

Conclusió

Quan es visita un pacient amb incontinència cal determinar-ne el tipus, perquè condiciona el tractament. En la incontinència d'esforç i mixta, els exercicis del sòl pèlvic haurien de ser la primera mesura que s'hi aplica. En la incontinència per inestabilitat del detrusor els anticolinèrgics, com l'oxibutinina o la tolterodina, es consideren fàrmacs d'elecció; la imipramina també hi és eficaç, però cal reservar-la per si el pacient no res-

pon als anticolinèrgics, si els tolera malament, o si està deprimat. En cas d'incontinència mixta, cal seleccionar el tractament segons el component que predomina en cada cas. En els pacients que no milloren amb els exercicis o el tractament farmacològic, o els que presenten incontinència urinària total, cal seleccionar els productes d'incontinència més adequats per a cada pacient i començar amb els de menys absorció.

Estudi econòmic d'alguns fàrmacs emprats en la incontinència urinària

fàrmac	dosi diària	cost diari (ptes.)	Cost de 30 dies de tractament (ptes.)
oxibutinina	7,5-15 mg	45	1350
flavoxat	400-600 mg	51	1530
tolterodina	4 mg	273	8190
trospi	40 mg	94	2820
imipramina	25-75 mg	22	660

Data de redacció: gener de 2000

Nota: Per a més informació, el Servei Català de la Salut ha coordinat l'elaboració d'un protocol d'indicació terapèutica dels absorbents per a la incontinència urinària i fecal (<http://www.gencat.es/sanitat/cat>). Aquest protocol ha estat elaborat per un grup d'experts de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

En el proper número: **Tractament del trastorn d'angoixa. Antiinflamatoris específics sobre la COX-2: celecoxib i rofecoxib.**

Butlletí d'informació terapèutica del Servei Català de la Salut

Directora M. Antònia Viedma i Martí. **Coordinadora** Maria Eugènia Carballo i López.

Redacció Fundació Institut Català de Farmacologia. **Cap de redacció** Joan-Ramon Laporte i Roselló. **Redactora** Montserrat Bosch Ferrer.

Comitè científic Antònia Agustí i Escasany, Xavier Bonafont i Pujol, Montse Bosch i Ferrer, Josefina Caminal i Homar, Joan Costa i Pagès, Eduard Diogène i Fadini, Maria Ignàcia Ferrer i Salvans, Pau Ferrer i Salvans, Antoni Gilabert i Perramon, Francesc Jané i Carrencà, Joan-Ramon Laporte i Roselló, Albert Ledesma i Castelltort, Pilar López i Calahorra, Carles Llor i Vilà, Eduard Mariño i Hernández, Rosa Monteserín i Nadal, Pau Salvà i Lacombe.

Col·laboradors especialistes Alfonso García Parellada i Francisco Cerezo Peña

Secretària tècnica Silvia Vila Florensa

Composició i impressió Ampans - Dip. Legal B. 16.177-87

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a la **Secretaria de la Comissió d'Informació Terapèutica, Servei Català de la Salut**, Gran Via de les Corts Catalanes, 587, 08007 Barcelona.

Es poden consultar tots els números del butlletí publicats durant l'any 1999 a: <http://www.gencat.es/sanitat/cat/cindex.html> (apartat de salut pública)

Tractament de la incontinència urinària

La incontinència urinària és un problema freqüent. Es defineix com a una pèrdua involuntària d'orina, que de fet és deguda a què la bufeta i altres estructures no exerceixen la seva funció. És més freqüent en dones, pacients immobilitzats i pacients amb alteracions neurològiques. Es calcula que entre un 10 i un 35% dels adults en pateixen alguns tipus, tot i que molts no sol·liciten atenció mèdica (*Geriatrics*, 54, 22-26, 1999). Pot aparèixer a qualsevol edat, però la seva prevalença augmenta amb l'edat; afecta entre un 5 i un 15% de les persones de més de 65 anys, i fins a un 50% dels residents en institucions geriàtriques.

Diversos factors poden ser responsables de la incontinència, i cal determinar-ne les causes per tal de seleccionar el tractament adequat. Diversos fàrmacs, com diürètics, antihistamínics, benzodiazepines, bloquejadors α -adrenèrgics, hipnosedants, anticolinèrgics i antidepressius tricíclics, en poden ser la causa o la poden afavorir.

Fisiopatologia i tipus d'incontinència

Durant la **fase d'ompliment vesical**, el múscul vesical o detrusor es relaxa per permetre la distensió de la bufeta i l'esfínter es contrau, de manera que la pressió de tancament uretral permet la continència. Durant la **fase de buidament**, el detrusor es contrau i l'esfínter es relaxa. Així, si en la fase d'ompliment es produeix un augment excessiu de la pressió intravesical o bé falla el mecanisme de tancament d'algun dels esfínters, es produeix incontinència.

