



Observatorio Nacional  
de la Incontinencia

Líneas de actuación para  
Profesionales Sanitarios ante el  
Paciente con **Incontinencia Urinaria**

**Edita:** Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI)  
**Investigador principal:** Dra. M.J. Cancelo  
**MP ONI de referencia:** Dra. R. Castaño, Dr. A. Cuenllas y Dr. J. Salinas  
Edited by Foxit Reader  
Copyright(C) by Foxit Software Company, 2005-2008  
For Evaluation Only.



Observatorio Nacional  
de la Incontinencia

[www.observatoriodelaincontinencia.es](http://www.observatoriodelaincontinencia.es)  
[oni@oni.org.es](mailto:oni@oni.org.es)

<b>CONCEPTO</b> .....	04
<b>CLASIFICACIÓN</b> .....	04
<b>EPIDEMIOLOGÍA EN ESPAÑA</b> .....	05
● Epidemiología en el varón .....	05
● Epidemiología en la mujer .....	06
● Epidemiología en el anciano .....	06
<b>REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE VIDA</b> .....	07
<b>DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA</b> .....	08
● Valoración clínica .....	08
● Exploración física .....	09
● Pruebas diagnósticas .....	10
<b>TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA</b> .....	13
● <b>Tratamiento fisioterápico</b> .....	13
● Entrenamiento vesical .....	13
● Reeducación de los Músculos del Suelo Pélvico (RMSP) .....	14
● Conos vaginales .....	14
● Estimulación eléctrica .....	14
● Pesarios .....	14
● <b>Tratamiento farmacológico</b> .....	15
● Trat. farmacológico en la Vejiga Hiperactiva (VH) e IU de urgencia .....	15
● Trat. farmacológico de la IU de esfuerzo .....	16
● <b>Tratamiento quirúrgico</b> .....	17
● <b>Tratamiento paliativo</b> .....	19
<b>PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA DE ORINA</b> .....	20
<b>MENSAJES PARA “LLEVAR A CASA”</b> .....	21
<b>ANEXOS</b> .....	22
<b>Lecturas recomendadas</b> .....	27

## CONCEPTO

La Incontinencia Urinaria es la pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuados lo que supone para la persona que lo sufre, un problema higiénico, social y psicológico.

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) la definió en el año 2002 como "Toda queja de pérdida involuntaria de orina". Puede ser origen de limitaciones en la actividad cotidiana, laboral y social de la persona. La Incontinencia de orina supone una importante merma en la Calidad de Vida y esto no siempre se correlaciona con la cantidad de orina perdida. La misma pérdida puede ser importante en un deportista profesional o insignificante para una ama de casa.

## CLASIFICACIÓN

No todas las Incontinencias de orina son iguales. A grandes rasgos, se diferencian 4 tipos en los cuales quedan incluidos más del 90% de los Pacientes con Incontinencia

### **Incontinencia Urinaria de urgencia**

La pérdida involuntaria de la orina se origina al producirse una contracción involuntaria de la musculatura de la vejiga, lo que produce el escape de la orina en momentos y lugares no apropiados. La pérdida puede ser de solo algunas gotas o llevar al vaciado completo de la vejiga.

### **Incontinencia Urinaria de esfuerzo.**

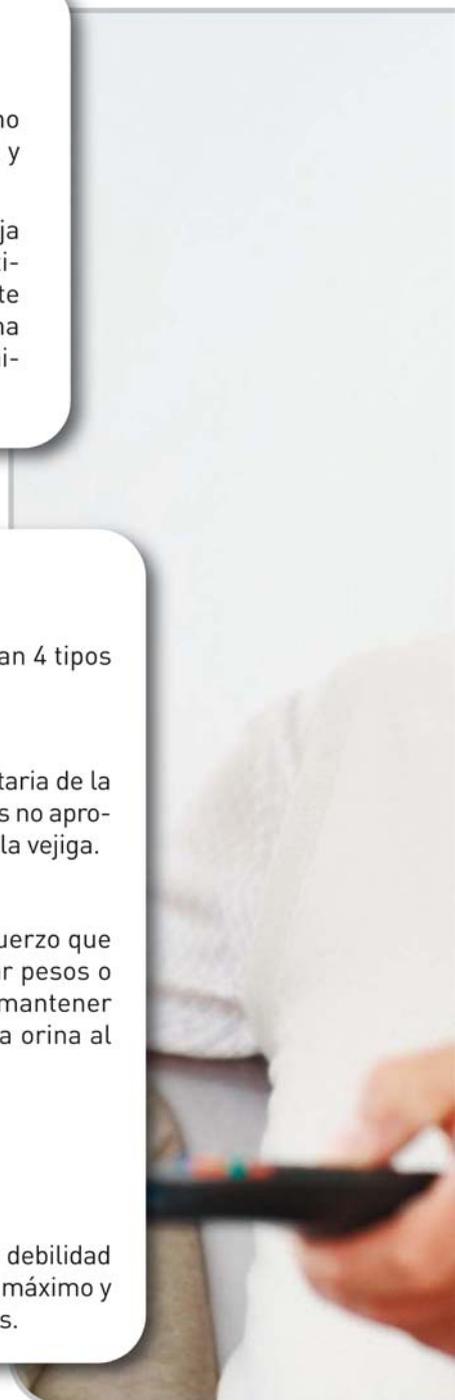
En este caso, la pérdida involuntaria de la orina se produce al realizar algún esfuerzo que aumente la presión intraabdominal, el cual puede ser importante, como levantar pesos o bien, tan leve como la risa, resultando en esta situación una incapacidad para mantener cerrado el esfínter de la uretra por lo que se produce la salida involuntaria de la orina al exterior.

### **Incontinencia Urinaria mixta.**

Tiene componentes de las dos anteriores, de urgencia y de esfuerzo.

### **Incontinencia de rebosamiento.**

Se producen pequeñas pérdidas tanto por el día como por la noche. La vejiga por la debilidad del músculo o por obstrucción, no se vacía totalmente, esto provoca que se llene al máximo y cuando hay un aumento de presión en el abdomen se escapen pequeñas cantidades.





