

Incontinencia urinaria

Punto Farmacológico



SUMARIO

I. Resumen ejecutivo

II. Introducción. Definición y clasificación

III. Aspectos fisiopatológicos

IV. Aspectos clínicos

- Niñez
- Edad adulta
- Personas de edad avanzada
- Diagnóstico

V. Tratamiento

- Tratamiento farmacológico
- Productos sanitarios
- Tratamiento psicoterapéutico y rehabilitador
- Tratamiento quirúrgico
- Perspectivas de futuro

VI. El papel asistencial del farmacéutico

VII. Bibliografía

RESUMEN EJECUTIVO

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina derivada de alteraciones funcionales, anatómicas, hormonales o ambientales que comprometen de forma persistente la calidad de vida de quienes la padecen.

A pesar de afectar a entre el 4 % y el 7 % de la población, continúa siendo un trastorno asociado a un fuerte infradiagnóstico e infratratamiento. La vergüenza, el miedo a la estigmatización y el aislamiento social siguen actuando como barreras que alejan a los pacientes –especialmente mujeres y personas mayores– de una atención que existe y que es eficaz.

Con el objetivo de visibilizar este problema de salud y promover la concienciación social, cada mes de junio se celebra la **Semana Mundial de la Continencia**.

Un trastorno con múltiples manifestaciones

La IU no es una condición única. Se distinguen cuatro tipos principales según su origen etiológico:

- la incontinencia de esfuerzo, asociada al fallo del suelo pélvico ante aumentos de presión intraabdominal;
- la incontinencia de urgencia, provocada por contracciones involuntarias de la vejiga –conocida como vejiga hiperactiva–;
- la incontinencia mixta, que los dos anteriores mecanismos;
- y la incontinencia funcional, ligada a limitaciones físicas o cognitivas que impiden al paciente llegar al baño a tiempo.

Su presentación varía también según el momento vital:

- En el embarazo, los cambios mecánicos y hormonales favorecen su aparición, con riesgo de persistencia en el posparto.
- En personas mayores se comporta como un síndrome geriátrico complejo, influido por la fragilidad, la polimedicación o el deterioro cognitivo.
- En el varón, la hiperplasia benigna de próstata puede originar tanto síntomas de urgencia como dificultades de vaciado.

Un problema tratable con abordaje integral

El tratamiento debe adaptarse al tipo de incontinencia y al perfil de cada persona. La rehabilitación del suelo pélvico y el entrenamiento vesical constituyen la primera línea de intervención. Cuando está indicado, el tratamiento farmacológico –principalmente antimuscarínicos y agonistas β 3-adrenérgicos en el caso de la vejiga hiperactiva– puede complementar el abordaje, siempre con una valoración individualizada de su idoneidad y tolerabilidad.

Los productos absorbentes son una herramienta de apoyo útil, cuya efectividad depende de una elección adecuada al patrón y la intensidad de las pérdidas.

La dimensión emocional y educativa es parte inseparable del tratamiento: la ansiedad anticipatoria, el abandono de la actividad física y la evitación social son consecuencias frecuentes que deben abordarse de forma activa.

El farmacéutico, aliado en la detección y en la mejora de la calidad de vida

Por su cercanía y accesibilidad, el farmacéutico comunitario desempeña un papel fundamental: contribuye a la educación sanitaria, facilita la detección temprana de los síntomas y ayuda a reducir el estigma que aún rodea a esta condición.

INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La **incontinencia urinaria** (en adelante, IU), entendida como la pérdida involuntaria de orina, es un trastorno de origen multifactorial, en cuya aparición pueden intervenir diferentes alteraciones funcionales, anatómicas, hormonales y del sistema nervioso, condicionando de manera persistente el funcionamiento normal de las actividades diarias y la calidad de vida de las personas afectadas. En la Encuesta Nacional de Salud de España de 2023 (Ministerio de Sanidad, 2023), el Ministerio de Sanidad estimó que el 4,82 % de la población española de más de 15 años sufría IU diagnosticada por un médico; es decir, aproximadamente 2 millones de personas en nuestro país.

No obstante, el 6,06 % de los encuestados afirma sufrirla pese a no haber sido diagnosticados por un médico, lo que ilustra el marcado espacio existente entre la percepción del síntoma y su reconocimiento. Además, si se pone el foco en la edad, se observa que entre los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años un 1,03 % de los encuestados sufre IU, incrementándose al 3,38 % en la franja de 25 a 64 años y al 16,12 % en la de 65 y más años.

