

Artículo de revisión

Servicios especializados para personas mayores. “Clínica de Incontinencia Urinaria”. Algunas reflexiones.

Autoras: [Alina María González Moro*](#), Liliams Rodríguez Rivera*, Virginia María Ranero Aparicio**

* Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

**Especialista I Grado en Bioestadística. Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

RESUMEN

Objetivo: Escenario epidemiológico de la incontinencia urinaria como problema de salud, se realizan algunas reflexiones de la evaluación y el manejo. Así como la importancia de tratar esta problemática en todos los niveles. Se valora la “Clínica de Incontinencia Urinaria” como servicio especializado en las personas mayores dentro del centro. **Desarrollo:** Es un problema de salud infradiagnosticado, se exponen los puntos claves para el abordaje de este problema, los factores de riesgo, cuándo se debe derivar a nivel superior de atención, se describe someramente el funcionamiento de la Clínica y los elementos fundamentales dentro de la evaluación y manejo. **Conclusiones:** Las personas mayores tardan en buscar ayuda por este problema, sus síntomas se manejan a menudo pobremente en los cuidados primarios y secundarios, el diagnóstico depende casi exclusivamente del interrogatorio del médico, está

considerada como una función básica, que en el anciano sano se debe mantener independientemente de su edad. Su presencia debe considerarse patológica y no un cambio normal de la edad y son escasas las investigaciones en este tema en las personas mayores por lo que deben desarrollarse las mismas en todos los niveles.

Palabras clave: incontinencia urinaria, anciano

ABSTRACT

Objectives: Epidemic scenario of the urinary incontinence as problem of health, they are carried out some reflections of the evaluation and the handling. As well as the importance of treating this problem in all the levels. The "Clinic of Urinary Incontinence" is valued as service specialized in the grown-ups inside the center. **Development:** It is a problem of health not diagnosed, the key points are exposed for the boarding of this problem, the factors of risk, when he/she should be derived at superior level of attention, Is described the operation of the Clinic and the fundamental elements inside the evaluation and handling. **Conclusions:** The grown-ups take in looking for help for this problem, their symptoms are often managed poorly in the primary and secondary cares, the diagnosis depends almost exclusively on the doctor's interrogation, it is considered as a basic function that should stay independently of its age in the healthy old man. Their presence should be considered pathological and not a normal change of the age and they are scarce the investigations in this topic in the grown-ups for what the same ones should be developed in all the levels.

Keywords: urinary incontinence, older people. elderly, aging.

INTRODUCCIÓN

El rápido crecimiento del número de personas mayores ha creado una revolución demográfica, los mayores de 60 años aumentaron en el siglo pasado, desde 400 millones en la década del 50 hasta 700 millones en la de los años 90; estimándose que para el 2025 existirán alrededor de 1200 millones de personas mayores. Concomitantemente se incrementa el grupo de los “muy viejos”, o sea aquellos mayores de 80 años, quienes en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % para los de menor desarrollo.^{1,2,8}

América Latina y el Caribe, por el avance de la transición demográfica, está envejeciendo paulatina e inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado, aunque con niveles variables. Este envejecimiento poblacional marca una consecuencia inevitable y previsible para las sociedades de la región y existe un incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas de 60 años y más. El proceso de envejecimiento continuará incrementándose de manera acelerada en los próximos años, y el crecimiento del segmento de 60 años y más será del 2,3 %. Si bien este crecimiento disminuirá al 1,5 % en el 2030-2050, continuará como la más elevada entre el conjunto de grupos de población^{3,4}.

Dos características de este proceso motivan una preocupación urgente. En primer lugar, el envejecimiento se produce y continuará haciéndolo a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en países desarrollados. En segundo lugar, el envejecimiento se dará en la mayoría de los países en un contexto caracterizado por una baja cobertura de seguridad social, condiciones

de salud de inequidad y un probable aumento de la presión en las familias para garantizar el bienestar en la vejez.^{5,6}

El descenso de la tasa global de fecundidad, promedio en América Latina desde 6 hijos por mujer en 1960-65 a 2 en 2010 -2015, que representa en términos demográficos, tan sólo un lapso de 50 años, y por ende una velocidad de cambio de esta, mayor a la que aconteció en los países desarrollados.⁷