En general, la incontinència urinària de l'adult es classifica en la d'urgència o per inestabilitat del detrusor, la d'esforç i la deguda a vessament. En aquest número del Butlletí no es tracta l'enuresi nocturna. La **incontinència d'urgència o per inestabilitat del detrusor** es produeix per contraccions involuntàries del detrusor que acostumen a ser secundàries a alteracions

neurològiques de les vies i centres nerviosos que regulen la dinàmica miccional. Aquest tipus d'incontinència s'acostuma a veure en pacients que han patit un accident vascular cerebral (AVC), amb tumors o traumatismes encefàlics o medul·lars, amb malaltia de Parkinson o d'Alzheimer, o en l'esclerosi múltiple. En un 25 a 30% de casos femenins, així com en la incontinència per obstrucció prostàtica, també hi pot haver un cert component d'instabilitat del detrusor. En aquests casos es parla d'**incontinència mixta**.

La **incontinència d'esforç o d'estrès** és la pèrdua d'orina associada a qualsevol activitat física o moviment (com tossir o esternudar). És més freqüent en les dones. És deguda a l'augment de pressió de la bufeta i la uretra que es produeix durant els moviments i l'esforç. Quan s'alteren les estructures de suport de la uretra i la bufeta (amb l'envelliment, en pacients obesos, en múltiples, en la menopausa, o bé després d'una prostatectomia o d'una fractura de pelvis), es produeix una transmissió desigual de la pressió intraabdominal sobre la uretra i la bufeta, amb més pressió sobre la darrera, i això dona lloc a incontinència.

La **incontinència per vessament** es produeix per una excessiva repleció vesical que indueix una elevada pressió intravesical, superior a la uretral. Acostuma a aparèixer en qualsevol procés obstructiu des del coll de la bufeta fins al meat uretral. És característica de la hipertròfia prostàtica, però també es pot observar en cas de pèrdua d'activitat del múscul detrusor (per lesió neurològica del nucli medul·lar o del nervi pèlvic que l'innerva), com en les lesions medul·lars baixes, el mielomeningocele, l'esclerosi múltiple i després de cirurgia de còlon o ginecològica.

L'objectiu del tractament de la incontinència és millorar els símptomes i la qualitat de vida dels pacients. Cada tipus d'incontinència té un tractament específic, i d'aquí la importància de diagnosticar-lo correctament. Així, la incontinència per vessament sovint és tributària de tractament quirúrgic, excepte en alguns casos de patologia prostàtica (vegeu *Butll Inf Ter SCS*, 11, 17-18, 1999). En alguns pacients que no milloren amb les mesures inicials pot caldre un estudi urodinàmic i altres proves complementàries per part de l'especialista.

Mesures no farmacològiques i tècniques comportamentals

En molts pacients poden ser útils algunes recomanacions com restringir la ingesta de líquids a partir d'una hora determinada, evitar les substàncies irritants de la bufeta o orinar a intervals regulars pautats.

Les mesures no farmacològiques com el buidatge puntual de la bufeta, l'entrenament vesical, els exercicis de la musculatura pèlvica o la teràpia de *biofeedback* són eficaces i es consideren la primera opció en la incontinència d'esforç i en la mixta de la dona (*JAMA*, 280, 1995-2000, 1998). La detecció precoç de la incontinència i la instauració d'aquestes mesures permeten restaurar, en més o menys mesura, la capacitat de retenció i millorar la qualitat de vida de molts pacients, a la vegada que redueixen la necessitat d'altres tractaments. En la incontinència d'esforç de la dona els exercicis del sòl pèlvic s'han mostrat més eficaços que l'estimulació elèctrica i els cons vaginals (*BMJ*, 318, 487-493, 1999). Aquests exercicis es basen en reforçar la musculatura pèlvica mitjançant contraccions repetides dels músculs (de 30 a 80 diàries) durant almenys 8 setmanes perquè s'observi millora i es recomana que es mantinguin durant períodes llargs de temps.

Tractament farmacològic

En la **incontinència d'urgència o per inestabilitat del detrusor** els anticolinèrgics (atropínics) es consideren d'elecció. Inhibeixen la contractilitat de la bufeta. L'**oxibutinina** (7,5 a 15 mg al dia per via oral) és el fàrmac més ben estudiat en termes d'eficàcia i de seguretat i és d'elecció. Els altres anticolinèrgics no aporten avantatges sobre l'oxibutinina. La **propantelina** té menys dades i no està disponible a Espanya. El **flavoxat** és menys eficaç i no és recomanable (*Prescrire*, 16, 16-18, 1996). La **tolterodina** (2 mg cada 12 h) és un nou anticolinèrgic amb una eficàcia similar a la de l'oxibutinina; tot i que algunes dades suggereixen que produiria menys sequedat de boca que l'oxibutinina, el risc d'interaccions i el cost són superiors (*Prescrire*, 19, 97-101, 1999). Les dades sobre l'eficàcia del **trosipi** (20 mg cada 12 h) són escasses per

poder-li atribuir avantatges sobre els altres anticolinèrgics amb més experiència d'ús. Els efectes adversos anticolinèrgics, com sequedat de boca, visió borrosa o restrenyiment, poden limitar l'ús d'aquests fàrmacs. Per això es recomana administrar la dosi mínima eficaç, sobretot a la gent gran.

