95: 1,8-6,36) y para ABVD (OR: 3,48; IC95: 1,9-6,39). El 17,4% tiene discapacidad para la movilidad y un 7,4% discapacidad para las ABVD. La discapacidad para la movilidad está asociada a la edad (OR: 1,09 por cada año a más de edad, IC95: 1,04-1,14), con la artrosis (OR: 3,33; IC95: 1,76-6,29) y la fragilidad (OR: 2,33; IC95:1,17-4,66). La discapacidad para las ABVD muestra una asociación más fuerte para estas mismas variables y se agrega

el deterioro cognitivo (OR: 3,7; IC95: 1,95-7) La fragilidad, utilizando datos ponderados, se ha calculado, que la sufren el 37,4% de la población de estudio. Entre los institucionalizados es del 68,3%, en los sujetos de los Centros de Salud es del 26,2% y en los sujetos de los centros deportivos es del 3,6%. Fragilidad. En el análisis multivariante muestra asociación con la edad (1,06 por cada año a más de edad, IC95: 1,02-1,11), el sexo (OR: 4,74; IC95: 2,64-8,54), los estudios (OR: 1,25; IC95: 0,66-2,37) El 77,2% de la población de personas mayores estudiadas que viven en la comunidad manifiestan que realizan una actividad física menor de 150 minutos a la semana (deporte e actividades diarias). Los factores que, en nuestro estudio, se asocian con no realización de actividad física han sido: mayor edad (1,06 por cada año a más de edad, IC95: 1,01-1,11), mala salud auto-percibida (OR: 1,9; IC95: 1,01-3,54), comorbilidad (OR: 1,66; IC95: 1-2,77), deterioro cognitivo (OR: 3,7; IC95: 1,75-7,72) y artrosis (OR: 2,14; IC95: 1,27-3,6). Conclusión: Es muy importante el estudio de la artrosis, la discapacidad física y la fragilidad en las personas mayores. Son condiciones de salud distintas, que pueden ser prevenidas cuando se detecta y previenen de forma precoz. El envejecimiento activo a través de intervenciones como el ejercicio físico trae mejoría de la condición física y mental de las personas mayores. La población de mayores institucionalizada tiene una mayor frecuencia de la artrosis, discapacidad física y fragilidad. ⁷

García M. (2013) **Tipos de incontinencia urinaria en personas mayores de 65 años institucionalizadas: tratamiento y cuidados en residencias y centros socio-sanitarios públicos de Cataluña, España.** Se realizó en personas mayores de 65 años e institucionalizadas: analizándose la relación entre presencia o no de dependencia física y/o alteración cognitiva, a través de un estudio descriptivo e inferencial. Para el cálculo del tamaño de la muestra

112 se utilizó la fórmula XII para población finita XIII, es decir conocemos el total de la población de estudio, con un margen de error del 0,05. La muestra que se obtuvo es de 939 camas, 741 camas de centros socio-sanitarios y 198 de residencia. Para la obtención de las camas del estudio se utilizó, el cálculo de muestreo aleatorio, que es el método de elegir una muestra de una población que permite que todas las muestras (n) tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas, evitándose, así, los sesgos y fue seleccionada mediante un programa de aleatorización¹¹³. Se ordenaron del 1 al 5664 correspondientes a los Centros socio-sanitarios y del 5665 al 7181 de las residencias. De los 899 resultados 463 son mujeres 51,5% y 436 hombres 48,5% con una edad media global de 79,23 años, para mujeres de 80,38 años y hombres de 78 años. Los incontinentes son 837 que representa el 93,10%, sólo 62 personas no presentan incontinencia el 6,9%, 32 mujeres y 30 hombres y curiosamente las dos personas más longevas del estudio un hombre de 100 años y una mujer de 102, no presentan incontinencia urinaria. Este primer análisis general nos muestra que el porcentaje de personas institucionalizadas con incontinencia urinaria es superior a estudios realizados 25, 31, 37 cuyos resultados oscilan en porcentajes de entre el 50% y el 77%. No existen diferencias significativas en el resultado global, de presencia de IU, entre mujeres y hombres, en los estudios publicados si se demuestra mayor prevalencia de IU en mujeres que en hombres 33,35, pero si lo comparamos en relación a la edad, se observa que hay más hombres 267 (22 son continentes), que mujeres 220 (17 son continentes), en las franjas comprendidas entre los 65 y 79 años, invirtiéndose totalmente las cifras en las franjas superiores a los 80 años donde el número de mujeres 243 (15 son continentes), es superior al de hombres 169 (8 son continentes), El porcentaje más alto de las personas estudiadas se dan en la franja de edad de los 70-74 años tanto en mujeres 10,01% del total (3 son

continentes), como hombres 13,46% del total (7 son continentes). Los resultados obtenidos en relación al tipo de incontinencia y tratamiento con dependencia física, observamos que el 69,1% que presentan dependencia total o grave (Barthel igual o inferior a 35), no tienen tipificada la incontinencia, y el 68,4% que usan pañal todo el día también presentan dependencia total o grave. Ante la presencia de dependencia moderada o leve (Barthel superior a 35 e inferior a 100) el 25,9% no tiene tipología de incontinencia y el 24,3 utiliza pañal todo el día.⁸

Altamirano Cifuentes, Mayra Alejandra. (2015) **Ejercicios de kegel como tratamiento de incontinencia urinaria leve en adultos mayores de 65 a 75 años de edad del club de adultos mayores del ministerio de salud pública de Ambato Ecuador**”, donde se procuró seguir una metodología investigativa basada en un enfoque cualitativo, por los aspectos de evaluación numéricas de ciertos fenómenos que nos llevan a comprobar la Hipótesis, la misma que tiene una modalidad de campo y documental, permitió diagnosticar y conocer de cerca la práctica del problema investigado. La población fue de 60 pacientes los cuales pertenecen al club mencionado de los cuales se dividieron en dos grupos el control y el Experimental donde se agregó al tratamiento los ejercicios de Kegel para conocer sus ventajas para la insuficiencia urinaria cuya hipótesis fue verificada a través del T student Por lo cual se ve la necesidad de realizar una guía de tratamiento con los ejercicios de Kegel para tratar la incontinencia urinaria en los adultos mayores y así evitar sus complicaciones.⁹

Marina Martínez Gallardo (2015) **Actuación de enfermería en atención primaria sobre incontinencia urinaria en la persona mayor: Adecuación de absorbentes**. Para la consecución del objetivo se realiza un estudio descriptivo de enfoque observacional y corte transversal. Se trató de relacionar la incontinencia urinaria en

personas mayores con el uso de los absorbentes. El 38,46% respondieron que a veces recogen información sobre IU en personas mayores de 65 años y un 30,77% respondieron casi nunca, siendo siempre la menos respondida con un 3,85%. A pesar de ello el 25% indicaron que en caso de recogerla lo hacen en antecedentes personales y en el patrón de eliminación de Gordon y un 19,23% en Plan de Cuidados, o en varias por lo que no siguen ningún método sistémico de recogida. Sin embargo, el 42,31% respondieron no saber qué cantidad de pacientes de 65 años con IU y uso de absorbentes llevaban a su cargo. También se mostró que el 55,77% de los enfermeros desconocían los tipos de IU y un 12% menos si decían saberlo, el 82,69% de los profesionales respondieron que si realizaban cuidados en pacientes con IU y uso de absorbentes, estos datos apoyan la parte de la revisión bibliográfica sobre que la IU tiene gran impacto en el paciente y que un uso adecuado de los absorbentes para IU por parte de los profesionales de enfermería previene complicaciones. ¹⁰

Siranaula V, Urgilés S, Viteri M. En el año 2011 realizaron un estudio transversal con el objetivo de identificar la **Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria en los adultos mayores que asisten a los servicios sociales del “Instituto ecuatoriano de Seguridad Social”** Participaron 365 adultos mayores que asisten a los servicios sociales quienes previa capacitación sobre el tema consintieron llenar los formularios validados para la recolección de datos. El análisis se realizó con la intención de conocer la magnitud, mediante procedimientos estadísticos como razón de prevalencia, intervalo de confianza, valor p. Resultados: La prevalencia global de Incontinencia urinaria fue 68,13%; en el sexo femenino (75,28%) y en el masculino (42,86%). Los factores de riesgo que se asociaron fueron: Estado nutricional de riesgo (Obesidad, sobrepeso y desnutrición; 71,43%), ITU (72,77%), Cirugía pélvica (72,91%), HTA