Es destacable que las mujeres sufren IU significativamente más que los hombres, con una prevalencia total de 4,1 % en hombres vs. 7,9 % en mujeres; si se discrimina por grupos de edad, pese a que la prevalencia pueda ser similar en la franja de 15 a 24 años, destaca que, en el grupo de 25 a 64 años, esta prevalencia aumenta a más del doble en mujeres con un 4,6 % vs. 2,1 % en hombres, seguido de la franja de más de 65 años, con un 18,6 % vs. 13,0 %, respectivamente. Este informe no ofrece mayor desagregación por grupos de edad, pero distintos estudios de prevalencia han puesto de manifiesto un incremento muy acusado de la incontinencia urinaria en las personas de mayor edad, pudiéndose estimar que en mujeres de 85 o más años o institucionalizadas, la prevalencia puede alcanzar el 80 % (Jerez-Roig *et al.*, 2024).

La incontinencia en lactantes o bebés no se considera IU en el sentido habitual, ya que no se ha adquirido aún el control vesical –esto se produce usualmente entre los 2 a 3 años–. Por ello, únicamente empieza a valorarse como un problema cuando ya debería existir control de

esfínteres tras la valoración de un pediatra. En el caso de la enuresis nocturna –pérdida de orina durante el sueño–, se considera patológica a partir de los 5 años.

Pese a estas cifras de prevalencia, se estima que la IU mantiene altas tasas de infradiagnóstico e infratratamiento, y hasta dos tercios de las personas no comunica los síntomas a un profesional sanitario. Este problema se agrava en mujeres y ancianos, ya que se acompaña de una mayor vergüenza, miedo a la estigmatización, aislamiento y considerable aumento de la prevalencia de la incidencia de depresión.

Desde el punto de vista económico, la carga económica es muy visible en el consumo de productos sanitarios. En el informe Anual del Sistema Nacional Sanitario (en adelante, SNS) de 2024, los absorbentes para la incontinencia urinaria financiados fueron el producto sanitario de mayor consumo e importe dispensado en la farmacia comunitaria, con 12,4 millones de envases y 455,6 millones de euros ese año, frente a los 27,1 millones de envases y 753,6 millones de euros registrados para el conjunto de productos sanitarios financiados. En términos relativos, se corresponde al 45,7 % de los envases y el 60,4 % del importe total, lo que pone de manifiesto su peso dentro de la prestación farmacéutica del SNS (Ministerio de Sanidad, 2025).

Con respecto a la clasificación de la IU, es posible diferenciarla desde 4 grandes fenotipos predominantes:

- **IU por esfuerzo (IUE):** se define como la pérdida involuntaria de orina que aparece al realizar esfuerzos que incrementan la presión intraabdominal, como toser, estornudar reír, correr o levantar peso. Su base fisiopatológica se encuentra en el fracaso de los mecanismos que mantienen el cierre uretral cuando se incrementa la presión abdominal, ya que la continencia depende de que la uretra y sus estructuras de sostén resistan dicho aumento de presión. Usualmente se suelen señalar dos mecanismos principales que lo explican: la hipermovilidad uretral, ligada a la

debilidad muscular del suelo pélvico¹ o por un déficit esfinteriano intrínseco, en el que el esfínter uretral no genera una presión de cierre suficiente. Los factores de riesgo asociados a este tipo de incontinencia son la edad, el IMC (índice de masa corporal), el embarazo y el parto vaginal.

- **IU de urgencia (IUU):** se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo brusco, intenso y muy difícilmente posponible de orinar. Se caracteriza por un aumento de la frecuencia urinaria, nicturia y episodios de escape antes de llegar al inodoro. Está relacionado con la vejiga hiperactiva (VH, a partir de ahora) aunque no es idéntica a ella, ya que la VH constituye un síndrome clínico definido por urgencia miccional, aislada o en combinación con IUU. Sin embargo, muchos de los casos de este tipo de incontinencia se engloban dentro de la vejiga hiperactiva idiopática. Este tipo de incontinencia se asocia a una alteración en la fase de llenado vesical, con contracciones involuntarias del detrusor o hipersensibilidad vesical, consiguiendo condicionar la urgencia miccional.
- **IU mixta (IUM):** se define como la incontinencia en la que coexisten síntomas de IUE y de IUU simultáneamente, por lo que se presentan pérdidas de orina tanto en relación con actividades que aumentan la presión intraabdominal como asociadas al deseo brusco de orinar. Se trata del tipo de incontinencia más predominante en mujeres de más de 50 años, planteando un abordaje y un manejo más complejo que en los anteriores casos.
- **IU funcional (IUF):** este tipo de incontinencia se relaciona con la imposibilidad de llegar al inodoro a tiempo debido a limitaciones físicas o cognitivas, sin que exista una alteración fisiopatológica de mecanismos esfinterianos o vesicales,

por lo que se recoge en una categoría de IU asociada a discapacidad. Es de especial importancia en ancianos con deterioro funcional o cognitivo y asociado a otras enfermedades de base como el alzhéimer o la enfermedad de Parkinson.