Els **antidepressius tricíclics**, com la imipramina, també hi són eficaços; són especialment útils en els pacients amb depressió associada, i poden ser una alternativa en cas d'intolerància o de manca de resposta als anticolinèrgics.

En la **incontinència d'esforç o d'estrès**, els **agonistes α -adrenèrgics** milloren la contracció de la musculatura del coll de la bufeta i la uretra proximal. Són útils quan no n'hi ha prou amb les mesures no farmacològiques. La fenilpropanolamina és la més estudiada, però, malauradament, no està disponible a Espanya en aquesta indicació i només es troba en combinació amb altres fàrmacs. Tot i que els **estrògens**, per via oral o vaginal, poden ser útils en dones postmenopàusiques, en un assaig recent l'administració d'estradiol durant sis mesos no va millorar els símptomes d'incontinència en dones postmenopàusiques (*Br J Obstet Gynaecol*, 106, 711-718, 1999). En la **incontinència mixta** cal seleccionar el tractament segons el component que predomini, perquè no hi ha estudis amb combinacions de medicaments

Ús d'absorbents i altres productes per a la incontinència

Els pacients que tenen incontinència urinària total, alguns amb incontinència parcial que no milloren amb exercicis o amb tractament farmacològic, poden necessitar bolquers o altres productes per a la incontinència. A la taula 1 es recullen els principals tipus de bolquers disponibles per a la incontinència d'orina. Cal determinar les necessitats diàries d'absorbents de cada pacient, les quals acostumen a ser de 2 a 3 bolquers de dia i un de nit o supernit, i especificar a la prescripció, sempre que es pugui, el tipus (segons la forma i el grau d'absorció) i la talla adequada segons el pacient. Així, tot i que els bolquers de supernit permeten absorbir una quantitat més important d'orina, no sempre és necessari, i moltes vegades n'hi ha prou amb un de nit.

La identificació precoç i el tractament adequat dels pacients amb incontinència pot evitar l'ús inadequat dels productes d'incontinència i l'elevat cost que suposa la seva prescripció. Les dades sobre l'eficàcia dels diferents productes són escasses i, per tant, cal conèixer els productes disponibles i les seves característiques a fi de seleccionar el més adequat segons les necessitats de cada pacient.

Taula 1. Tipus d'absorbents disponibles per a la incontinència urinària, segons la capacitat d'absorció i la forma.

absorció	forma ^a	talla ^b	preu ^c
dia (600-900 ml)	anatòmics amb elàstics	petita	6.299 ptes.
	anatòmics rectangulars	-	5.249 ptes.
nit (900-1.200 ml)	anatòmics amb elàstics	petita/mitjana/gran	8.883 ptes.
	anatòmics	-	-
supernit (>1.200 ml)	anatòmics amb elàstics	mitjana/gran	10.660 ptes.
	anatòmics	-	-

^a Els absorbents rectangulars s'adapten menys que els anatòmics i estan indicats en pacients amb mobilitat. Els anatòmics amb elàstics tenen un disseny anatómic envoltat d'un elàstic, s'adapten bé i estan indicats en pacients enllitats.

^b La talla depèn del diàmetre de la cintura: petita (50-80 cm); mitjana (70-110 cm); gran (100-150 cm). Només hi ha diferents talles en els absorbents anatòmics amb elàstics.

^c S'inclou el preu d'un envàs de 80 unitats. També hi ha envasos de 20, 40, 60 i 80 unitats.

Protocols d'indicacions terapèutiques dels absorbents d'incontinència urinària/fecal

Grup d'experts de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears que va elaborar la proposta de protocols d'indicació terapèutica dels absorbents d'incontinència urinària/fecal

Dr. Fernando Azpíroz	Societat Catalana d'Aparell Digestiu
Dra. Mèrcè Boada Rovira	Societat Catalana de Neurologia
Dra. Immaculada Bori de Fortuny	Societat Catalana de Rehabilitació
Dr. Joan Conejero Sugrañes	Societat Catalana d'Urologia
Dra. Montserrat España Pons	Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia
Dr. Luis García Fernández	Societat Catalana de Rehabilitació
Dra. Dolors Garolera Bruguera	Societat Catalana de Geriatria
Dra. Núria Martínez González	Societat Catalana de Medicina Interna
Dr. Josep M. Menchón Magriñá	Societat Catalana de Psiquiatria
Dr. Xavier Molero	Societat Catalana d'Aparell Digestiu
Dr. Josep M. Saladié Roig	Societat Catalana d'Urologia
Dra. M. Antònia Vila Coll Comunitària	Societat Catalana de Medicina Familiar i

INCONTINÈNCIA URINÀRIA

Davant de la sospita que un pacient tingui una incontinència urinària i per determinar si es subsidiari de necessitar la utilització de bolquers, s'ha d'establir el tipus de pacient que es tracta (psiquiàtric, neurològic, ginecològic o urològic), i de manera especial, el perfil del malalt, en funció del grau de dependència i de mobilitat que presenta.