(82,65%), Diabetes (85,1%), Demencia (100%), Parkinson (100%). Mientras que factores como: Edad; mayores de 70 años (63,68%), Enfermedades prostáticas (47,92%), Multiparidad (2 o más hijos; 75,58%), Enfermedades Reumáticas (71,05%) y Enfermedades Tiroideas (64,29%), no se asociaron con Incontinencia Urinaria. ¹¹

Erika Cabezas Oviedo. (2015) **Diagnóstico de la prevalencia de dismovilidad y fragilidad en la población de adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa en Goicoechea, San José – Costa Rica**. Se realiza un estudio observacional, transversal de tipo descriptivo, cuantitativo. Los resultados que se obtienen muestran una prevalencia de Dismovilidad de un 86.21%, y un 47.83% de Fragilidad en el conjunto de adultos mayores. La Dismovilidad detectada presenta una relación directamente proporcional con la edad, donde a mayor edad, mayor prevalencia, por su parte, la fragilidad hallada no manifiesta relación con la edad de los adultos mayores. ¹²

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 ADULTO MAYOR:

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos de persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

En esta fase de la vida la salud se resiente notablemente, en tanto, existen muchas enfermedades y afecciones especialmente asociadas a este momento, el Alzheimer, osteoporosis, artrosis,

cataratas, entre otras. Existe un día al año en el cual en el mundo entero celebra a los adultos mayores: el 1 de octubre.¹³

El Ministerio de Salud de Perú (MINSA) define como personas adultas mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad.

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores.¹⁴

2.2.2. ESTADO DE FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR

El término "fragilidad" es usado frecuentemente al referirse a personas mayores, pero su definición ha sido difícil de conceptualizar y distintos autores usan criterios diagnósticos diferentes más o menos estandarizados.¹⁵

La fragilidad es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación.¹⁶

Es importante señalar que el estrés no solo se refiere a injurias biomédicas (infecciones, deshidratación, constipación, etc.) sino que también se refiere al estrés social y mental (soledad, violencia, maltrato etc.), como también frente al estrés funcional (por ejemplo, necesidad urgente de subir a un bus o una escalera).

Estudios muestran que el Índice de Fragilidad:

Es mayor:

- En adultos mayores con menor nivel educacional.
- En adultos mayores con menor ingreso mensual

- En adultos mayores con bajos niveles de actividad física (sarcopenia)
- En adultos mayores con pasado de ingesta alcohólica

Es menor:

- En adultos mayores con buena red de apoyo social (parientes, amigos, comunidad, religión)
- En adultos mayores con dietas con alta ingesta de frutas y verduras
- A través de toda la vida se van generando procesos fisiológicos que llevan a la fragilidad.

Si realizamos acciones que nos permitan detectar a tiempo estos procesos que se van lentamente instalando, impediremos o retardaremos, la fragilidad, y posteriormente la dependencia. Estas condiciones clínicas, prevenidas, detectadas precozmente y tratadas, producirán un resultado muy diferente que si no lo hacemos. Este es el sentido profundo de toda acción de promoción y prevención dirigida a los adultos y adultos mayores. Si hacemos promoción y prevención, se hará uso de las ventanas del tiempo en la cual nuestro accionar tendrá mayores beneficios. De estas acciones de promoción, hay dos que constituyen la piedra angular, ellas son la nutrición y el ejercicio. Estas acciones, tienen un costo beneficio enorme. Si pensamos en los costos monetarios de la dependencia, además del sufrimiento que conlleva, no se dudará en poner todos los esfuerzos en promoción y prevención.¹⁷

Frecuencia (incidencia, prevalencia):

Al contrario de la creencia popular, no todos los adultos mayores son frágiles, sólo 3- 7% entre 65 y 75 años son frágiles. La prevalencia de fragilidad aumenta con la edad, llegando a más de un 32% en los adultos mayores con más de 90 años. Según estudios, el 7% de adultos mayores frágiles no tiene enfermedad, 25% tiene sólo una comorbilidad. Si se excluyen los adultos mayores con condiciones

médicas agudas y crónicas, un 7% de los >65 años y un 20% de los >80 años son frágiles.¹⁸

Concepto de anciano frágil:

En esencia, fragilidad es sinónimo de inestabilidad, y designa la mayor probabilidad o riesgo de un elemento de perder su condición de tal, y por ende, de cambiar de estado. En el ser humano, la fragilidad biológica traduce, de acuerdo con el segundo principio de la termodinámica, la progresiva disminución de rendimiento en la transformación de energía. Cuando este rendimiento se hace nulo se produce la muerte, momento en que el ser vivo ya no transforma energía, sino que es transformado. La fragilidad biológica señala una menor adaptabilidad a los cambios que se suceden en el ambiente interno y externo.¹⁹

Presencia de fragilidad en los adultos mayores: La presencia de fragilidad puede ocasionar en el adulto mayor:

- Caídas frecuentes
- Depresión
- Trastorno moderado de memoria
- Incontinencia urinaria franca
- Disminución de las actividades instrumentales de la vida diaria y de traslado
- Falla de visión
- Falla de audición

Bernard Isaacs, uno de los padres de la Geriátrica, determinó que en la búsqueda del paciente frágil, la Geriátrica debe “comprometerse” a detectar en la primera evaluación, las siguientes llamadas cinco “les”:

- Inmovilidad
- Inestabilidad postural
- Incontinencia
- Insuficiencia cognitiva

- Iatrogenia.²⁰

Inmovilidad implica la dificultad por parte del adulto mayor de trasladarse de un lugar a otro, lo cual conlleva a una dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria. Este inmovilismo puede dar inicio a una serie de eventos secundarios, en que una consecuencia puede llevar a la otra en una verdadero “efecto de cascada”, y entre los cuales hay atrofia muscular por desuso, contracturas musculares, mayor inmovilismo, caídas, miedo a caminar, postración, constipación, deshidratación, escaras, infección de escaras, sepsis y muerte.

Inestabilidad postural se refiere a una alteración del equilibrio sobre todo al caminar, puede llevar a caídas y consecuencias de ésta: traumas locales leves hasta fracturas serias y muerte por TEC. Estas caídas constituyen uno de los “síntomas” más importantes de la Geriatria, ya que producen alta fragilidad al adulto mayor que las padece. Encontrar la etiología de esta inestabilidad postural constituye un gran desafío para el equipo tratante.

La incontinencia es una pérdida involuntaria de orina o de heces, y constituye uno de los mayores “signos” clínicos de la geriatría. Por lo tanto no hay que pasar por alto la pérdida de orina, aunque muchas veces ni el mismo paciente o sus cuidadores le dan importancia a este hecho. También como en muchos otros temas, está el mito de que al final de cuentas la incontinencia es incurable, cosa que no es así, pues con una buena causa detectada, hay tratamiento posible.

Insuficiencia cognitiva se refiere a aquellas funciones intelectuales superiores que pudieran estar alteradas en el adulto mayor. En las demencias propiamente hay consecuencias en la independencia o autonomía para ejecutar las actividades de la vida diaria.

Iatrogenia se refiere a la polimedicación del adulto mayor, por lo habitual que es ver adultos mayores con pluripatologías, como por la tendencia

bien intencionada de tratar cada problema con el fármaco que se estime como el más apropiado. No hay que olvidar que latrogenia, no se refiere solo a la administración inapropiada de fármacos o cirugías, o regímenes nutricionales que no corresponden, etc., sino que además se refiere a aquellas situaciones que no se tratan por creer que estamos frente a un síntoma “normal del envejecimiento”. En este caso se cae en latrogenia por omisión del tratamiento. ²¹

TEST DE BARBER PARA UN MEDIO URBANO:

Se trata de una escala autoadministrada. Su finalidad también es detectar a la población anciana susceptible que pueda tener algún nivel de dependencia, pero en el medio urbano.

