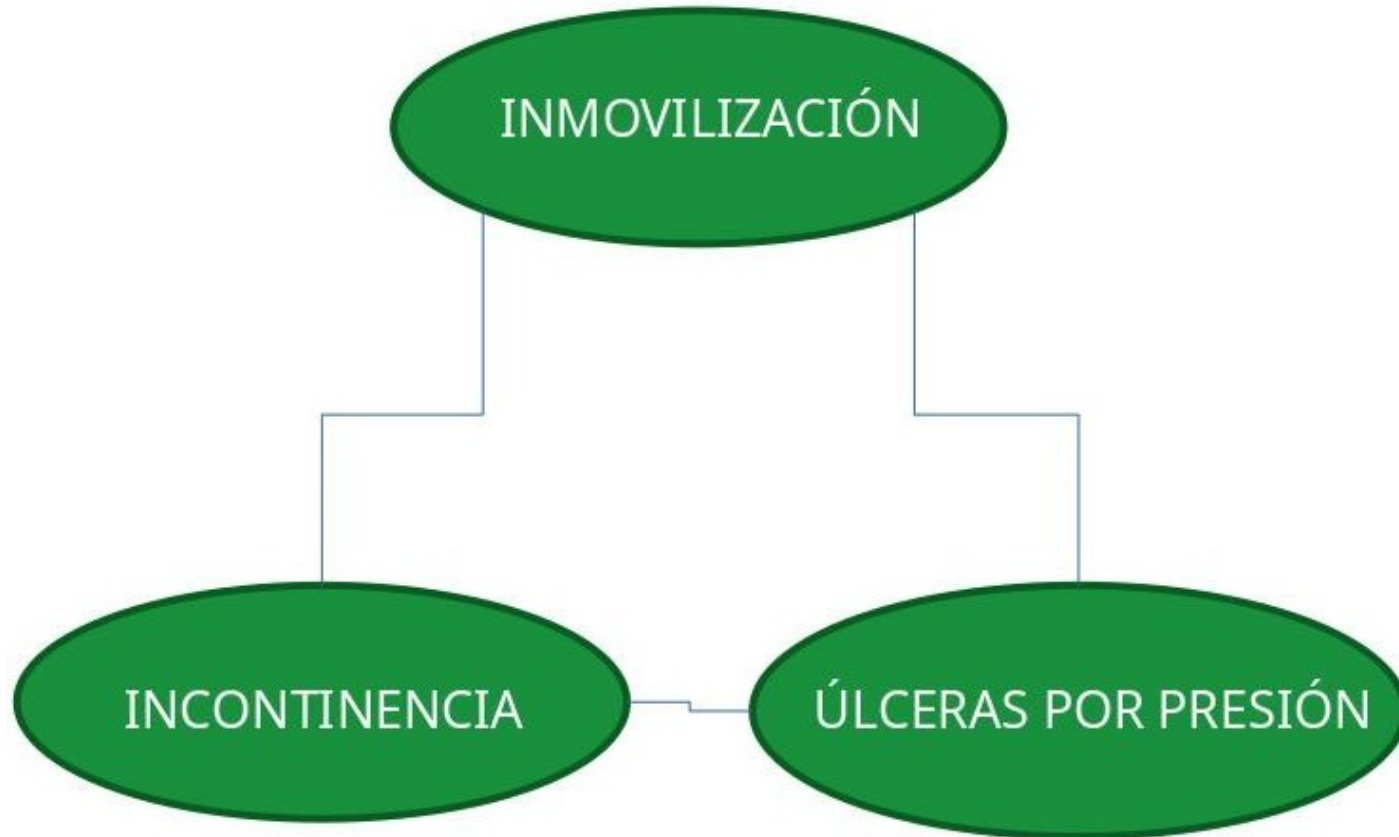




ACTUALIZACIÓN EN GERIATRÍA: INMOVILIDAD. INCONTINENCIA. ULCERAS POR PRESIÓN.

Dra. Olivia M. José Gea Romero
Médico Especialista en Geriatría
Hospital HLA Mediterráneo, Almería



- **INMOVILIDAD**
- **SÍNDROME DE INMOVILIDAD**



Síndrome de Inmovilidad

- **Inmovilidad:** Disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras
- **Síndrome de inmovilidad:** Vía común de presentación de enfermedad, generada por una serie de cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionados por la inmovilidad y el desuso acompañante.
- **Multifactorial, potencialmente reversible y prevenible**
- **E: 18% >65 años, 50% >75 años, 20% confinado en domicilio**

Síndrome de Inmovilidad

• Causas/Factores determinantes:

Tabla 1. Factores predisponentes intrínsecos de inmovilidad

- Enfermedades musculoesqueléticas: osteoartritis, fractura de cadera, osteoporosis, aplastamientos vertebrales, artritis, polimialgia reumática, patología podológica, entre las más frecuentes.
- Enfermedades neurológicas: ACV (accidente cerebrovascular), enfermedad de Parkinson, demencias en fase avanzada y depresión.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades pulmonares.
- Enfermedades endocrinas: DM (diabetes mellitus), hipotiroidismo.
- Déficit sensoriales.
- Causas psicológicas: síndrome postcaída.

Tratado Geriatria SEGG

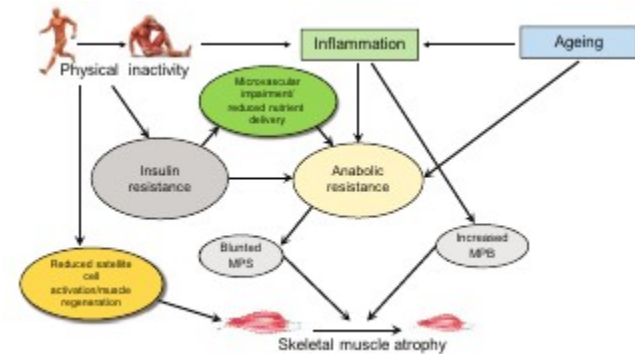
Tabla 2. Factores predisponentes extrínsecos de inmovilidad

- Factores iatrogénicos: prescripción de reposo, medidas de restricción física, sobreprotección, fármacos (principalmente neurolepticos, benzodiazepinas, antihipertensivos y diuréticos).
- Factores ambientales: hospitalización, barreras arquitectónicas.
- Factores sociales: falta de apoyo social y estímulo.

Tratado Geriatria SEGG

Síndrome de Inmovilidad

- **Consecuencias(1):**
- **Musculoesquelético**
 - Debilidad y atrofia
 - Contracturas
 - Osteoporosis
 - Enfermedad degenerativa articular

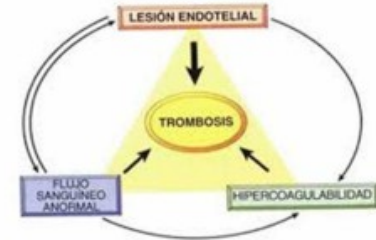


Reduced physical activity in young and older adults: metabolic and musculoskeletal implications

Kelly A. Bowden Davies , Samuel Pickles, Victoria S. Sprung, Graham J. Kemp, Uzman Alam, Daniel R. Moore, Abd A. Tahrani and Daniel J. Cuthbertson

Síndrome de Inmovilidad

- **Consecuencias (2):**
- **Cardiovascular**
 - Ortoestatismo: El reposo prolongado en cama disminuye el volumen plasmático y el volumen sanguíneo corporal total, altera el ajuste barorreflejo, reduce el gasto cardíaco y el volumen sistólico e inhibe las respuestas nerviosas simpáticas
 - Ulceras tróficas: deterioro del flujo sanguíneo
 - Trombos venosos: TVP, tromboflebitis, TEP



Síndrome de Inmovilidad

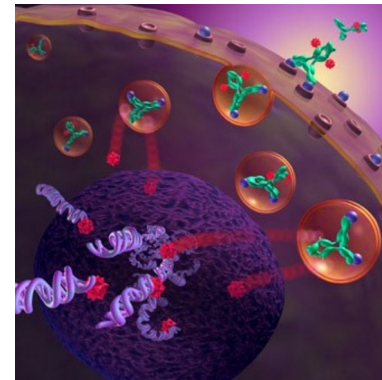
- **Cambios AF:**

- Disminución tejido pulmonar y capacidad de los cilios
- Menor producción IgA
- Aumento diámetro torácico anteroposterior
- Sistema vascular

- **Consecuencias(3):**

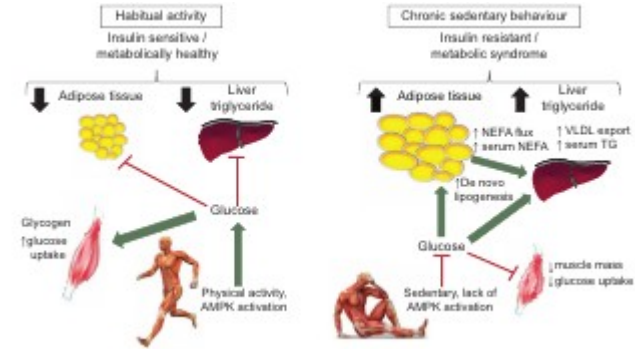
- **Respiratorio**

- Disminución oxigenación
- Atelectasias, neumonías



Síndrome de Inmovilidad

- **Consecuencias(4):**
- **Endocrino-Metabólico**
 - Hiperinsulinemia, R a insulina
 - Disminución metabolismo basal (7% /hora)
 - Aumento tejido adiposo
 - Aumento ACTH, PTH y colesterol total



Reduced physical activity in young and older adults: metabolic and musculoskeletal implications

Kelly A. Bowden Davies , Samuel Pickles, Victoria S. Sprung, Graham J. Kemp, Uazman Alam, Daniel R. Moore, Abd A. Tahrani and Daniel J. Cuthbertson

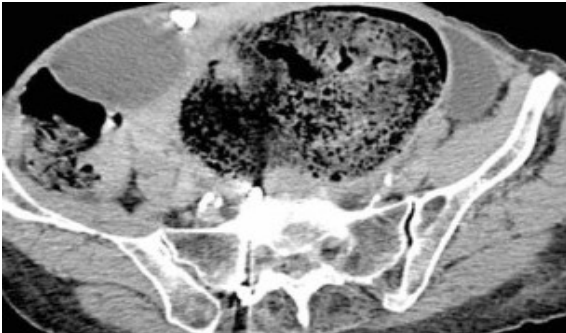
Síndrome de Inmovilidad

- **Consecuencias (5):**
- **Genitourinario:**
 - Incontinencia funcional
 - ITU, cálculos, RAO



