A. Silvano Arranz*
F. A. Yáñez Collado***
I. García Balaguer***
M. Arqués Porcel**

# Estudio sobre el abordaje de la incontinencia urinaria en atención primaria e instituciones cerradas en Almería, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios

## *Study on the approach to urinary incontinence in primary health care and closed institutions in Almeria from the health care clinician's point of view*

* Diplomada Universitaria en Enfermería, Zona Básica de Salud Rioja, Almería. ** Diplomado Universitario en Enfermería, Zona Básica de Salud Guadix, Granada. *** Diplomado Universitario en Enfermería, Residencia de Mayores IASS.

Correspondencia:
Francisco A. Yáñez Collado
Avda. Madre M.ª Aznar
Edif. Mirador de Villablanca Portal 2, 1.º D
04009 Almería

• El trabajo fue realizado en distintos Centros de Salud pertenecientes a los Distritos de Atención Primaria, en el Hospital de Cruz Roja, todos ellos del Servicio Andaluz de Salud en Almería. Y en la Residencia de Mayores del Instituto Andaluz de Servicios Sociales (Junta de Andalucía).
• El presente estudio obtuvo el Premio SEEGG. Tena® (Incontinencia en el anciano) fallado en Bilbao durante el VIII Congreso Nacional de la SEGG.

## RESUMEN

Con este trabajo hacemos un estudio sobre el abordaje de la incontinencia urinaria pretendiendo: 1) Evaluar la actuación del profesional sanitario ante la Incontinencia Urinaria (IU) en el mayor. 2) Recoger como enfoca y vive, el paciente y familia la IU. 3) Comparar la actuación de los profesionales sanitarios en Instituciones cerradas (IC) y Atención Primaria (AP).
Estudio Descriptivo, se realizaron dos encuestas dirigidas a profesionales sanitarios de I.C. (Médicos, DUE, Aux. de Enf.), y Atención Primaria (Médicos, DUE), constando de 13 y 11 preguntas con respuesta múltiple respectivamente. Muestra Total: 107 encuestados en AP y 113 en IC. Se han analizado las siguientes cuestiones. ¿Quién detecta la IU?, ¿Qué terapéutica usarías?, ¿Comunica el Paciente

## SUMMARY

*With this work we make to study on the boarding of the incontinence urinari seeking: 1) To Evaluate the sanitary professional's performance before the Incontinence Urinary (IU) in the adult. 2) To pick up like it focuses and he/she lives, the patient and family the IU. 3) To compare the performance of the sanitary professionals in closed Institutions (IC) and Primary Attention (AP).*
*This is to Study Descriptive, made two surveys directed to sanitary professionals of I.C. (Médicos, DUE, Aux. of Enf.), and Primary Attention (Doctors, DUE), consisting of 13 and 11 questions with multiple answer respectively. It shows Total: 107 interviewed in AP and 113 in IC. The following questions have been analyzed. Who does the IU detect?, Does How therapeutic you would use?, Does the Patient communicate or family the Incontinence?; What solution does the patient*

4 o familiar la Incontinencia?, ¿Qué solución demanda el paciente/familiar?, ¿Cuál es la dificultad más frecuente para establecer una pauta de actuación?, ¿Existen protocolos de actuación?, ¿Existe un seguimiento al alta hospitalaria (médica y de enfermería)?, ¿Cuál es la repercusión más frecuente de la IU en el paciente?, ¿Cómo vive el paciente/familiar la IU? Conclusiones: 1) La IU es un problema oculto en un 84% de los casos en Instituciones Cerradas, existiendo rechazo y dificultad de abordaje terapéutico. Sin embargo en AP se solicita tratamiento en un 64%. 2) Es necesario fomentar la formación continuada, haciendo partícipe a todos los miembros del equipo sanitario, para actualizar los conocimientos y motivar al personal para que se implique de una forma más activa en la terapia de la IU. 3) Es imprescindible la elaboración y puesta en funcionamiento de protocolos sobre IU que contemplen la valoración inicial al ingreso y seguimiento de la misma. 4) No se suele reflejar el Diagnóstico de IU en el alta hospitalaria de enfermería, interrumpiéndose el seguimiento del paciente, que vuelve a su domicilio. 5) El tratamiento terapéutico más demandado por los pacientes como por sus familiares sigue siendo el absorbente, utilizándose a pesar de no ser la mejor alternativa. 6) Dependiendo el entorno, donde se encuentre el anciano, nos hará establecer una pauta de actuación diferente, según los casos.

PALABRAS CLAVE

Incontinencia Urinaria; Infección; Dispositivos de Ayuda; Aislamiento Social; Técnicas de reeducación; Alteración de la Integridad Cutánea.

*demand/family?, Which is the most frequent difficulty to establish to performance rule?, do performance protocols exist?, Does to pursuit exist to the high one hospital, (does does it prescribe and of infirmary)?, Which is the most frequent repercussion in the IU in the patient?, How does the pacient/family live the IU?*
*Conclusions: 1) The IU is to hidden problem in 84% in Closed Institutions, existing rejection and difficulty of terapeutic boarding. Unless in AP treatment is requested in 64%. 2) It is necessary to foment the continuous formation, making participates to all the members of the sanitary team, to modernize the knowledge and to motivates you the personnel so that it is implied in to it lives it activates way in the therapy of IU. 3) It is indispensable the elaboration and setting in operation of protocols have than enough IU that lives you contemplates you yourself the initial valuation to the entrance and pursuit same of. 4) No it is usually reflected the I Diagnose of IU in the high one hospital of infirmary, being interrupted the patient's pursuit that returns to their home. 5) The demanded therapeutic treatment for the patients ace for their relatives it continues being the absorbent, being used in spite of not being the best alternative. 6) Depending the environment, where the old man is, he/she will make us establish to rule of different performance, according to the marries.*