Una población que reduce su fecundidad, como Cuba, cambia radicalmente su estructura por edades y avanza hacia el envejecimiento. En ese proceso se produce un período llamado bono demográfico como consecuencia de que la población en edad de trabajar (15 a 64 años) crece más que aquella compuesta por la población dependiente económicamente (menores de 15 años y mayores de 65 años). La mayoría de los países de la región se encuentran ya en plena fase de su bono demográfico. La edad mediana de la población aumento de 20 a 30 años entre 1950 y 2013, y seguirá incrementándose hasta los 48 años. Mientras en 1950 existía una persona mayor de sesenta años por cada 8 jóvenes menores de 15, en 2013 hubo un adulto mayor por cada dos jóvenes y en 2040 serán uno por cada uno.⁷

El envejecimiento en Cuba, no escapa por supuesto a este escenario y constituye el principal problema demográfico, se espera que para el 2025 este grupo alcance más del 25 % de la población total, siendo uno de los países más envejecidos de América Latina, también se estima que, en el 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años se duplicará, se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo periodo.³

Cuba, en los próximos cincuenta años, será el país subdesarrollado más envejecido, hoy el tercero de América Latina. Esto está relacionado con el aumento de la expectativa de vida, el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, el saldo migratorio negativo y la disminución de la mortalidad infantil, lo que no solo ha afectado el tamaño y el ritmo de crecimiento de la población, sino también su estructura por edades, y que da lugar a este franco proceso de envejecimiento.⁴

La población cubana está en la actualidad compuesta por 11 224 190 habitantes y el porcentaje del adulto mayor de la población es de un 19,4 %, y la esperanza de vida en Cuba asciende a 78,45 años.⁹

Para el 2025, Cuba con un cuarto de su población con 60 años y más, será el país más envejecido de América Latina y en el 2050 estará entre los más envejecidos del mundo, con una proporción de población de 60 años y más, que superará proporcionalmente la media del total de países considerados en el mundo como desarrollados.¹⁰

Esta situación demográfica es un aspecto fundamental en la planificación económica y social, dentro de las que se encuentran las acciones de salud. El aumento de la población mayor de 60 años tiene implicaciones evidentes para el sector salud, como la necesidad de la organización de los servicios de salud enfocados en la atención a las personas mayores, tomando en cuenta principalmente sus necesidades.^{11,12}

Las sociedades que están envejeciendo deben enfrentarse con una serie de dilemas; entre ellos, ninguno se destaca tanto como la situación de salud de las personas de sesenta o más años. Los adultos mayores constituyen proporcionalmente los mayores consumidores de servicios de salud y presentan una gran demanda de cuidados de salud, a pesar de que existe una tendencia a comprimir la discapacidad hacia el final de la vida, el aumento de personas que arriban a los 60 años implicará un aumento del número de personas discapacitadas. Uno de los grandes retos para la salud pública en el siglo XXI es asegurar una calidad de vida óptima para las personas de edad.¹⁰

Los servicios de salud, para las personas mayores deben estar en función de sus problemas de salud¹³, es por ello que su organización deben estar orientados a solucionar problemas geriátricos, como las clínicas de memoria, de caídas, incontinencia urinaria, entre otras

Con este escenario demográfico en nuestro centro se creó la: "Clínica de Incontinencia Urinaria" desde el 2005, la cuál se ha ido desarrollando y adquiriendo experiencia en el manejo de estas personas. Hoy cuenta en su servicio con una enfermera especializada, dos geriatras, una psicóloga, y una especialista en cirugía y se brindan servicios a todas las personas mayores,

remitidas de la consulta de pesquizaje y que cumplan los criterios de inclusión establecidos, a estos pacientes se les realiza una evaluación de este problema y se establecen estrategias de tratamiento directamente relacionadas con el diagnóstico establecido.