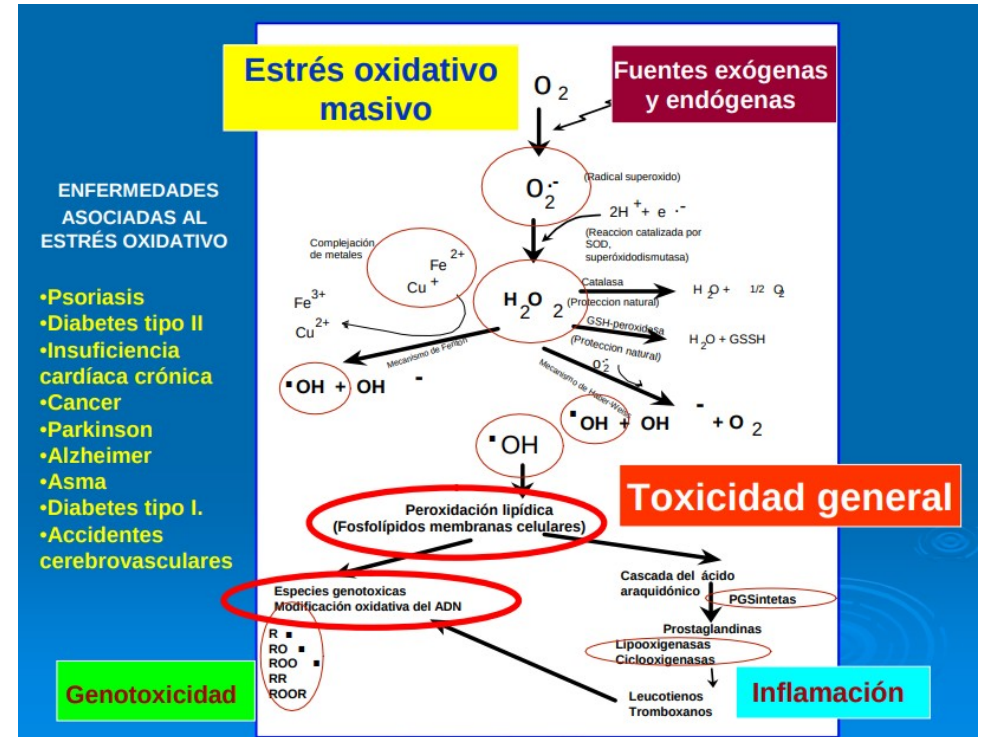
Síndrome de Inmovilidad

- **Consecuencias (6):**
- **Gastrointestinal:**
 - Disminución de apetito
 - ERGE, estreñimiento, impactación fecal



Síndrome de Inmovilidad

- Consecuencias (7):
- Neurológico:
 - Deprivación sensorial, síndromes confusionales, depresión y aislamiento social
 - Pérdida de automatismo, disminución de los reflejos, inestabilidad en bipedestación



Síndrome de Inmovilidad

- **Consecuencias (8):**
- **Balance nitrogenado:**
 - Pérdida de nitrógeno y reducción de la síntesis de proteínas → hipoproteïnemia y a una pérdida de sodio, potasio, fósforo, magnesio y zinc.



Síndrome de Inmovilidad

- **Consecuencias (9):**
- **Piel:**
 - Ulceras por presión
- **Alteraciones fisiológicas:**
 - Sensoriales
 - Motoras
 - Cardiovasculares



Síndrome de Inmovilidad

- **Diagnóstico:**
 - Historia clínica
 - Valoración geriátrica integral: valoración funcional, cognitiva, social
 - Exploración general y de la movilidad:
 - Cambios posturales y transferencias
 - Evaluación de la marcha y equilibrio

Síndrome de Inmovilidad

- **Escalas de valoración:**

- Básicas: Índice de Katz, Índice de Barthel, Escala de actividades básicas de Lawton-Brody, Escala de Incapacidad física de la Cruz Roja, Nottingham ten-point scale, Rivermead ADL scale, Hamrin Scale, Escala de Plutchik, Evaluación de autocuidado de Kenny, Escala Perfil PULSES.
- Instrumentales: Índice de Lawton-Brody, Escala de incapacidad de Linn, RDRS-2, Escala SMAF, The Lanbeth Disability screening questionnaire, The Functional Status Index, Cuestionario OECD, The Patient Evaluation, Conference System.
- Avanzadas: Escala Rosow – Breslan, Escala Nagi

Síndrome de Inmovilidad

- **Escalas de valoración funcionales:**

- Performance Test of Activities of Daily Living (PADL).

- Test de valoración directa de movilidad y equilibrio (POMA).

- The Timed Manual Performance (TMP).

- Get up and Go Test.

- Tinetti

- Functional Reach Test.

- Timed Up and Go Test (TU & GT).

- Physical Performance Test (PPT).

- Structured Assessment of Independent Living Skills (SAILS).

- Berg Balance Scale (BBS).

- ...

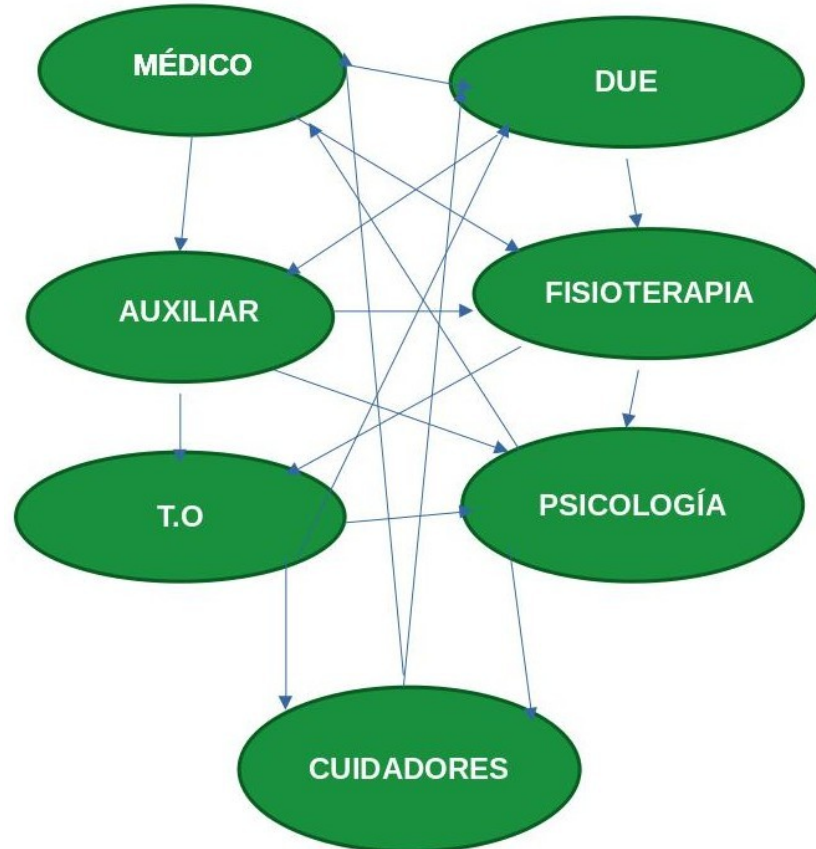
Síndrome de Inmovilidad

- **Prevención:**
 - Primaria
 - Ejercicio físico
 - Secundaria
 - Adaptaciones del entorno
 - Terciaria
 - Tratamiento de las complicaciones



Síndrome de Inmovilidad

- **Tratamiento:**



Síndrome de Inmovilidad

- **Tratamiento**

- Tratamiento de las causas de inmovilidad.
- Plan de rehabilitación encaminado al tratamiento de la inmovilidad existente y evitar su progresión.
- Uso de ayudas y adaptaciones en el hogar.
- Prevención de las complicaciones asociadas.

Síndrome de Inmovilidad

- **Medidas generales:**

- Cambios posturales frecuentes.
- Ejercicios de piernas.
- Programa establecido de movilización.
- Deambulación temprana.
- Profilaxis de enfermedad tromboembólica.
- Adecuado aporte hidroelectrolítico y calórico.
- Evitar el decúbito durante la alimentación y evacuación.
- Estimular las respiraciones profundas y tos.
- Drenaje postural. Percusión torácica.
- Evitar dietas y fármacos astringentes.
- Estimular la relación con el entorno.



Síndrome de Inmovilidad

- **Medios físicos:**

- Medias de compresión
- Compresión mecánica externa intermitente
- Elevación de extremidades
- Fisioterapia

- **Medidas farmacológicas:**

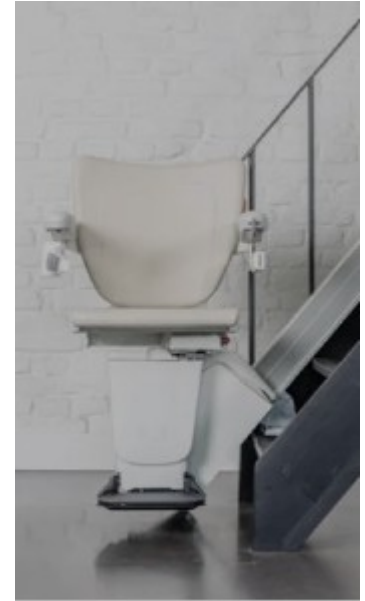
- HBPM
- Sueroterapia
- ATB
- Analgésicos
- Coadyuvantes

Síndrome de Inmovilidad

- Ayudas técnicas:



Síndrome de Inmovilidad



- **INCONTINENCIA URINARIA**



Incontinencia urinaria

- **IU: pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable, con suficiente grado de severidad como para que suponga un problema higiénico o social.**
- **Mujeres > varones, P: 44% > 60 años, 55% institucionalizadas**

MÉDICAS: infecciones urinarias, úlceras por presión, infecciones de las úlceras, caídas, insomnio.

PSICOLÓGICAS: pérdida de autoestima, ansiedad, depresión, interferencia con relaciones sexuales.

SOCIALES: aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar, cambios de ropa frecuentes, necesidad de lavar más a menudo, mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor riesgo de institucionalización.

ECONÓMICAS: elevado coste de medidas diagnósticas y terapéuticas, uso de medidas paliativas, coste de las complicaciones.

Incontinencia urinaria

- **Clasificación:**
- **Tiempo de evolución:**
 - Transitoria/aguda
 - Establecida o crónica:
 - Hiperactividad vesical
 - Estrés
 - Rebosamiento
 - Funcional

Tabla 6. Causas transitorias de incontinencia urinaria (acrónimos DRIP o DIAPPERS)

D	Delirium Drogas y fármacos	D	Delirium.
R	Retención urinaria Restricción ambiental	I	Infección.
I	Infección Inflamación Impactación Inmovilidad	A	Atrófica (vaginitis).
P	Poliuria Polifarmacia	P	Polifarmacia.
		P	Psicológicas.
		E	Endocrinopatías.
		R	Restricción movilidad.
		S	Stool (fecal) impactación.

Salud e incontinencia, AEU/SEGG

Incontinencia Urinaria: Etiología

- Incontinencia urinaria de esfuerzo o de estrés (IUE)

International Urogynecology Journal (2021) 32:501–552
<https://doi.org/10.1007/s00192-020-04622-9>

REVIEW ARTICLE



The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis

Kobra Falah-Hassani¹ · Joanna Reeves¹ · Rahman Shiri² · Duane Hickling^{3,4} · Linda McLean¹

- Incontinencia urinaria mixta (IUM)

The management of mixed urinary incontinence in women

Blayne Welk, MD¹; Richard J. Baverstock, MD²

¹Department of Surgery, Western University, London, ON; ²vesic (Alberto Bladder Centre) and Department of Surgery, University of Calgary, Calgary, AB, Canada

- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

Urge Incontinence

Shami Nandy¹, Sudha Ranganathan²

In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2021 Sep 20.