*KEY WORDS*

*Incontinence Urinaria; Infection; Devices of Help; Social isolation; Technical of reeducatión; Alteration of the Cutaneous Integrity.*

## INTRODUCCIÓN

*La Incontinencia Urinaria es uno de los grandes síndromes geriátricos,* con una elevada incidencia y además grandes repercusiones físicas, sociales, y económicas importantes. No es un cambio normal que se produzca con la edad, sino consecuencia de patologías (agudas o crónicas) que afectan a nivel neurológico, físico y psíquico.

(1) La definición de Incontinencia Urinaria según la I.S.C. (Sociedad Internacional de Continencia de Orina). Se define como la pérdida involuntaria de orina que ocasiona un problema

de salud y/o social y que se puede demostrar de forma objetiva.

En cuanto a su prevalencia se puede destacar que se da con más frecuencia en ancianos, pero no se disponen de estadísticas sobre este dato en nuestro país, aunque según estudios europeos se estima que en el ámbito de la comunidad la población mayor afectada es de aproximadamente un 15-35%, aumentando en ancianos ingresados en hospitales hasta un 40% e incrementándose en nuestros mayores institucionalizados hasta un 85%. Esta gran variabilidad en los datos expuestos viene dada por las características de población estudiada, métodos de estudio seguidos etcétera.

A pesar de los avances en su terapéutica, sigue siendo uno de los grandes problemas que sufre nuestro mayor, agravándose con las discapacidades simultáneas asociadas que pueden ir apareciendo con el paso del tiempo: limitación de movimientos (disminución de la capacidad funcional), déficits visuales, deterioro cognitivo, etcétera. Sobre todo en nuestros viejos más viejos (envejecimiento del envejecimiento...).

A pesar del elevado número de personas mayores que padecen la pérdida de continencia urinaria son aún pocos los mayores que acuden en busca de asesoramiento o ayuda para este problema.

Continúa siendo un "problema oculto", está mal visto por "la comunidad", nos da vergüenza, desde un punto de vista social, el vivir este problema, aunque este ocultismo e inhibición del mismo podemos hacerlo extensivo al personal sanitario, aunque en los últimos años se está aumentando la sensibilidad e inquietud por el mismo. Con toda seguridad sería más positivo hablar de pérdida de continencia que de incontinencia urinaria y quizá entenderíamos que una actividad funcional básica se ha deteriorado y que nuestra intervención ayudará a favorecer la calidad de vida de las personas que sufran la pérdida de continencia de orina. Los resultados serían positivos si este gran síndrome geriátrico fuera considerado y valorado correctamente por los pacientes y por supuesto por los profesionales sanitarios.

Dada la alta incidencia de pacientes con incontinencia nos cuestionamos, si los sanitarios a través de nuestros conocimientos/ formación, abordamos la incontinencia urinaria correctamente, y si el vivir en su casa o estar dentro de una institución cerrada (hospital-residencia de ancianos), puede repercutir en este proceso.

## MÉTODOS

Estudio Descriptivo, se realizaron 2 encuestas dirigidas a profesionales sanitarios de Instituciones cerradas: Hospitales y Centros Geriátricos (médicos, DUE, Aux. de Enfermería), y Atención Primaria: Medio Rural y Urbano (médicos, DUE), constando de 13 y 11 preguntas con respuesta múltiple respectivamente. Este estudio se ha realizado en la provincia de Almería.

Muestra Total: 107 encuestados en Atención Primaria y 113 en Instituciones cerradas.

### 1. Encuesta realizada a profesionales en atención primaria

1. En su centro de salud ¿llevan a cabo algún programa específico o se encuentra incluido como subprograma el tema de la incontinencia?
   - Sí.
   - No.
2. ¿Qué profesional sanitario detecta habitualmente los problemas de incontinencia urinaria?
   - Especialista.
   - Médico general.
   - Enfermero/a.
3. El paciente incontinente ¿suele acudir a la consulta para que se le trate dicho problema?
   - Sí.
   - No.
4. La familia del paciente incontinente ¿suele acudir a la consulta para que se le trate dicho problema?
   - Sí.
   - No.
5. El paciente incontinente vive la incontinencia como:
   - Un problema social.
   - Un problema de salud.
   - Un proceso normal para su edad.

6. La familia del paciente incontinente vive la incontinencia como:
- Un problema social.
- Un problema de salud.
- Un proceso normal para su edad.

7. ¿Qué demanda habitualmente a los profesionales sanitarios el paciente incontinente?
- Técnicas de reeducación.
- Dispositivos int. o exter. para la recolección de orina.
- Absorbentes.
- Cirugía.

8. ¿Qué demanda habitualmente la familia del incontinente?
- Técnicas de reeducación.
- Dispositivos int. o exter. para la recolección de orina.
- Absorbentes.
- Cirugía.

9. ¿La familia del incontinente colabora con el personal sanitario con este problema?
- Sí.
- No.
- A veces.

10. ¿Qué dispositivo utilizarías en un paciente incontinente?
- Técnicas de reeducación.
- Absorbentes.
- Depende.

11. Un paciente al alta hospitalaria presenta un problema de incontinencia urinaria y se refleja la incontinencia en el:
- Alta médica.
- Alta de enfermería.
- Ambas.
- Ninguna de ellas.