## EPIDEMIOLOGÍA EN ESPAÑA. DATOS DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE LA INCONTINENCIA (ONI)

En el pasado, la International Continence Society (ICS) definía la Incontinencia Urinaria como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que originaba un problema social o higiénico. La propia definición limitaba las investigaciones epidemiológicas ya que la demostración objetiva no siempre se obtiene y al añadir el aspecto subjetivo confundía la investigación de evidencia, prevalencia y factores de riesgo.

Para realizar un análisis epidemiológico se recomienda incluir elementos de la naturaleza de la I. U., la frecuencia de las pérdidas de orina, la cantidad, el tipo de Incontinencia y la influencia en la Calidad de Vida diaria.

### Epidemiología en el varón

El estudio de la epidemiología en los hombres se ha incrementado en los últimos años, aunque todavía se encuentra retrasado con respecto a la mujer.

La Incontinencia en los hombres suele ser de origen multifactorial y a menudo coexisten síntomas como el flujo de micción débil, la vacilación, el goteo post-miccional o la impotencia.

La prevalencia entre ambos sexos es de 1:2 con respecto a la mujer.

● Según los estudios, la prevalencia en el varón se sitúa entre el 5 al 11%; no existen estudios con respecto a la definición ICS, pero si se ha visto que existe

un incremento según aumenta la edad al igual que en las mujeres.

● Con respecto al tipo se observa una mayor proporción de Incontinencia de urgencia seguida de la Incontinencia mixta y de esfuerzo, pero en todos los estudios se evidencia una Incontinencia no clasificada; con respecto a la severidad no hay diferencia entre ambos sexos así como tampoco diferencias étnicas.

● Con los datos del Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) la prevalencia global estimada es del 7% [3,6-17%] pudiendo alcanzar en mayores de 65 años del 14 al 29% llegando a ser mayor del 50% en personas mayores de 85% institucionalizadas.

## Epidemiología en la mujer

- La prevalencia crece durante la vida adulta, siendo a los 20 años alrededor del 20%, se incrementa a la edad de 50 años entre el 30 y 40% y se estabiliza a los 70 años en el 70%.
- El tipo más común es la Incontinencia de esfuerzo y la prevalencia de Incontinencia severa en la mayoría de los estudios se sitúa entre el 6 y 10%.
- Los factores de riesgo son el envejecimiento, la maternidad, la presencia de síntomas urinarios y el deterioro funcional.

Estos datos se encuentran ligeramente en desacuerdo con los obtenidos por el ONI, en los que se estima en un 24% aumentando al 30-40% en mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas.



	Prevalencia I.U. (%)
Mujeres	24 (21-26)
Hombres	7 (3.6-17)
Total	17.8 (12.3-21.5)

\*Estandarizada a la población española 2009



## Epidemiología en el anciano

En estudios con ancianos institucionalizados se ha demostrado la asociación entre Incontinencia Urinaria y deterioro cognitivo, y se evidencia en que la presencia de demencia multiplica por 2,3 la presencia de Incontinencia Urinaria.

Según el ONI la prevalencia de Incontinencia Urinaria global se estima entre el 15 y un 50% siendo los hombres entre el 14 y el 30% y en mujeres ancianas oscila entre el 16 y 51%. Con respecto a la proporción inter-sexos es mayor en la mujer por encima de 65 años hasta los 85 que tiende a igualarse.

En los ancianos institucionalizados la proporción de la Incontinencia Urinaria varía entre el 43 al 77%.



## REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE VIDA

Se ha demostrado que la Incontinencia Urinaria, tiene repercusiones en la vida de los Pacientes y en esto influyen, tanto el tipo de Incontinencia como la frecuencia, la severidad y el impacto o malestar que causan los síntomas.

Los Pacientes perciben un menor nivel de salud en el aspecto físico, en lo social y en lo emocional lo que influye, directamente en su Calidad de Vida.

la Incontinencia Urinaria tiene repercusiones físicas y psicológicas, ya que aparece el miedo a no estar bien informado sobre qué es la Incontinencia y las soluciones que le pueden dar; a tener derrames y que lo noten; a perder la libertad; al olor; al cambio de vida; al rechazo y a las relaciones sexuales; a la pérdida de control y a aumentar el esfuerzo y el trabajo de los cuidadores.

Algunas personas viven esta enfermedad como un castigo o como una consecuencia de su ignorancia por no haber sabido informarse a tiempo y en el sitio adecuado; la mayoría temen salir de casa por si no tienen un cuarto de baño cerca o no saben encontrarlo. Temen exponerse en público y sienten vergüenza de que los demás puedan enterarse y se alejen; la pérdida de control no sólo físico sino emocional acaba por dominar todos los aspectos de su vida, miedo al rechazo y ruptura de la relación de pareja, sobre todo, en personas jóvenes.

Esto repercute en el área psicológica produciendo:

Pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, depresión, teniendo en cuenta que si hay depresión de base se suele agravar con la enfermedad, alteraciones de las relaciones interpersonales, alteraciones de la imagen y el esquema corporal, disfunción sexual, inhibición del deseo y de las relaciones sexuales, tendencia al aislamiento, sentimiento de soledad e inseguridad; cambios de humor y aumento de la irritabilidad que se agrava, si no se recibe una información adecuada y se toman a tiempo las soluciones mas indicadas a la severidad y frecuencia de los síntomas.



# DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA

Un adecuado diagnóstico del tipo de Incontinencia de orina existente, es fundamental ya que cada tipo precisa un tratamiento diferente.

## Valoración clínica

### Anamnesis

Como en cualquier proceso médico, constituye el primer y principal escalón diagnóstico. Debe ser lo más detallada posible y orientada a la investigación de las posibles causas y consecuencias de la Incontinencia. En la Tabla 1 se exponen las preguntas básicas para orientar el diagnóstico.

