



Gestión práctica y manejo de las **personas encamadas** con **incontinencia urinaria** y **úlceras por presión**

Autor: Dr. Jesús Santianes

Especialista en geriatría y medicina familiar y comunitaria.
Área de gestión clínica de urgencias del Hospital Universitario
Central de Asturias (Oviedo).

Título original

Gestión práctica y manejo de las personas encamadas con incontinencia urinaria y úlceras por presión

© 2024. SEMERGEN

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o por cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa del propietario del copyright.



hello@akirahealthcare.net
www.akirahealthcare.net

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.



Gestión práctica y manejo de las personas encamadas con incontinencia urinaria y úlceras por presión

Dr. Jesús Santianes Patiño

Especialista en geriatría y medicina familiar y comunitaria.

Área de gestión clínica de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).

Definición, causas y factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud define el *envejecimiento* como un proceso fisiológico, natural y progresivo que experimentan todos los seres vivos como consecuencia del paso del tiempo y que conlleva una disminución gradual de las funciones biológicas, físicas y cognitivas del individuo y que desemboca en el fallecimiento del mismo. Estos cambios no son lineales ni uniformes y van a condicionar una disminución de la reserva fisiológica, de la capacidad de adaptación a los cambios y una mayor susceptibilidad a la enfermedad.

Esta disminución de la reserva fisiológica también va a ser responsable de que los pacientes ancianos, frágiles o vulnerables puedan tener una presentación atípica de la enfermedad, siendo frecuente la aparición de los denominados «síndromes geriátricos». Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros clínicos complejos de etiología múltiple que se caracterizan por una elevada prevalencia en la población de edad avanzada, frágil o depen-

diente como consecuencia de la pérdida de reserva funcional y fisiológica. Estos cuadros van a suponer un gran impacto sobre la autonomía y la calidad de vida de los pacientes, son potencialmente prevenibles, pero están muy infradiagnosticados.

Algunos ejemplos de síndromes geriátricos son el inmovilismo, la incontinencia urinaria o las úlceras por presión, entre otros.

Inmovilismo

La inmovilidad es la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, debido a un deterioro de las funciones motoras. El síndrome de inmovilidad es una forma común de presentación de la enfermedad en relación con los cambios que aparecen en los distintos órganos y sistemas como consecuencia de la inmovilidad y el desuso¹.

Aproximadamente el 50 % de los pacientes institucionalizados van a presentar alteraciones en su movilidad y un 30 % presentan un inmovilis-

mo grave o total (vida limitada a cama-sillón o cama-cama).

Las causas del síndrome de inmovilidad son muy variadas:

- Causas físicas: enfermedades neurológicas (enfermedad cerebrovascular, demencia, trastornos del movimiento...), enfermedades cardiovasculares o respiratorias, patología osteoarticular, alteraciones en los órganos de los sentidos...².
- Sarcopenia: pérdida progresiva y generalizada de masa muscular esquelética y fuerza que se asocia con una reducción significativa de la capacidad funcional.
- Causas psíquicas: trastornos del ánimo, ausencia de estímulos, miedo a caerse (síndrome poscaída)...
- Causas ambientales: existencia de barreras arquitectónicas, falta de ayudas técnicas, encamamiento prolongado... (por ejemplo, durante un ingreso hospitalario).

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema higiénico y social para la persona que la padece y que es demostrable de una manera objetiva. La incontinencia urinaria tiene una serie de repercusiones a distintos niveles: médicas (aumento de aparición de infecciones urinarias, úlceras cutáneas, dermatitis...),

psicológicas (trastornos del ánimo, pérdida de autoestima...), sociales (limitación de actividad, aislamiento social, mayor riesgo de institucionalización...) o económicas (coste de las medidas terapéuticas...).

La incontinencia urinaria tiene múltiples causas, siendo las principales³:

- Debilitamiento de los músculos del suelo pélvico: se asocia frecuentemente al envejecimiento, embarazo o parto, y facilita la aparición de incontinencia de esfuerzo.
- Enfermedades neurológicas: la enfermedad de párkinson, alzhéimer o el antecedente de un accidente cerebrovascular pueden afectar al control neuromuscular de la vejiga urinaria.
- Otras enfermedades: diabetes, obesidad, enfermedades del colágeno...
- Otras causas: cambios hormonales, infecciones urinarias de repetición, patología obstructiva, fármacos...

En función de la cuantía de la incontinencia, se clasifica en incontinencia leve (<600 ml diarios), moderada (600-900 ml) o grave (>900 ml diarios). Cuando la incontinencia tiene una duración inferior a cuatro semanas, se puede hablar de incontinencia urinaria transitoria. Las causas que más suelen estar relacionadas con la incontinencia transitoria se pueden agrupar en los acrónimos DRIP (goteo) o DIAPERS (pañal). Si la incontinencia está presente durante más de cuatro semanas, a pesar de haberse tratado las causas, se habla de incontinencia urinaria establecida.