**2. Encuesta realizada a profesionales en instituciones cerradas**

1. ¿Qué profesional sanitario detecta habitualmente la incontinencia urinaria?
- Especialista.
- Médico/a.
- Enfermero/a diplomado.
- Enfermero/a auxiliar.
- Comunicación por parte del paciente.

2. Un paciente incontinente ¿suele comunicar en el ingreso que es incontinente?
- Sí.
- No.

3. ¿Qué dispositivo utilizarías en un paciente con incontinencia?
- Depende.
- Técnicas de reeducación.
- Absorbentes.
- Sondaje externo o interno.
- Otro tipo, describo.

4. ¿Cuál sería el dispositivo que elegirías primero para tratar una incontinencia?
- Técnicas de reeducación.
- Absorbentes.
- Sondajes externos y/o internos.
- Otros, describo.

Mixto:
- Absorbente y técnicas de reeducación.
- Absorbentes solo noche nada durante el día.
- Técnicas de reeducación sin absorbentes.

5. ¿Qué dispositivo suele demandar un paciente incontinente?
- Técnicas de reeducación.
- Dispositivos internos o externos de recolección de orina.
- Absorbentes.
- Cirugía.
- Ninguno.
- Otros, describo.

6. Cuando la incontinencia no se ha detectado cual es la manifestación o repercusión más frecuente en el anciano para la detección de dicho problema.
- Lo comunica el paciente por encontrarse con problemas y cohibido para relacionarse y mantenerse activo con su entorno social.
- Detectamos un aislamiento social y cuando tratamos dicho problema, el paciente nos comenta que es incontinente.
- Detectamos que acude para curar zona, por erosiones producidas por maceración de la piel debida a la incontinencia.
- Acude a consulta por una infección de orina.
- Detectamos mal olor.

7. ¿Qué problema te sueles encontrar con más frecuencia en el mayor varón que es incontinente y que usa absorbentes?
- Infección.
- Alteración de la integridad cutánea.
- Aislamiento social.

8. ¿Qué problema te sueles encontrar con más frecuencia en el mayor mujer que es incontinente y que usa absorbentes?
- Infección.
- Alteración de la integridad cutánea.
- Aislamiento social.

9. La familia de un paciente incontinente suele demandar:
- Técnicas de reeducación.
- Dispositivos internos o externos de recolección de orina.
- Absorbentes.
- Cirugía.
- Otros, describo.

10. En el centro donde trabajas ¿hay programa de reeducación vesical?
- Sí.
- No.
- Derivamos a atención primaria.

11. En el lugar donde trabajas ¿hay protocolo para incontinentes?
- Sí y lo realizamos.
- No.
- Se está elaborando.
- Sí pero no se puede llevar bien por falta de:
- Recursos humanos.
- Recursos materiales.

12. Das información a un paciente incontinente que utiliza dispositivos de ayuda:
- Sí.
- No.

13. Cuál es la mayor o más frecuente dificultad al establecer una pauta de actuación ante un paciente incontinente.
- Rechazo.
- Colaboración.
- Negación.
- Falta de conocimientos o de comprensión.
- Difícil manejo o comprensión de las técnicas.

## RESULTADOS

1. La Incontinencia Urinaria (I.U.) es detectada generalmente por facultativos de medicina General y Especialistas, según el 92% de los encuestados en Atención Primaria (A.P.); al acudir el paciente a consulta demandando una solución

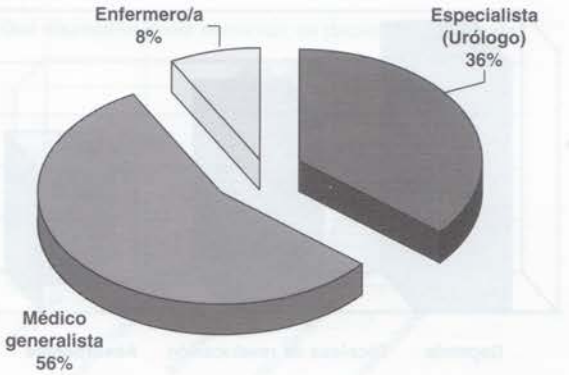



Fig. 1.

a su problema. Dicha solución suele ser con diferencia, la prescripción de absorbentes.

En Instituciones Cerradas (I.C.) es el personal de enfermería (D.U.E y Aux.), quien lo detecta, según el 97% de los encuestados, pues abarca en mayor medida la atención más directa del paciente.

### Atención Primaria:

¿Qué profesional Sanitario detecta habitualmente los problemas de Incontinencia Urinaria? (Fig. 1).

Especialista: 36%.
Médico general: 56%.
Enfermero/a: 8%.

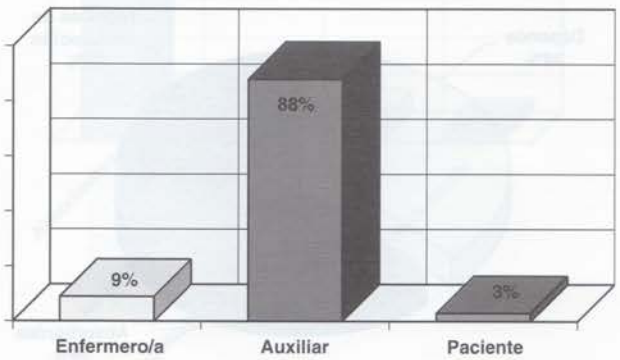



Fig. 2.