DESARROLLO

Los mecanismos de la continencia y de la incontinencia urinaria, son imprescindibles para comprender las características y presentación clínica de los distintos tipos de incontinencia. Lo cual permite realizar una evaluación inicial a este problema, mediante la visibilidad de los factores de riesgos asociados, establecer un tratamiento inicial y precisar las indicaciones de referencia al nivel inmediato superior

La incontinencia urinaria, es un problema de salud infradiagnosticado y no reconocido por el propio adulto mayor, familiares y/o cuidadores y por el personal de salud, es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente.^{14,15}

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 200 millones de personas padecen de incontinencia urinaria, su frecuencia aumenta con la edad, predominando en el sexo femenino (2:1) con respecto al masculino, hasta los 85 años de edad, en que ambos sexos son afectados por igual.¹⁶

Afecta más de la quinta parte, de las personas por encima de 85 años, (Collerton J y col. 2009). La incontinencia urinaria tiene consecuencias físicas y consecuencias psicológicas, incluso daños en la piel, infecciones del tracto urinario, riesgo aumentado de caídas, limitación para salir del hogar, sentimientos de soledad. Además, tiene implicaciones para los cuidados y manejo, en un estudio de una cohorte de 6000 pacientes (Thom DH y col. 1997) se encontró que la incontinencia urinaria solo fue superada por la demencia para la admisión en cuidados de largo plazo

Este problema de salud representa una condición con elevada prevalencia en la población mayor, variando ésta según el nivel asistencial considerado: comunidad (30%), hospital (30%) e institución (50%). Paradójicamente el índice

de consulta generado por este importante problema de salud es sorprendentemente bajo (menor de un 50%), estimándose incluso que alrededor del 70% de los afectados nunca solicita ayuda médica, contribuyendo a esto, factores dependientes de los propios adultos mayores y de los proveedores de salud.¹⁷

Se asocia con numerosas consecuencias clínicas, además de trastornos psicológicos y socioeconómicos. La nicturia, en particular, es un factor de riesgo para las caídas.

La incontinencia repercute de manera negativa sobre la calidad de vida de los adultos mayores, generando notables repercusiones biomédicas, psicológicas y socioeconómicas. Entre sus posibles efectos adversos se encuentran las úlceras por presión, infecciones recurrentes del tracto urinario inferior, caídas, fracturas óseas, aislamiento, depresión, disminución en la autoestima, dependencia, estrés en familiares y predisposición a la institucionalización.

El impacto económico es considerable, con un estimado anual en Estados Unidos de más de 36 mil millones de dólares para gastos de incontinencia urinaria.¹⁸

En su manejo es incuestionable, precisar sus características para así optimizar las intervenciones, la literatura apunta a que la incontinencia urinaria es común en las personas más viejas y se asocia a la morbilidad, igualmente las personas más viejas no suelen buscar ayuda a esta problemática, y son mal manejadas tanto en el nivel primario como en el secundario.^{19, 20}

La prevalencia de la incontinencia urinaria varía de acuerdo al tipo de estudio poblacional, a las definiciones que se tienen en cuenta y al método de estudio. Y su prevalencia ha ido en aumento tanto en el ámbito comunitario como hospitalario.²¹⁻²⁸

Aunque constituye un problema clínico importante, tanto por su prevalencia como por su impacto en el estado de salud y calidad de vida, ha sido poco estudiada en la población adulta mayor en el escenario nacional.

No es una consecuencia inevitable de la edad, por tanto, debe ser interpretada como síntoma de disfunción de algún sistema integrado en el mantenimiento de la continencia.

La incontinencia urinaria presenta rangos que oscilan, desde casos severos hasta episodios ocasionales. Contrariamente a lo que se piensa es curable en muchas personas mayores y en aquellos en los cuales no es posible la curación puede ser manejada de forma favorable tanto para los propios pacientes como para familiares y cuidadores.

La inclusión sistemática de la investigación sobre la continencia en la valoración global de todo adulto mayor ha demostrado ser eficaz como actitud preventiva en estudios realizados a nivel mundial. Debido a que la incontinencia generalmente es de origen multifactorial y constituye un proceso complejo, se justifica una evaluación exhaustiva, lo cuál es la piedra angular que garantiza un manejo y tratamiento adecuado y los métodos diagnósticos deben ajustarse e individualizarse en cada paciente. ^{29, 30}

El paciente con incontinencia urinaria, generalmente no consulta por este problema ni lo expresa en forma voluntaria; una mujer puede demorar hasta 10 años en consultar con su médico por este trastorno si no se interroga en forma directa. Esto se debe fundamentalmente a la vergüenza, y a que se considera como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Por ello, es fundamental interrogar sobre este tema a todos los adultos mayores como parte de la evaluación de rutina y determinar la frecuencia semanal de estos episodios.