TABLA 1. Causas transitorias de Incontinencia Urinaria.

DRIP (goteo)	DRIP (pañales)
D: delirium, drogas y fármacos. R: retención, restricción ambiental. I: infecciones, inmovilidad, inflamación. P: poliuria, polifarmacia.	D: delirium. I: infección. A: vaginitis atrófica. P: polifarmacia. E: endocrinopatías. R: restricción movilidad S: stool (impactación fecal).

Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP), también denominadas «úlceras por decúbito», son lesiones isquémicas que se localizan en la piel y en los tejidos subyacentes. Estas úlceras condicionan una pérdida de la solución de continuidad cutánea y se deben a la presión prolongada o a la fricción entre dos planos duros. Las UPP representan una de las complicaciones más frecuentes del síndrome de inmovilidad⁴.

La prevalencia de las UPP varía en función del nivel asistencial en el que se encuentre el paciente. En personas que viven en su domicilio, se estima en torno al 2 % en menores de 70 años, lo que aumenta al 4-5 % en edades comprendidas entre los 70 y 80 años. En pacientes institucionalizados, la prevalencia aumenta al 10-20 %, siendo más frecuente su aparición cuanto más prolongada sea la institucionalización.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de UPP son:

- Inmovilismo.
- Incontinencia urinaria o fecal: el contacto prolongado con la orina o las heces disminuye la resistencia de la piel.
- Alteraciones sensitivas: con disminución de la percepción nociceptiva.
- Situaciones de malnutrición o deshidratación.

Métodos de diagnóstico

El diagnóstico de estas patologías es eminentemente clínico, si bien existen varias escalas que podemos utilizar:

- **Escalas de valoración funcional:** permiten evaluar la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida

diaria. Algunas de las más utilizadas son el Índice de Katz y el Índice de Barthel, que se utilizan para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y medir la capacidad del paciente para realizar las actividades relacionadas con el autocuidado, como, por ejemplo, la alimentación, la capacidad de deambular o de usar el retrate y la continencia urinaria o fecal, entre otras. Por su parte, el Índice de Lawton y Brody permite evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

- **Cuestionario internacional de incontinencia urinaria (ICIQ-SF):** es un cuestionario autoadministrado que

permite identificar la presencia de incontinencia urinaria y la repercusión que esta tiene sobre la calidad de vida del paciente.

- **Diario miccional:** se invita al paciente a realizar un registro de su micción durante tres días, reflejando el horario en el que orina o presenta escapes, el volumen orinado, la sensación de urgencia, el tipo de incontinencia que presenta (de urgencia o de esfuerzo), la necesidad de cambio de ropa y el volumen de ingesta hídrica.
- **Escala de Braden:** es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar el riesgo que presenta un paciente de desarrollar úlceras por presión. Analiza

TABLA 2. Escala de Braden de riesgo de desarrollar UPP.

	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligerament limitada	Sin limitaciones
Exposición a la humedad	Contantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligerament limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y cizallamiento	Problema	Problema potencial	No hay problema	No hay problema



seis factores de riesgo, que son: estado de percepción sensorial, humedad de la zona, actividad física / deambulaci3n, movilidad, estado nutricional y existencia de fricci3n o cizallamiento. Otorga una puntuaci3n a cada uno de estos par3metros y permite clasificar al paciente seg3n si tiene o no riesgos de desarrollar UPP y, en caso positivo, el nivel de riesgo de desarrollarlas (bajo, moderado o alto)⁵.

En cuanto a la incontinencia, adem3s de diagnosticarla, es necesario identificar el tipo de incontinencia que presenta el paciente:

- Incontinencia de esfuerzo: el escape de la orina se asocia a un aumento de la presi3n intraabdominal. Suele aparecer durante el d3a y estar ausente durante la noche, y se asocia con un volumen residual posmiccional bajo.
- Incontinencia de urgencia: aparece cuando el paciente es incapaz de retrasar la micci3n desde que percibe la urgencia miccional. Aparece tanto durante el d3a como durante la noche, y se asocia generalmente a un aumento de la frecuencia miccional.
- Incontinencia por rebosamiento: se relaciona con la distensi3n vesical. Se produce un llenado progresivo de la vejiga hasta que la presi3n intravesical vence a la resistencia esfinteriana. Ocurre indistintamente de d3a y de noche, y hace que el paciente presente micciones frecuentes de escasa cantidad.
- Incontinencia funcional: el paciente no

presenta una afectaci3n espec3fica del sistema genitourinario, sino que la incontinencia se asocia con una incapacidad de acceder al retrete o utilizarlo (por causas funcionales o cognitivas).