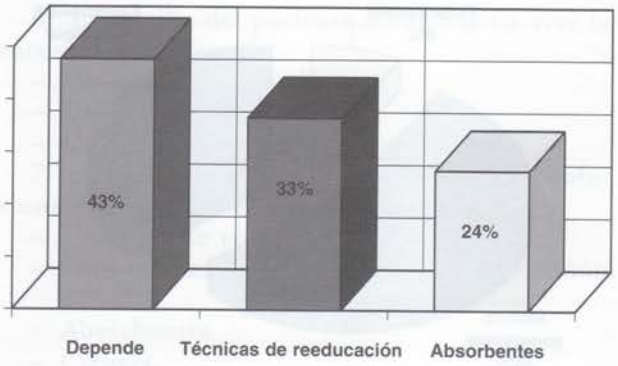



Fig. 3.

**Instituciones Geriátricas:**

¿Qué profesional Sanitario detecta habitualmente la Incontinencia Urinaria? (Fig. 2).

Especialista: 0%.
Médico/a: 0%.
Enfermero/a Diplomado: 9%.
Enfermero/a Auxiliar: 88%.
Comunicación por parte del paciente: 3%.

2. Las pautas de actuación ante un paciente incontinente varían según el entorno sanitario en el que realizamos la encuesta:

**En Institución cerrada** (Fig. 3):

a) Para el 43% de los encuestados la actuación depende de la valoración previa de dicha incontinencia urinaria.

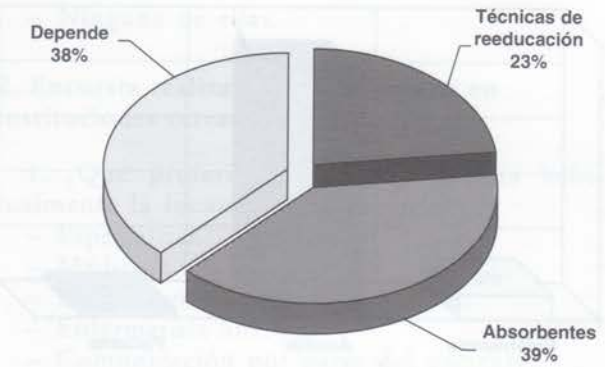



Fig. 4.

b) El 33% eligen las técnicas de reeducación.
c) El 24% pasan directamente al uso de absorbentes.

**En Atención Primaria** (Fig. 4):

a) Un 38% duda sobre la actuación a tomar por los condicionantes negativos que supone el llevarlos a cabo en un entorno familiar.
b) Un 23% usaría las técnicas de reeducación
c) Un 39% se decide directamente por el absorbente.

**Atención Primaria:**

¿Qué dispositivo utilizarías en un paciente incontinente?

Técnicas de reeducación: 23%.
Absorbentes: 39%.
Depende: 38%.

**Instituciones cerradas:**

¿Qué dispositivo utilizarías en un paciente con Incontinencia?

Depende, según valoración incontinencia: 43%.
Técnicas de reeducación: 33%.
Absorbentes: 24%.
Sondajes exte. o Inter.: 0%.
Otros: 0%.

3. Tanto para la familia como para el paciente, lo que ambos demandan en mayor medida es el uso de absorbentes, tanto en Atención Primaria como en Institución cerrada. Pero cabe destacar que es la familia frente a su paciente la que lo demanda mayormente.

**Atención Primaria:**

¿Qué demanda habitualmente a los Profesionales Sanitarios el Paciente Incontinente? (Fig. 5).

Técnicas de reeducación: 1%.
Dispositivos Internos o Ext. de recolección de orina: 25%.
Absorbentes: 68%.
Cirugía: 6%.

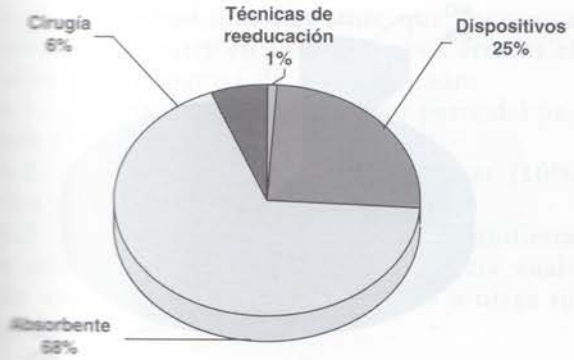



Fig. 5.

¿Qué demanda habitualmente la familia del Paciente Incontinente? (Fig. 6).

Técnicas de reeducación: 0%.

Dispositivos Internos o Ext.de recolección de orina: 18%.

Absorbentes: 80%.

Cirugía: 2%.

Institución cerrada:

¿Qué dispositivo suele demandar el paciente incontinente? (Fig. 7).

Técnicas de reeducación: 1%.

Dispositivo externos o int. De recolección de orina: 12%.

Absorbentes: 60%.

Cirugía: 0%.

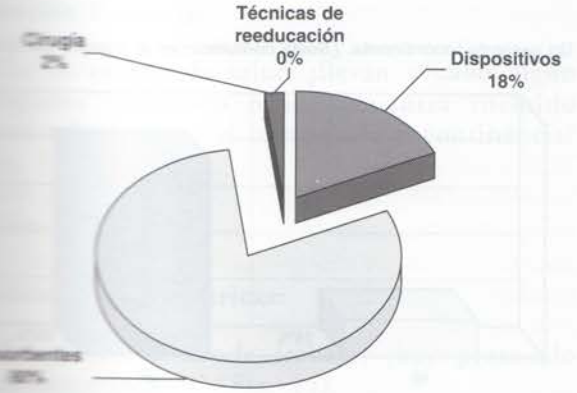



Fig. 6.