Evalúa el riesgo de dependencia a partir de 9 ítems con respuesta dicotómica, verdadero o falso (puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia). Sirve para detectar ancianos susceptibles que puedan tener cierto nivel de dependencia.

El test para población urbana solo varía en que se realiza de forma autoadministrada a cada individuo en concreto y con capacidad para contestar la encuesta.

Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Resultado de la puntuación	Resultado del test
0	No sugiere riesgo de dependencia
1 a más	Sugiere riesgo de dependencia

El Cuestionario de Barber se creó y comenzó a utilizar en Inglaterra al inicio de los años ochenta, inicialmente como cuestionario postal, aunque con posterioridad su contenido ha sido modificado en diversas ocasiones

(añadiendo, quitando o modificando ítems), así como su forma de administración. Es el cuestionario más difundido para detectar a los ancianos de riesgo en nuestro medio, tiene por finalidad valorar más ampliamente e intervenir en las personas seleccionadas, contribuyendo a evitar la aparición de eventos adversos en la salud (mortalidad, hospitalización o institucionalización) a corto o medio plazo; en la mayoría de los protocolos de actuación que lo utilizan se realiza el cuestionario con una periodicidad anual o bianual.

Indicadores del Test de Barber

Vive solo: El ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida. Según Erikson, el grado de socialización aumenta. La principal dificultad que enfrentan las personas mayores al vivir solas es la desprotección frente a situaciones de dependencia. Los mayores que presentan algún grado de dependencia el hecho de vivir solas es en sí misma una condición de vulnerabilidad”²²

Contar con alguien que le ayude: El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud.²³

La presencia de otra persona que apoye al adulto mayor resulta crucial para que este no se aíse ni se sienta solitario, lo cual le permitirá mantener un rol activo dentro del medio para así seguir desarrollándose.

Además, la compañía de los otros también le permitirá saber que está rodeado por personas en las que puede confiar y con las que puede contar en caso de tener algún problema. Todo esto le brindará seguridad e incluso podrá incrementar su tranquilidad y bienestar.²⁴

Dependencia: El cuidado del adulto mayor en el hogar, una vez que éste depende totalmente de sus familiares o de sus cuidadores, es una problemática muy amplia que exige no sólo experiencia sino que las atenciones y cuidados que recibe sean personalizados, ajustados específicamente para las necesidades de cada persona. La dependencia es "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria".²⁵

Ingesta de comida caliente: El alimentar al adulto mayor representa tratarlo con suavidad, sus alimentos deberán estar siempre a una temperatura conveniente, la presentación deberá ser, en lo posible, apropiada, llamativa. La mayoría de los adultos mayores requieren de auxilio a la hora de los alimentos ya sea por su composición, textura o su preparación.²⁶

Cuando sale de casa: Se debe fomentar la autonomía en las personas mayores realizando algunas actividades de forma más independiente. Las personas de la tercera edad son más susceptibles a sufrir accidentes o ser víctimas de crímenes.

El adulto mayor debe tomar en cuenta que muchas cosas han cambiado y hay delincuentes que pueden aprovecharse de ellos. Muchas veces las personas de edad avanzada son víctimas de muchas injusticias como fraudes, robos, violencia y abuso de confianza.²⁷

Problemas de visión y de oído: Los problemas de visión son de vital importancia en la vida de relación de las personas mayores. La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves

efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.²⁸

Hospitalizaciones: La hospitalización resulta frecuentemente una declinación irreversible del estado funcional, produciendo en ocasiones complicaciones no relacionadas al problema de admisión pudiendo en gran parte ser evitadas con una consecuencia pérdida de su independencia.²⁹

PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD:

La prevención debe ir encaminada a mantener la capacidad de reserva y por tanto a: aumentar la actividad física (el ejercicio mejora la capacidad musculo-esquelética y aeróbica del individuo debido a una alta incidencia de sedentarismo entre los ancianos); rehabilitación en aquellos ancianos frágiles; práctica de dietas completas y equilibradas; tratamiento eficaz de los problemas sensoriales (visuales y auditivos); diagnóstico y tratamiento precoz del deterioro cognitivo; y otras intervenciones para la prevención de enfermedades como pueden ser las campañas de vacunación, el control de los factores de riesgo vascular o la eliminación de hábitos tóxicos.

Pero para todo ello es fundamental, que los profesionales que prestan atención al adulto mayor, incluyan en el día a día la evaluación de la fragilidad, para poder identificar a todos aquellos ancianos de riesgo.³⁰

INCONTINENCIA URINARIA:

La incontinencia urinaria (IU) es un síndrome común en la etapa de la vejez ya que su etiología obedece a múltiples factores que coinciden en los adultos mayores, sin embargo y a pesar de ser común en este grupo

etéreo, no debe ser tomada como una situación normal o esperada ya que no es un resultado inevitable del proceso de envejecimiento.

La incontinencia urinaria no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y disminuye su autonomía.

La IU, es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina.

Epidemiología

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 anciana que requiere una evaluación y tratamiento adecuados.

- ❖ Los estudios epidemiológicos realizados en relación con esta patología presentan una serie de limitaciones que impiden en ocasiones un análisis correcto de los datos obtenidos. Dichas limitaciones están correlacionadas, no solo con el tipo de estudio realizado sino también con factores socioculturales y condicionamientos mentales de la población en general así como por la falta de sensibilización y en ocasiones suficiente preparación del personal de salud.
- ❖ Como resultado y a pesar de su elevada prevalencia, el índice de consulta en la población adulta mayor generado por este importante problema de salud, es sorprendentemente bajo (menor de un 50%).
- ❖ La prevalencia varía en dependencia del nivel asistencial considerado: comunidad (30%), hospital (30%) y residencias (50%).

Incontinencia urinaria de etiología urológica:

Dentro de este grupo de entidades nosológicas, que de entrada, se consideran irreversibles pero controlables en algún grado, se debe aclarar que no son el resultado de un estado de descontrol orgánico o metabólico agudo, sin embargo, en algunos pacientes se pueden conjuntar tanto causas de origen médico como urológico.

La incontinencia urinaria de origen urológico (también llamada “persistente”) se clasifica actualmente en incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria con urgencia, por rebosamiento y de tipo mixta.

Incontinencia de esfuerzo:

Este término se refiere a la pérdida involuntaria de orina seguido al aumento de la presión intra-abdominal en ausencia de contracción del detrusor. El ejemplo clásico lo representa el paciente que experimenta un escape intempestivo de orina al realizar ejercicio o un esfuerzo al cargar objetos pesados o bien durante el estornudo o la tos.

Incontinencia de urgencia:

Es debida a contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado, y que pudiese ser espontánea o provocada, es acompañada o inmediatamente precedida por urgencia que es el deseo súbito e inminente de expulsar orina y difícil de dominar, de este hecho se explica su nombre. Sospecharla en todo caso de incontinencia urinaria de comienzo brusco en presencia de globo vesical. Puede ser causado por causas prostáticas, neurológicas, fármacos (anticolinérgicos, alfa-adrenérgicos, narcóticos, etc.) y también por la impactación de un fecaloma.

Incontinencia por rebosamiento:

Aquí se presenta un volumen residual excesivo resultante de la retención urinaria secundaria a causas neurogénicas u anatómicas. Se produce

pérdida de orina, generalmente de pequeños volúmenes, que es secundaria a una dificultad del vaciamiento vesical por obstrucción mecánica o falla vesical. La vejiga es incapaz de vaciarse en su totalidad y va acumulando orina en su interior hasta que la presión intravesical sobrepasa la presión esfinteriana y se produce, dependiendo de la cantidad de orina acumulada, desde un goteo hasta la salida del volumen total que había sido contenido en la vejiga. Entre las causas mecánicas que le dan origen cabe destacar a la hipertrofia prostática benigna, estrechez uretral y gran cistocele.