En aquest sentit s'ha de fer menció especial a la valoració que s'ha de fer dels pacients afectes de demència o amb seqüeles de patologia neurològica, els quals poden arribar a graus severos de dependència i de limitació de la mobilitat.

Existeixen diferents tipus d'escala que permeten dur a terme de forma acurada aquesta valoració.

- 1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiatry*, 1982; 139: 1136-1139
- 2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

Es considera com a més idònia l'avaluació conjunta efectuada amb:

1. Escala GDS¹: Ens permet establir el grau de demència del pacient (Annex I), i
2. Valoració funcional FIM²: ens permet mesurar la independència funcional del pacient, en funció de la seva mobilitat. (Annex II)

però igualment, de forma alternativa, es pot utilitzar altra combinació d'escales per tal

d'avaluar al pacient, per exemple les següents:

1. Valoració de l'estat cognitiu: Escales de Minimental o de Pfeiffer, i
2. Escala funcional: Escales de Barthel o de Katz.

Una vegada avaluat el malalt amb la parella d'escales que es consideri més adient, ens podem trobar amb les possibilitats següents:

A] Pacients amb **INCONTINÈNCIA URINÀRIA TOTAL**

Normalment es tracta de pacients neurogeriàtrics, que presenten:

- Una demència moderada o severa (GDS >6-7).
- Una manca total de la seva mobilitat, la qual cosa genera un grau sever de dependència.
- Patologia en fase terminal.

Necessitats en 24 hores:

- Si són dones:
 - durant el dia: 3 bolquers de dia (anatòmics o elàstics), de la talla adequada a la corpulència de la pacient.
 - durant la nit: 1 bolquer de nit o supernit.
- Si són homes, preferentment:
 - 1 col·lector
 - 1 bossa d'orina

En el cas de rebuig a l'ús del col·lector per deteriorament cognitiu important, es seguirà la mateixa pauta que la indicada en les dones.

B] **INCONTINÈNCIA URINÀRIA PARCIAL**

- 1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139
- 2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

Normalment es tracta de pacients que són independents i desplaçables.

L'actuació a nivell d'Atenció Primària ha de ser la següent:

- 1) Dur a terme un cribatge per tal de determinar, en cada pacient, el tipus d'incontinència urinària. S'efectua mitjançant els qüestionaris següents:
 - Qüestionari de screening de símptomes i els seus algoritmes diagnòstics (Annex III)
 - Qüestionari de gravetat de la incontinència urinària (Annex IV)

- 2) Una vegada determinat el tipus d'incontinència urinària, s'ha d'establir una orientació terapèutica medicamentosa correcta, com per exemple amb la pauta següent:

Principis actius: (respectant les contraindicacions corresponents i els possibles efectes secundaris)

	1a elecció		2a elecció
IU DETRUSOR	Oxibutinina	Clorur de trospio	Flavoxato
IU MIXTA	Oxibutinina	Clorur de trospio	Imipramina
IU D'ESFORÇ	TRACTAMENT REHABILITADOR		

Posologia	OXIBUTININ	CLORUR DE	FLAVOXATO	IMIPRAMINA
	A	TROS	200 mg	25 mg
	5mg	PIO 20 mg		
Dosi inicial (comp.)	½ comp. / 12 hores	1 drag. / 12 hores	1 comp. / 12 hores	1 drag. / 24 hores
Increment de la dosi	1/2 comp. / 3 dies	-	1 comp./ 7 dies	1 drag. / 3 dies
Dosi màxima	1 comp. / 8 hores	1 drag. / 12 hores	1 comp. / 8 hores	1 drag. / 8 hores

- 1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139
- 2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

Es pot aconsellar, pel supòsit de petites fugues d'orina, la utilització d'empapadors petits, tipus compresa. (no finançables)

3. Educació sanitària al pacient sobre la seva patologia:

- Restricció de líquids a partir d'una hora determinada.
- Efectuar una diüresi cada 3 hores com a màxim.
- Ensenyar-li a portar control de la seva diüresi.
- Hàbits dietètics que evitin substàncies afavoridores d'irritar la bufeta urinària.
- Afavorir una bona hidratació.
- Utilització de diürètics.

