

# INCONTINENCIA URINARIA (IU)

**⚠️ DERIVAR AL ESPECIALISTA**  
 Si asocia: dolor, hematuria, disfunción de vaciado, IQ de IU o pélvicas previas, RT pélvica previa, enfermedad NRL, ITUS de repetición...

**DEFINICIÓN:** pérdida involuntaria de orina.

- **ESFUERZO (IUE):** asociada a una actividad física.
- **URGENCIA (IIU):** asociada a un deseo urgente e imperioso de orinar.
- **MIXTA (IUM):** componente de IUE e IIU.
- **OTRAS:** rebosamiento, funcional, continua (fístula, ectopia ureteral), nocturna...

	FISIOPATOLOGÍA	EPIDEMIOLOGÍA (>65a)	ETIOLOGÍA
IUE	Lesión o debilidad del esfínter urinario o musculatura del suelo pélvico (MSP).	 <b>30-50%</b>	Embarazo, parto, obesidad, edad, menopausia, cirugía ginecológica (ej. histerectomía)...
		 <b>&lt;10%</b>	IQ prostática, RDT pélvica
IIU	Contracción involuntaria del detrusor vesical.	 <b>10-20%</b>	VH o HD (*): Neurológica, secundaria a obstrucción infravesical crónica (ej. HBP, estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica), idiopática.
		 <b>15-50%</b>	

(\*):VH: Vejiga hiperactiva (Dx clínico). HD: Hiperactividad del detrusor (Dx EUD).

## DIAGNÓSTICO

- **HISTORIA CLÍNICA:** tipo de IU, aparición y duración, antecedentes patológicos/quirúrgicos, fármacos...
- **CUESTIONARIOS VALIDADOS:** para establecer la severidad y monitorizar los síntomas (ej. ICIQ-IU).
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** tacto rectal, signos de atrofia vaginal, prolapso órganos pélvicos (POP), fuerza de la MSP, exploración neurológica básica, test de esfuerzo, test de Bonney, test Q-tip.
- **URO CULTIVO:** descartar ITU.
- **DIARIO MICCIONAL (3 DÍAS):** nos proporciona información sobre la ingesta de líquidos, los tiempos de micción, volúmenes miccionales, los episodios de incontinencia, el uso de compresas, el grado de urgencia y el grado de IU.
- **PAD-TEST:** nos permite cuantificar pérdidas.
- **ECOGRAFÍA RENOVESICAL:** No rutinaria. Puede dar información sobre VP, UHN, RPM, movilidad uretral, POP...
- **URETROCISTOSCOPIA:** No rutinario. Puede descartar tumor vesical, evidenciar estenosis uretral, mallas extruidas...
- **URODINAMIA:** siempre que influya en el tratamiento. En IUE no complicada no hace falta.

TRATAMIENTO	IUE	IIU
<b>Conservador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivos de absorción</li> <li>- Pérdida de peso</li> <li>- Dispositivos de contención: pinzas / pesarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivos de absorción</li> <li>- Entrenamiento y re-educación vesical</li> </ul>
<b>Físico</b>	Rehabilitación de MSP	Estimulación del tibial posterior
<b>Farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duloxetina (↑ efectos secundarios)</li> <li>- Oestrógenos vaginales: post-menopáusicas con atrofia vaginal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antimuscarínicos y/o β<sub>3</sub> agonistas</li> <li>- Toxina botulínica intravesical</li> </ul>
<b>Quirúrgico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bulking agents</li> <li>- Bandas suburetrales</li> <li>-  Banda autóloga fascial y colposuspensión</li> <li>- Esfínter urinario artificial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neuromodulación sacra</li> <li>- Cistoplastia de aumento</li> <li>- Derivación urinaria</li> </ul>

**IUM:** iniciar el tratamiento según la clínica que más impacte en la calidad de vida del paciente