### Diario miccional

Se trata de hacer un registro escrito del número e intensidad de las micciones y las pérdidas de orina. Recoge además información sobre la ingesta de líquido y el volumen miccional así como del número y tipo de absorbentes que precisa para protegerse de la IU. La utilización del diario miccional reflejando todas las micciones del día y de la noche, con hora, cantidad y síntomas acompañantes es una herramienta que proporciona una buena información sobre las características de la dinámica miccional y la frecuencia y cuantía de las pérdidas de orina.

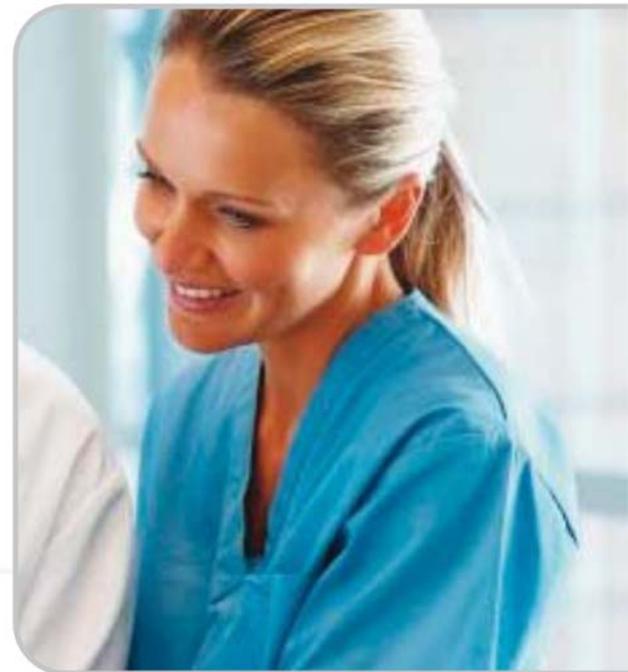
**Tabla 1. Preguntas básicas para orientar el diagnóstico de la IU**

Síntomas de IU de esfuerzo	¿Se le escapa la orina al toser, estornudar, levantar pesos o reír?
Síntomas de IU de urgencia	¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?
Síntomas asociados	¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar? ¿Cuántas veces orina durante el día? ¿Cuánto tiempo, como máximo, aguanta sin orinar? ¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante el sueño?
Síntomas orientativos de la gravedad de la Incontinencia	¿Se le escapan gotas o se moja mucho? ¿Utiliza algún sistema de protección para la IU? ¿Cuál? ¿Cuántas veces se cambia diariamente?



**Tabla 2. Tipos de prolapso de los órganos pélvicos en la mujer**

Compartimento anterior	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uretrocele</li><li>• Cistocele: central, lateral.</li><li>• Ambos: cistouretrocele</li></ul>
Compartimento medio	<p>Prolapso uterino.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prolapso de cúpula vaginal.</li><li>• Enterocele.</li></ul>
Compartimento posterior	<p>Rectocele.</p>



## Exploración física

Debe iniciarse con una exploración general.

En la mujer, la exploración específica se basa en la inspección, el tacto bimanual y la exploración abdominal. Ayudados por valvas, se realizará una exploración sistemática por compartimentos para establecer los tipos y grados del prolapso de los órganos pélvicos. Los tipos de prolapso se indican en la Tabla 2.

Resulta preciso además, establecer el grado de trofismo vaginal.

La exploración de la Incontinencia Urinaria se realizará con técnicas especiales de reposición del prolapso y posterior test de esfuerzo e incluirá la exploración perineal, muscular y la exploración recto-anal así como la valoración de la movilidad uretral.

La exploración se completará con la valoración de la capacidad de contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico

En el varón, la exploración genital y tacto rectal permitirán determinar el tamaño y consistencia de la próstata, y la posible patología asociada. La exploración abdominal, tiene una especial importancia para descartar entre otros procesos, la existencia de globo vesical (vejiga llena de orina).

En casos en los que se sospeche una lesión neurológica como posible causa de la Incontinencia se realizará una exploración neuro-urológica valorando el tono anal, control voluntario del esfínter, reflejo bulbocavernosos, para intentar valorar los mecanismos dañados.

Se prestará también atención al estado de los músculos pélvicos.

# Pruebas diagnósticas

## Análisis de orina

Resulta una prueba imprescindible en la valoración diagnóstica de la IU. Se realizará un análisis de su composición y estudio microbiológico mediante urocultivo. El estudio citológico se reserva a Pacientes con IU en los que se sospecha un proceso neoplásico del tracto urogenital.

## Diario miccional

Herramienta que proporciona una buena información sobre las características de la dinámica miccional y la frecuencia y cuantía de las pérdida de orina. (Anexo 1)

## Test de la compresa (Pad test)

Es una prueba que cuantifica la pérdida de orina. Mide la diferencia de peso de la compresa antes y después de su uso por la Paciente. Existen test cortos, de una hora de duración y largos de 24 y 48 horas.

## Cuestionarios de síntomas y escalas de Calidad de Vida

La Calidad de Vida (QoL) se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: La percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses.

Cada vez más Profesionales de la Salud, de todas las especialidades y disciplinas son conscientes de que no sólo hay que prevenir, aliviar o curar, también es necesario preguntar al Paciente cómo se siente.

- Parámetros objetivos de criterios clínicos y medidas objetivas de los síntomas y la enfermedad.
- La actitud del Paciente ante su situación.
- Las expectativas que el Paciente tiene ante sus síntomas y su tratamiento.
- La capacidad de adaptación a su situación real.
- Los factores culturales que rodean e influyen en la manera de abordar los síntomas y la enfermedad.

La evaluación de la Calidad de Vida se realiza mediante la utilización de cuestionarios estándares que aseguran una Calidad psicométrica contrastada. Los cuestionarios permiten la uniformidad en su administración, en su cuantificación y en la comparación entre Pacientes.

### Características de los cuestionarios:

- Deben ser autoaplicados, es decir, resueltos por el propio Paciente, con nula o muy escasa intervención del personal clínico. Deben tener:



- **Fiabilidad**

Que se produzca el mismo resultado cuando se repite la medición una y otra vez, en circunstancias similares. Cuando se diseña un nuevo cuestionario debe pasar la prueba test-retest, que es la que nos asegura la fiabilidad psicométrica.