- Incontinencia urinaria por rebosamiento (IUR)

European Geriatric Medicine (2021) 12:1011–1020
<https://doi.org/10.1007/s41999-021-00495-3>

RESEARCH PAPER



Urinary retention on an acute geriatric hospitalisation unit: prevalence, risk factors and the role of screening, an observational cohort study

Katleen Fagard^{1,2} · Kasper Hermans^{3,4} · Mieke Deschodt^{2,5} · Sofie Van de Wouwer⁶ · Frank Vander Aa⁷ · Johan Flamaing^{1,2}

Incontinencia urinaria

- **Clasificación:**
Severidad:

Graduación de severidad de Sandvik (78).

<p>¿Con qué frecuencia experimenta pérdidas de orina?</p> <p>0 = Nunca</p> <p>1 = Menos de una vez al mes</p> <p>2 = Una o varias veces al mes</p> <p>3 = Una o varias veces a la semana</p> <p>4 = Todos los días / noches</p>	<p>X</p>	<p>Cuánta orina pierde cada vez?</p> <p>1 = Unas gotas o muy poco</p> <p>2 = Más</p>	<p>=</p>	<p>0 = No hay pérdidas</p> <p>1 - 2 = Leve</p> <p>3 - 4 = Moderada</p> <p>6 - 8 = Severa</p>
---	-----------------	--	-----------------	--

Múltiplica la frecuencia de las pérdidas por su volumen para calcular el grado de severidad de incontinencia.

Incontinencia urinaria

Factores de riesgo de aparición de IU.	
Población general	Ancianos
Establecidos: <ul style="list-style-type: none">- Edad.- Deterioro de la movilidad.- Otros síntomas urinarios.- Sexo femenino.	Edad (en hombres). Incontinencia fecal. Deterioro cognitivo. Deterioro de la movilidad. Comorbilidad. Fármacos. Caídas. Restricciones físicas. Ictus.
Sugeridos: <ul style="list-style-type: none">- Diabetes.- Actividades de impacto físico.- Enfermedades neurológicas.- Depresión.- Deterioro cognitivo.	
Mujeres	Hombres
Raza blanca. Multiparidad. Tratamiento hormonal oral. Aumento índice de masa corporal. Cirugía genitourinaria.	Prostatectomía radical.

Incontinencia urinaria

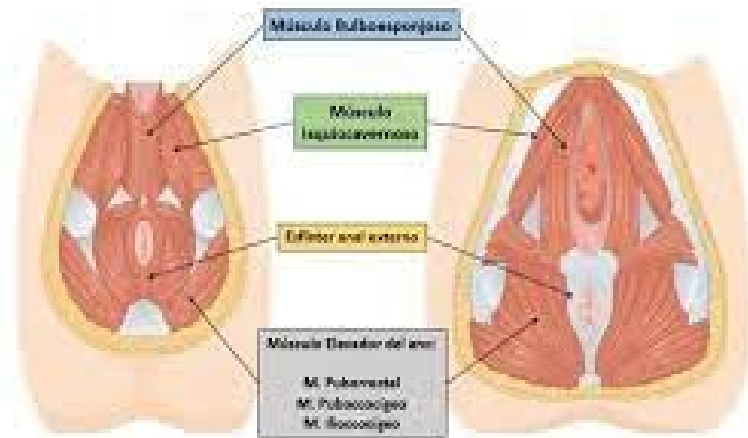
Tabla 1. Requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria en el anciano.

- Adecuado almacenamiento del tracto urinario inferior.
- Adecuado vaciamiento del tracto urinario inferior.
- Suficiente motivación para ser continente.
- Suficiente capacidad cognitiva para percibir e interpretar el deseo miccional.
- Suficiente movilidad y destreza para alcanzar el retrete.
- No existencia de barreras u obstáculos ambientales que limiten el acceso al retrete.

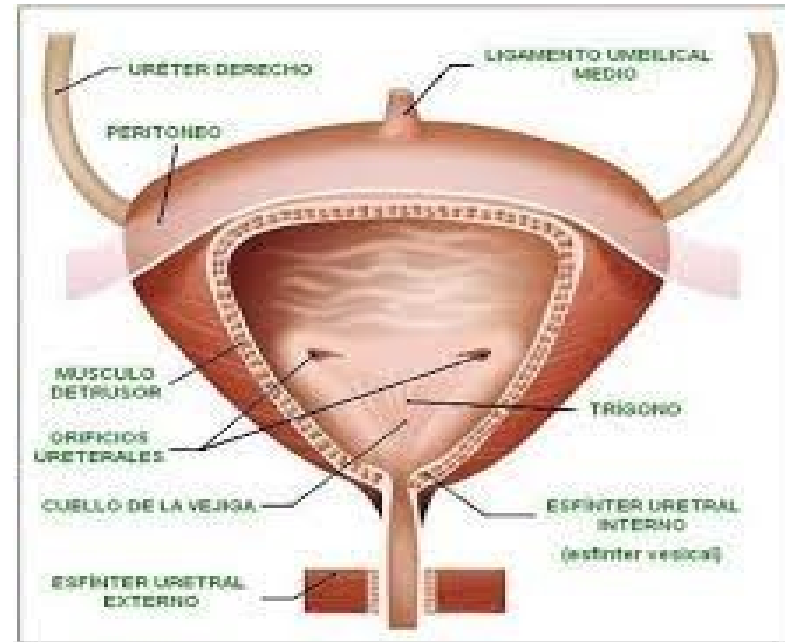
Incontinencia urinaria

Suelo pélvico masculino

Suelo pélvico femenino



UEMC



UEMC

Incontinencia urinaria

Tipo de nervio	Función
Parasimpático (colinérgico)	Contracción vesical.
Simpático	Relajación vesical (por inhibición del tono parasimpático). Relajación vesical (estímulos beta adrenérgicos). Contracción del cuello vesical y de la uretra (estímulos alfa-adrenérgicos).
Somático (Nervio pudendo)	Contracción de la musculatura del suelo de la pelvis.

Incontinencia urinaria

Órgano	Cambios histológicos	Cambios funcionales	Consecuencias clínicas
Vejiga	Cambios músculo liso con pérdida de músculo. Cambios urotelio. Degeneración axonal. Fibrosis. Cambios vasculares. Neuropatía sensorial.	Capacidad vesical disminuida. Disminución del flujo máximo. Disminución del volumen miccionado. Aumento del residuo posmiccional. Hiperactividad del detrusor. Alteración contráctil del detrusor. Disminución de la sensibilidad vesical. Aumento del volumen primer deseo miccional.	Síntomas TUI y favorece la IU.
Uretra	Disminución de las fibras circulares lisas. Disminución de estrógenos. Cambios inflamatorios.	Disminución de la presión de cierre. Disminución de la longitud uretral. Aumento de la sensibilidad uretral.	Favorece IU.
Próstata	HBP. Cáncer.	Obstrucción TUI, alteraciones uretra prostática.	Síntomas TUI y favorece la IU.
Suelo pélvico	Cierta denervación. Disminución número y diámetro fibras estriadas. Alteración contenido colágeno.	Disminución de la elasticidad.	Favorece la IU y la aparición de prolapsos.

Salud e incontinencia, AEU/SEGG

- **Cambios en el envejecimiento:**

- Hiperactividad del detrusor
- Disminución contractilidad músculo detrusor
- Descenso presión cierre uretral (mujeres)
- Atrofia mucosa epitelial uretral (mujeres)
- Prostatismo
- Disminución capacidad vesical

Incontinencia urinaria

- **Otros factores:**
 - SNC, SNP y placa motora
 - Mecanismo inflamatorios crónicos
 - Factores ambientales
 - Enf neurológicas y psiquiátricas
 - Otras patologías funcionales
 - Patología urológicas y ttos oncológicos
 - Tratamientos

Fármacos	Mecanismo implicado
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional.
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirio.
Antipsicóticos	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad, delirio.
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica.
Calcioantagonistas	Retención urinaria.
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.

Tratado de Geriátria, SEGG

Retención aguda de orina (RAO)

- Incapacidad para orinar
- RAO:
 - Hiperplasia prostática, inmovilidad, neuropatía..
 - Dolor abdominal, delirium, descompensaciones...
- RCO:
 - Insuficiencia renal, itu, litiasis...
 - Alt mentales y del comportamiento: Ureterohidronefrosis bilateral

Retención aguda de orina (RAO)

- Causas:

- Obstructiva
- Neurógena
- Farmacológica
- Psicógena

- Procesos frecuentes:

- Neuropatía diabética
- Postoperatorio
- Ingreso
- Hiperactividad detrusor con contractilidad alterada

European Geriatric Medicine (2021) 12:1011–1020
<https://doi.org/10.1007/s41999-021-00495-3>

RESEARCH PAPER



Urinary retention on an acute geriatric hospitalisation unit: prevalence, risk factors and the role of screening, an observational cohort study

Katleen Fagard^{1,2} · Kasper Hermans^{3,4} · Mieke Deschodt^{2,5} · Sofie Van de Wouwer⁶ · Frank Vander Aa⁷ · Johan Flamaing^{1,2}

Received: 20 January 2021 / Accepted: 31 March 2021 / Published online: 18 April 2021
© The Author(s) 2021

> Am Fam Physician. 2018 Oct 15;98(8):496-503.

Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management

David C Serlin¹, Joel J Heidelbaugh¹, John T Stoffel¹

Incontinencia urinaria

- **DIAGNÓSTICO**

Tabla 4. Anamnesis por aparatos en el anciano incontinente

General.	Pérdida de peso.	Trastornos del sueño.				
Cabeza y cuello.	Cambios en la visión.	Aumento del tiroides.				
Aparato respiratorio.	Tos.	Disnea.	Ruidos respiratorios.	Ronquidos.		
Aparato cardiovascular.	Disnea de esfuerzo.	Dolor torácico.	Ortopnea.	Disnea nocturna.	Edemas periféricos.	
Aparato digestivo.	Ritmo intestinal.	Estreñimiento.	Heces duras.	Incontinencia fecal.	Impactación fecal.	
Sistema músculo-esquelético.	Dolor articular.	Inflamación articular.	Caidas.	Alteración en la movilidad.		
Sistema nervioso.	Pérdida de memoria.	Debilidad focal/alteraciones de la marcha.	Alteraciones de la sensibilidad.	Alteraciones cognitivas.	Traumatismos.	Focalidad neurológica.
Endocrino.	Diabetes mellitus.	Diabetes insípida.	Hipertiroidismo.			

Modificado de DuBeau CE. Beyond the bladder: management of urinary incontinence in older women. Clin Obstet Gynecol 2007 Sep; 50(3):720-34.

Incontinencia urinaria

- **DIAGNÓSTICO:**

- Historia médica dirigida: evolución, cambios de hábitos o fármacos, impacto, síntomas urinarios...
 - Hoja de registro miccional o diario miccional

Nombre: _____						
Fecha: _____						
Hora (24 horas)	Micción voluntaria			Anotar: ingesta de líquido, cambio de protección y tipo, y motivo de la pérdida		
	Poco	Normal	Mucho	(nº vasos/tipo)	(Protectores)*	Fugas (F)
07.30 h			X			
07.45 h				1/leche		
08.00 h	X					
09.00 h	X					
10.00 h						Aerobic
10.45 h		X			C	
11.00 h				1/agua		
etc.						