Además de estos cuatro fenotipos clásicos de IU, existen otros menos frecuentes que no todas las guías reconocen, como **IU por rebosamiento** –caracterizada por pérdida asociada a una sobredistensión vesical secundaria a la retención urinaria, normalmente debido a que la vejiga no consigue vaciarse adecuadamente como consecuencia de una obstrucción del tracto urinario o una alteración neurológica o funcional del detrusor, lo que origina una incontinencia en forma de goteo continuo– e **IU extrauretral**, que hace referencia a la pérdida continua de orina a través de una vía diferente a la uretra, como uréteres ectópicos (anomalía genética) o fístulas urinarias² (secundarias a radioterapia o posquirúrgicas usualmente).

Además, en geriatría sigue siendo útil separar la IU transitoria –reversible, de inicio brusco y ligada a otras patologías, como infección, vaginitis o uretritis– de la IU establecida o persistente.

Por otra parte, conviene diferenciar entre cuadros en los que la IU se explica por la presencia de una enfermedad del sistema nervioso y aquellos en los que no existe este tipo de causa subyacente. Esta distinción no describe el tipo clínico de pérdida –IUE, IUU, IUM, entre otros–, ya que estos subtipos pueden aparecer tanto en cuadros neurógenos como no neurógenos. Así, se habla de vejiga o disfunción neurógena cuando existe una enfermedad del sistema nervioso responsable de alterar el control vesical, esfinteriano o del vaciado –ictus, enfermedad de Parkinson, lesión medular, esclerosis múltiple, entre otras–, y de cuadros no neurógenos cuando no existe este tipo de enfermedad que explique la IU, como ocurre en situaciones relacionadas con embarazo, parto, obesidad, menopausia, práctica deportiva o cambios del suelo pélvico. Esta diferenciación

¹ El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos que se encuentran en la base de la pelvis que sostienen la vejiga, el útero y el recto, ya que retienen las vísceras del abdomen y pelvis. Su debilidad se refiere a una pérdida de tono o capacidad muscular, provocando una distensión visceral.

² Las fístulas urinarias son comunicaciones anómalas entre una parte del aparato urinario y otro órgano o la piel. Las más comunes son las fístulas vesicovaginales y ureterovaginales.

resulta relevante porque una misma forma clínica de IU puede tener un origen neurógeno o no neurógeno, lo que modifica la evaluación, el pronóstico y el abordaje clínico posterior.

La IU no es problema reciente, aunque su abordaje clínico sí que ha cambiado de forma profunda a lo largo de los siglos. Ya aparecen referencias a trastornos urinarios en escritos sumerios (año 2000 a. C.). Sin embargo, el documento más antiguo que se relaciona con la IU es el papiro de Edwin Smith (años 1580–1320 a. C.) que describe la parálisis vesical tras un traumatismo medular. Más tarde, en el renacimiento, la obra de Leonardo da Vinci sobre la anatomía y fisiología humana ilustró aspectos de la micción como mecanismos antirreflujo y esfinterianos, por lo que se le considera el primer dibujante urológico moderno. No se empezó a desarrollar la comprensión clínica y tratamiento de la IU hasta el final del siglo XIX, cuando los investigadores más reconocidos en el campo de la fisiología vesical, A. Mosso y E. Pellacani, desarrollaron un método para monitorizar los cambios volumétricos en la vejiga, descubriendo que el tono muscular puede adaptarse a volúmenes crecientes de orina sin aumentar la presión, investigando además la influencia de diferentes drogas en la actividad vesical (Clemente *et al.*, 2000).

No hay que olvidar que el **impacto en la vida diaria** de la IU es alto en los pacientes que la sufren, no solo limitándose al síntoma físico, sino afectando de forma directa a la autoestima, la autonomía, la vida sexual, la actividad cotidiana, las relaciones sociales e incluso al ámbito laboral. Como se venía diciendo, se trata de una condición infradiagnosticada por el pudor del paciente, el estigma social provocado y la falsa creencia de que forma parte inherente del proceso de envejecimiento. Esta invisibilización de muchas personas que la sufren favorece el ocultamiento del problema y usualmente se traduce en la dependencia progresiva, no repercutiendo únicamente en la persona que la padece, sino también en su entorno familiar y cuidadores, provocando que sea una de las causas principales de institucionalización de personas ancianas (Baena *et al.*, 2017).

A todo ello se añaden costes económicos e intangibles, como las pérdidas de productividad, los costes directos e indirectos de la condición y la estigmatización o discriminación en el ámbito personal y laboral, siendo necesario su trato como un problema sociosanitario de primer orden.

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

El tracto urinario inferior está constituido por la vejiga y la uretra, que actúan como una unidad funcional encargada del almacenamiento y la expulsión de la orina.

La vejiga es una estructura muscular deformable, con forma de pera, encargada del almacenamiento y expulsión de orina, con una estructura histológica similar a la de los uréteres, con una capacidad promedio de entre 300-500 ml. Su histología está formada por tres capas: urotelio interno, como capa impermeable; lámina propia intermedia, formada por fibroblastos y vascularizada; y capa muscular o músculo detrusor, formada por músculo liso.