4. En el supòsit de no haver aconseguit solucionar la incontinència urinària amb les mesures anteriors, i fins que el pacient sigui estudiat per l'especialista corresponent (el qual determinarà el diagnòstic exacte mitjançant estudi urodinàmic), s'ha de fer una prescripció de bolquers, adequada a les necessitats del pacient (en tipus d'absorbència i en talla). La prescripció dependrà del grau d'incontinència urinària (habitualment 2/3 bolquers de dia i 1 de nit).

- 1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139
- 2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

INCONTINÈNCIA FECAL: NORMES DE MANEIG EN EL PACIENT GRAN

<u>Tipus d'incontinència</u>	<u>Mesura inicial</u>
• Incontinència amb femta normal:	- Regular ritme deposicional (ènemes)
• Incontinència amb femta solta: o amb urgència deposicional	- Investigar diarrea - Regular hàbit deposicional (fibra) - Loperamida
• Tacat de roba interior	- Descartar prolapse rectal

Si l'estat psíquic i motriu del pacient es troba preservat, s'investigaran les causes i la possibilitat de tractament funcional mitjançant manometria anorectal.

S'indicarà l'ús de bolquers en el cas que falleixin les mesures inicials, en funció de la freqüència de la incontinència (dues o més vegades per setmana).

En els pacients amb deteriorament cognitiu i que són portadores de sonda urinària o col·lector d'orina, és convenient la utilització de 2 bolquers al dia. El tipus de bolquer dependrà de la constitució i el grau de dependència del pacient.

- 1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139
- 2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

A N N E X I

ESCALA GDS

GDS-1

- **Normalitat.**
- Absència de queixes subjectives.
- Absència de trastorns evidents de memòria en l'entrevista clínica.

GDS-2

- **Queixes subjectives de defectes de memòria**, sobretot en:
 - a) oblit d'on ha col·locat objectes familiars,
 - b) oblit de noms prèviament ben coneguts.
- No hi ha evidència objectiva de defectes de memòria en l'examen clínic.
- No hi ha defectes objectius en el treball o en situacions socials.
- Hi ha coneixença plena i valoració de la simptomatologia.

GDS-3

- **Primers defectes clars.** Manifestacions en una o més d'aquestes àrees:
 - a) el pacient es pot haver perdut en un lloc no familiar,
 - b) els companys detecten rendiment laboral pobre,
 - c) les persones més properes aprecien defectes en l'evocació de paraules i noms,
 - d) en llegir el paràgraf d'un llibre, reté molt poca informació,
 - e) pot mostrar una capacitat molt disminuïda per recordar les persones noves que ha conegut,
 - f) pot haver perdut o col·locat en un lloc erroni un objecte de valor,
 - g) en l'exploració clínica, es pot fer evident un defecte de concentració.
- **Un defecte objectiu de memòria únicament s'observa amb una entrevista intensiva.**

1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139

2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

- Apareix un decrement dels rendiments en situacions laborals o socials exigents.
- La negació o la desconeixença dels defectes es posa de manifest en el pacient.
- Els símptomes també comporten una angoixa de discreta a moderada.

GDS-4

- **Defectes clarament definits en una entrevista clínica** acurada en les àrees següents:
 - a) coneixement disminuït dels esdeveniments actuals o recents,
 - b) el pacient pot presentar un cert dèficit en el record de la seva història personal,
 - c) defecte de concentració que es posa de manifest en la substracció seriada de fets,
 - d) **capacitat disminuïda per a viatges, finances, etc.**
- Sovint no hi ha defectes en les àrees següents:
 - a) orientació en temps i persona,
 - b) reconeixement de persones i cares familiars,
 - c) capacitat de desplaçar-se a llocs familiars.
- **Incapacitat per fer taxes complexes.**
- La negació és el mecanisme de defensa dominant.

GDS-5

- **El pacient no pot sobreviure gaire temps sense cap assistència .**
- No recorda dades rellevants de la seva vida actual: l'adreça o el telèfon de molts anys, o els noms dels familiars propers (com els nets), el nom de l'escola, etc.
- És freqüent una certa desorientació en el temps (data, dia de la setmana, estació, etc.) o en el lloc.
- Una persona amb educació normal pot tenir dificultats per comptar enrere des de 40 de 4 en 4, o des de 20 de 2 en 2.
- Manté el coneixement de molts dels fets de més interès relatius a si mateix i a altres.
- Invariablement, sap el seu nom, i, generalment, el de la seva parella i fills.
- No requereix assistència ni en el bany ni en el menjar, però pot tenir una certa dificultat per escollir la roba adequada.