- **Válidez**

Debe haber una relación de los resultados con la realidad científica, y tienen que ser validados en una muestra poblacional significativa y representativa de la población local.

- **Sensibilidad**

La capacidad de detectar pequeños cambios inducidos por los tratamientos, esta característica es fundamental en escalas utilizadas en ensayos clínicos porque permiten explorar los impactos producidos por las diferentes intervenciones médicas.

Los cuestionarios de Calidad de Vida exploran:

La capacidad de los Pacientes en grandes dominios:

- Dominio físico : Incapacidades orgánicas, limitaciones, desplazamiento.
- Dominio psíquico o emocional : presencia de tristeza, irritabilidad o ansiedad.
- Dominio social : su integración en la sociedad y su capacidad para el trabajo y la vida diaria.
- Dominio de vitalidad : sentimiento de energía y vitalidad frente al cansancio y el desánimo.
- Dominio sexual: la calidad de las relaciones sexuales.

El impacto de la enfermedad sobre:

- Las relaciones sociales
- Desplazamiento
- Sueño y descanso
- Nutrición
- Trabajo
- Tareas domésticas
- Movilidad
- Comunicación
- Pasatiempo/ocio
- Actividad intelectual
- Actividad emocional

Los cuestionarios genéricos de Calidad de Vida más empleados son:

- SF 36 (Perfil de la Salud de Nottingham).
- El Índice General de Bienestar Psicológico (PGWBI).
- Específicos para la Incontinencia de orina son: IQOL, ICIQ-SF, Versión española del King's Health Questionnaire (Anexos 2, 3 y 4).

## Exploración urodinámica

Indicada en determinados casos, dependiendo de la clínica y el tratamiento previsto a realizar. Esta exploración, además del diagnóstico de la IU, permite el diagnóstico de las disfunciones del vaciado vesical.

La exploración urodinámica consta de la Flujometría, la Cistomanometría y el Perfil de la presión uretral.

### Flujometría

Valora la relación volumen/tiempo de la micción espontánea. Detecta disfunciones de vaciado aunque tiene un valor limitado para el diagnóstico de la IU.

### Cistomanometría

Valora la relación del volumen y la presión durante la fase de llenado y de vaciado. Existen dos tipos de cistomanometría:

a) **Cistomanometría de llenado:** Valora la sensibilidad, la capacidad, la acomodación de la vejiga (relación de volumen y la presión) y la actividad del detrusor (presencia o ausencia de contracciones involuntarias) durante la fase del llenado. Proporciona información sobre:

- si la capacidad vesical está disminuida, aumentada, o es normal.
- si la sensibilidad está disminuida, aumentada, es normal, o aparece dolor.

b) **Cistomanometría de vaciado (medida de presión-flujo durante la micción):** Estudia el comportamiento del detrusor durante la fase de vaciado. Permite diferenciar la disfunción de vaciado, por una obstrucción, de la disfunción de vaciado por una falta de actividad del detrusor.

Cuando se realiza la Cistomanometría de vaciado junto a la electromiografía se pueden diagnosticar las disfunciones vesico-esfinterianas (falta de relajación del esfínter uretral y los músculos del suelo pélvico durante la micción).

### Evaluación de la Función Uretral

Su principal interés es para identificar la IU de esfuerzo por disfunción uretral intrínseca (DUI). Se puede evaluar mediante:

- **Perfil de Presión Uretral (PPU):** Es la curva que indica la presión intraluminal a lo largo de la longitud de la uretra.
- **Presión Abdominal de Punto de Fuga (PAPF):** Es la presión intravesical a la que se produce escape por incremento de la presión abdominal en ausencia de contracción del detrusor.

### Técnicas endoscópicas. Uretrocistoscopia

Es la visualización de la cavidad vesical y del conducto uretral por vía endoscópica. Permite descartar la patología orgánica. Está indicada en Pacientes con hematuria, clínica de urgencia-frecuencia sin respuesta al tratamiento.

### Técnicas de imagen

Permiten visualizar el tracto urinario inferior mediante una imagen ecográfica, radiológica o por resonancia magnética.

#### Evaluación básica de la mujer y del varón con síntomas de IU

- Historia clínica. Cuestionario de síntomas.
- Exploración Física.
- Análisis de Orina.
- Diario Miccional.

#### Exploración Especializada

- Exploración urodinámica.
- Uretrocistoscopia.
- Técnicas de imagen.
- Estudios electrofisiológicos.



## TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA

El objetivo es la mejora en la Calidad de Vida del Paciente. Para decidir el tratamiento más adecuado en cada Paciente, se deberá valorar además del tipo de Incontinencia, las posibles enfermedades asociadas, la repercusión de la Incontinencia, la preferencia de la Paciente, la aplicabilidad del tratamiento y el balance entre los beneficios/riesgos de cada acción.

Inicialmente, debe indicarse de manera universal, cambios en el estilo de vida así como entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis antes de iniciar el tratamiento farmacológico y este, antes de la cirugía.

Aunque es recomendable tener una ingesta de líquidos correcta, evitar la cafeína y bebidas gaseosas, controlar el peso y dejar de fumar como cofactores en algunas patologías relacionadas con la Incontinencia Urinaria en el varón, algunas guías, como la de la EUA (1) no encuentra ningún grado de recomendación para tomar estas medidas en el tratamiento de la Incontinencia al menos, en la del varón.

## Tratamiento fisioterápico de la Incontinencia de orina

### Entrenamiento vesical

El objetivo de esta actuación es que el Paciente pueda retrasar progresivamente el vaciado de la vejiga desde que nota la sensación de deseo de orinar hasta que puede hacerlo en un lugar adecuado (llegar al cuarto de baño).

Con la información recogida del diario miccional, se establecen unas indicaciones basadas en la ampliación progresiva del periodo de tiempo entre las micciones hasta conseguir periodos de tres o cuatro horas sin Incontinencia. El diario miccional permitirá tener un registro objetivo de la situación al inicio del tratamiento y de los progresos realizados.