La uretra comienza en el cuello vesical (parte inferior anatómica de la vejiga) y finaliza en el meato urinario externo. Por sus características, su longitud es variable entre mujeres (3,5 a 5 cm) y hombres (18 a 20 cm) debido a que el meato masculino se encuentra en el pene. Muestra un sistema esfinteriano formado por dos componentes:

- Esfínter uretral interno: con musculatura lisa, por lo que se contrae de forma involuntaria.
- Esfínter uretral externo: con musculatura estriada susceptible a la contracción voluntaria.

La coordinación de ambos esfínteres es de especial importancia para la continencia urinaria.

Desde un punto de vista neurofisiológico, la micción depende de los sistemas nerviosos simpático, parasimpático y somático, coordinados mediante circuitos aferentes y eferentes que conectan la vejiga y la uretra con la médula espinal y los centros cerebrales:

- **Sistema simpático:** se origina en la médula dorsolumbar entre T10 y L2 y actúa a través del nervio hipogástrico. Favorece la fase de almacenamiento mediante la contracción del músculo liso uretral y cuello vesical por la activación de receptores α 1-adrenérgicos y la relajación del músculo detrusor mediante receptores β 3-adrenérgicos, empleando la noradrenalina como principal neurotransmisor.
- **Sistema parasimpático:** se origina en segmentos sacros S2-S4, actuando a través del nervio pélvico. Favorece el vaciado vesical mediante la contracción del detrusor a través de receptor colinérgico de los receptores muscarínicos M2 y M3. Además, interviene en la relajación del músculo liso uretral, un mecanismo en el que participan tanto receptores purinérgicos como el óxido nítrico.
- **Sistema somático:** comparte el mismo origen sacro S2-S4 que el sistema parasimpático, y alcanza el esfínter uretral externo a través del nervio pudendo. A diferencia de los anteriores, su control es voluntario: actúa sobre receptores nicotínicos y permite contraer el esfínter de forma consciente, contribuyendo así a la fase de llenado.

En términos prácticos, durante el llenado vesical predomina la actividad simpática: el detrusor permanece relajado y los esfínteres se mantienen cerrados. Cuando llega el momento del vaciado, toma el relevo el sistema parasimpático –y en parte el somático–, coordinando la contracción de la vejiga con la apertura uretral de forma sincronizada.

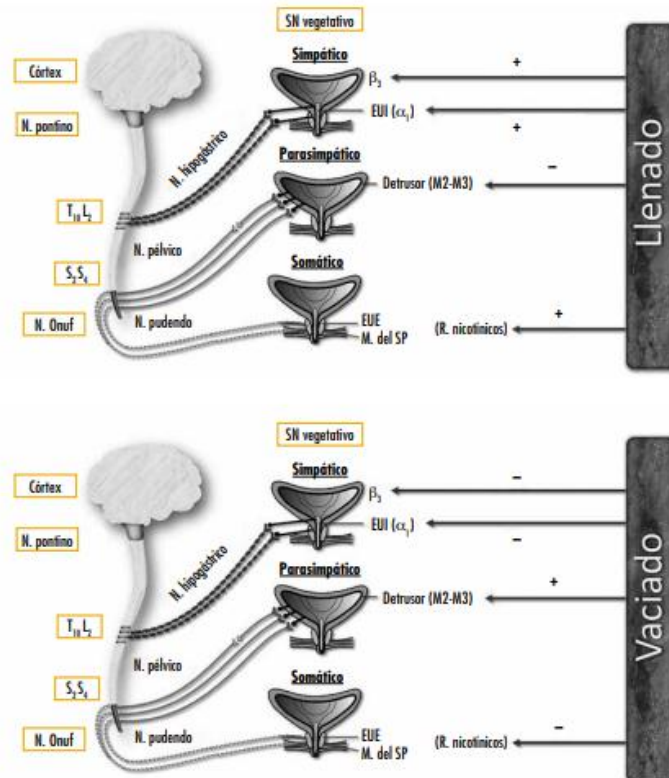


Figura 1. Control neurofisiológico del tracto urinario inferior durante las fases de llenado y vaciado vesical. Tomada de (Crespo et al., 2014).

+: estimulación o activación; -: inhibición; α_1 : receptores alfa-1 adrenérgicos; β_3 : receptores β_3 -adrenérgicos; EUE: esfínter uretral externo; EUI: esfínter uretral interno; M. del SP: musculatura del suelo pélvico; M2-M3: receptores muscarínicos M2 y M3; N. hipogástrico: nervio hipogástrico; N. Onuf: núcleo de Onuf; N. pélvico: nervio pélvico; N. pontino: núcleo pontino de la micción; N. pudendo: nervio pudendo; R. nicotínicos: receptores nicotínicos; S2-S4: segmentos sacros segundo a cuarto; SN: sistema nervioso; T11-L2: segmentos toracolumbares undécimo torácico a segundo lumbar.