*Tipo de protector: SS (salva slip), C (compresa normal), CG (compresa grande), P (pañal)

Recomendaciones:

- Beber por lo menos 6 vasos de líquido al día
- Evitar bebidas excitantes: café, té, bebidas gaseosas, cerveza, alcohol
- Intentar orinar cada tres horas, con o sin ganas

FIGURA 1
EJEMPLO DE HOJA DE REGISTRO MICCIONAL

HOJA AMBULATORIA DEL REGISTRO MICCIONAL

PACIENTE: _____
FECHA: _____

INTERVALO TIEMPO	MICCIÓN VOLUNTARIA	VOLUMEN	ESCAPE INVOLUNTARIO	MOTIVO
6-8				
8-10				
10-12				
12-14				
14-16				
16-18				
18-20				
20-22				
22-24				
NOCHE				

ANOTACIONES (Nº ABSORBENTES; INGESTA LÍQUIDOS; ESCAPES; ETC.): _____

Incontinencia urinaria

- **DIAGNÓSTICO:**

- Valoración de la calidad de vida:

Sintomas urinarios:

- *Sickness Impact Profile (SIP) Scale* (Escala de perfil de impacto de la enfermedad).
- *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS) Questionnaire* (Cuestionario Bristol para síntomas del tracto urinario femenino).
- *York Incontinence Perception Scale (YIPS)* (Escala York de percepción de la incontinencia).
- *Urogenital Distress Inventory (UDI-6)* (Cuestionario de trastornos urogenitales).
- *International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)* (Cuestionario internacional de consulta sobre incontinencia).

Impacto calidad de vida:

- *Sickness Impact Profile (SIP) Scale* (Escala de perfil de impacto de la enfermedad).
- *Quality of Life of Persons with Urinary Incontinence (I-QOL) Questionnaire* (Cuestionario sobre calidad de vida de personas con incontinencia urinaria)
- *Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)* (Cuestionario de impacto de incontinencia).
- *International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)* (Cuestionario internacional de consulta sobre incontinencia).

Figura 2. International Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form.

ICIQ-SF (versión española).

Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: _____
Fecha de nacimiento: _____

Con qué frecuencia pierde orina? (marque una):

Nunca:	<input type="checkbox"/>	0
1 vez/semana o menos:	<input type="checkbox"/>	1
2 o 3 veces/semana:	<input type="checkbox"/>	2
1 vez/día:	<input type="checkbox"/>	3
Varias veces al día:	<input type="checkbox"/>	4
Continuamente:	<input type="checkbox"/>	5

¿Qué cantidad de orina pierde habitualmente? (tanto si lleva protección como si no):

Nada:	<input type="checkbox"/>	0
Muy poca cantidad:	<input type="checkbox"/>	2
Una cantidad moderada:	<input type="checkbox"/>	4
Mucha cantidad:	<input type="checkbox"/>	6

Los escapes de orina, ¿cuánto afectan su vida diaria?
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Nada Mucho

Puntuación de ICIQ-SF (suma de las tres preguntas): _____

¿Cuándo pierde orina?

Nunca:	<input type="checkbox"/>
Antes de llegar al W.C.:	<input type="checkbox"/>
Con la tos o estornudo:	<input type="checkbox"/>
Cuando duerme	<input type="checkbox"/>
Cuando hace esfuerzos físicos	<input type="checkbox"/>
Al acabar de orinar	<input type="checkbox"/>
Sin un motivo aparente	<input type="checkbox"/>
De forma continua:	<input type="checkbox"/>

Incontinencia urinaria

- **DIAGNÓSTICO:**
- Exploración física:
 - General
 - Abdominal
 - Perineal
 - Genital
 - Tacto rectal/vaginal
 - Neuro-urológica



Incontinencia urinaria

- **DIAGNÓSTICO:**

- Análisis de sangre y de orina
- Residuo postmiccional
- Pad-Test
- Estudio urodinámico
- Diagnóstico de imagen



Incontinencia urinaria

- **CRITERIOS DE DERIVACIÓN:**
 - Fracaso del tratamiento médico
 - Antecedente de enfermedad neurológica
 - Patología qx asociada a IU
 - Fracaso de cx previas
 - Cuando clínico complejo
 - Incontinencia urinaria mixta
 - Residuo postmiccional importante
 - Masas pélvicas

Incontinencia urinaria

Tratamiento IU escalonado



Abordaje
terapéutico
y manejo de
la incontinencia, AEU/SEGG

IUU		IUE	
Intervención sobre los hábitos de vida y del entorno			
Control de factores desencadenantes/agravantes			
Productos para la incontinencia			
Ejercicios	Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis	Entrenamiento de la vejiga	Pautas miccionales programadas
	Entrenamiento con biorregulación		
Conos vaginales			
Dispositivos externos para estimulación	Estimulación eléctrica. Estimulación magnética		
Fármacos	Estrógenos vaginales. Duloxetina	Fármacos	Antimuscarínicos
IUM: tratamientos para la IUU e IUE combinados			

Incontinencia urinaria

- **TRATAMIENTO:**

- INCONTINENCIA DE ESFUERZO:

- Fármacos:

- Estrógenos
 - Desmopresina
 - Alfa-adrenérgicos :
fenilpropanolamina, imipramina, midodrine
 - Duloxetina

Fármaco	NDE	GDR
Duloxetina	1	B
Midodrina	2	C
Clenbuterol	3	C
Estrógenos	2	NR
Metoxamina	2	NR
Imipramina	3	NR
Efedrina	3	NR
Norefedrina (fenilpropanolamina)	3	NR

NDE = nivel de evidencia; GDR = grado de recomendación; NR = no es posible hacer ninguna recomendación.

Abordaje
terapéutico
y manejo de
la incontinencia, AEU/SEGG

Incontinencia urinaria

- **TRATAMIENTO:**
 - INCONTINENCIA DE URGENCIA(1)
 - Fármacos:
 - Disminución contractilidad vesical:
 - Antimuscarínicos
 - Bloqueantes Canales del Calcio
 - Antidepresivos tricíclicos
 - Facilitadores apertura canales de potasio
 - Disminución aferencias sensoriales

Incontinencia urinaria

Aminas terciarias	Dosis recomendada	Características
Oxibutinina	Liberación rápida: 2,5-5 mg/8-12 h. Inicial: 5 mg/día. Media: 15 mg/día. Máximo: 20 mg/día.	Agente anticolinérgico no selectivo. La eficacia para lograr la continencia de la presentación rápida parece ser inferior a la tolterodina, aunque son similares para conseguir la mejoría de la IU. Peor aceptación que tolterodina por efectos adversos y que el resto de antimuscarínicos (NNT para discontinuación 12-127, IC 95%: 12-127). Evitar ante la presencia de deterioro cognitivo.

Aminas terciarias	Dosis recomendada	Características
Cloruro de trospio	20 mg/12 h	Similar eficacia que oxibutinina, pero presenta mejor tolerancia y menos abandonos (NNT: 18, IC 95%: 4-33). Mejores resultados en pacientes con menos de 5 episodios al día de IU. Reduce el número de episodios de IUU, independientemente de los medicamentos concomitantes del paciente. No produce tantos efectos sobre el deterioro cognitivo.
Tartrato de tolterodina	Liberación rápida: 2 mg/12 h Liberación retard: 4 mg/día	Mayor selectividad por la vejiga urinaria que por las glándulas salivares, con mejor perfil de efectos adversos que oxibutinina o solifenacina, con menores tasas de interrupción. La tolterodina puede tener un efecto menor sobre el sistema nervioso central. Mejores resultados para conseguir la continencia de la oxibutinina de liberación rápida. La dosis de 1 mg/12 h tiene una eficacia similar a las de 2 mg/12 horas o de 4 mg/día para los episodios de fuga y micciones en 24 horas, con menos efectos adversos. Los resultados son buenos independientemente de que se trate de IUU o mixta.

Succinato de solifenacina	5-10 mg/24 h	Parece presentar mayor selectividad por el receptor M3 contra el M2 y una preferencia tisular por la vejiga con respecto a las glándulas salivales. La efectividad es independiente de la respuesta a tratamiento previo, incluso en aquellos pacientes que no responden a dosis más altas de otros fármacos, si la respuesta es pobre podrían no beneficiarse aumentando la dosis del fármaco.
Fesoterodina	4-8 mg/24 h	Agente no selectivo que actúa como un antagonista competitivo de los receptores muscarínicos. Parece tener una eficacia superior a tolterodina de liberación retardada para lograr la continencia y mejorar síntomas (no en calidad de vida), pero tiene un mayor riesgo de abandono debido a acontecimientos adversos, especialmente por sequedad de boca (NNT: 31, IC 95%: 10-56).

Abordaje
terapéutico
y manejo de
la incontinencia, AEU/SEGG

Incontinencia urinaria

- **TRATAMIENTO:**

- INCONTINENCIA DE URGENCIA(2)

- Fármacos:

- Disminución contractilidad vesical:

- Bloqueantes Canales del Calcio: terolidina y propiverina

- Antidepresivos tricíclicos: imipramina y doxepin

- Apertura Canales de Potasio: cromakalin y pinacidil

- Disminución aferencias sensoriales: flurbiprofeno

Incontinencia urinaria

- **TRATAMIENTO:**

- INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO (OBSTRUCCIÓN TUI)

- Disminución tono musculo liso prostático:
 - Alfaadrenérgicos: terazosina, doxazosina y tamsulosina
 - Disminución tejido prostático:
 - Finasteride, dutasteride y betasitosterol
 - Cirugía : RTU (más frecuente), miocapsulotomía endoscópica y prostatectomía abierta
 - Cateterización intermitente y permanente

Catéter urinario

- **No profilaxis ATB salvo:**
 - a) pacientes con factores de riesgo de endocarditis (valvulopatías)
 - b) pacientes neutropénicos o inmunodeprimidos
 - c) pacientes trasplantados renales;
 - d) pacientes que presenten hemorragia uretral tras el recambio de sonda, por el mayor riesgo de presentar bacteriemia;
 - e) de forma individualizada considerarla en pacientes diabéticos o con cirrosis hepática por la mayor gravedad que supondría una posible bacteriemia
- **Monodosis de 3 g de fosfomicina-trometamol, o monodosis de aminoglucósido**

Catéter urinario

- En pacientes que no han sido tratados previamente: enterobacterias *Escherichia coli* (20-30%), otras enterobacterias (50-60%), *Pseudomonas aeruginosa* (30-40%) y los grampositivos como *Enterococcus* (> 70%).
- Si ha existido algún tratamiento antibiótico previo: estafilococos, otros bacilos no fermentadores (*Acinetobacter*spp., *Stenotrophomonas* spp., *Plesiomonas* spp., *Alcaligenes*spp., etc.), y las levaduras (varias especies de *Candida*) y otras cepas con multirresistencia (productoras de BLEA).

TABLA 4. Antimicrobianos recomendados para el tratamiento de la infección urinaria asociada al catéter.