Las causas funcionales son aquellas en que la vejiga no es capaz de contraerse adecuadamente (vejiga hipotónica) como en la vejiga neurogénica y lesiones de la médula espinal. En la IU aguda, llamada así cuando ésta es de comienzo brusco, deberá sospecharse la presencia de globo vesical, debido a causas prostáticas, neurológicas, polifarmacia (anticolinérgicos, alfa-adrenérgicos, narcóticos, etc.) o bien por impactación fecal (fecaloma) etc.

Problemas psicosociales más frecuentes en personas con incontinencia urinaria.

- Sentimientos de humillación personal.
- Vergüenza ante sí mismo y ante los demás.
- Reacciones emocionales de inseguridad.
- Inhibición afectiva.
- Ansiedad.
- Depresión y tristeza.
- Inhibición de la sexualidad.
- Aislamiento social.

Tratamiento conductual:

El concepto de tratamiento conductual se refiere a la aplicación de modificaciones en la conducta del individuo con el objetivo de que inicie prácticas de prevención o atención a su salud, en este caso, se realizarán prácticas que promuevan la continencia urinaria con el motivo de mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones. Se aclara que aunque en un buen número de pacientes son beneficiosas, el éxito dependerá de la etiología y severidad de la IU, dentro de ellas tenemos:

Continencia social.- Este término se refiere a la “programación” que el paciente lleva a cabo de sus micciones durante el día. Se sugiere que el adulto mayor orine a tiempos fijos, idealmente cada 2 a 3 hrs. durante el día, independientemente de que tenga o no deseos de orinar. No es necesario realizar este procedimiento en todos los casos por la noche, sin embargo, en pacientes con hipertrofia prostática o gran cistocele es común la nicturia, en estos pacientes se aconseja su realización.

Ejercicios de Kegel.- La principal indicación de los ejercicios de Kegel, es el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico. El músculo que se tonifica de forma más efectiva es el pubococígeo; al realizar los ejercicios de Kegel se consigue en algún grado, mejorar la función del esfínter uretral y rectal mejorando por ende la continencia. El éxito de los ejercicios de Kegel depende de su práctica apropiada y del cumplimiento estricto del programa de ejercicios, además, está documentado que tienen un mayor impacto en la IU de corta evolución y que presenta pérdidas urinarias pequeñas.

Si estos ejercicios son practicados regularmente, se ha documentado hasta un 70% de éxito a las 6 semanas de su inicio y 50% a los 5 años.

Retención vesical.- Esta técnica se recomienda en pacientes con IU que cursa con urgencia, consiste en una vez iniciada la micción, inhibir el flujo urinario con la finalidad de que el paciente pueda permanecer tiempos cada vez mayores “reteniendo la orina”.

Modificación ambiental.- Cuando la causa es de origen ambiental, existen una serie de medidas generales aplicables a la gran mayoría de los pacientes tales como asegurar un ambiente que facilite la continencia, por ejemplo, tener accesos fáciles a los cuartos de baño, los cuales deben estar bien iluminados y con una altura de WC adecuada. En el caso de pacientes con problemas de movilidad, contar con sillas con orinal al lado de la cama, orinales, cómodos, etc.

También es importante evitar en la medida de lo posible las restricciones físicas innecesarias, así como retirar a la brevedad todas aquellas medidas de intervención hospitalaria que no tengan una utilidad inmediata, un ejemplo de ello es continuar con el uso de venoclisis en pacientes deshidratados que ya pueden ingerir líquidos en vez de utilizar la vía oral para tal fin.

Otras medidas de tratamiento conductual.- Dependiendo del tipo de IU, el paciente debe evitar levantar objetos pesados, contraer infecciones del tracto respiratorio por la probabilidad de presentar tos, así como fumar. Si tiene obesidad y esta entidad coadyuva al desarrollo de episodios de IU, el paciente deberá entrar a un programa de pérdida ponderal programada. Preferentemente, los pacientes con IU deberán evitar tomar café, té de canela, refrescos de cola, así como el comer chocolates y alimentos picantes ya que contienen sustancias que irritan a la vejiga y suelen condicionarles urgencia y hasta pérdida urinaria.³¹

EVALUACION DEL PATRÓN DE ELIMINACIÓN

- Planificar una educación vesical con eliminación de orina cada cuatro horas, ya que los adultos mayores son más susceptibles a las infecciones por un aumento de la orina residual
- Educar sobre el uso de ropa interior de algodón
- Valorar la presencia de signos y síntomas de Incontinencia Urinaria

- Educar al adulto mayor y familiares sobre las medidas de sostén para los adultos mayores incontinentes, tales como: toallas higiénicas, pañales, entre otros
- Derivar al adulto mayor a un programa de educación sistemática.

Controlar los peligros ambientales:

- Procurar que exista una buena iluminación en los lugares de desplazamientos habituales del AM o en el hospital.
- Procurar que exista una buena ventilación del ambiente físico y de los objetos personales de los AM
- Evitar la luz de frente y brillante.
- Utilizar pisos antideslizantes
- Utilizar colores diferentes para el piso y los muebles, destacando los bordes de las escaleras y pisos resbalosos (baño).
- Evitar el contacto directo con el polvo ambiental
- Precaución en el manejo de objetos y sustancias calientes. ³²

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA EN VARONES.

Población diana: Población general de hombres. Se trata de un cuestionario con preguntas dicotómicas. Este cuestionario es capaz de identificar la incontinencia urinaria de urgencia y por obstrucción prostática.

Los puntos de corte se detallan a continuación:

- La respuesta afirmativa de las 5 preguntas (1, 2, 3, 4,5) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria de urgencia del 30,4%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 77%.
- La respuesta afirmativa de las 3 preguntas (6, 7,8) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria por

obstrucción prostática del 66.7%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 80%.³³

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM: AUTOCUIDADO

Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador-Educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).³⁴

Valoración del patrón de eliminación

Es una necesidad fisiológica y su función es la eliminación de desechos y toxinas resultantes del metabolismo celular. La salud de una persona dependerá en gran medida de la capacidad de su organismo para eliminar residuos tóxicos tanto internos como externos.

Un aspecto de relevancia en el adulto mayor, es la eliminación de los desechos del organismo a través de la orina, proceso conocido como eliminación vesical. Afecta a todos los grupos de población, edades y ambos sexo, aunque es más frecuente en mujeres y ancianos.

En el adulto mayor la incontinencia urinaria o pérdida involuntaria de la orina de forma regular es uno de los síndromes más frecuentes, produciendo un gran malestar, problemas de higiene, depresión, ansiedad y aislamiento; implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente. Aunque es común que

el paciente afectado de incontinencia no le dé la importancia que merece, sin intentar aclarar el tipo y determinar si es pasajera, reversible o simplemente buscar una opinión especializada.

Existe un debilitamiento en los músculos por lo tanto hay una reducción en la fuerza del chorro urinario, por lo que ocurre incontinencia urinaria, también se puede presentar retención urinaria lo que puede influir en la presencia de las infecciones urinarias, en las mujeres hay estrechez y resequedad de la vagina lo que produce dolor durante las relaciones sexuales, hay debilitamiento de los músculos pélvicos produciendo prolapso uterino. En el varón hay atrofia testicular, demora en la erección y menor sensibilidad en el pene.³⁵

Con la orina se elimina la mayor parte del exceso de agua corporal y el adulto promedio elimina entre 1000 y 1500 ml de orina en 24 horas. Este volumen varía según el líquido ingerido y la cantidad que se pierde por los otros medios.

La orina normal es transparente y de color ámbar claro. Cuanto más oscura, más concentrada. Tiene un pH de 4.8 a 8.0 y contiene creatinina, ácido úrico, urea y algunos leucocitos. Por lo general no hay bacterias, glóbulos rojos, glucosa, proteínas, acetona, pus y cálculos.³⁶

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Cuando cualquiera de las vías de salida de líquidos o desechos esté alterada, ya sea por una patología infecciosa, obstructiva, maligna o por malos hábitos, nos enfrentamos a una alteración de la necesidad de eliminación.