La continencia urinaria no solo depende del correcto funcionamiento del sistema nervioso, sino de una correcta integridad anatómica y funcional de la vejiga, uretra, esfínteres y suelo pélvico.

En esta línea, el **suelo pélvico** (nombre que designa al conjunto de músculos que sostienen la uretra y la vejiga, entre los que se encuentran la musculatura urogenital y el músculo elevador del ano), juega un papel esencial en el soporte de la vejiga y la uretra, así como en el mantenimiento del cierre uretral, especialmente durante los aumentos de presión abdominal. Por ello, su debilitamiento puede favorecer el fallo de este soporte, lo que puede provocar alteraciones del mecanismo de continencia, aumentando el riesgo de pérdidas urinarias.

La IU, o el fallo de la continencia de orina, aparece cuando alguno de estos mecanismos se ve alterado, ya sea debido al fallo de los mecanismos de soporte pélvico o cierre uretral, por trastornos del llenado vesical o alteraciones del sistema nervioso que afecten al control de la micción. En función del mecanismo alterado que origine la IU, esta puede clasificarse en los distintos fenotipos descritos previamente. Sin embargo, la pérdida involuntaria de orina no debe entenderse como un fenómeno único, sino como expresión clínica de distintos mecanismos fisiopatológicos. En términos urodinámicos, aparece cuando la presión intravesical supera la presión uretral, generando una presión de cierre insuficiente para evitar el escape urinario.

ASPECTOS CLÍNICOS

NIÑEZ

En un contexto pediátrico, la entidad dominante de incontinencia es la **enuresis**, definida como la pérdida involuntaria de orina en niños mayores de 5 años sin otra patología del tracto urinario. Se puede clasificar según el momento del día en el que aparece, tratándose como enuresis diurna si se produce durante el día o enuresis nocturna, cuando se produce en la vigilia, mucho más prevalente.

Los estudios epidemiológicos han permitido conocer que la prevalencia de la enuresis es elevada en los primeros años, con un descenso rápido desde los 5 hasta los 7-9 años por curación espontánea. Asimismo, la enuresis primaria (el niño no ha permanecido seco durante toda la noche de forma consecutiva por más de seis meses) es más prevalente que la enuresis secundaria (el niño ha tenido un periodo de, al menos, seis meses de sequedad nocturna y vuelve a mojar la cama). Por otra parte, las **comorbilidades** asociadas son más frecuentes en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), obesidad, apnea obstructiva del sueño grave y retraso escolar. Asimismo, el estreñimiento crónico se reconoce cada vez más como una comorbilidad relevante en este contexto (Úbeda *et al.*, 2021).

Aunque existe una remisión espontánea anual alta, el impacto psicológico del infante causado por la enuresis –baja autoestima, estigmatización, interferencia con actividades sociales como dormir fuera de casa– justifica una actividad proactiva con intención curativa.

La fisiopatología combina tres factores que podrían explicar la enuresis: la poliuria nocturna por déficit relativo de vasopresina, capacidad vesical reducida y elevado umbral de despertar. Por otro lado, el abordaje diagnóstico desde la atención primaria incluye el diario miccional, descartar infecciones de orina y valorar las comorbilidades.

El **tratamiento** de la enuresis nocturna monosintomática, entendida como la enuresis sin síntomas diurnos del tracto urinario y que sugieran patología neurológica o urológica de base, según los algoritmos de la AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) consiste en (Úbeda *et al.*, 2019):

- Primera línea: medidas conductuales y educativas como la restricción de líquidos por la tarde, micción antes de acostarse y calendario conductual con refuerzo positivo de noches secas.

El tratamiento de elección y el que presenta una mayor tasa de éxito terapéutico es la alarma de enuresis, un dispositivo electrónico provisto de un sensor de humedad que, al detectar la micción, activa una señal acústica, vibratoria o luminosa para despertar al niño. Salvo excepciones, cuando se busca curación, es el tratamiento más eficaz en pacientes y familiares con motivación. Sin embargo, está desaconsejado en familias desestructuradas, padres faltos de motivación o niños con comorbilidades psiquiátricas como el TDAH.

- El tratamiento farmacológico de primera línea es la desmopresina oral al acostarse; actúa reduciendo la diuresis nocturna y muestra una respuesta rápida, pero con tasas de recaída superiores a la alarma. Es útil en situaciones puntuales como campamentos o viajes o si el objetivo es la sequedad a corto plazo. Es importante restringir la ingesta de líquidos durante la noche (desde una hora antes de tomarla) para evitar el riesgo de hiponatremia.
- Otros tratamientos farmacológicos incluyen la oxibutinina, especialmente cuando la enuresis se asocia a síntomas precoces de vejiga hiperactiva, y la imipramina en casos refractarios. No obstante, siempre se prioriza la terapia conductual, ya que evita los eventos adversos asociados a los medicamentos y se asocia con una menor tasa de recaídas.