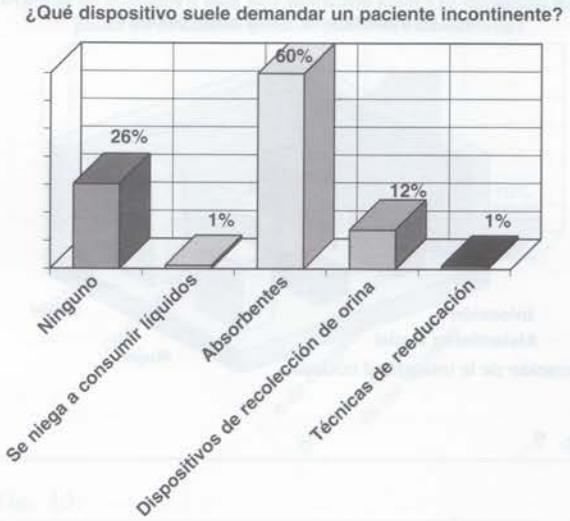



Fig. 7.

Ninguno: 26%.

Otros: 1%.

La familia de un paciente incontinente ¿Suele demandar? (Fig. 8):

Técnicas de reeducación: 7%.

Dispositivo externos o int. De recolección de orina: 12%.

Absorbentes: 78%.

Cirugía: 0%.

Otros: 3%.

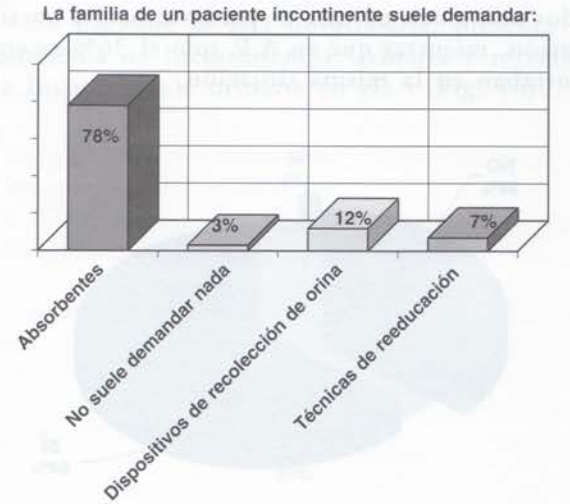



Fig. 8.

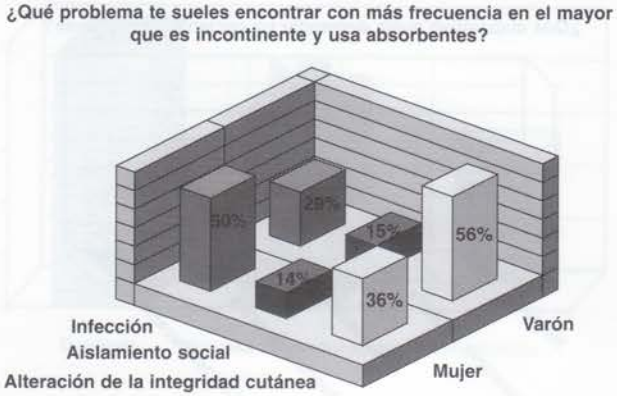



Fig. 9.

4. Entre la población anciana que usa absorbente, nuestros compañeros de instituciones cerradas encuentran los siguientes problemas (Fig. 9):

*En la mujer:*
Infección: 50%.
Alteración de la integridad cutánea: 36%.
Aislamiento social: 14%.
*En el hombre:*
Infección: 29%.
Alteración de la integridad cutánea: 56%.
Aislamiento social: 15%.

5. En I.C. el 84% de los compañeros consultados coinciden en que el paciente oculta su situación, mientras que en A.P. solo el 36% se encontraban en la misma situación.

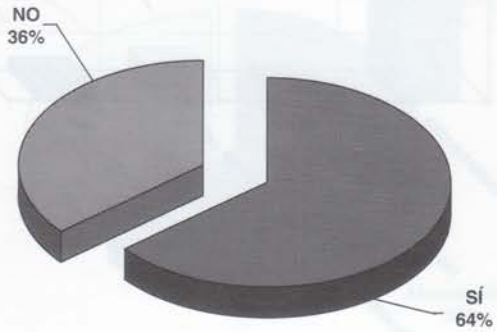



Fig. 10.

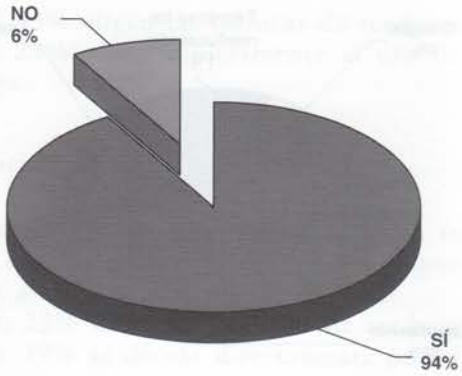



Fig. 11.

**Atención Primaria:**

El Paciente Incontinente, ¿suele acudir a consulta para que se le trate dicho problema? (Fig. 10).
Sí: 64%.
No: 36%.

La familia del paciente Incontinente ¿Suele acudir a consulta para que se le trate dicho problema? (Fig. 11).
Sí: 94%.
No: 6%.