GDS-6

- 1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139
- 2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

- Ocasionalment pot oblidar el nom de la seva parella, de qui depèn totalment per sobreviure.
- Desconeix els esdeveniments i les experiències recents de la seva vida.
- Manté un cert coneixement de la seva vida passada però molt fragmentari.
- Generalment desconeix el seu entorn, l'any, l'estació, etc.
- Pot ser incapaç de comptar enrere, i fins i tot endavant, des de 10.
- **Requereix una certa assistència en les activitats quotidianes. Pot tenir incontinència o requerir ajuda per desplaçar-se**, però pot anar a llocs familiars.
- El ritme diürn sovint està alterat.
- Gairebé sempre recorda el seu nom.
- Sovint segueix sent capaç de distingir entre les persones familiars i no familiars del seu entorn.
- **Canvis emocionals i de personalitat** bastant variables:
 - a) conducta delirant: pot acusar d'impostora la seva parella, o parlar amb persones inexistents o amb la seva imatge al mirall,
 - b) símptomes obsessius amb activitats repetitives de neteja,
 - c) símptomes d'angoixa, d'agitació, fins i tot, de conducta violenta prèviament inexistent,
 - d) abúlia cognitiva, pèrdua de desitjos, falta d'elaboració d'un pensament per determinar un curs d'acció propositiu.

GDS-7

- **Pèrdua progressiva de les capacitats verbals.** Inicialment, es poden verbalitzar paraules i frases molt circumscrites; en les fases últimes no hi ha llenguatge, únicament grunyits.
- **Incontinència d'orina. Requereix assistència en el bany i en l'alimentació.**
- Es van perdent les habilitats psicomotores bàsiques com ara la deambulació.
- El cervell és incapaç de dir al cos què ha de fer. Sovint apareixen signes i símptomes neurològics generalitzats i corticals.

1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139

2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

A N N E X I I

Functional Independence Measure (FIM) 1990

Control d'esfínters (2 ítems) Puntuació 2-14
d'Independència

Grau

(7-6-5-4-3-2-1)

Control de la bufeta	
Control intestinal	

Transferències (3 ítems) Puntuació 3-21

Llit, cadira, cadira de rodes	
Transferències inodor	
Transferències banyera, dutxa	

Locomoció (2 ítems) Puntuació 2-14

Caminar - cadira de rodes	
Pujar - baixar escales	

Puntuació Total:

- 1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139
- 2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

Independència	7 = independència completa 6 = independència modificada
Dependència modificada	5 = supervisió - preparació prèvia 4 = assistència mínima 3 = assistència moderada
Dependència completa	2 = assistència màxima 1 = assistència total

A N N E X I I I

Qüestionari de screening de símptomes i algorismes diagnòstics

Qüestionari de screening

Incontinència d'esforç: Durant els 12 mesos últims, se li ha escapat l'orina al fer esforços, tossir, esternudar o riure o/ i li ha obligat a canviar-se la roba interior?*

Incontinència d'urgència: Durant els 12 mesos últims, se li han presentat sobtadament ganes d'orinar o/i se li ha escapat l'orina perquè no ha arribat a temps al servei?*