Antimicrobiano	Dosis
Ciprofloxacino	250-500 mg/12 h
Levofloxacino	500 mg/24-12 h
Ceftriaxona	1 g/24 h
Cefotaxima	1 g/8 h
Ceftazidima	1 g/8 h
Cefepime	500 mg-1 g/12 h
Aztreonam	1 g/8 h
Piperacilina/tazobactam	2-4 g/6-8 h
Imipenem	500 mg/6-8 h
Sospecha de infección por enterococo	
Ampicilina	500 mg/6 h
Vancomicina	15 mg/kg/12 h
Teicoplanina	6 mg/kg/24 h

Incontinencia urinaria

Biggel et al. *BMC Geriatrics* (2019) 19:170
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1181-4>

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Asymptomatic bacteriuria in older adults: the most fragile women are prone to long-term colonization



Michael Biggel¹, Stefan Heytens², Katrien Latour^{3,4}, Robin Bruyndonckx⁵, Herman Goossens¹ and Pieter Moons^{1*}

Published in final edited form as:

Curr Opin Urol. 2017 May ; 27(3): 282–286. doi:10.1097/MOU.0000000000000396.

The Female Urinary Microbiota

Elizabeth R. Mueller, MD¹, Alan J. Wolfe, PhD², and Linda Brubaker, MD¹

¹Departments of Obstetrics & Gynecology and Urology, Loyola University Chicago Stritch School



The urinary microbiome in patients with refractory urge incontinence and recurrent urinary tract infection

Zhuoran Chen¹ · Minh-Duy Phan^{2,3} · Lucy J. Bates¹ · Kate M. Peters^{2,3} · Chinmoy Mukerjee⁴ · Kate H. Moore¹ · Mark A. Schembri^{2,3*}

Received: 6 March 2018 / Accepted: 28 May 2018 / Published online: 26 June 2018

© The Author(s) 2018

Genomic Survey of *E. coli* From the Bladders of Women With and Without Lower Urinary Tract Symptoms

Review Article

Investig Clin Urol 2021;62:611–622.
<https://doi.org/10.4111/icu.20210312>
pISSN 2466-0493 · eISSN 2466-054X

INVESTIGATIVE AND CLINICAL UROLOGY
ICUROLOGY



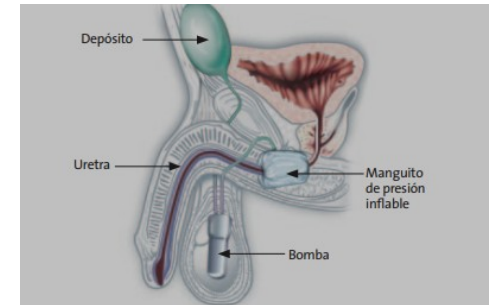
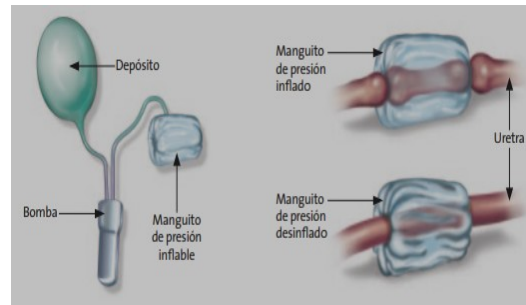
Urobiome: An outlook on the metagenome of urological diseases

Rachel Shoemaker¹ · Jayoung Kim^{1,2,3,4,5*}

Incontinencia urinaria

- **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**

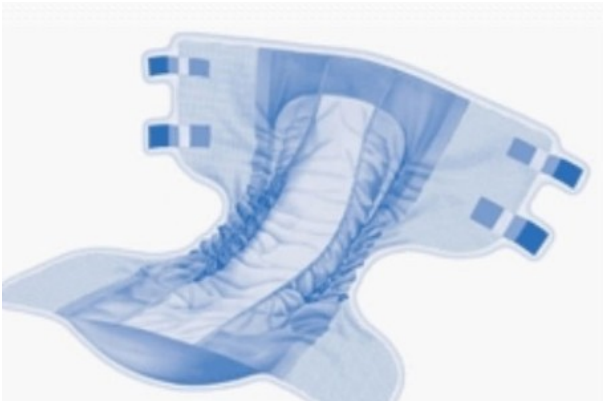
- Técnica de Sling
 - Tension Free Vaginal Tape/Tension free trans Obturator Tape(TOT)
 - Mini-sling o minicintas suburetrales
- Inyección periuretral
- Esfínter artificial



Incontinencia urinaria

- **Otros:**

- Absorbentes
- Pants
- Colectores



- **INCONTINENCIA RECTAL**



Incontinencia rectal

- **Definición:** incapacidad de controlar la evacuación
- **Prevalencia:** 3 -21% >65 años en la población general, 50% de las personas institucionalizadas y >80% de los pacientes hospitalizados con demencia.

Published in final edited form as:

Clin Geriatr Med. 2021 February ; 37(1): 71–83. doi:10.1016/j.cger.2020.08.006.

Fecal Incontinence in the Elderly

Trisha Pasricha, MD [Clinical Research Fellow],

Department of Gastroenterology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, US

Kyle Staller, MD, MPH [Assistant Professor of Medicine]

Department of Gastroenterology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA

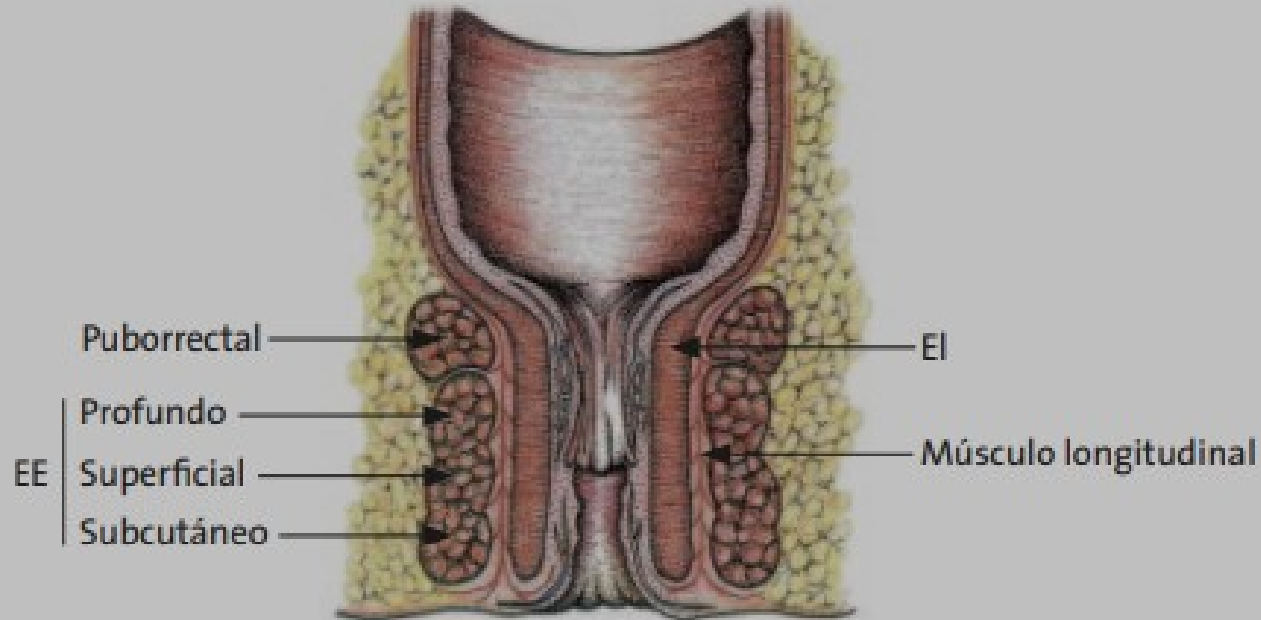
Fecal Incontinence

Rushikesh Shah; Juan A. Villanueva Herrero.

▶ [Author Information](#)

Last Update: September 18, 2021.

Incontinencia rectal



Tomado de Cerdán J. Incontinencia Anal. En Tamames S y Martínez C (Edts). *Avances, Controversias y Actualizaciones. Cirugía General y del Aparato Digestivo*. Madrid: Ed. Emisa, 1996; 215-9.

Incontinencia rectal

Tabla 3. Tipos de incontinencia fecal menor (9)

- a) *Soiling* («ensuciar la ropa interior»): mala higiene, hemorroides trombosadas, otras enfermedades perianales, diarrea, inmovilidad, demencia y depresión.
- b) Incontinencia de gas: común, poca trascendencia médica. Evitar comidas flatulentas y bebidas carbónicas.
- c) Urgencia defecatoria: incontinencia de líquidos. Sienten las heces (líquidas) en el recto, pero son incapaces de mantener la continencia hasta llegar al baño. Causas más frecuentes: proctocolitis inflamatoria, colon irritable y diarrea severa.
- d) Incontinencia verdadera a heces líquidas: frecuente relación en el anciano con la impactación fecal por fecalomas; disfunción del suelo pélvico y del esfínter anal.

Tabla 4. Tipos de incontinencia fecal mayor (9)

Pérdida de la continencia para heces sólidas por:

1. Lesión del suelo pélvico (postquirúrgica, obstétrica, traumatológica) y anomalías congénitas anorrectales.
2. Fármacos: laxantes y antibióticos.
3. Prolapso rectal completo.
4. Cáncer de recto.
5. Alteraciones neurológicas: centrales (ictus, demencia), espinales (esclerosis múltiple, mielopatías, tumores) y periféricas (neuropatías).
6. Enfermedades miopáticas: distrofias y polimiositis.
7. Enfermedades sistémicas: esclerodermia y amiloidosis.

Incontinencia rectal

- **Impactación fecal:**
 - FR mas frecuente
 - Masa de materia fecal dura y seca que no puede salir del colon o del recto.
 - Incontinencia por rebosamiento
 - Dolor, vómitos, alteración cardíaca..

- **Abuso de laxantes**
- **Encoporesis**



Incontinencia rectal

- **Factores de riesgo:**
 - Incontinencia urinaria
 - Inmovilidad
 - Enf neurológicas
 - Alteraciones cognitivas
 - Edad >70 años
 - Fármacos

Published in final edited form as:

Clin Geriatr Med. 2021 February ; 37(1): 71–83. doi:10.1016/j.cger.2020.08.006.

Fecal Incontinence in the Elderly

Indian Journal of Gastroenterology (November–December 2019) 38(6):465–469

<https://doi.org/10.1007/s12664-020-01014-1>

TECHNICAL NOTES

Fecal incontinence and rectal prolapse

Incontinencia rectal

- **Síndrome de Ogilvie**

- Síntomas, signos y alteraciones radiológicas compatibles con una obstrucción aguda del colon, pero sin evidencia de causa mecánica que la justifique.
- Traumatismos, opiáceos y la presencia de alteraciones hidroelectrolíticas
- Complicaciones: isquemia y perforación



Incontinencia rectal

- **DIAGNÓSTICO:**
 - Clasificación de Parks:
 - Grado I: continencia normal
 - Grado II: dificultad control gases y líquidos
 - Grado III: incontinencia total para líquidos
 - Grado IV: incontinencia a heces sólidas

Tabla 3. Grado de incontinencia (Wexner)

Tipo	Nunca	Raro	A veces	Usualmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso pañal	0	1	2	3	4
Alt. social	0	1	2	3	4

Abordaje terapéutico y manejo de la incontinencia, AEU/SEGG

Incontinencia rectal

- **DIAGNÓSTICO:**

- Antecedentes personales y anamnesis dirigida
 - Enf de base, Cirugías previas, RT, antecedentes obstétricos, fármacos, inicio, infecciones (Clostridium)...
 - Características:
 - Productos patológicos,
 - Síntomas
 - Nocturno, después de las comidas
 - Funcionalidad, barreras arquitectónicas

Incontinencia rectal

- **DIAGNÓSTICO:**

- Exploración física:
 - General
 - Tacto rectal
 - Reflejo ano-cutáneo

ORIGINAL ARTICLE

AG-2018-145

[dx.doi.org/10.1590/S0004-2803.201900009-04](https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900009-04)

Is the physician expertise in digital rectal examination of value in detecting anal tone in comparison to anorectal manometry?