**Instituciones Geriátricas:**

Un paciente Incontinente, ¿suele comunicar, el problema de la incontinencia? (Fig. 12).
Sí: 16%.
No: 84%.

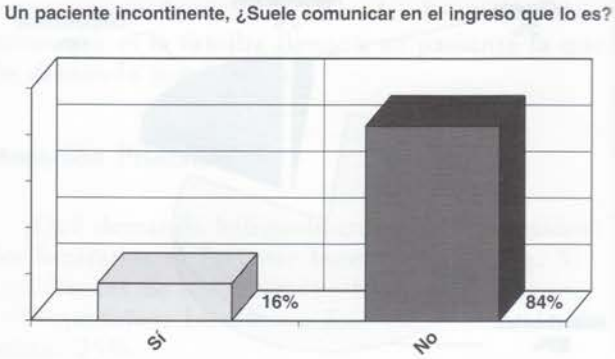



Fig. 12.

6. La dificultad más frecuente que encuentra el personal sanitario en Instituciones Cerradas al establecer unas pautas de actuación son:

6.1. La falta de comprensión por parte del paciente (60% de los encuestados).

6.2. Un difícil manejo de las técnicas (10% de los encuestados).

6.3. Un 19% de los encuestados manifiesta que existe un rechazo del paciente hacia cualquier ayuda que se les haya propuesto o niega su situación.

**Atención Primaria:**

En el cuestionario de Atención Primaria, no se hace referencia a esta cuestión.

**Instituciones Geriátricas:**

¿Cuál es la mayor o más frecuente dificultad al establecer una pauta de actuación ante un paciente incontinente? (Fig. 13).

Rechazo: 9%.
Colaboración: 11%.
Negación: 10%.
Falta de conocimientos o comprensión: 60%.
Difícil manejo o comprensión de las técnicas: 10%.

7. En A.P. solo un 2% trabajan con protocolos de incontinencia, mientras que en I.C. (básicamente en residencias), esto ocurre en el 59% de los casos.

**Atención Primaria:**

En su centro de salud ¿llevan a cabo algún programa específico o se encuentra incluido como subprograma el tema de la Incontinencia? (Fig. 14).

Sí: 2%.
No: 98%.

**Instituciones Geriátricas:**

En el centro donde trabajas ¿hay protocolo para incontinentes? (Fig. 15).

Sí y lo realizamos: 59%.
No: 3%.

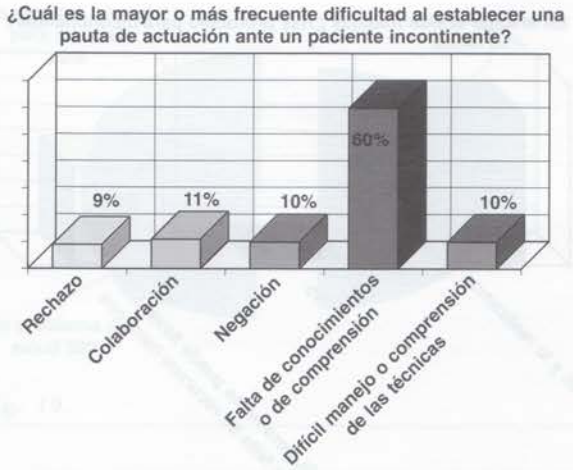



Fig. 13.

Se está elaborando: 0%.
Sí pero no se puede llevar bien por falta de:
A: Recursos humanos: 38%.
B: Recursos materiales: 0%.

8. Según los compañeros consultados en Atención Primaria, solo un 40% de ellos recibe reflejado en el informe de alta hospitalaria (tanto médica como de enfermería) el Dx de incontinencia urinaria.

**Atención Primaria:**

Un paciente al alta hospitalaria, presenta un problema de Incontinencia Urinaria y se refleja la Incontinencia urinaria en el...: (Fig. 16).

Fig. 14.

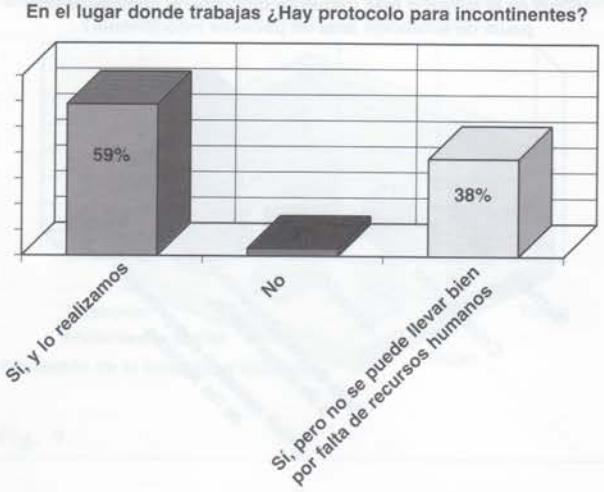



Fig. 15.

Alta médica: 3%.
Alta de Enfermería: 34%.
Ambas: 40%.
Ninguna de ellas: 23%.

**Instituciones Geriátricas:**

En el cuestionario de Instituciones Geriátricas, no se hace referencia a esta cuestión.

9. En I.C., básicamente en centros geriátricos, la manifestación más frecuente de la incontinencia cuando aún el personal sanitario no la ha detectado, es el mal olor (62%). En segundo lugar nuestros compañeros sitúan el aislamiento social (solamente el 21%).