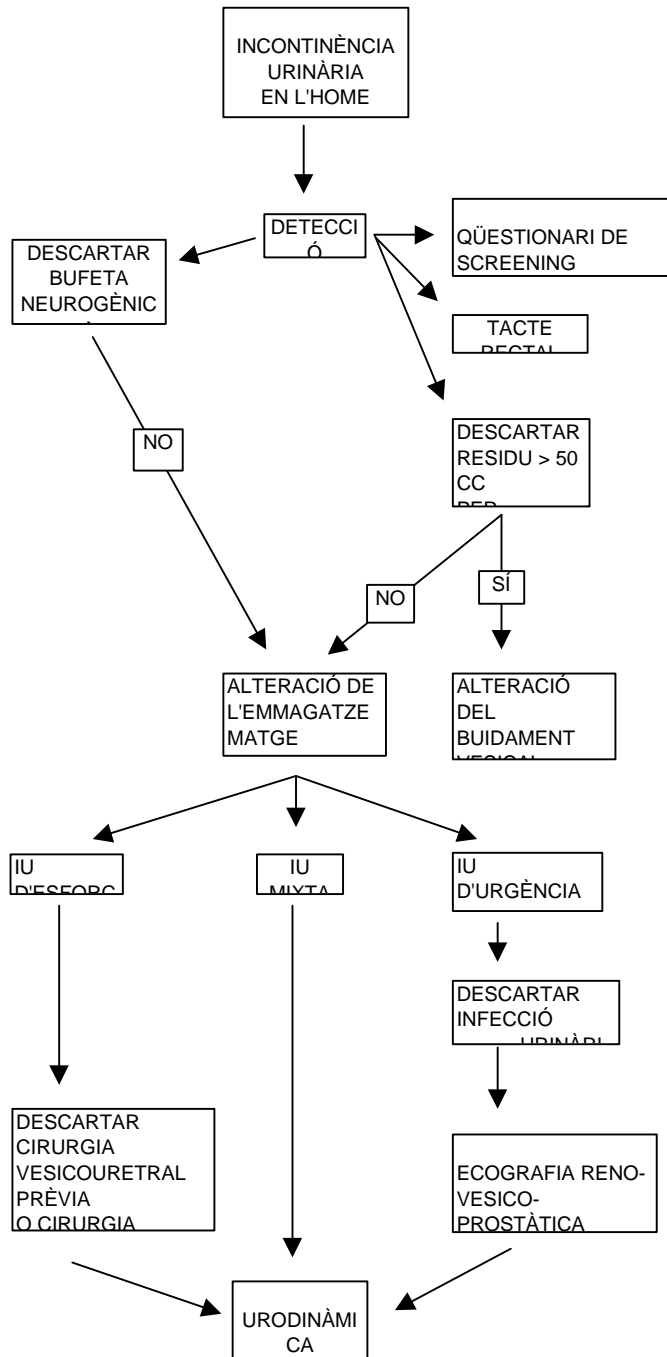
* sensibilitat 69% i especificitat 76%

** sensibilitat 83% i especificitat 66%

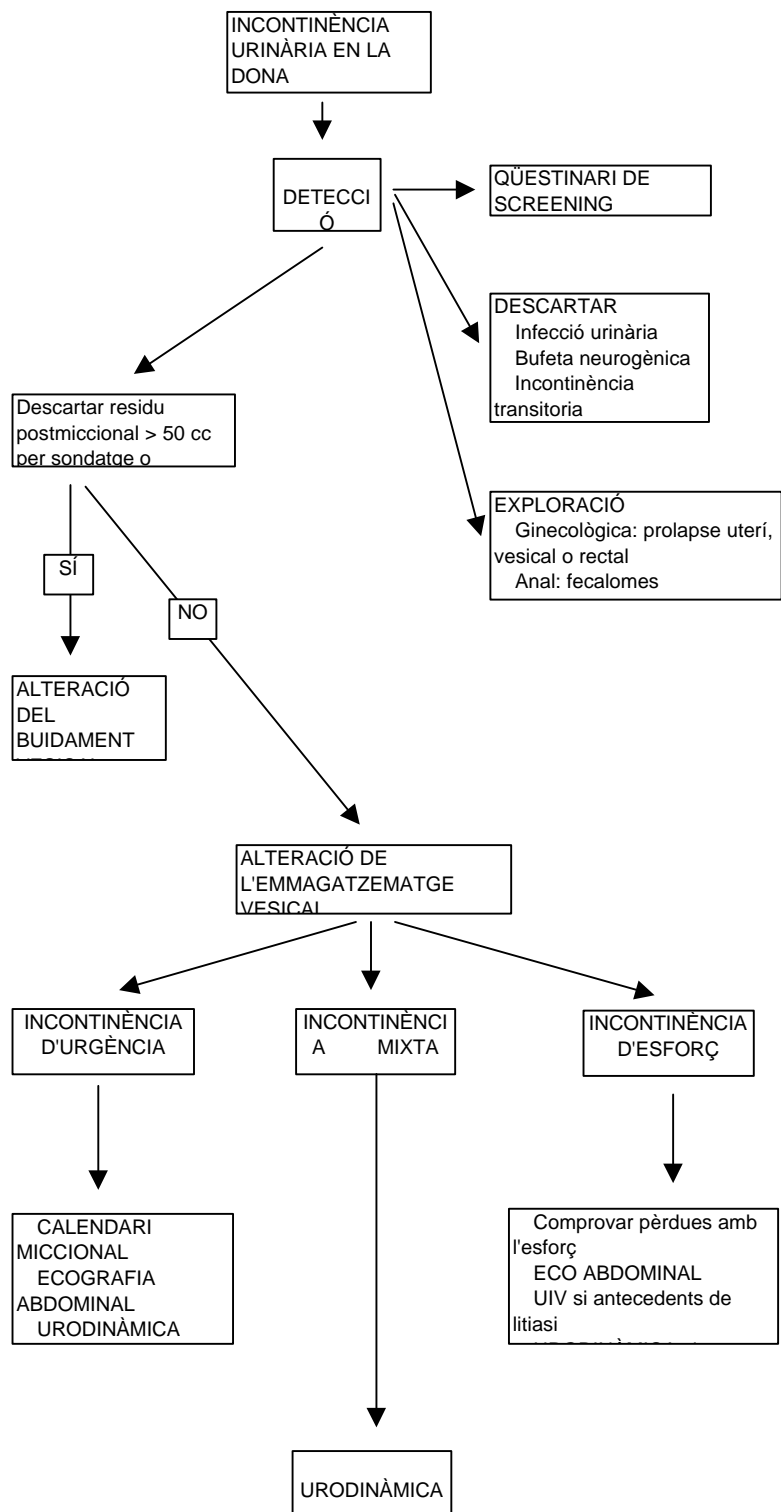
1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psychiatry, 1982; 139: 1136-1139