## Reeducación de los Músculos del Suelo Pélvico (RMSP)

Tiene como objetivo fortalecer los músculos que actúan de soporte a las estructuras pélvicas favoreciendo los mecanismos de contención de la orina. La motivación de la mujer es la clave del éxito del programa de entrenamiento.

El efecto beneficioso puede mantenerse durante años si se hace una continuación, aunque sea mínima, de los ejercicios. Si estos se suspenden, el efecto se perderá

en 4-6 semanas de ahí la necesidad de indicar la constancia en su práctica.

Este programa utiliza el principio de entrenamiento de la fortaleza (pequeño número de repeticiones hasta el máximo esfuerzo).

Se puede acceder a información visual de un programa de entrenamiento de la musculatura de suelo pélvico en: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/>

### Conos vaginales

La colocación en el interior de la vagina de unos dispositivos en forma de cono con peso gradualmente mayor, produce la contracción de los músculos lo que evita que se caigan por gravedad, fortaleciendo así su tono.

### Estimulación eléctrica

El objetivo es aumentar el tono muscular mediante la estimulación eléctrica de los músculos pélvicos aplicando un electroestimulador con sondas vaginales o rectales que emiten altas frecuencias de estimulación con potenciales de baja intensidad durante largos periodos de tiempo. Su objetivo es conseguir una contracción muscular similar a la que se conseguiría en un programa de reeducación de los músculos del suelo pélvico.

### Pesarios

La utilización de los pesarios intravaginales tiene indicaciones concretas como son el tratamiento provisional mientras se espera la cirugía o bien, en Pacientes con contraindicación quirúrgica.

Existen diferentes modelos y tamaños. Los pesarios más utilizados tienen forma de anillo y proporcionan soporte a los órganos pélvicos al apoyarse en los huesos de la pelvis. Necesitan ser remplazados cada cierto tiempo.



## Tratamiento farmacológico de la Incontinencia de orina

Está especialmente indicado en la IU de urgencia y en la mixta. Su papel en la Incontinencia de orina de esfuerzo es más controvertido y se encuentra actualmente en investigación.

La elección del tratamiento farmacológico dependerá de la eficacia demostrada por el fármaco, teniendo en cuenta los posibles efectos adversos de la medicación. La falta de respuesta a un agente no presupone la falta

de respuesta a otro. La combinación de bajas dosis de diversos agentes entra en consideración cuando existen efectos secundarios con altas dosis de agentes únicos. Cuando se indica un tratamiento farmacológico en la Incontinencia de orina, resulta imprescindible tener un correcto diagnóstico del tipo de Incontinencia ya que los fármacos actúan en un tipo de Incontinencia (urgencia, vejiga hiperactiva) pero no en otro tipo (esfuerzo).

### Tratamiento farmacológico en la Vejiga Hiperactiva (VH) e IU de urgencia

El tratamiento farmacológico de la VH y la IU derivada de ello, tiene como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del músculo que rodea a la vejiga (detrusor de la vejiga). El tratamiento se basa fundamentalmente en bloquear los receptores que activan la contracción del músculo, para inhibir la sensación de necesidad inminente de orinar.

Para ello se han utilizado principalmente los fármacos anticolinérgicos / antimuscarínicos. Actúan mediante la inhibición de la contractilidad vesical y son el tratamiento de elección en la Incontinencia de orina de urgencia y/o la vejiga hiperactiva.

Se ha comunicado un 40% de mejoría o curación con reducción del número de cambios sobre soluciones paliativas y de episodios de Incontinencia, así como también en la mejoría de los síntomas subjetivos lo que se asocia con ganancia en la Calidad de Vida. El efecto adverso más frecuente señalado es la sequedad de boca. Las líneas de investigación futura de estos fármacos se orientan hacia la identificación de moléculas que produzcan menos efectos adversos. En la Tabla 5 se describen las características de este grupo de fármacos.

**Tabla 5: Características de los fármacos anticolinérgicos / antimuscarínicos**

Aminas terciarias	Dosis recomendada	Limitaciones de uso	Efectos adversos
<b>Oxibutinina</b>	2,5-5 mg 2/3 veces día	Miastenia gravis	Sequedad de boca
<b>Tolterodina</b>	4 mg/día	Glaucoma de ángulo estrecho	Estreñimiento
<b>Solifenacina</b>	5- 10 mg/una vez al día	Obstrucción Urinaria Embarazo (categoría B)	Visión borrosa
<b>Fesoterodina</b>	4-8 mg/día	Similares	Similares
<b>Aminas cuaternarias</b>			
<b>Cloruro de Trosipio</b>	20 mg/dos veces al día	Similares	Similares

## Tratamiento farmacológico de la IU de esfuerzo

El tratamiento farmacológico no constituye la primera elección terapéutica en la IU de esfuerzo sino que ésta se considerará si ha fallado la rehabilitación de las estructuras pélvicas. Aunque se han estudiado tratamientos como fármacos adrenérgicos o la duloxetina para el tratamiento de la Incontinencia de orina de esfuerzo, finalmente su uso no ha sido aprobado con esta indicación. De ahí la importancia del correcto diagnóstico del tipo de Incontinencia, ya que el tratamiento tendrá efecto beneficioso en un tipo, pero no en otro.



## Tratamiento quirúrgico en la mujer

Tiene una indicación precisa para aquellos casos en los que las medidas anteriores no han resultado satisfactorias y especialmente relacionada con la IU de esfuerzo en la mujer

En el siguiente esquema se resume el tratamiento en la mujer:

### Tratamiento inicial

Hábitos higiénico-dietéticos

#### 1.- IU Esfuerzo

Rehabilitación suelo pélvico



Tratamiento especializado

#### 2.- Hiperactividad Vesical

Rehabilitación suelo pélvico + Anticolinérgicos



Tratamiento especializado

#### 3.- Mixta

Rehabilitación suelo pélvico + Anticolinérgicos



Tratamiento especializado

#### 4.- Incontinencia complicada



Tratamiento especializado

### Tratamiento quirúrgico en la mujer

#### 1.- IU Esfuerzo Urodinámica

##### 1.1.- Hipermovilidad

- Colposuspensión abdominal/laparoscópica
- Cabestrillos sin tensión
  - T.V.T.
  - T.O.T.
  - T.A.T.
- SPARC
- MONARC