Puntos claves para el abordaje de este Problema son:

- Mecanismo y clasificación de la incontinencia urinaria
- Consecuencias físicas y sociales
- Evaluación clínica de la incontinencia
- Estrategias prácticas de manejo

Deben evaluarse siempre los factores de riesgo, que se pueden dividir en:

- No modificables: edad, sexo femenino, multiparidad, enuresis nocturna en la infancia, uso de fórceps, primigesta tardía con feto grande.
- Modificables: restricciones físicas, obesidad, uso de cafeína y alcohol, barreras arquitectónicas, medicamentos, estreñimiento, trastornos del sensorio

Para realizar el diagnóstico de incontinencia y sus causas, es importante conocer la fisiología de la continencia urinaria.

El diagnóstico de los diversos tipos de incontinencia urinaria, es posible sobre la base de un estudio ordenado y sistemático. Todo adulto mayor que padece incontinencia merece un manejo planeado basado en una evaluación extensa, que incluya identificación de factores de riesgo, valoración de síntomas, exploración física, revisión de los antecedentes personales, aplicación de instrumentos o escalas, y una consideración especial de la historia social del paciente ya que ésta influenciará de manera importante en la selección de opciones para el logro de una opción terapéutica viable.³¹⁻³³

Así mismo es importante conocer que existe una evaluación no invasiva para el diagnóstico en las personas mayores con incontinencia urinaria: que se muestra desde la historia clínica, el examen físico, análisis de orina, diario de Micción (si posible durante 2 días y 2 noches), test de la compresa: El test de la compresa es de gran utilidad no sólo para objetivar la incontinencia, sino que además nos va a permitir cuantificarla y la medición del residuo postmiccional. La magnitud de este examen inicial debe adaptarse a los requisitos del paciente individual y a sus necesidades.

Si la evaluación para el diagnóstico descrita no habilita una valoración conclusiva de la situación, o si el tratamiento conservador ha fallado, deben dirigirse a las pruebas de diagnóstico más extensas siempre que sea tolerable para el paciente y que conlleve a un acercamiento terapéutico esperado positivo.

El éxito del tratamiento o fracaso estará influenciado por el tipo de incontinencia, la reversibilidad de las enfermedades asociadas, la preferencia del paciente por un tratamiento particular, su colaboración y las posibilidades de intervención en determinadas circunstancias.

Debemos tener conocimiento que la incontinencia urinaria puede prevenirse con medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Sobre todos nuestros profesionales que atienden en nivel primario a estas personas. Aplicar algoritmos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo al escenario, y tener claro

cuándo se debe derivar a nivel superior de atención, como en los casos de: ³⁴,

35

- Diagnóstico incierto.
- Falta de respuesta al tratamiento médico o quirúrgico indicado para tratar la incontinencia urinaria luego de tres meses.
- Prolapso uterino asociado.
- Hematuria sin infección.
- Residuo urinario mayor de 100 ml.
- Síntomas sugerentes de vaciamiento vesical inadecuado (flujo urinario menor de 15 ml/seg).
- Enfermedad neurológica (esclerosis múltiple o lesiones medulares) para realizar estudio urodinámico.
- Próstata muy grande o indurada.
- Dos o más infecciones urinarias en los últimos doce meses.
- Cirugía de incontinencia previa o cirugía radical de pelvis.
- Cuadro de Incontinencia urinaria con marcado deterioro función

El enfoque problémico en las personas mayores, nos permite una lógica del pensamiento, establecer prioridades y poder crear la estrategia más acertada, y realizar intervenciones factibles pero basadas en el conocimiento.

Todos los profesionales sobre todo en la atención primaria, (APS) deben ser capaces de abordar los principales problemas en las personas mayores, como lo es la incontinencia urinaria, en ocasiones intervenciones tempranas y sencillas evitan complicaciones complejas que aumentan la morbilidad, hospitalización e incluso la muerte, debido a la cascada de eventos adversos que puede conllevar el no visibilizar y no tener una sospecha de este problema.