Rodrigo Ambar **PINTO**, Isaac José Felipe **CORRÉA NETO**, Sérgio Carlos **NAHAS**, Ilario **FROEHNER JUNIOR**, Diego Fernandes Maia **SOARES** and Ivan **CECCONELLO**

Received 10/12/2018
Accepted 23/1/2019

Conclusión: Los cirujanos colorrectales más experimentados acostumbrados al DRE tuvieron una concordancia más significativa con el ARM, a partir de ahí tendrían un manejo terapéutico más adecuado a los pacientes con problemas funcionales de esfínteres. ARM, por lo tanto, persiste como un examen importante para evaluar objetivamente el complejo esfinteriano, lo que justifica su utilidad en la práctica clínica.

Incontinencia rectal

- **DIAGNÓSTICO:**
 - Pruebas complementarias
 - Radiografía
 - Rectoscopia
 - Enema opaco
 - Ecografía endoanal
 - Defecografía
 - Pruebas funcionales: manometría, electromiografía

Pruebas fundamentales

Ecografía endoanal.

Manometría anal:

- Presión de reposo.
- Máxima contracción voluntaria.
- Longitud esfínter interno.
- Reflejo recto-anal inhibitorio (RRAI).

Resonancia magnética (RM).

Pruebas secundarias

Latencia motora terminal del nervio pudendo (LMTNP).

Electromiografía (EMG).

- Coaxial.
- De una sola fibra.

Radiología recto-anal:

- Cinedefecografía.
- Proctograma de balón.

Compliance.

Test de continencia:

- De esfera sólida.
- Infusión salina
- Retención de enema.

Perineometría clínica.

Sensibilidad mucosa:

- Eléctrica.
- Térmica.

Incontinencia rectal

• TRATAMIENTO:

- Corrección de causa subyacente
- Medidas conservadoras
 - Higienico-dietéticas
 - Malestar
 - Impactación fecal
 - Hábitat
 - Absorbentes
- Fármacos
- Modificación de la conducta/biofeedback
- Estimulación eléctrica

JNM

J Neurogastroenterol Motil. Vol. 27 No. 1 January, 2021
pISSN: 2093-0879 eISSN: 2093-0887
<https://doi.org/10.5056/jnm.20013>
Journal of Neurogastroenterology and Motility



Original Article

Kegel Exercises, Biofeedback, Electrostimulation, and Peripheral Neuromodulation Improve Clinical Symptoms of Fecal Incontinence and Affect Specific Physiological Targets: An Randomized Controlled Trial

Luis Mundet,^{1,2*} Laia Rofes,^{1,2*} Omar Ortega,^{1,2} Christopher Cabib,¹ and Pere Clavé^{1,2}

Biofeedback for Pelvic Floor Disorders

Melissa Hite, MD¹ Thomas Curran, MD, MPH¹

¹Department of Surgery, Division of Colon and Rectal Surgery, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

Clin Colon Rectal Surg 2021;34:56–61.

Address for correspondence: Thomas Curran, MD, MPH, 30 Courtenay Drive, Ste 249 MSC 295, Charleston, SC 29425, USA (e-mail: currant@musc.edu).

Current Position of Sacral Neuromodulation in Treatment of Fecal Incontinence

Binit Katuwal, MD¹ Jasneet Bhullar, MD, MS, FACS, FASCRS²

¹Department of Surgery, Providence Hospital & Medical Centers, Southfield, Michigan

²Department of Surgery, UPMC Williamsport, Williamsport, Pennsylvania

Clin Colon Rectal Surg 2021;34:22–27.

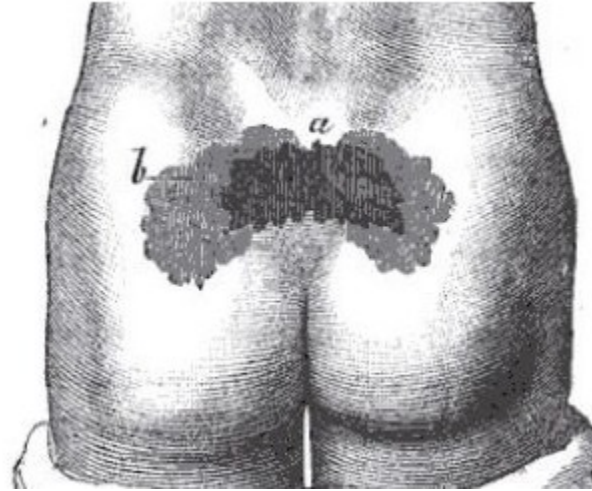
Address for correspondence: Jasneet Bhullar, MD, MS, FACS, FASCRS, Department of Surgery, UPMC Williamsport, 740 High Street, Suite 1003, Williamsport, PA 17701 (e-mail: bhullarjs@upmc.edu).

Incontinencia rectal

- **TRATAMIENTO:**
 - QUIRÚRGICO:

Reparación esfinteriana: esfinteroplastia y plicaturas musculares.
Neuromodulación: raíces sacras y tibial posterior.
Implantación esfinter artificial.
Inyecciones perianales.
Transposición muscular e injertos musculares libres.
Thiersch y modificaciones.
Colostomía.

- **ÚLCERAS POR PRESIÓN**



Úlceras por presión

- **Definición: lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros**
- **I: 1,7/año 55-69 años, 3,3%/año 70-75 años**
- **Institucionalizados: 9,5 % primer mes, >20% a los dos años**
- **Mortalidad de hasta el 27% en ámbito hospitalario**

Úlceras por presión

Figura 1. Fuerzas de presión

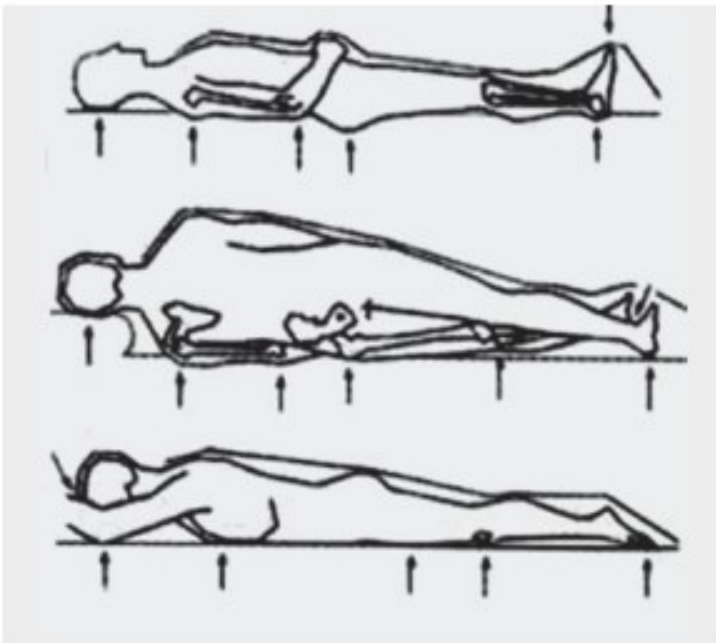
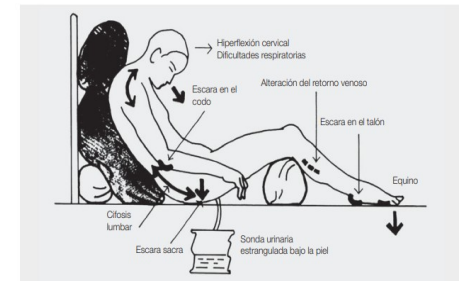
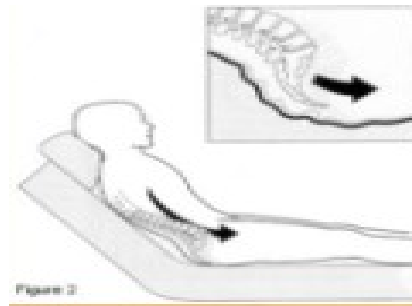
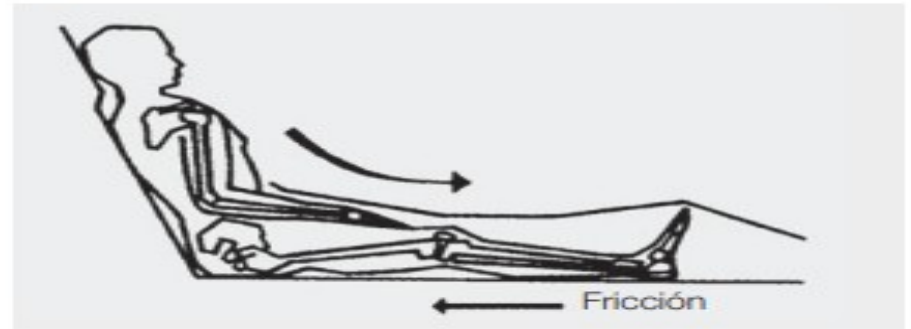
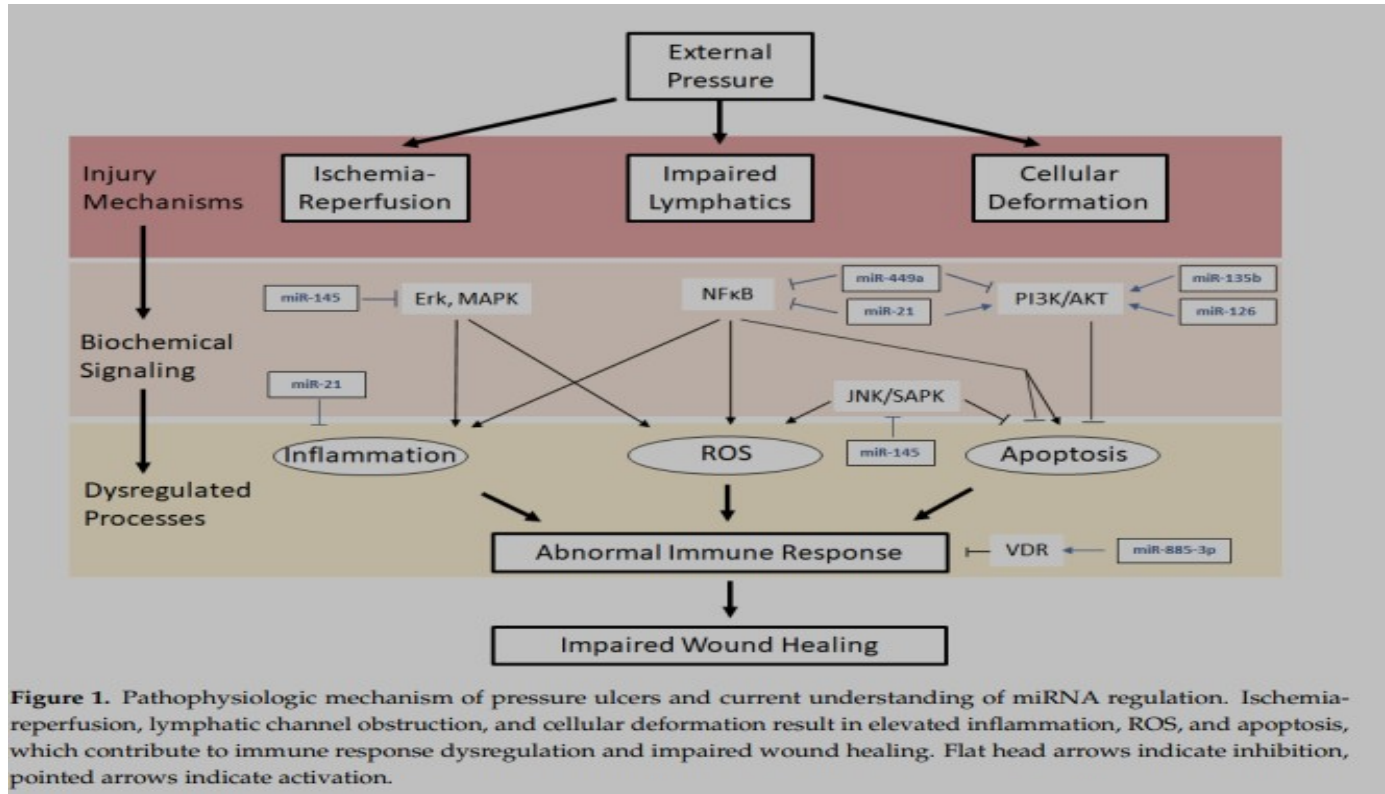