##### 1.2.- Incompetencia esfinteriana

- Sling pubovaginal
- Cabestrillos con tensión
  - REEMEX
  - SAFYRE
- Inyecciones periuretrales
  - Macrolástique
  - Ácido hialurónico + dextranómero
  - Células musculares
- Esfinter artificial

#### 2.- Hiperactividad Detrusor

##### 2.1.- Inyecciones vesicales

- Toxina botulínica

##### 2.2.- Neuromodulación sacra

##### 2.3.- Cistoplastia ampliación

##### 2.4.- Derivación Urinaria

#### 3.- IU rebosamiento

##### 3.1.- Obstrucción

- Dilataciones uretrales
- Uretrotomía
- Incisión cuello vesical
- Corrección prolapso pélvico
- Uretrólisis

##### 3.2.- Hipoactividad detrusor

- Cateterismo vesical intermitente
- Neuromodulación sacra

#### 4.- IU complicada

##### 4.1.- Corrección fístula Urinaria

##### 4.2.- Resección divertículo uretral



## Tratamiento quirúrgico en el varón

### Tratamiento inicial

Intervenciones en el estilo de vida\*

#### 1.- IU Esfuerzo postprostatectomía

Cambios estilo de vida  
Rehabilitación suelo pélvico  
Absorbentes masculinos, sondas, etc.

↓  
Si no respuesta (3 meses)

Tratamiento especializado

#### 2.- Hiperactividad vesical complicada

Reeducación vesical  
Anticolinérgicos

↓  
Si no respuesta (3 meses)

Tratamiento especializado

#### 3.- Incontinencia

↓

Tratamiento especializado

\* Cambio estilo de vida: Evitar cafeína, revisar ingesta de fluidos, control peso y cesar hábito tabáquico

### Tratamiento especializado IU (varón)

#### 1.- Incompetencia esfinteriana

↓

Esfínter urinario artificial  
Cabestrillos masculinos  
Inyecciones periuretrales

#### 2.- Hiperactividad Detrusor

↓

Idiopática

IU asociada a obstrucción  
Tracto urinario inferior

#### 3.- IU complicada

IU asociada a detrusor hiperactivo (durante la micción)

↓

Anticolinérgicos  
Inyecciones vesicales  
toxina botulínica  
Neuromodulación  
sacra  
Cistoplastia ampliación  
Derivación Urinaria

↓

Anticolinérgicos bloqueantes  
adrenérgicos  
Anticolinérgicos + Bloq.  
Adrenérgicos  
Cirugía desoestructiva

↓

Anticolinérgicos  
Cateterismo vesical intermitente

↓

Tto. Patología correspondiente





# Tratamiento paliativo

Las medidas paliativas tienen como objetivo mejorar el bienestar y confort del Paciente.

## Absorbentes

Los absorbentes de Incontinencia de orina son productos sanitarios de un solo uso cuya función básica es absorber, retener y aislar la orina, con la finalidad de mantener la piel seca y sin humedad. Todas las personas con Incontinencia pueden utilizar absorbentes, ya que es un tratamiento paliativo no invasivo y fácil de utilizar, pudiendo ser utilizados tanto en casos de Incontinencia ligera, moderada o grave. Resulta esencial la evaluación individualizada de la persona por parte del Profesional Sanitario, de manera que se valoren aspectos, siguiendo a la nueva norma ISO 15621, como la Calidad de Vida, independencia, la naturaleza de la Incontinencia (incluyendo la frecuencia, el volumen y el flujo), las características individuales de la persona, su actividad, las propias necesidades individuales y la facilidad con la que se puede poner o quitar el absorbente de Incontinencia.

Los absorbentes de Incontinencia se componen de las siguientes capas:

- **Capas de adquisición:** Es la capa en contacto con la piel. Está compuesta de material filtrante hidrófilo que permite que la orina pase rápidamente al interior del absorbente, ayudando a mantener la piel seca.
- **Núcleo de absorción:** El líquido es retenido dentro de las partículas del superabsorbente y se solidifica, convirtiéndose en una sustancia gelatinosa. De esta forma, impide que la humedad salga de nuevo a la superficie.
- **Zona inferior impermeable con indicador de humedad:** es la capa inferior, y su finalidad es evitar que la humedad traspase. Debajo de esta capa impermeable se encuentra el indicador de humedad. De esta forma, es posible saber cuándo es necesario cambiar el absorbente.

La denominación tradicional para los productos financiados por el SNS de Incontinencia moderada y grave, ya sean rectangulares o anatómicos con elásticos o con cinturón, en Día (absorción > 600 ml.), Noche (absorción > 900 ml.) y Supernoche (absorción > 1.200 ml.), no hace referencia al momento de su utilización, sino sólo a su capacidad de absorción. Sin embargo esta denominación no se sigue para otros absorbentes de Incontinencia que aunque con una similar absorción no son financiados, sino que son de venta libre, como los absorbentes desechables similares a la ropa interior.

Destacar, en referencia a la Incontinencia ligera, la existencia de una variedad de absorbentes específicos, tanto para mujer como para hombre, que cubren todos los escapes desde aproximadamente 34ml.

Habría que erradicar las malas prácticas todavía observadas en cuanto al uso para la Incontinencia de productos reutilizables o lavables (toallas o paños) los cuales, además de carecer de las garantías exigidas a nivel nacional o internacional que requieren los productos sanitarios, facilitan la aparición de problemas irritativos cutáneos.

Todas las formas de Incontinencia pueden provocar una alteración en la Calidad de Vida de las personas, la I.U. supone una limitación y un obstáculo a la hora de realizar las actividades de la vida cotidiana, incluidas las laborales y las sociales, al mismo tiempo que supone un lastre emocional, llevando incluso a provocar otras enfermedades relacionadas como ansiedad, estrés, aislamiento social y depresión.