La eliminación urinaria depende de la eficacia funcional de cuatro órganos del aparato urinario.

- **Los riñones:** Filtran de la sangre todos los productos inservibles. Pasan unos 1200 ml de sangre por minuto que se filtra a través de la

unidad funcional del riñón que es la nefrona formando el filtrado glomerular. La unidad funcional y estructural del riñón es la nefrona.

- **Uréteres.** Una vez se ha formado la orina en los riñones, ésta pasa a los uréteres a través de los tubos colectores, para pasar por último a la vejiga. Los uréteres son dos tubos que salen de cada riñón y que tiene una longitud de unos 25 a 30 cm en el adulto y un diámetro de 1,25cm. la parte proximal, la que se une a los riñones, es más ensanchada y tiene forma de embudo, y los extremos distales entran a la vejiga. En la unión entre la vejiga y el uréter hay una válvula que impide que la orina regrese a los riñones.
- **Vejiga:** Podemos decir que es el órgano de almacenamiento de la orina hasta su expulsión. Es un órgano hueco y muscular que cuando está vacía se encuentra detrás de la sínfisis del pubis (Hombre: delante del recto y encima de la próstata; Mujer: delante del útero y de la vagina). La base de la vejiga es triangular, denominada trícorno, y está limitada por la abertura de los uréteres y la abertura de la uretra que forma el ápex. La vejiga se puede distender mucho gracias a unos pliegues denominados arrugas.
- **Uretra:** Es la vía de salida de la orina, que se extiende desde la vejiga hasta el meato urinario. Está recubierta de membrana mucosa. En la mujer, la uretra está detrás de la sínfisis del pubis, delante de la vagina y debajo del clítoris. En el hombre, se encuentra en el extremo distal del pene. La uretra posee dos esfínteres, uno interno, situado en la base de la vejiga urinaria y que es de control involuntario, y otro que es de control voluntario situado, en la mujer en el punto medio de la uretra y en el hombre en la porción distal de la uretra prostática.³⁷

Al realizar una valoración en pacientes con afecciones de la eliminación urinaria es importante tener en cuenta los hábitos o patrones usuales de

micción, sus alteraciones, edad del paciente, ingestión usual de alimentos y líquidos, así como su estado mental y físico.

Gran parte de esta información puede ser obtenida de la historia clínica, además de la entrevista al paciente y familiares en caso necesario. Es importante conocer la naturaleza de los problemas de salud del paciente, planes diagnósticos y terapéuticos determinados por el médico de asistencia.

Los pacientes con trastornos urinarios suelen estar angustiados, sus síntomas generalmente producen incomodidad y suelen ser embarazosos por lo que la mayoría rehúsan hablar al respecto, y es necesario que el enfermero(a) aliente al paciente a que exprese sus sentimientos y preocupaciones, por lo que resultaría útil obtener los datos en lugares tranquilos y privados.

Es importante obtener datos específicos acerca de las variaciones de la función y eliminación urinaria. Se deben observar las características de la orina (color, olor, consistencia, volumen y presencia de elementos anormales). Se debe anotar cuidadosamente la frecuencia de micción para identificar una retención urinaria. Con frecuencia es posible palpar la vejiga distendida, procedimiento que se realizará con el paciente en decúbito supino, palpando encima de la sínfisis del pubis, lo que revelará una distensión firme y la percusión digital a su vez causará un sonido apagado que indica vejiga llena.³⁸

Prevención de la incontinencia urinaria

Existen algunas medidas que pueden ayudar a retrasar la aparición de la incontinencia de orina así como prevenirla.

Algunos de los consejos que pueden tener en cuenta son:

Seguir una dieta equilibrada, como la mediterránea. Evitar el sobrepeso y la obesidad, de esta forma se reducirá la presión intraabdominal.

Reducir el consumo de bebidas como el café, los refrescos y bebidas carbonatadas, el alcohol y los cítricos, entre otros.

Evitar las comidas picantes.

Aumentar el consumo de fibra para evitar el estreñimiento.

Reducir el consumo de productos y medicamentos diuréticos, así tendrá menos ganas de orinar.

Evitar beber entre cuatro y dos horas antes de irse a dormir.

No empujar al orinar. De esta manera evitará que se dañen los músculos del suelo pélvico.

No ingerir bebidas antes de realizar ejercicio físico.

Medidas higiénico dietéticas

Los afectados deben controlar los líquidos que toman para evitar la formación excesiva de orina. También es importante la forma en la que se toman, las sopas, los guisos y los alimentos hervidos aportan más líquidos que los asados y fritos.

Entre los líquidos que favorecen la formación de orina se encuentran el agua, la leche, el alcohol y las infusiones. Se debe distribuir mejor el horario de la toma de bebidas, bebiendo más durante la mañana y disminuyendo paulatinamente las bebidas conforme avanza el día.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Adulto mayor: Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona.

Fragilidad: En esencia, fragilidad es sinónimo de inestabilidad, y designa la mayor probabilidad o riesgo de un elemento de perder su condición de tal, y por ende, de cambiar de estado. La fragilidad biológica señala una menor adaptabilidad a los cambios que se suceden en el ambiente interno y externo.

Incontinencia urinaria: La incontinencia urinaria (IU) es un síndrome común en la etapa de la vejez ya que su etiología obedece a múltiples factores que coinciden en los adultos mayores, sin embargo y a pesar de ser común en este grupo etáreo, no debe ser tomada como una situación normal o esperada ya que no es un resultado inevitable del proceso de envejecimiento.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No se coloca debido a que la investigación es descriptiva, y no se buscará la relación causa efecto entre las variables de estudio.

2.5 VARIABLES

VARIABLE 1:

Estado de fragilidad en salud.

VARIABLE 2:

Grado de incontinencia urinaria.

2.5.1 .Definición conceptual de la variable: Estado de fragilidad

Es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación.

2.5.2 .Definición operacional de la variable

Son todas aquellas probabilidades de tener algún nivel de dependencia y de enfermar el cual será valorado con la aplicación de una encuesta a los adultos mayores que asisten al consultorio externo de Medicina del hospital Santa María del Socorro.

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Estado de fragilidad de la salud	Es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación.	Son todas aquellas probabilidades de tener algún nivel de dependencia y de enfermar el cual será valorado con la aplicación de una encuesta a los adultos mayores que asisten al consultorio externo de Medicina del hospital Santa María del Socorro.	Estado de fragilidad	<p>Vive sólo</p> <p>Tiene ah alguien que le pueda ayudar si lo necesita</p> <p>Depende de alguien para sus necesidades diarias</p> <p>Hay días en que no consigue comer algo caliente</p> <p>No puede salir de casa por alguna enfermedad</p> <p>Tiene mala salud</p> <p>Tiene problemas de visión</p> <p>Tiene problemas de oído</p> <p>Ha estado hospitalizado este último año</p>

VARIABLE 2	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Tipo de incontinencia urinaria.	Es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud.	Viene a ser la detección de aquellos adultos mayores que presentan incontinencia urinaria como un proceso inevitable del proceso de envejecimiento.	Valoración de incontinencia urinaria	Incontinencia urinaria de urgencia.

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Porque el investigador no manipuló las variables.

Transversal: Porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión y no hubo un seguimiento en el tiempo.

Prospectivo: Porque se registraron los datos a medida que ocurren.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el Hospital Santa María del Socorro, ubicado en la Calle Castrovirreyna 759 del Cercado de Ica.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La población de estudio estuvo constituida por 50 adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro en el mes Enero del año 2016.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores, de acuerdo al muestreo no probabilístico y por conveniencia.

Total de la población (N)	50
Nivel de confianza o seguridad	95%
Precisión (d)	3%
Proporción	5%
Tamaño Muestral (n)	40

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores que asisten al consultorio externo de Medicina, que deseen participar voluntariamente

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores que se atienden en otros consultorios y que no deseen participar de la investigación.
- Adultos mayores que no deseen participar de la investigación.
- Adultos mayores que sus familiares no querían que su paciente participara de la investigación.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó para poder desarrollar la investigación es la aplicación de la encuesta con la finalidad de obtener las respuestas de las variables de estudio.