EDAD ADULTA

La **mujer adulta** concentra una alta carga de IU en la sociedad, ya que, pese a que el 4,61 % de las mujeres de mediana edad la tenga diagnosticada por un médico, se estima que en la etapa de climaterio (alrededor de los 50 años), la

prevalencia se sitúa en torno al 15 %. El tipo más frecuente es la IUE, seguida por la mixta y la de urgencia (ALiNUR, 2025).

Los **principales determinantes** son la paridad –haber dado a luz–, la episiotomía, el déficit estrogénico, la obesidad, la cirugía pélvica y el parto vaginal y posparto, destacándose este último, ya que se estima que una de cada cuatro mujeres la sufren durante el primer año de posparto y un 10–20 % de ellas siguen experimentando síntomas hasta cinco años después.

IU y deporte

La IU en mujeres deportistas es un fenómeno documentado desde hace décadas, aunque frecuentemente minimizado por el entorno deportivo y las propias atletas. Su prevalencia varía ampliamente entre estudios, por modalidad deportiva, edad, nivel competitivo y definición o instrumento de medida empleado. En concreto, en una reciente revisión paraguas con metaanálisis, que incluyó 14 revisiones sistemáticas y 32 estudios primarios con 4649 deportistas adultas (Domínguez-Pérez *et al.*, 2026), se estimó una prevalencia global próxima al 39 % (IC₉₅ %: 33 a 46), pero con una marcada heterogeneidad por los diferentes estudios y métodos. En dicho análisis, el factor más consistente con el incremento de la IU no fue una categoría deportiva aislada, sino el volumen semanal de entrenamiento, con un incremento aproximado del 6 % en la probabilidad de IU por cada hora adicional de práctica semanal.

En un estudio transversal español con cuestionarios (Rodríguez-López *et al.*, 2022) en atletas de élite de campo y pista se halló que el 51,7 % de las atletas presentó IU, siendo el 64,4 % de los casos de IUE. Además, entre las mujeres que ya tenían IU según el cuestionario, el 78,0 % refirió haber tenido pérdidas durante el entrenamiento e incluso, entre las mujeres que el cuestionario no clasificaba como incontinentes, un 24,6 % refirió escapes durante la práctica deportiva. Estos datos señalan que la **IU en la mujer deportista puede estar infradiagnosticada**, especialmente cuando las pérdidas se limitan al entrenamiento o son normalizadas dentro del rendimiento deportivo.

En cuanto al tipo de actividad, la mayor frecuencia se ha descrito en deportes con

impactos repetidos, saltos, aterrizados, cambios bruscos de dirección o aumentos de la presión abdominal de forma mantenida como la gimnasia artística, atletismo (especialmente las disciplinas de salto), baloncesto, *crossfit* o levantamiento de peso, asociados en la mayoría de los casos a IUE.

No obstante, no debe interpretarse que el deporte sea perjudicial en sí mismo, sino que determinadas cargas mecánicas pueden superar la capacidad funcional del suelo pélvico cuando no exista una adecuada fuerza, coordinación, resistencia o recuperación.

IU y embarazo

Durante la gestación, se producen cambios anatómicos, mecánicos y hormonales que favorecen la aparición de **IU gestacional**, cuya prevalencia tiende a aumentar conforme avanzan las semanas de gestación. En una revisión sistemática y metaanálisis, la prevalencia media ponderada de IU durante el embarazo fue del 41 % de los casos –con amplia variabilidad entre estudios, entre el 9 % al 75 %, atribuible a diferencias diagnósticas, trimestre evaluado y criterios de inclusión y medida–, describiéndose un aumento progresivo de la prevalencia con la edad gestacional y con predominio de la IUE, representando alrededor del 63 % de los casos (Moosdorff *et al.*, 2021). El aumento progresivo del volumen uterino, incremento ponderal y la mayor presión intraabdominal elevan la carga sobre los órganos relacionados con la IU como la vejiga, la uretra y las estructuras de soporte del suelo pélvico. En este contexto, pequeños aumentos de presión abdominal –como tos, risa, ejercicio– pueden superar la capacidad de cierre uretral.

En lo que respecta al **suelo pélvico**, la explicación de la IUE gestacional está directamente relacionada por una sobrecarga progresiva del sistema vesicouretral debido al aumento de carga mecánica mantenida, cambios posturales y el incremento de la presión uretral y cambios en el área hiatal, además de la menor fuerza y grosor del tejido del suelo. Así, los cambios hormonales típicos del embarazo pueden contribuir a la alteración funcional del soporte pélvico, ya que la progesterona y la relaxina se han relacionado con modificaciones del tejido conectivo y la laxitud ligamentosa, que favorecen la adaptación de las estructuras para el embarazo y el parto.