El estudio de caso que se expone invita a la reflexión relacionado a lo expuesto anteriormente:

Paula de 68 años, con antecedentes de osteoartritis generalizada e hipertensión arterial, lleva tratamiento con diuréticos, tiene con 4 hijos y presenta desde hace varios años, salida involuntaria de orina que ha ido en

empeoramiento progresivo, sus hijos lo han relacionado a algo normal del envejecimiento y no le han dado importancia. Paula recibe la visita de su médico, pues hace tiempo no acude a su consulta, ella oculta su problema por vergüenza. Se ha caído en dos ocasiones en la noche, en un intervalo de 15 días. Paula está afectada para todas las actividades instrumentadas de la vida diaria. (AIVD) y en las Básicas presenta dificultad en la movilidad y continencia. No es propósito de este artículo dar respuesta a este caso problema, si analizar las consecuencias de no abordarse el mismo a tiempo, Paula ya se ha caído y ha perdido funciones, su problema principal y que mas le afecta es precisamente la incontinencia urinaria.

El desarrollo en estos años de las Clínicas dentro de los servicios de consulta externa de geriatría, en nuestro centro, ha tenido este principal objetivo, dar solución a los principales problemas geriátricos, o síndromes geriátricos, denominadas así Clínicas: pues atienden los problemas clínicos más frecuentes del adulto mayor y el geriatra que lidera esta actividad, se centra en esta problemática en su consulta externa con el equipo.

Estos servicios no excluyen, que las herramientas e instrumentos que se aplican en nuestro quehacer, puedan ser usadas por otros profesionales que deseen aplicar estos conocimientos en el manejo de su población.

Así mismo esta experiencia puede y debe ser replicada en otros escenarios con el objetivo principal de evaluar, diagnosticar e imponer tratamiento a las personas mayores con incontinencia urinaria, así existen en nuestro centro las clínicas de memoria, fragilidad, entre otras.

La Clínica de Incontinencia Urinaria realiza en la:

Evaluación y manejo: ³⁶⁻⁴⁰

- Historia clínica (INSTRUMENTO PROPIO DE LA CLÍNICA)
- Se INDICAN los complementarios INDISPENSABLES y se aplican los instrumentos establecidos.
- Etapa de evaluación: Se precisa diagnóstico. Tipo de IU (que permite valorar derivación a otro especialista, por ejemplo: urología.)

- Estrategias de tratamientos. Terapia conductual, ejercicios del suelo pélvico, medicamentos, etc. Incluye cirugía de suelo pélvico.
- Reconsultas.
- Alta

En Cuba hay pocos estudios que valoren la frecuencia, magnitud e impacto de este problema de salud en la población adulta mayor en servicios especializados.

Consideramos muy importante realizar investigaciones de este problema y en nuestro centro constituye una línea de investigación. Ya concluimos un estudio del perfil de pacientes atendidos en nuestra clínica, con el objetivo de optimizar recursos, diseñar y evaluar estrategias de intervención, que permitan mejores resultados, de acuerdo a las necesidades de estas personas.

CONCLUSIONES

- Las personas mayores tardan en buscar ayuda por este problema, y sus síntomas se manejan a menudo pobremente en los cuidados primarios y secundarios.
- El diagnóstico de la incontinencia urinaria depende casi exclusivamente del interrogatorio del médico.
- La continencia urinaria está considerada como una función básica, que en el anciano sano se debe mantener independientemente de su edad. Su presencia debe considerarse patológica y no un cambio normal de la edad
- Son escasas las investigaciones en este tema en las personas mayores por lo que deben desarrollarse las mismas en todos los niveles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Par Asghar Zaidi. Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. Viena: Centro Europeo de Viena para las Políticas de Bienestar Social e Investigación. 2008; Disponible en: http://www.euro.centre.org/data/1242392033_86769.pdf
2. Berrio Valencia MI. Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública. Rev Coloma Anestesiol.2012; 40(3):192-4.
3. Naranjo Hernández, Ydalsys, Marlene Figueroa Linares, and Rolando Cañizares Marín. "Envejecimiento poblacional en Cuba." Gaceta Médica Espirituana 17.3 (2015): 223-233.
4. Mugica, René Quintana, Bertha Lidia Torres Martínez, and Alberto Cruz Peña. "Envejecimiento poblacional, un desafío para la atención primaria de salud." Acta Médica del Centro. 2015; 9.4 1-3.
5. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Santiago de Chile, diciembre de 2001.
6. Guzmán JM. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Santiago de Chile, mayo de 2002.
7. Uthoff, Andras. "Alternativas para abordar los desafíos de la protección social en salud y pensiones en América Latina." Productividad, innovación, e inclusión social: Lecciones de política de América Latina y el Este de Asia. Santiago: CIEPLAN (2014).
8. Huenchuan NS. Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Santiago de Chile, abril de 2004.
9. Anuario estadístico de salud 2014. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana; MINSAP. 2015. Prologo. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>