Figura 2. Fuerza de fricción

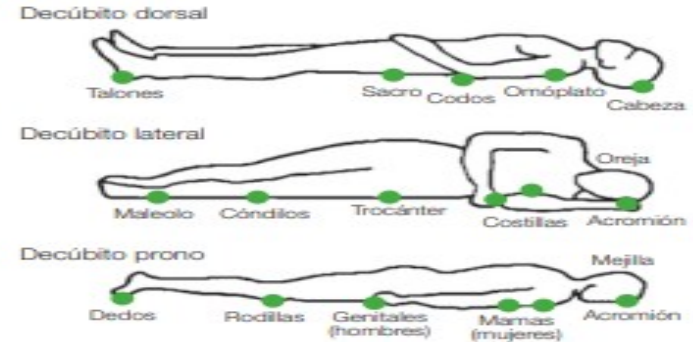


Úlceras por presión



Úlceras por presión

Fisiopatológicos	Tratamientos	Situacionales
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la piel: edema, sequedad, heridas, cicatrices y UPP previa • Trastornos de la oxigenación: enfermedades de las células sanguíneas, cardíacas, respiratorias y vasculares (arteriales y venosas) • Problemas nutricionales: desnutrición, obesidad, deshidratación • Compromiso inmunológico: neoplasia, infecciones, sepsis • Trastornos neurológicos: déficits sensoriales y motores • Alteraciones del estado de la consciencia: confusión y coma • Incontinencia: urinaria y/o fecal • Fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunosupresores: radioterapia, corticoides, citostáticos y antibioterapia prolongada Sedantes: benzodiazepinas • Vasopresores: adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina • Dispositivos: yesos, tracciones, drenajes, gafas nasales, respiradores y sondajes (vesical, nasogástrico), etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a la actividad • Inmovilidad • Contención mecánica • Arrugas en la ropa interior y en la ropa de cama • Cuerpos extraños en la cama • Secar de forma inadecuada la piel tras la higiene • Sudoración profusa • Exudado de herida • Déficit de conocimientos del paciente y/o del cuidador • Falta de criterios unificados del equipo asistencial • Enfermedad terminal • Edad avanzada y prematuros



• Yatrogénicas:

- Nariz y alas de la nariz
- Labios, lengua, encias
- Meato urinario
- Mucosa gástrica y rectal
- Cintura pelviana, zonas blandas
- Muñecas y codos

Úlceras por presión

• VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

- Historia clínica, incluyendo fármacos
- Valoración geriátrica integral
- Escalas aplicadas en geriatría :
 - Norton: S 73-92% E 61-94%
 - Braden: S 83-100% E 64-77%
 - Otras: Waterlow, Arnell, Gosnell, Emina...

Tabla 1. Escala de Norton

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Completa	4. Deambula	4. No
3. Aceptable	3. Apático	3. Algo limitada	3. Con ayuda	3. Ocasional
2. Deficiente	2. Confuso	2. Muy limitada	2. Silla de ruedas	2. Habitual
1. Muy deficiente	1. Estupor	1. Inmóvil	1. Encamado	1. Doble incontinencia

Riesgo moderado < 16. Alto < 12.



Puntuación	Riesgo	Frecuencia de monitorización
≤ 12	Alto	Cada 24 horas
13-14	Moderado	Cada 72 horas
15-18	Bajo	Cada semana
19-23	Sin riesgo	Si hay cambios en el estado general

Úlceras por presión

- **Pruebas complementarias:**

- Hemograma, coagulación, VSG y bioquímica
- Homocisteína, fibrinógeno, dímero D
- Marcadores tumorales, enfermedades autoinmunes, trombofilias e infecciosas
- Estudio radiográfico básico, Doppler, arteriografías, RNM..
- Exudados, biopsias

Úlceras por presión

Etiología	Úlcera venosa	Úlcera isquémica	Úlcera hipertensiva	Úlcera neuropática
				
Localización	Tercio inferior de la pierna. Cara lateral interna	Variable, prominencias óseas	Tercio inf. Pierna cara lateral externa	Plantar y cara lateral de los dedos
Morfología	Oval	Irregular	Oval	Irregular
Bordes	Excavados, delimitados	Planos, necróticos	Planos	Excavados
Lecho	Granulomatoso	Atrófico	Atrófico	Granulomatoso
Dolor	Variable	Intenso	Intenso	Ausente
Elevación extremidad	Se alivia dolor	Empeora dolor	Empeora dolor	No se modifica dolor
pulsos	Positivo	Ausente	Positivo	Positivo
ITB	Normal	< 1	Normal	Normal

Úlceras por presión



Úlceras por presión

- **VALORACIÓN DIAGNÓSTICA**
 - Grado I: eritema no blanqueante
 - Grado II: úlcera de espesor parcial
 - Grado III: pérdida total del grosor de la piel
 - Grado IV: pérdida del espesor de los tejidos
 - Desconocida

Úlceras por presión



Úlceras por presión

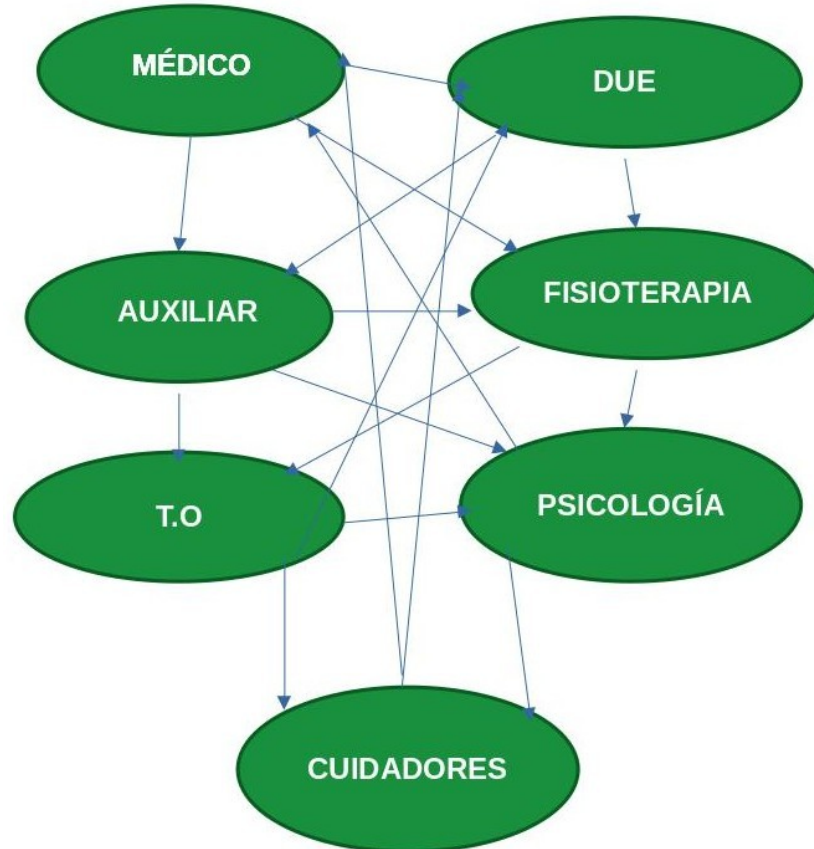
- **VALORACIÓN DIAGNÓSTICA:**

- Área y número de lesiones
- Profundidad
- Secreción
- Lecho de la úlcera
- Piel perilesional
- Dolor



Úlceras por presión

- **TRATAMIENTO**



Úlceras por presión

. **Control de los factores etiológicos: presión, cizalla, roce y fricción**

- A. Movilización
- B. Cambios posturales
- C. Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP)
- D. Protección local ante la presión

. **Control de los factores etiológicos: Humedad**

- Limpieza
- Hidratación
- Protección de la piel frente a la humedad

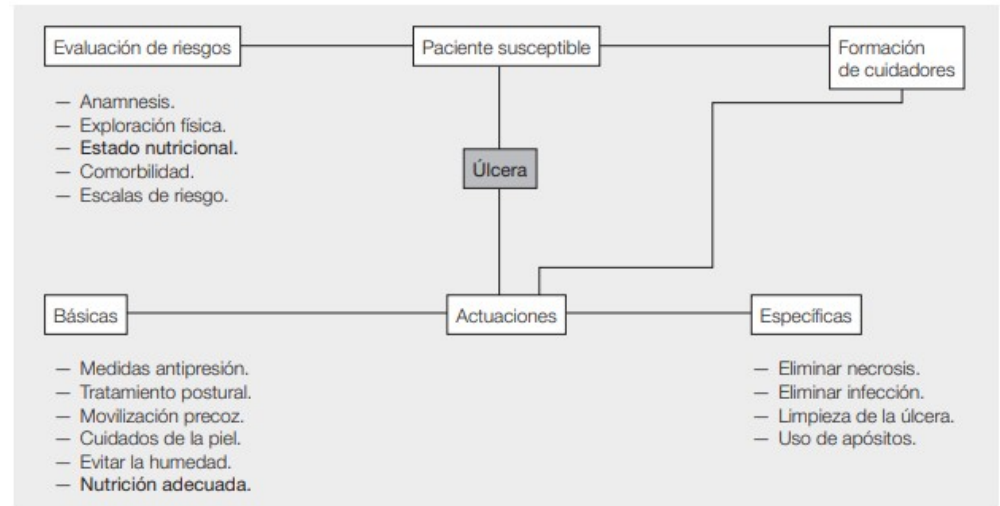
. **Control de los factores coadyuvantes**

- A. Manejo de la nutrición e hidratación
- B. Cuidados de la piel de riesgo
- C. Mejora de la oxigenación tisular
- D. Protección frente a agresiones externas

Úlceras por presión

• TRATAMIENTO:

- Según etiología!
- Centrándonos en UPP:
 - Prevención
 - Nutrición e hidratación
 - Patologías concomitantes



Medicine 1999, 7 *124): 5842-4.
UPP: Úlceras por presión.