La **relevancia clínica** de la IU gestacional no debe minimizarse. El 26 % de las mujeres con IU refiere pérdidas diarias y el 40 % pérdidas mensuales con una molestia que varía de leve a moderada (Moossdorff *et al.*, 2021). Sin embargo, como ocurre de forma general con la incontinencia urinaria, los síntomas durante el embarazo tienden a normalizarse, lo que favorece el infradiagnóstico y puede limitar la identificación de su impacto funcional, emocional y social en la mujer gestante.

En el **posparto**, la IU puede persistir pese a la desaparición de la sobrecarga mecánica propia del embarazo, siendo la IU gestacional uno de los factores más consistentes asociados y manteniéndose la IUE como el subtipo más frecuente, al igual que en el embarazo, especialmente tras el parto vaginal, aunque la IUU también puede mantenerse en algunas mujeres. Sin embargo, en su persistencia interfieren otros factores como IU previa a la gestación, IMC elevado, la edad materna, estreñimiento, diabetes, tabaquismo y disfunción del suelo pélvico antes o durante la gestación.

IU por vejiga hiperactiva

La VH es un trastorno del sistema urinario en el que el **músculo vesical se contrae de una forma involuntaria**, provocando la necesidad repentina y frecuente de orinar, a pesar de que el órgano no esté lleno. Por ello, cursa con síntomas de urgencia y aumento de la frecuencia diurna y nocturna en ausencia de infección urinaria u otra causa aparente. Sin embargo, no todas las personas con VH presentan IU: la forma denominada **“húmeda”** es la que se acompaña de escapes, mientras que la forma **“seca”** cursa con urgencia y frecuencia sin pérdida de orina. Por tanto, actualmente la VH constituye un síndrome clínico definido por urgencia miccional, aislada o en combinación con IUU.

La IU asociada a VH o **“húmeda”** se corresponde fundamentalmente con la IUU, caracterizada por pérdidas involuntarias de orina precedidas o acompañadas de un deseo miccional súbito, intenso y difícil de posponer

En la edad adulta, la **VH afecta tanto a mujeres como a hombres**, aunque con perfiles clínicos parcialmente distintos. En mujeres adultas, la IUU puede aparecer aislada o coexistir con

incontinencia de esfuerzo, dando lugar a cuadros de IUM, siendo modulada por factores como haber dado a luz, los antecedentes obstétricos, el sobrepeso, el estreñimiento y los cambios urogenitales asociados a la menopausia. En hombres adultos, la urgencia, la frecuencia y la nocturia suelen integrarse dentro de los síntomas del tracto urinario inferior, con frecuente coexistencia de **patología prostática**. No obstante, la presencia de síntomas prostáticos no excluye la existencia de una VH, ya que los síntomas de almacenamiento pueden depender también de cambios propios del detrusor o de comorbilidades como diabetes o enfermedades del sistema nervioso.

La VH con IUU condiciona de forma directa la autonomía y la calidad de vida de una persona adulta, pudiendo limitar desplazamientos, actividad laboral, relaciones sociales, ejercicio físico y descanso nocturno. Además, como en otros tipos de IU, la IU provocada por VH tiende a estar infradiagnosticada, tanto por normalización de los síntomas como por vergüenza o reparo a la hora de acudir a la consulta.

Desde el punto de vista fisiopatológico, una de las teorías propuestas para explicar la VH –actualmente el mecanismo fisiopatológico de la VH no está totalmente dilucidado– es la teoría miogénica, según la cual durante el llenado existe actividad espontánea del músculo vesical independiente del parasimpático, manteniendo cierto tono y generando contracciones y relajaciones no sincronizadas, produciendo una salida continua de información sensorial hacia la médula y centros superiores, denominada ruido aferente. Sin embargo, debe presentarse únicamente como una hipótesis, no como una explicación cerrada del síndrome (Crespo *et al.*, 2014).

PERSONAS DE EDAD AVANZADA

La IU en personas mayores debe entenderse como un **síndrome geriátrico multifactorial**, no como una consecuencia inevitable del envejecimiento. En la ancianidad o la edad avanzada aumenta la debilidad del tracto urinario inferior, pero la pérdida involuntaria de orina suele aparecer por la combinación de alteraciones urológicas, deterioro funcional o cognitivo, fragilidad, estreñimiento, comorbilidad y efectos adversos relacionados con la polifarmacia. En muchos casos, el problema no reside

solo en la vejiga o en la uretra, sino en la dificultad para llegar a tiempo al baño, reconocer la necesidad miccional, pedir ayuda, desplazarse con seguridad o retirarse la ropa con rapidez.

Esta perspectiva resulta especialmente relevante en personas mayores con **dependencia** o institucionalizadas. En estos casos, la continencia depende de la interacción entre función vesical, estado neurológico, movilidad y entorno. Una persona con síntomas leves de urgencia puede mantenerse continente si conserva la marcha, identifica la necesidad de orinar y dispone de un baño accesible, mientras que la misma situación clínica puede traducirse en incontinencia tras una fractura de cadera, un ingreso hospitalario, un deterioro funcional agudo o la introducción de un fármaco sedante.