Para la primera variable Estado de fragilidad se utilizó el Cuestionario de Barber, se trata de una escala autoadministrada, su finalidad también es detectar a la población adulta mayor susceptible que pueda tener algún nivel de dependencia, pero en el medio urbano.

Evalúa el riesgo de dependencia a partir de 9 ítems con respuesta dicotómica, verdadero o falso (puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia). Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Para la segunda variable incontinencia urinaria utilizada para población general de varones. Se trata de un cuestionario con preguntas dicotómicas.

Los puntos de corte se detallan a continuación:

- La respuesta afirmativa de las 5 preguntas (1, 2, 3, 4,5) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria de urgencia

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información obtenida se procesó con ayuda del programa Word Excel, la misma que se calificó en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearon gráficos, tablas y cuadros estadísticos que ayudaron en la interpretación y análisis de los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Para la primera variable estado de fragilidad, es la que se indica a continuación:

Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica Si (1) –No (0) con los siguientes resultados de puntuación:

No riesgo de dependencia (0 pts.)

Riesgo de dependencia (1 a más pts.)

Para la segunda variable incontinencia urinaria

- La respuesta afirmativa de las 5 preguntas (1, 2, 3, 4,5) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria de urgencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

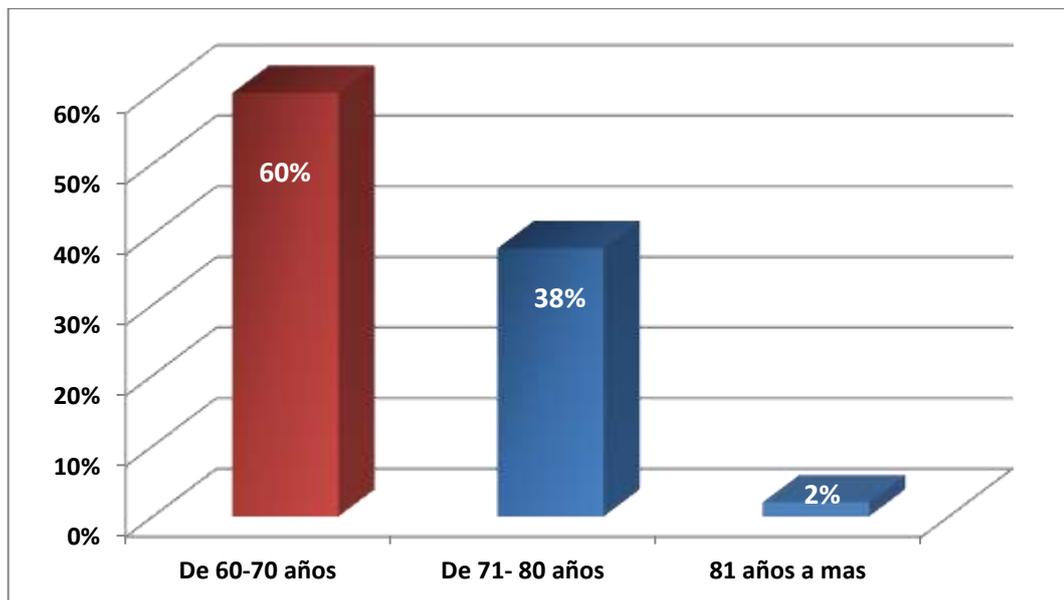
RESULTADOS

TABLA 1

**EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO
EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO DE ICA
ENERO 2016.**

EDAD	Fr	%
De 60 a 70 años	24	60%
De 71 a 80 años	15	38%
81 años a más	1	2%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a los adultos mayores HSMSI

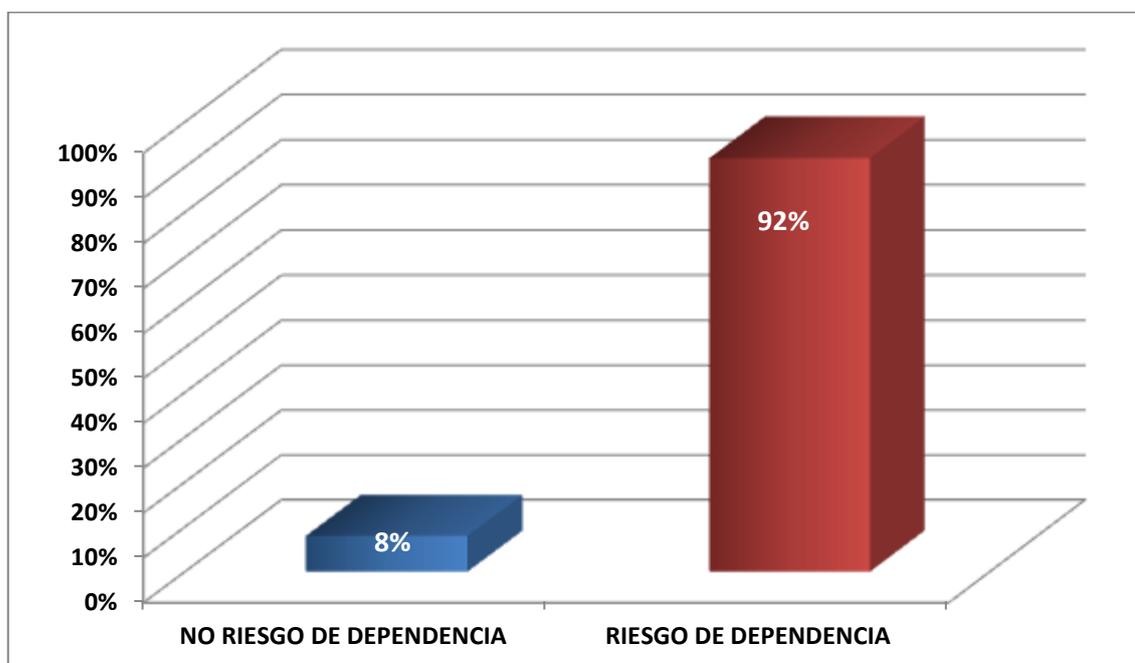


Se observa que el 60%(24) tienen edades de 60 a 70 años, el 38%(15) tienen entre 71 a 80 años y el 2%(1) de 81 años a más.

TABLA 2
ESTADO DE FRAGILIDAD DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA
ENERO 2016.

ESTADO DE FRAGILIDAD	Fr	%
NO RIESGO DE DEPENDENCIA (0 PTS)	3	8%
RIESGO DE DEPENDENCIA (1 A MÁS PTS)	37	92%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a los adultos mayores HSMSI



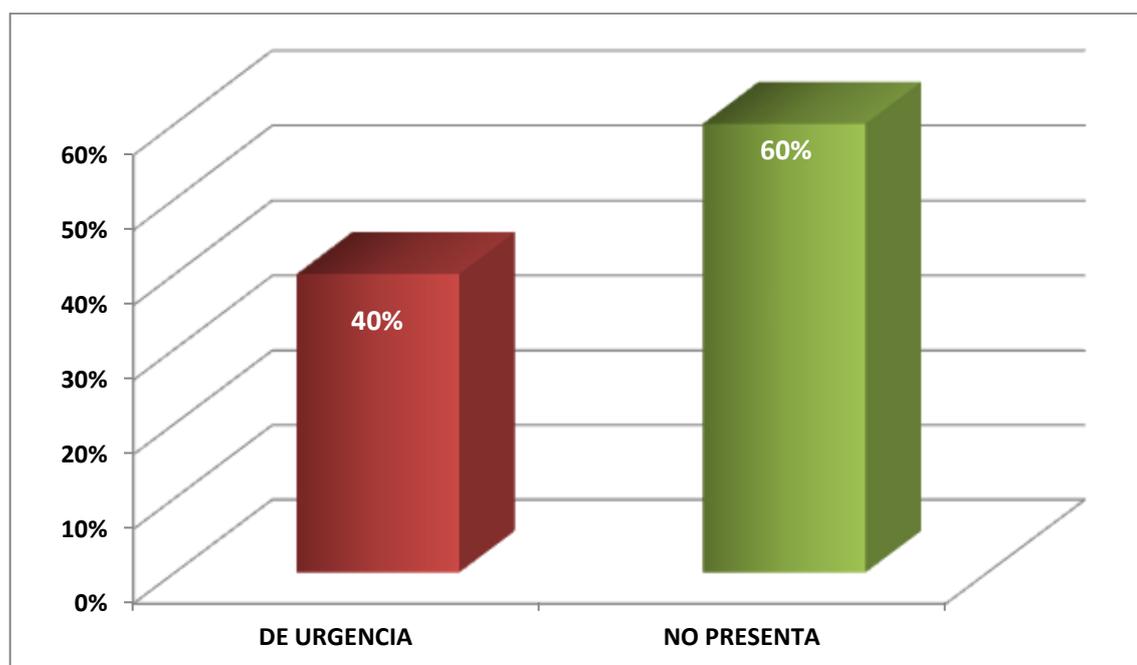
En relación al estado de fragilidad de la salud el 92%(37) de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia, y el 8%(3) no presenta riesgo de dependencia según los resultados del Test de Barber para el medio urbano.