- Incontinencia nocturna (enuresis nocturna): afecta principalmente a ni1os, pero tambi3n puede afectar a adultos. Implica la p3rdida de orina durante el sue1o, a menudo debido a una capacidad reducida de la vejiga o problemas neurol3gicos.
- Incontinencia inducida por f3rmacos: algunos de los f3rmacos m3s implicados son diur3ticos, anticolin3rgicos, antidepresivos, calcioantagonistas y psicof3rmacos.

En funci3n de su profundidad y de las estructuras afectadas, las 3lceras por presi3n se clasifican en cuatro estadios que van de m3s superficial a m3s profundo:

1. Estadio I: consiste en un enrojecimiento cut3neo con piel 3ntegra, que afecta exclusivamente a la epidermis y no palidece con la vitropresi3n.
2. Estadio II: aparece una 3lcera superficial que presenta aspecto de abracci3n, ampolla o cr3ter, con p3rdida del espesor parcial de la piel. Puede afectar a epidermis, dermis o a ambas, pero no profundiza m3s.
3. Estadio III: hay una p3rdida completa del espesor de la piel, con necrosis del tejido celular subcut3neo que se puede extender en profundidad o hacia los lados sin llegar a afectar a la fascia subyacente.

4. Estadio IV: existe una pérdida completa del espesor cutáneo, con una necrosis extensa en profundidad que traspasa la fascia y llega a afectar a músculo, hueso o estructuras de sostén.

Las zonas donde aparecen con más frecuencia las úlceras por presión cuando el paciente está en decúbito supino son talones, sacro, codos, omóplatos y occipucio; cuando el paciente se encuentra en decúbito lateral, maléolos, cóndilos, trocánter, costillas y acromion; y cuando se encuentra en decúbito prono, dedos, genitales y mamas.

Estrategias de tratamiento

Incontinencia urinaria

Es necesario realizar una anamnesis y exploración física exhaustiva para detectar la presencia de situaciones temporales que puedan estar causando, o agravando, la incontinencia urinaria. Independientemente del tipo de incontinencia que presente el paciente, existen unas medidas generales conservadoras entre las que vamos a encontrar:

- **Pérdida de peso y dieta:** permite mejorar los síntomas, especialmente en pacientes con un IMC superior a 30. También se recomienda disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, azucaradas o con caféina.

No se recomienda una restricción excesiva de líquidos, aunque sí puede resultar de utilidad reducir la ingesta en las últimas horas del día.

- **Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico:** también conocidos como «ejercicios de Kegel». Se recomiendan especialmente en el caso de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Estos ejercicios se basan en la contracción de los músculos del suelo pélvico (entre cinco y diez segundos) y a continuación relajarlos durante otros diez segundos. Deben realizarse diez repeticiones (contracción-relajación) un mínimo de tres veces al día. Se estima que el efecto comienza a percibirse a las 6 semanas del inicio de los ejercicios, y se alcanza su efectividad máxima en torno a los 3 meses⁶.
- **Entrenamiento vesical:** se recomienda especialmente en la incontinencia urinaria de urgencia. Consiste en la realización de micciones programadas, de manera que se evite un llenado excesivo de la vejiga.

Además de estas medidas generales, dependiendo del tipo de incontinencia que presente el paciente, disponemos de tratamiento farmacológico o quirúrgico:

- **Incontinencia de esfuerzo:** este tratamiento quirúrgico se realiza en estadios moderados-graves o cuando fracasan otros tratamientos. Tradicionalmente, la técnica que se elegía era la colposuspensión de Brunch, pero, actualmente,



se está sustituyendo por los cabestrillos uretrales.

- Los fármacos no tienen un papel destacado en la incontinencia de esfuerzo. Se puede utilizar duloxetine (inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina), que produce un aumento del tono muscular que favorece el cierre uretral. Sin embargo, no tiene reconocido su uso en ficha técnica.
- **Incontinencia de urgencia:** los fármacos como los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) o antagonistas del calcio (verapamilo) han dejado de utilizarse para el tratamiento de la incontinencia por sus efectos secundarios. Los fármacos de elección actuales son:
 - Antimuscarínicos: estos medicamentos, como la oxibutinina, la tolterodina y la solifenacina, ayudan a relajar los músculos de la vejiga, lo que reduce la urgencia y la frecuencia urinaria.
 - Agonistas beta-3 adrenérgicos: el mirabegrón es un ejemplo de este tipo de medicamento que actúa estimulando los receptores beta-3 adrenérgicos en la vejiga, lo que aumenta la capacidad de la vejiga y reduce la urgencia⁷.