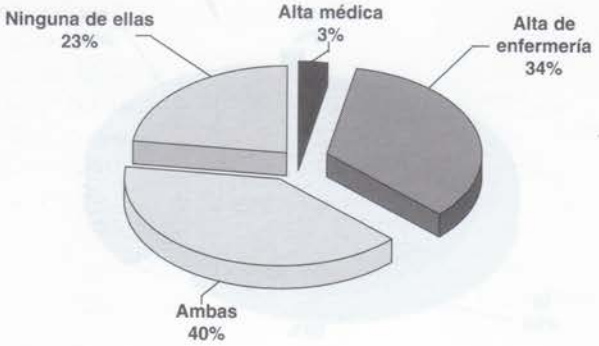



Fig. 16.

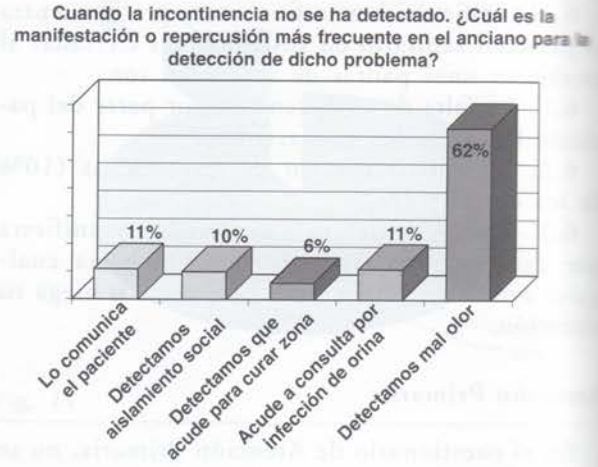



Fig. 17.

**Atención Primaria:**

En el cuestionario de Atención Primaria, no se hace referencia a esta cuestión.

**Instituciones Geriátricas:**

Cuando la Incontinencia no se ha detectado ¿cuál es la manifestación o repercusión más frecuente en el anciano para la detección de dicho problema? (Fig. 17).

Lo comunica el paciente por encontrarse con problemas y cohibido para relacionarse y mantenerse activo en su entorno social: 11%.

Detectamos aislamiento social y cuando tratamos dicho problema el paciente nos comunica que es incontinente: 10%.

Detectamos que acude para curar zona, por erosiones producidas por maceración de piel o heridas debidas a la incontinencia: 6%.

Acude a consulta por una infección de orina: 11%.

Detectamos mal olor: 62%.

10. En Atención Primaria según los encuestados, La I.U. es vivida por la familia y el paciente, básicamente como un problema social (43-50%) y como un problema de salud (30-41%). Pero aún se recoge un % elevado (16-20%) que nos evidencia que la familia y el paciente aún consideran esta situación como un proceso normal del envejecimiento.

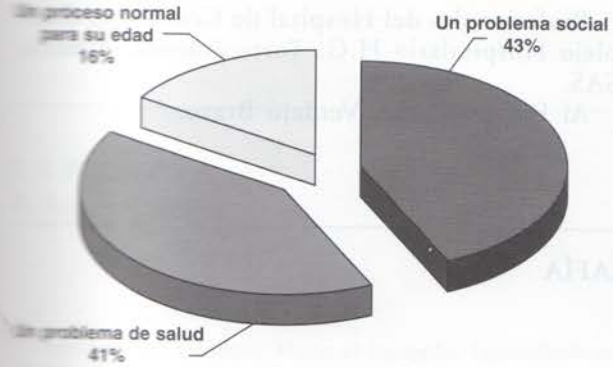



Fig. 18.

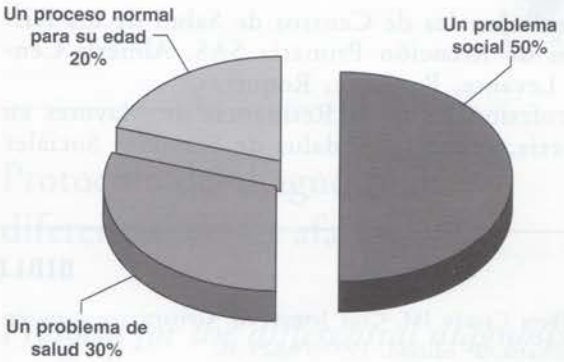



Fig. 19.

Atención Primaria:

El paciente incontinente vive la Incontinencia como (Fig. 18).

Un problema social: 43%.

Un problema de salud: 41%.

Un proceso normal para su edad: 16%.

La familia del paciente Incontinente vive la Incontinencia como (Fig. 19).

Un problema social: 50%.

Un problema de salud: 30%.

Un proceso normal para su edad: 20%.

## DISCUSIÓN

1. La Incontinencia Urinaria continúa siendo un problema oculto, mayormente dentro de las instituciones cerradas; existe un rechazo y por lo tanto una dificultad para el abordaje terapéutico. Por el contrario en Atención Primaria los pacientes suelen acudir a consulta para solicitar tratamiento; siendo la prescripción de absorbentes lo que más demandan.

2. Es necesario fomentar la formación continuada, haciendo participar a todos los miembros del equipo sanitario, y aportarles la motivación suficiente para que se impliquen de una forma más activa en la terapéutica de la I.U. dada la dificultad para conseguir resultados y la lentitud de los mismos.

3. Es imprescindible la elaboración y puesta en funcionamiento de protocolos sobre I.U. en los que se contemplen tanto la valoración inicial al ingreso como el seguimiento de la misma despues del alta hospitalaria.