2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

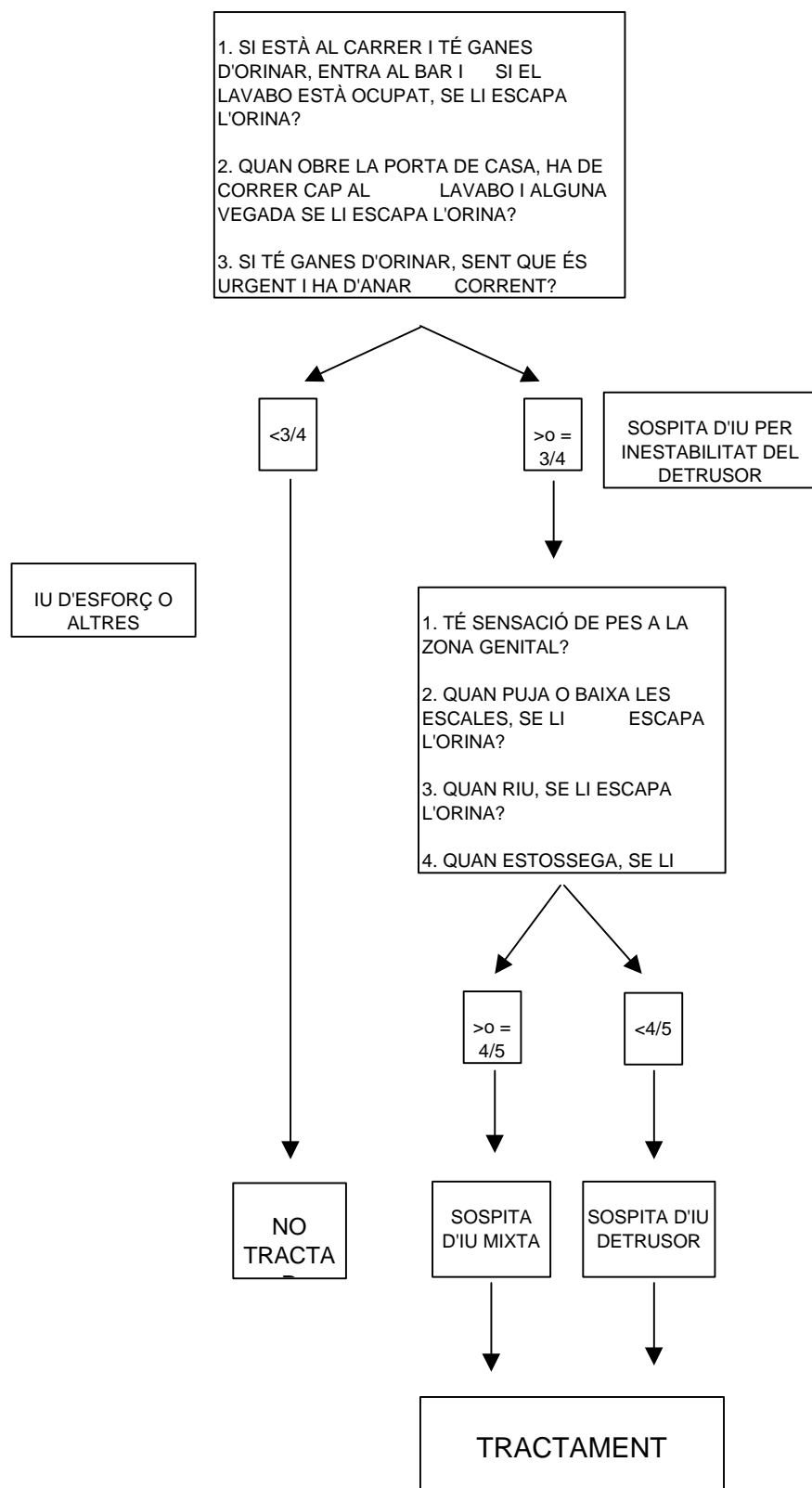
Algoritme diagnòstic de la IU en l'home



Algoritme diagnòstic de la IU en la dona



INCONTINÈNCIA URINÀRIA - ALGORITME D'ACTUACIÓ



A N N E X I V

Qüestionari de gravetat de la incontinència urinària

1. Amb quina freqüència se li es capa l'orina?

- Mai
- Una vegada o menys a la setmana
- Algunes vegades
- Quasi sempre
- Tot el temps

2. Quina quantitat d'orina perd?

- No se m'escapa
- Gotes / humitat a la roba interior
- Goteig / roba interior mullada
- Raigs, es mulla la roba interior
- Raigs, cau l'orina cames avall

3. La incontinència d'orina és un problema per a vostè?

- No és un problema
- És un problema petit
- És un problema important
- És un problema molt greu

1 REISBERG, B.; Ferris, S.H.; DE LEÓN, M.J.; CROOK, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiatry*, 1982; 139: 1136-1139

2 Functional Independence Measure (FIM) 1990 Treball multicèntric: Hospital de Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de l'Esperança, Hospital Joan XXIII i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.