10. Cuba: La Esperanza o Expectativa de Vida 2001-2003. Cálculos y Análisis por sexo y edades. Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. 2004.
11. Castañeda Abascal, Ileana Elena, and Odis Nelson Villalón Barrera. "Necesidades de servicios de salud en mujeres y hombres mayores de 60 años." *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013; (29.1) 36-43.
12. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es
13. Cardona Arango D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2012; 28 (2): 335-348
14. Abrams P, Cardozo L, M Fall. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
15. Collerton J, Davies K, Jagger C. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*. 2009;339:b4904.
16. Adam P et al. Urinary Incontinence in the Geriatric Population. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2003; (70) 1.
17. Flanagan L, Roe B, Jack B et al. Systematic review of care intervention studies for the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes with urinary incontinence as the primary focus (1966–2010). *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12: 600–11.
18. Talley KM, Wyman JF, Shamlivan TA. State of the science: conservative interventions for urinary incontinence in frail community-dwelling older adults. *Nurs Outlook* 2011; 59: 215–20, 20 e1.
19. Schnelle JF, Leung FW, Rao SS et al. A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1504–11.

20. Markland et al. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. J Urol PMC 2011.
21. Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. Aust J Physiother 2009; 55:89-95.
22. Dubeau CE. Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinence. In: UpToDate, Brubaker L, Schamader K (ed.). UpToDate, 2012.
23. Buckley BS, Lapitan MC, Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children-current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. Urology 2010; 76:265.
24. Glazener C, Lapitan MC. Urodynamic studies for management of urinary incontinence in children and adults. Cochrane Database Syst Rev 2012 Jan 18; 1:CD003195.
25. Thüroff JW, Abrams P, Andersson K-E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EUA Guidelines on Urinary Incontinence. Eur Urol 2011; 59:387-400.
26. Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46:5-6.
27. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A. Incontinence in the Frail Elderly: Fourth International Consultation on Incontinence. Neurourol Urodyn 2010; 29:165-78.
28. Guzzo TJ, Drach GW. Mayor Urologic Problems in Geriatrics: assessment and management. Med Clin N Am 2011; 95:253-64.
29. Samuelsson, Eva, et al. "Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review." Geriatrics & gerontology international. 2015; (15.5): 521-534.
30. Wagg, Adrian, et al. "Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence." Neurourology and urodynamics (2014).

31. Coyne, Karin S., et al. "Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review." *J Manag Care Pharm.* 2014; (20.2): 130-40.
32. Kim, Shannon, Shuo Liu, and Vincent Tse. "Management of urinary incontinence in adults." *Aust Prescriber.* 2014; (34): 10-3.
33. Stenzelius, Karin, et al. "The Effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people-A systematic review." *Age and Ageing.* 2015.
34. Gibson, William, and Adrian Wagg. "New horizons: urinary incontinence in older people." *Age and ageing.* 2014;(43.2): 157-163.
35. Gil Gregorio, P. et al. *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Incontinencia urinaria.* Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Príncipe de Vergara, 57-59. 28006 Madrid. www.segg.es ISBN: 978-84-7867-093-2. Depósito Legal: M-20730-2012.
36. Goepel M, Kirschner-Hermanns R, Welz-Barth A, Steinwachs KC, Rübber H. Urinary incontinence in the elderly: part 3 of a series of articles on incontinence. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(30):531-6.
37. Subashini Thirugnanasothy. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ* 2010;341:c3835.
38. Epidemiology and etiology of male urinary incontinence. Hampel C, Thüroff JW, Gillitzer R. *Urologe A.* 2010 Apr; 49(4):481-8.
39. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd, Palmer MH, Wagg A; Fourth International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.*
40. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. 2010;29(1):165-78.