4. No se suele reflejar el diagnóstico de I.U. en el alta hospitalaria de enfermería interrumpiéndose por tanto el seguimiento y control del paciente cuando vuelve a su domicilio. El hecho de que no venga reflejado este diagnóstico en el informe de alta hospitalaria, indica que no damos la importancia que dicho problema precisa, siendo una situación que aumenta la dependencia y el deterioro del anciano. La conexión entre Atención Primaria y Hospitalaria es deficiente.

5. El tratamiento terapéutico más demandado tanto por los pacientes como por los familiares sigue siendo el absorbente a pesar de no ser la mejor alternativa.

6. Dependiendo donde se encuentre el anciano/a (en su entorno familiar o en una institución cerrada), puede condicionar la decisión sobre la actuación a tomar ante el problema de la incontinencia. Mientras que en Hospital o Centro Geriátrico tras valorar la incontinencia se establece la pauta de actuación, en el ámbito de Atención Primaria, es decir, en el domicilio familiar, es el propio entorno con los condicionantes y limitaciones que le acompañan los que influyen y delimitan en gran medida la pauta de actuación.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los compañeros/as que día a día desempeñan su labor en el arte de cuidar:

Profesionales de Centros de Salud de los Distritos de Atención Primaria SAS, Almería-Centro, Levante, Poniente, Roquetas.

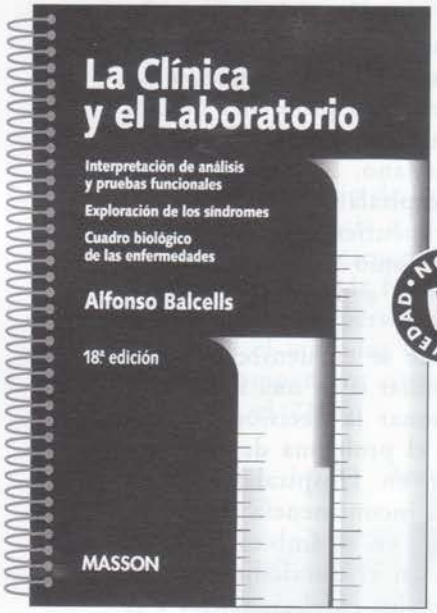
Profesionales de la Residencia de Mayores en Almería, Instituto Andaluz de Servicios Sociales

Profesionales del Hospital de Cruz Roja, Complejo Hospitalario H.G. Torrecárdenas, Almería, SAS.

Al Dr. D. Carlos Verdejo Bravo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatría en Atención Primaria. 2ª edición. 1997;35:329-36.


**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**

Un tomo (14x22 cm) con 766 páginas.
Encuadernado en espiral. ISBN: 84-458-0808-7 ©99

**ÍNDICE DE CAPÍTULOS (extracto)**

Parte I. Hallazgos de laboratorio ..... 1
Parte II. Pruebas funcionales ..... 297
Parte III. Exploración de los síndromes con el laboratorio ..... 379
Parte IV. El laboratorio en las enfermedades ... 427
Parte V. Sumario de constantes biológicas. Tablas de valores normales ..... 699
Índice alfabético de materias ..... 717

# UN AUTÉNTICO VADEMECUM

Ya a la venta la 18ª Edición

*Con datos de laboratorio sobre más de 450 enfermedades*

NOVEDAD

- Nueva edición de este clásico libro para la práctica clínica, **un auténtico vademecum** que orienta al médico a la hora de solicitar un examen complementario y le ayuda en la lectura e interpretación de los resultados del laboratorio.
- Entre los muchos aspectos relevantes que ofrece esta 18ª edición merecen destacarse:
  - el especial énfasis en los factores de riesgo de las enfermedades más frecuentes o importantes
  - la ampliación de los marcadores de riesgo o predictivos
  - la especial atención a los marcadores neoplásicos que permiten un diagnóstico precoz
  - detalla todo lo concerniente a las citocinas y a los oncogenes responsables de neoplasias malignas
  - la ampliación de los comentarios sobre el diagnóstico diferencial
  - la incorporación de nuevas pruebas funcionales
  - SE HA INCORPORADO a la parte IV nuevas enfermedades tales como: *shock séptico, linfoma gástrico, hepatitis autoinmune, poliposis de Peutz-Jeghers, síndrome del enfermo eutiroideo, distonía de torsión, melanoma maligno, epilepsia mioclónica, poliberopatía amiloidótica familiar, etc.*

**TARJETA DE PEDI**

☑ **Sí,** deseo remitan a mi nombre esta obra:
**BALCELLS:** *La Clínica y el Laboratorio. 18ª ed.*
**PVP: 7.225 Ptas. con IVA** *(43,42 Euros)*

**FORMA DE PAGO**

☐ Contra reembolso, sin recargo alguno.
☐ Tarjeta VISA, MASTERCARD ó AMEX
Nº
Caducidad
☐ Contra domiciliación bancaria: Código Cuenta Cliente
Entidad Oficina D.C. Número de

**FORMA DE ENVÍO**

Si no se indica otra, se realizará por correo. Siempre se hará por correo en Ceuta
☐ Por agencia: Se cargarán sólo 600 Ptas. por SERVICIO RÁPI

**DATOS PERSONALES**

Nombre
Especialidad
NIF Año nacimiento
Dirección
Tel E-mail
C.P. Localidad
**FIRMA y fecha**

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta

**MASSON**
Ronda General Mitre, 149
08022 BARCELONA (España)
Tel. 93 253 01 53 - Fax 93 253 01 69
E-mail: pedidos@masson.es
http://www.masson.es

**Nota LORTAD: Si usted no desea recibir info comercial de otras empresas, por favor, indiq**