TABLA 3

TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA ENERO 2016

INCONTINENCIA URINARIA	Fr	%
DE URGENCIA	16	40%
NO PRESENTA	24	60%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a los adultos mayores HSMSI.



Del 100%(40) de los adultos mayores encuestados, un 40%(16) tiene incontinencia urinaria de urgencia, y el 60%(24) no presentan incontinencia urinaria, según los resultados del cuestionario de valoración para incontinencia urinaria en varones.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

Tabla 1: El 60% tienen edades de 60 a 70 años, el 38% tienen entre 71 a 80 años y el 2% de 81 años a más, resultados que se pueden contrastar con Guimarães P.⁷ en el cual muestra asociación con la edad (1,06 por cada año a más de edad, IC95: 1,02-1,11).

La incontinencia urinaria, no se trata simplemente de una cuestión de edad, ya que está directamente relacionada con otras afecciones como el aumento de tamaño de la próstata, cáncer prostático y trastornos neurológicos como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y Alzheimer. En menor medida, la diabetes y el sobrepeso, así como otros factores de riesgo incrementan los casos de incontinencia urinaria entre hombres. Esta población se ve especialmente afectada por la incontinencia urinaria, llevándoles a limitaciones importantes e incluso al aislamiento social y familiar.

Tabla 2: En relación al estado de fragilidad de la salud el 92% de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia, y el 8% no presenta riesgo de dependencia según los resultados del Test de Barber para el medio urbano, resultados similares a los obtenidos por Guimarães P.⁷ se ha calculado, que la sufren el 37,4% de la población de estudio.

El reto como profesionales en Enfermería, es entonces prevenir la presencia de enfermedades crónicas que pueden ser potencialmente invalidantes y que una vez instaladas deterioran fuertemente la calidad de vida de la población mayor, fomentando un estilo de vida saludable para llegar hacia un envejecimiento satisfactorio que les permita vivir con independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.

Por lo que es necesaria una atención integral, para cualquier intervención desde el área de salud como clave de la calidad de vida en la vejez. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana, de allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su

capacidad funcional y de actuar a nivel de prevención primaria, vale decir, antes que se produzca la discapacidad, de allí la importancia fundamental de la medición permanente de la funcionalidad en el adulto mayor.

Tabla 3: Del 100% de los adultos mayores encuestados, el 40% tiene incontinencia urinaria de urgencia, y el 60% no presentan incontinencia urinaria, según los resultados del cuestionario de valoración de incontinencia urinaria en varones, resultados casi similares con García M.⁸, donde los incontinentes son el 93,10%, de la población de estudio y sólo el 6,9%, no presentan incontinencia; y por último tenemos a Siranaula V, Urgilés S, Viteri M.,¹¹ donde la prevalencia global de Incontinencia urinaria fue de 42,86% en el sexo masculino.

La incontinencia urinaria es 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 se puede considerar como un factor de riesgo de discapacidad, prevalente en el adulto mayor y se asocia a una importante comorbilidad y a un incremento en la mortalidad. La atención de enfermería, como servicio de primer contacto, se resalta en la participación para realizar un exhaustivo examen clínico que deberá incluir la búsqueda intencionada de este padecimiento y sus implicaciones médicas y sociales. El cuidado de enfermería debe profundizar en las medidas no farmacológicas, enfocarse en la capacitación de los pacientes para la realización continua y adecuada de todas las medidas conservadoras, contribuir con el paciente en la selección de productos protectores adecuados (pañales) que ofrezcan seguridad y confianza; en muchos de los casos, convencer al paciente que el uso de protectores es un recurso de fácil alcance, genera confort, previene lesiones e infecciones de piel, mucosas y del tracto genitourinario, ofrece protección contra el olor, incluso e conveniente desde el punto de vista económico.

CONCLUSIONES:

1. El 100% de los adultos mayores son de sexo masculino en su totalidad.
2. El 60% tienen edades de 60 a 70 años, el 38% tienen entre 71 a 80 años y el 2% de 81 años a más.
3. En relación al estado de fragilidad de la salud, el 92% de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia, y el 8% no.
4. El 40% tiene incontinencia urinaria de urgencia, y el 60% no presentan incontinencia urinaria.

RECOMENDACIONES

1. Insistir a los adultos mayores varones para que busquen asistencia sanitaria cuando presenten síntomas de incontinencia urinaria.
2. Fomentar un estilo de vida saludable, donde se mantenga un peso adecuado y que realicen controles médicos periódicos.
3. A la entidad hospitalaria, reforzar los esfuerzos y trabajar arduamente con la Estrategia Sanitaria de Promoción de la Salud y Adulto mayor realizando mediciones periódicas de la dependencia en el adulto mayor detectando a tiempo alguna discapacidad, tratar adecuadamente, y/o recuperar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso para evitar la incapacidad total y dependencia.
4. Proyectar nuestro quehacer profesional hacia las verdaderas necesidades como es la incontinencia urinaria, generando un plan de Intervención, seguimiento y evaluación del mismo, a través de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MORA J. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento Primera edición: 1000 ejemplares. 2006 ISBN 970-721-003-6.
2. LALIVE C, CAVALLI S, GUILLEY E. Recorrido de vida y vejez: Sobre la noción de fragilidad. Centro Inter-facultades de Gerontología, Universidad de Ginebra, 2005
3. COSTA M. Incontinencia urinaria. Confederación Americana de Urología Hospital Español Infobae Porto Alegre (MN 50407). URL disponible en: www.infobae.com/.../1609417-por-vergenza-quienes-sufren-incontinenc...
4. La incontinencia urinaria masculina: síntomas, tipos, causas y tratamiento Enciclopedia médica Medplus 2 de mayo de 2014.
5. Christian Cobreros. IUBA (Instituto Urológico Buenos Aires). Millón y medio de argentinos sufre incontinencia urinaria Septiembre 2015. [www.lanacion.com.ar > Sociedad > Salud](http://www.lanacion.com.ar/Sociedad/Salud)
6. DIOS JM, RODRÍGUEZ M, MARTÍNEZ JR, RODRÍGUEZ C, MELERO M, et al., Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. Gac Sanit 2003; 17(5):409-11; URL disponible en: www.fuden.es/originales_obj.cfm?id_original=105&aginación=6.
7. GUIMARÃES P. Artrosis, estado funcional y fragilidad en una población de personas mayores en Portugal. Estudio de los factores asociados y de la actividad física Oporto, Portugal, [Tesis especialidad]; Universidad autónoma de Madrid. 2012; URL disponible en: desporto.maiadigital.pt/comunicacoes-publicacoes/tese-de.../download.
8. GARCÍA M. Tipos de incontinencia urinaria en personas mayores de 65 años institucionalizadas: tratamiento y cuidados en residencias y centros socio-sanitarios públicos de Cataluña, España, 2013; URL disponible en: global.tesisenred.net/handle/10803/119807
9. ALTAMIRANO CIFUENTES, MAYRA ALEJANDRA. (2015) Ejercicios de kegel como tratamiento de incontinencia urinaria leve en adultos mayores de 65 a 75 años de edad del club de adultos mayores del

ministerio de salud pública de Ambato Ecuador. Disponible en: repo.uta.edu.ec/.../Altamirano%20Cifuentes,%20Mayra%20Alejandra.pdf...