Úlceras por presión

El tratamiento de las úlceras por presión varía en función del estadiaje de la lesión:

- Estadio I: protección con apósitos de material transparente y permeable al vapor. Hidratación de la piel con ácidos grasos hiperoxigenados.
- Estadio II: protección de toda la extensión de la lesión con apósitos transparentes de poliuretano, hidrocoloides opacos o hidroactivos no formadores de gel.

Los estadios III (pérdida completa del espesor cutáneo) y IV (afectación de músculo, hueso o estructuras de sostén) se tratan en función de si las lesiones son exudativas o no y de la presencia o no de tejido necrótico desnaturalizado:

- Sin tejido necrótico: protección con apósitos hidroactivos no formadores de gel (reducen la exudación y favorecen la aparición de tejido de granulación).
- Con tejido necrótico: es preciso eliminar en primer lugar el tejido desnaturalizado mediante desbridamiento mecánico (por arrastre y frotamiento), quirúrgico (con tijera o bisturí), químico o enzimático⁸.

Prevención

Teniendo en cuenta que la incontinencia urinaria y las úlceras por presión son dos problemas médicos que tienen una gran relación con el inmovilismo, todas las medidas preventivas deben comenzar por evitar su aparición. Entre las principales recomendaciones se encuentran:

- Práctica de ejercicio físico: es la princi-

pal medida preventiva para la aparición de inmovilismo y presenta distintos beneficios (aumento de fuerza muscular, incremento de masa ósea con la consiguiente reducción del riesgo de fracturas osteoporóticas, menor resistencia periférica a la insulina y mejor control glucémico, mayor reserva cardiaca y pulmonar y, por tanto, menor fatigabilidad...).

Se recomienda que el ejercicio físico sea multicomponente, e incluya no solo trabajo aeróbico, sino también trabajo de fuerza, resistencia y equilibrio.

- Mejora del estado nutricional: la malnutrición calórico-proteica es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de sarcopenia. Es necesario valorar el estado nutricional de los pacientes y, en caso de que se detecte una situación de desnutrición, se debe realizar una intervención para alcanzar las

ingestas necesarias, con suplementación si fuera preciso.

- Control de la comorbilidad y polifarmacia: debe prestarse especial atención a los pacientes con tratamiento crónico con diuréticos, anticolinérgicos, antidepressivos, calcio antagonistas o psicofármacos.

En la prevención de la aparición de úlceras por presión resulta fundamental un adecuado cuidado de la piel que comienza con la inspección sistemática diaria de la misma. Se debe mantener la piel limpia y seca, y evitar el contacto prolongado con sustancias irritantes como pueden ser la orina o las heces. También se debe evitar la presión prolongada sobre prominencias óseas y realizar cambios posturales frecuentes, así como utilizar cojines o almohadas para redistribuir la presión sobre las zonas vulnerables.



Conclusiones

El inmovilismo, la incontinencia urinaria y las úlceras por presión son problemas de salud complejos que presentan un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas que los padecen, suponen un aumento de la morbimortalidad y de los costes de atención sociosanitaria.

Además, presentan una etiología múltiple, por lo que la identificación correcta de las causas es fundamental para implementar de manera efectiva las medidas preventivas y terapéuticas. La prevención es la estrategia clave y requiere un abordaje integral y personalizado.

Bibliografía

1. Ferrer Gracia M, Sanmartín Xifré M, Cuadra Giménez LM, Díez Angulo MM, Fernández Peñarroya R, Saiz Ferrer A. Síndrome de inmovilidad en las personas mayores. *Rev Sanit Investig.* 2021;2(11):335.
2. Trochet C. Immobilization syndrome and iatrogenic dependence of hospitalized elderly people. *Rev Infirm.* 2023;72(290):18-21.
3. Campillos Canete MN, González Tamajón RM, Berlango Jiménez J, Crespo Montero, R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol.* 2021;24(1):25-37.
4. Torra Bou JE, Verdú Soriano J, Sarabia Lavin R, Paras Bravo P, Soldevilla Ágreda J, García Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos.* 2016;27(4):161-7.
5. Huang C, Ma Y, Wang C, Jiang M, Yuet Foon L, Lv L, et al. Predictive validity of the braden scale for pressure injury risk assessment in adults: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open.* 2021;8(5):2194-207.
6. García Sánchez E, Rubio Arias JA, Ávila Gandía V, Ramos-Campo DJ, López-Román J. Effectiveness of pelvic floor muscle training in treating urinary incontinence in women: A current review. *Actas Urol Esp.* 2016;40(5):271-8.
7. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol.* 2018;73(4):596-609.
8. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(4):881-890.



Gestión práctica y manejo de las **personas encamadas** con **incontinencia urinaria** y **úlceras por presión**