Los absorbentes de Incontinencia aportan una mejoría de la Calidad de Vida de las personas que sufren de Incontinencia, permitiéndoles mantener el sentido de la dignidad, poder realizar las actividades de la vida diaria, salir a la calle, trabajar, hacer deporte y participar socialmente sin miedo a la misma.

## Colectores

Son productos específicos para la Incontinencia del varón consistente una especie de condón que colocado en el pene, recoge y traslada la orina a una bolsa que se fija a la pierna o bien, una almohadilla absorbente, se mantiene sujeta con la ropa interior.

## Protectores absorbentes (empapadores)

Productos indicados para proteger camas y sillas frente a las fugas.

## Protectores menstruales

Estos productos no son adecuados para el manejo de la Incontinencia Urinaria ya que no son suficientes, ni resultan adecuados para contener las pérdidas de orina que en comparación con el fluido menstrual, ocurren de una manera rápida y tienen un mayor volumen, por lo que es preciso recomendar productos sanitarios específicos, absorbentes, adecuados a las características de la Incontinencia.

# PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA DE ORINA

La prevención es la medida más efectiva y como tal, es el primer escalón de la actuación de los profesionales sanitarios ante la Incontinencia de orina.

Por ello no se actuará solo sobre la sintomatología objetiva, es decir sobre las pérdidas de orina sino que la actuación debe plantearse de manera global (antes de que se produzcan pérdidas de orina) para evitar el deterioro de la Calidad de Vida y de la autoestima personal. Las medidas de prevención primaria deberían aplicarse casi desde la pubertad y a toda la población en general, poniendo especial atención en las mujeres en la época fértil, especialmente en el embarazo y postparto y en el anciano en ambos sexos.

Las medidas de prevención, se basan en el fortalecimiento de las estructuras musculares del suelo de la pelvis y la corrección o evitación de los factores de riesgo específicos para la Incontinencia de orina. En la Tabla 4 se resumen los factores de riesgo.

**Tabla 4. Factores de riesgo para la Incontinencia de orina.**

## Factores de riesgo "mayores"

- Antecedentes familiares de IU.
- Paridad (nº de hijos, tipo de parto, peso fetal).
- Deportes con aterrizaje de impacto.
- Histerectomizadas.
- Deprivación estrogénica precoz.

## Factores de riesgo "menores"

- Obesidad.
- Menopausia / envejecimiento.
- Aumento presión abdominal (fajas, prendas ajustadas, etc.).
- Estreñimiento persistente.
- Tos crónica.
- Actividades que aumentan presión abdominal (canto, instrumentos viento, cargar pesos, etc.).
- Fármacos con efecto alfa-bloqueante.

El objetivo de la prevención de la Incontinencia Urinaria sería retrasar la aparición de signos y síntomas de envejecimiento del sistema genitor-urinario y mejorar la Calidad de Vida del Paciente para evitar la incomodidad, los problemas físicos, la disminución de la autoestima y el aislamiento que acarrea esta situación.

Para poder establecer medidas de prevención secundaria (cuando ya existen pérdidas de orina), es necesario conocer su patrón miccional (duración, frecuencia, volumen y lo que bebe); y explicarle lo que tiene que hacer y animarlo a que lo realice.

Como medidas generales podemos citar:

- Mantener la higiene diaria y después de cada vez que vaya a orinar.
- Poner un ritmo para ir al cuarto de baño.
- Servicios accesibles.
- Evitar los botones, cremalleras, etc., es decir, usar ropas cómodas.
- Evitar el estreñimiento.
- Beber lo adecuado y lo necesario (2-3 litros al día).
- No ingerir mucho líquido en la cena ni alimentos con alto contenido en agua.
- Evitar excitantes como café, té, alcohol, etc.
- Evitar los diuréticos, y si no queda más remedio que tomarlos, hacerlo por las mañanas.
- Evitar ciertas hierbas medicinales que pueden tener un cierto efecto diurético, (cola de caballo, alcachofa, ortiga blanca, etc.).



## MENSAJES PARA “LLEVAR A CASA”

- La IU es simplemente la manifestación por parte del Paciente de escape de orina.
- La IU tiene una alta prevalencia en España en ambos sexos.
- No todas las IU son iguales. Resulta imprescindible establecer el tipo de Incontinencia para indicar el tratamiento adecuado.
- El diagnóstico de la IU se basa en una anamnesis dirigida, la exploración física y el análisis de la orina. Diario miccional y cuestionarios específicos y generales de Calidad de Vida ayudarán a establecer el impacto personal y social de la Incontinencia de orina
- Técnicas diagnósticas urodinámicas y de imagen tienen indicaciones específicas en el diagnóstico.
- El tratamiento de la IU debe ser escalonado, comenzando con cambios en el estilo de vida, seguidos programas de modificaciones en la conducta (entrenamiento vesical) y rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico antes de iniciar un tratamiento farmacológico,
- Cuando se indica un tratamiento farmacológico en la Incontinencia de orina, resulta imprescindible tener un correcto diagnóstico del tipo de Incontinencia ya que los fármacos actúan en un tipo de Incontinencia (urgencia y vejiga hiperactiva) pero no en otro tipo (esfuerzo).
- El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas situaciones en las que el tratamiento conservador no ha tenido una respuesta adecuada.
- Deben realizarse un esfuerzo en el fomento de recomendaciones para la prevención primaria y secundaria de la IU.
- Los absorbentes es el tratamiento paliativo más utilizado que aporta Calidad de Vida a la persona con Incontinencia.

### Recomendaciones para el Paciente:

- La Incontinencia no es algo inevitable ligado a la edad.
- Si padece algún tipo de Incontinencia consulte con su Profesional Sanitario. El mayor enemigo es el silencio.
- La Incontinencia no es un problema exclusivo de las mujeres o de los ancianos.
- La Incontinencia puede tratarse.

# ANEXOS



## Anexo 2

# Test de IQOL. ¿Cómo afecta la Incontinencia Urinaria a mi Calidad de Vida?

Elija entre los valores del 1 al 5, siendo considerado el 1 la puntuación más baja y el 5 la más alta.

- Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio
- Me preocupa toser y estornudar
- Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada
- Me preocupa saber dónde están los servicios en un lugar nuevo
- Me siento deprimida
- No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo
- Me siento frustrada porqué la Incontinencia me impide hacer lo que quiero
- Me preocupa que los demás noten que huelo a orina
- Tengo siempre presente la Incontinencia
- Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio
- Debido a mi Incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación
- Me preocupa que mi Incontinencia empeore con los años
- Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno
- Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la Incontinencia
- La Incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud
- Mi Incontinencia me hace sentir desvalida
- Disfruto menos de la vida debido a la Incontinencia
- Me preocupa orinarme
- Siento que no tengo control sobre mi vejiga
- Tengo que tener cuidado con lo que bebo
- La Incontinencia limita la variedad de mi vestuario
- Me preocupan las relaciones sexuales

- comportamiento de evitación y limitación
- repercusión psicosocial
- sentimientos de vergüenza en la relación social



## Anexo 4

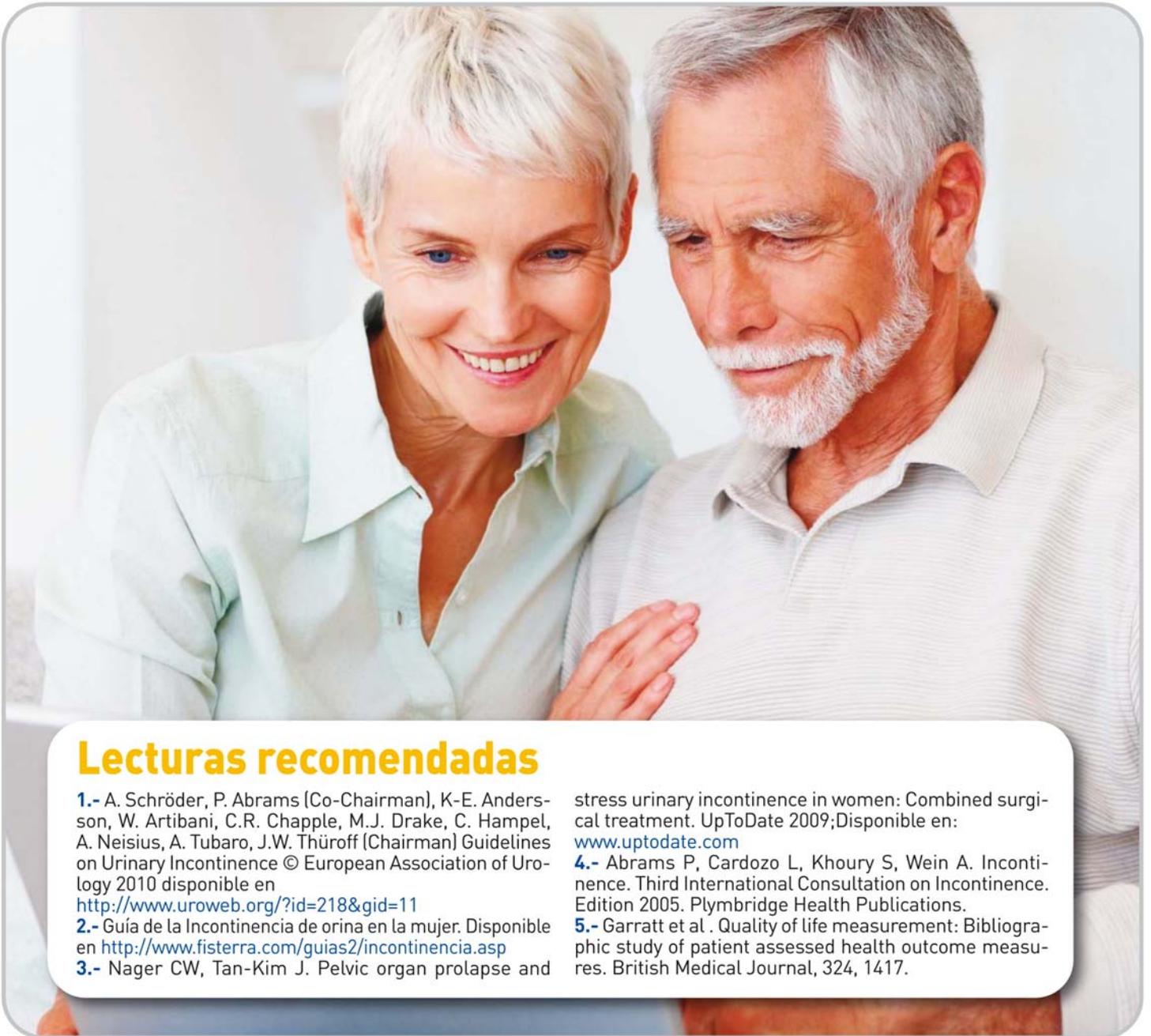
### Versión española del King 's Health Questionnaire

¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad? (Por favor, marque una respuesta)

- Muy bueno. ....  0  
Bueno. ....  1  
Regular. ....  2  
Malo. ....  3  
Muy malo. ....  4

¿Hasta que punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida? (Por favor, marque una respuesta)

- En absoluto. ....  0  
Un poco. ....  1  
Moderadamente. ....  2  
Mucho. ....  3



## Lecturas recomendadas

- 1.- A. Schröder, P. Abrams (Co-Chairman), K-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro, J.W. Thüroff (Chairman) Guidelines on Urinary Incontinence © European Association of Urology 2010 disponible en <http://www.uroweb.org/?id=218&gid=11>
- 2.- Guía de la Incontinencia de orina en la mujer. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/incontinencia.asp>
- 3.- Nager CW, Tan-Kim J. Pelvic organ prolapse and

- stress urinary incontinence in women: Combined surgical treatment. UpToDate 2009; Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 4.- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. Third International Consultation on Incontinence. Edition 2005. Plymbridge Health Publications.
- 5.- Garratt et al . Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. British Medical Journal, 324, 1417.



Observatorio Nacional  
de la Incontinencia

[www.observatoriodelaincontinencia.es](http://www.observatoriodelaincontinencia.es)