10. MARINA MARTÍNEZ GALLARDO (2015) Actuación de enfermería en atención primaria sobre incontinencia urinaria en la persona mayor: Adecuación de absorbentes. Disponible en: space.ceu.es/.../Actuación%20de%20enfermería%20en%20atención%20opr.
11. SIRANAULA ARIAS V, URGILÉS S, VITERI M. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria en los adultos mayores que asisten a los servicios sociales del “Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; 2010 – 2011.
12. ERIKA CABEZAS OVIEDO. (2015) Diagnóstico de la prevalencia de dismovilidad y fragilidad en la población de adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa en Goicoechea, San José – Costa Rica. Disponible en: <http://blogs.funiber.org/gerontologia/2015/12/30/funiber-tesis-dismovilidad-y-fragilidad-adultos-mayores>.
13. ZAVALETA M. Definición de Adulto mayor; 2012. URL disponible en: problematikaadultosmayores.blogspot.com/.../definicion-de-adulto-mayo.
14. MINISTERIO DE SALUD. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de atención integral de salud documento técnico: Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores; URL disponible en: www.minsa.gob.pe/.../adultoMayor/.../Normas%20Técnicas_segunda%2.
15. HAZZARD W. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Mc Graw Hill 1999.
16. MARÍN P. Centro Geriátrica y Gerontología, Facultad de Medicina, Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral Pontificia Universidad Católica de Chile.
17. WOO J, GOGGINS W, SHAM A. Determinantes sociales de la fragilidad. Gerontología 2005; 51h40min-408.
18. AHMED N, MANDEL R, FAIN M. Fragilidad: Un síndrome geriátrico emergente. Am J Med. 2007 Sep; 120 (9):748-753.

19. AVELLANA J. Anciano frágil: la vulnerabilidad y el envejecimiento. 2004
URL disponible en: metode.cat/es/Revistas/.../Ancia-fragil-la-vulnerabilitat-i-l-envelliment
20. GARCÍA-MOYA R, TURÓN P. Cuidados terapéuticos de enfermería geriátrica: Técnicas y procedimientos de alimentación, administración de medicamentos y seguridad en el anciano. 2009 - 151 páginas
21. GARCÍA M, TORRES M, BALLESTEROS E. Enfermería geriátrica 2004 - 196 páginas.
22. YÁÑEZ C. Envejecimiento y vejez. Red latinoamericana de Gerontología. La Nación - 21/10/2010; URL disponible en: www.gerontologia.org/noticia.php?id=1815
23. MÉNDEZ E, CRUZ L. Redes sociales de apoyo y persona adulta mayor Costa Rica. Documento preparado para el informe estado de situación de la persona adulta mayor. (2008).
24. DEL RISCO P. Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2011; URL disponible en: tesis.pucp.edu.pe/.../DEL_RISCO_AIRALDI_PATRICIA_SOPORTE_SO
25. CONSEJO EUROPEO. Recomendación 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia; 1998; N° R (98).
26. VALENCIA J. Guía de orientación para el cuidado de la salud del adulto mayor que vive en casa. Los cuidados del anciano. Editorial Diana. México, 1998.
27. ALONSO P, SANSÓ FJ, DÍAZ-CANEL AM, CARRASCO M, OLIVA T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2011
28. SELVA A, SAN JOSÉ A, SOLANS A, VILLARDELL M. Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. Fragilidad. Medicine (Madrid). 1999; 124:5789-96.
29. MAÑAS M, MARCHÁN E, CONDE C. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un servicio de Medicina Interna: .An. Med.Interna v.22 n.3 Madrid mar..2005; URL disponible en: www.sergas.es/Docs/xornadasQS/IIXornadas/ponencias/05Povisa.pdf

- 30.** PÉREZ M, AVELLANA A. La atención sanitaria al anciano con enfermedad aguda en riesgo de incapacidad. [eds.], Bases de la atención sanitaria al anciano 2001., Madrid, Semeg: 125-144;
- 31.** ROSAS D. Guía de Consulta para el primer nivel de atención. Incontinencia Urinaria en la persona adulta mayor. 2010, talleres de impresión, D´Rocco Auriga No. 17 Col: Prado Churubusco México D.F., el tiraje fue de 10,000 ejemplares.
- 32.** LANGE I, REYES A, ZAVALA M, ARECHABALA C. Formación de los estudiantes de Pregrado en Enfermería Gerontológica en Chile. En Libro de Resumen del Primer Congreso Iberoamericano de Enfermería Gerontogeriatrica, Logroño, España 2000; pág. 175-80.
- 33.** Vila MA Fernández MJ Florensa E Orejas V Dalfó A Romea S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria Aten Primaria 1997 feb 19(3):121-126
- 34.** PIWONKA MA. Aplicación del modelo de Orem en el cuidado de enfermería a pacientes post operados con desviaciones de salud en el requisito de eliminación Conferencia 51ª Congreso Uruguayo de Cirugía. 2000.
- 35.** NEIL M. Resnick. Geriatric Medecine. Urinary Incontinence. En: Harrison`s Principles of Internal Medicine. 14th Edición. 1998. 9: 37-46; 262-264.
- 36.** MARTI SILES [Datos de internet]; 2010, 2011. URL disponible en:www.pedromarti.com/...de-enfermería-due/nec-de-eliminación-urinaria/
- 37.** SANTILLÁN M. Eliminación vesical e intestinal en el adulto mayor. Artículo publicado el miércoles 10 de julio del 2013, en el Vespertino "Satélite" (Trujillo-Perú). Publicado por massalud mejorvida en 19:06 Artículo 15. URL disponible en:massalud-mejorvida.blogspot.com/.../eliminacion-vesical-e-intestinal-en- BRUNERT SUDDART, TH. Manual de Enfermería Médico Quirúrgico. Nueva editorial. Interamericana. México. 1996.

38. Los hombres y la incontinencia urinaria. 2016. Disponible en:
<http://www.tena.co.cr/profesionales/centro-para-la-gestion-de-la-incontinencia/tipos-y-causas-de-la-incontinencia/incontinencia-masculina/>.

ANEXOS

**ANEXO 1:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	METODOLOGIA	INSTRUMENTO
¿Cuál es el estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero 2016?	Determinar el estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero 2016	<p>Describir el estado de fragilidad de la salud en adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica.</p> <p>Valorar el tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina del Hospital Santa María del Socorro de Ica</p>	<p>Estado de fragilidad</p> <p>Tipo de incontinencia</p>	<p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: No experimental transversal</p> <p>Población: 68 adultos mayores.</p>	<p>Test de Barber</p> <p>Cuestionario</p>

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

1. Sexo

- a) M
- b) F

2. Edad

- a) De 60 a 70 años
- b) De 71 a 80 años
- c) 81 años a más

ESTADO DE FRAGILIDAD: TEST DE BARBER PARA UN MEDIO URBANO

N°	ITEMS	SI(2)	NO(1)
1	¿Vive sólo?		
2	¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?		
3	¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?		
4	¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?		
5	¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?		
6	¿Tiene mala salud?		
7	¿Tiene problemas de visión?		
8	¿Tiene problemas de oído?		
9	¿Ha estado hospitalizado este último año?		

TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA

N°	INCONTINENCIA EN VARONES	SI(2)	NO(1)
	Incontinencia urinaria de urgencia		
1	Si oye ruido de agua, ¿siente ganas de orinar?		
2	Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿Entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina?		
3	Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?		
4	Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?		
5	Cuando sale a pasear, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?		
	Puntuación total		