An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults

Efraim Jaul^{1,2*}, Jeremy Barron^{3,4}, Joshua P. Rosenzweig⁵ and Jacob Mencil⁶

Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019

Jan Kottner^{1,2,3,4,5,6,7}, Janet Cuddigan⁸, Keryn Carville⁹, Katrin Balzer¹⁰, Dan Berlowitz^{11,12}, Susan Law¹³, Mary Litchford¹⁴, Pamela Mitchell¹⁵, Zena Moore^{16,17,18,19,20}, Joyce Pittman²¹, Dominique Sigauco-Roussele^{22,23}, Chang Yee Yee²⁴, Emily Haesler^{25,26}

Úlceras por presión

- **DOLOR**

- Valoración del dolor
- Manejo:
 - Horario de analgesia y curas, fármacos de rescate
 - Apósitos no adherentes, frecuencia de cambios
- Procedimiento:
 - Opioides y anestésicos tópicos

Úlceras por presión

- **LIMPIEZA**

- En cada cambio de apósito, agua del grifo o SSF
- Considerar asepsia o soluciones antimicrobianas
- Presión adecuada
- Limpieza piel circundante



Úlceras por presión

- **DEBRIDAMIENTO:**

- Si hay perfusión adecuada de la herida
- Sospecha o presencia de biofilm
- Método mecánico, autolítico, enzimáticos y/o biológicos → si no urgente
- Quirúrgico → necrosis, celulitis, crepitación, fluctuación y sepsis
- No desbridar las escaras estables, duras y secas presentes en los miembros isquémicos.

Úlceras por presión

- **INFECCIÓN Y BIOFILM:**

- falta de signos de cicatrización durante dos semanas
- tejido de granulación friable
- mal olor
- aumento del dolor en la úlcera
- aumento de calor en el tejido de alrededor de la úlcera
- aumento del drenaje de la herida
- un cambio con mal aspecto en la naturaleza del drenaje
- aumento del tejido necrótico en el lecho de la herida y /o presencia de embolsamientos o puentes en el lecho de la herida.

- **INFECCIÓN Y BIOFILM:**

- Factores de riesgo:
 - DM
 - Malnutrición
 - Mala perfusión
 - Autoinmune
 - Inmunosupresión

Úlceras por presión

• INFECCIÓN Y BIOFILM:

- DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN:
- Eritema, endurecimiento, dolor o calor, drenaje purulento
- Aumento de tamaño
- Crepitación, fluctuación o decoloración en la piel circundante
- Fiebre, malestar y agrandamiento de los ganglios linfáticos
- Confusión / delirio y anorexia.
- Exudado: >10 *5 UFC/g tej

An early, biofilm-focused wound management approach

Wound care experts at the 2019 EWMA conference described the need to adopt biofilm-based wound care, the case for silver dressings, the importance of early intervention and the benefits of effective antibiofilm technologies. **Camila Fronzo**, JWC chief sub editor, summarises the main points.

Biofilm-Innate Immune Interface: Contribution to Chronic Wound Formation

Zoya Versey¹, Waleska Stephanie da Cruz Nizer¹, Emily Russell¹, Sandra Zigic¹, Katrina G. DeZeeuw², Jonah E. Marek², Joerg Overhage⁷ and Edana Cassol^{1,3*}

STUDY PROTOCOL

REVISED A scoping review protocol to identify clinical signs, symptoms and biomarkers indicative of biofilm presence in chronic wounds [version 2; peer review: 2 approved, 1 approved with reservations]

John D. Ivory¹⁻⁴, Akke Vellinga^{2,5}, James O'Gara^{2,3,6}, Georgina Gethin^{1-3,7}

Article

The Persistence of *Staphylococcus aureus* in Pressure Ulcers: A Colonising Role

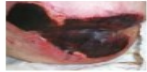


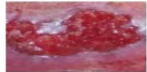




Martin Fayolle¹, Madjid Morsli², Anthony Gelis³, Marion Chateauraynaud⁴, Alex Yahiaoui-Martinez¹, Albert Sotto⁵, Jean-Philippe Lavigne^{1,4} and Catherine Dunyach-Remy¹

Úlceras por presión

- **INFECCIÓN Y BIOFILM:**
 - Antisépticos tópicos
 - Antisépticos + desbridamiento
 - Sulfadiazina de plata
 - ATB tópicos: no recomendados en general
 - ATB sistémicos, si complicaciones:
 - Celulitis, osteomielitis, fascitis, septicemia, SIRS...

Úlceras por presión

- Poliuretanos
- Espumas de poliuretano
- Hidrogeles
- Hidrocoloides
- Apósitos de Silicona
- Alginatos
- Apósitos de Carbón
- Apósitos de Plata

TEJIDO DEL LECHO		OBJETIVO	TTO LOCAL ACONSEJADO	
	Tejido necrótico	Eliminar el tejido no viable	a. Desbridamiento enzimático: Colágenasa + apósito secundario	
	Tejido esfacelado		b. Desbridamiento autolítico: - Hidrogel + apósito secundario* (en ausencia de exudado) - Alginato, hidrofibra, espuma o cualquier otro producto de cura en ambiente húmedo (en presencia de exudado)	
	Tejido de Granulación	Evitar la maceración	c. Desbridamiento Cortante d. Combinación de cualquiera de ellos	
	E X U D A D O		Nulo/ Escaso	Hidrogel + apósito secundario
			Moderado/ Abundante	Alginato o hidrofibra + apósito secundario
	Hipergranulación	Eliminar exceso de tejido	- Nitrato de plata - Pomada de Corticoide	
	Presencia/ sospecha de infección	E X U D A D O	Ausente	- Hidrogel + apósito de plata + apósito secundario
			Presente	- Gel de polihexanida con betaina + apósito secundario - Apósito de plata + apósito secundario - Solución de Polihexanida con betaina + apósito secundario
	Presencia de mal olor con / sin infección	E X U D A D O	Ausente	Hidrogel + carbón + apósito secundario
			Presente	Alginato o hidrofibra + carbón + apósito secundario
	Epitelización	Favorecer la epitelización	Colágeno + apósito secundario	
	Piel integra	Restablecer el film hidro-lipídico protector de la piel	- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) - Productos Barrera: - Películas Barrera - Cremas con óxido de zinc (anticongestivas)	

• Productos de Apósito Secundarios:
 - Hidrocoloides
 - Espumas (también denominadas: Hidropolímeros o hidrocelu-lares).
 - Gasas, compresas.

Úlceras por presión

- Apósitos biológicos
- Factores de crecimiento /Stem cell
- Microinjertos
- Scaffold

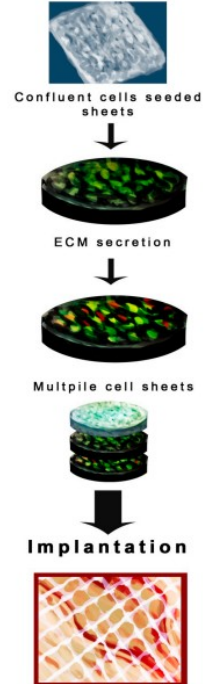


Bioengineering the microanatomy of human skin

Mathilde Beger 1,†, Nicole Fullard 1,†, Lydia Costello 1,†, Steven Bradbury 1, Eva Merklewicz 1

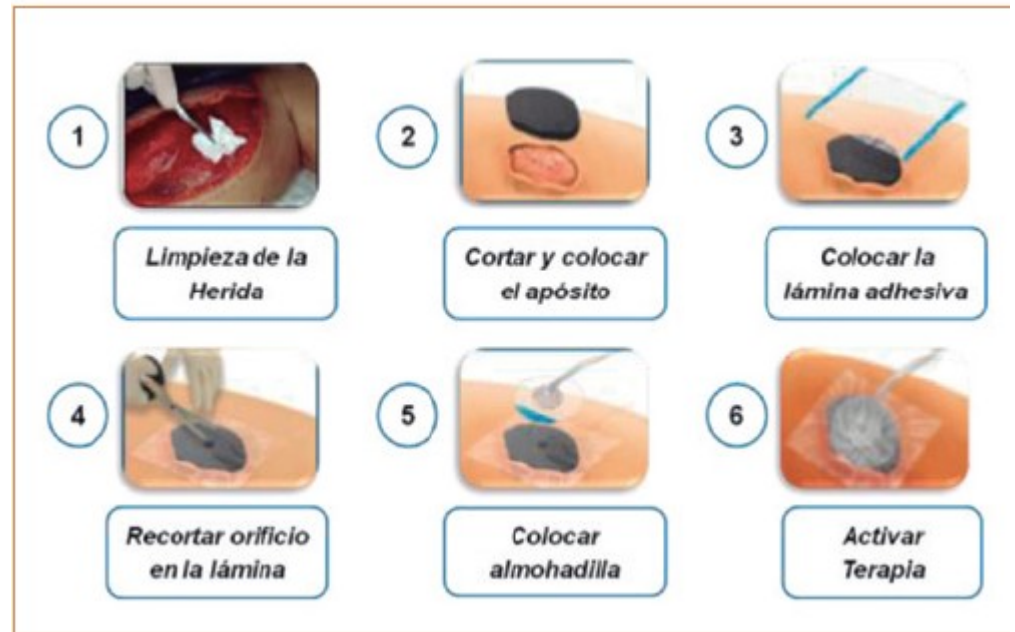
Exosomes from adipose-derived stem cells and application to skin wound healing

Cell sheets secreting extracellular matrix (ECM)



Úlceras por presión

- **Agentes biofísicos:**
 - Estimulación eléctrica
 - Campo electromagnético
 - Energía pulsada con RF
 - Fototerapia
 - Ultrasonidos
 - Terapia presión negativa
 - Hidroterapia
 - Oxigenoterapia



Úlceras por presión

- **CIRUGÍA:**
 - Sepsis, celulitis
 - Fistulas, tunelizaciones
 - Beneficios de cierre rápido
 - Osteomileitis
 - EVALUAR RIESGO-BENEFICIO



Úlceras por presión

Las UPP pueden aparecer o empeorar a pesar de que se proporcionen unos buenos cuidados por lo que los cuidadores no deben echarse la culpa si éstas aparecen.



El verdadero mal de la vejez no es el debilitamiento del cuerpo sino la indiferencia del alma.

André Maurois (1885-1967) Novelista y ensayista francés.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
Escuela Andaluza de Salud Pública