La edad se asocia también con **cambios del tracto urinario inferior** que reducen la capacidad de compensación. Puede observarse menor capacidad vesical funcional, mayor frecuencia de contracciones involuntarias del detrusor, peor control de la urgencia, aumento de la nocturia y, en algunos pacientes, vaciamiento incompleto por menor contractilidad vesical o por obstrucción de salida. Por género, en mujeres ancianas también pueden añadirse factores como la pérdida de soporte uretral y pélvico, antecedentes obstétricos que conlleven un prolapso de órganos pélvicos y cambios urogenitales relacionados con el déficit estrogénico posmenopáusico. En hombres adquieren mayor peso la hiperplasia benigna de próstata (HBP), los antecedentes de cirugía prostática y la posible coexistencia de obstrucción de salida vesical e hiperactividad del detrusor (Olagunduye *et al.*, 2023).

En población institucionalizada, la IU alcanza cifras especialmente elevadas, donde **la IUF adquiere un papel central**. En un estudio multicéntrico realizado en residencias, con una edad media de 85,2 años, la prevalencia de IU fue del 76,5 % (Jerez *et al.*, 2024). El subtipo más frecuente fue la IUF, presente en el 45,5 % de los residentes, seguida de la IUU. Menos de la mitad recibía alguna estrategia conductual para el control de la IU, dato que refleja el abordaje aún insuficiente de este problema en entornos de alta vulnerabilidad.

La IUE sigue siendo frecuente en mujeres mayores, sobre todo en aquellas con antecedentes de partos vaginales, obesidad, cirugía pélvica, prolapso, déficit estrogénico urogenital o menor función del suelo pélvico. Como en las mujeres adultas, se manifiesta por pérdidas de orina asociadas a aumentos de presión abdominal, como tos, estornudos o risa. Sin embargo, en mujeres de esta edad no suele aparecer como un cuadro completamente aislado, combinándose usualmente con síntomas de urgencia, adoptando una presentación de IUM.

También debe considerarse la **IUR** (incontinencia urinaria por rebosamiento), especialmente en varones con hiperplasia benigna de próstata, pacientes con diabetes de larga evolución, neuropatía, estreñimiento severo, deterioro de la contractilidad vesical o tratamientos que favorecen la retención urinaria. Puede manifestarse como goteo continuo, sensación de vaciado incompleto, chorro débil, micción entrecortada, necesidad de esfuerzo, aumento del residuo posmiccional o episodios de retención. Identificar este subtipo es importante, ya que su interpretación clínica difiere de la IUU o IUE y obliga a valorar causas obstructivas, neurológicas o farmacológicas (Leslie *et al.*, 2024).

La IU en personas mayores no debe abordarse como un síntoma menor ni como una consecuencia esperable de la edad. Puede reflejar una alteración urológica, pero también pérdida de autonomía, fragilidad, deterioro cognitivo, estreñimiento, barreras ambientales o problemas relacionados con la medicación. Su evaluación exige ir más allá del tipo de pérdida urinaria e incorporar movilidad, estado cognitivo, capacidad para el aseo, comorbilidad y tratamientos concomitantes. Ese enfoque permite entender la IU como un problema geriátrico integral, con repercusión directa sobre la autonomía, la dignidad y la calidad de vida.

DIAGNÓSTICO

Desde el punto de vista clínico, el **proceso diagnóstico** puede estructurarse de acuerdo con las recomendaciones de la *International Continence Society* (ICS) (Abrams *et al.*, 2010; Cardozo *et al.*, 2023), atendiendo a su grado de recomendación, distinguiéndose entre medidas fuertemente recomendadas, recomendadas y opcionales, como se expone en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Proceso diagnóstico de la IU de acuerdo con las recomendaciones de la *International Continence Society*.

Grado de recomendación	Prueba	Descripción
Fuertemente recomendadas	Historia clínica	Recoge sintomatología, enfermedades, medicación, intervenciones quirúrgicas previas, actividad física, hábitos dietéticos, grado de independencia y capacidad cognitiva.
	Examen físico	Incluye exploración general, abdominal (masas, hernias, globo vesical), neurológica (reflejo bulbocavernoso y perianal), pelviana y prueba de esfuerzo con vejiga llena –de elección en sospecha de IUE–.
	Análisis de orina	Sedimento urinario y urocultivo.
Recomendadas	Diario miccional	Registra frecuencia de micciones, episodios de urgencia, pérdidas e ingesta de líquidos.
	Cuestionarios de calidad de vida	Especialmente el ICIQ-SF, que cuantifica la severidad de la incontinencia y su impacto en la vida diaria.
	Función renal	Valoración analítica de la función renal cuando el contexto clínico lo requiera.
	Flujometría	Mide el flujo urinario durante la micción.
	Residuo posmiccional	Estimación de la orina remanente en la vejiga tras orinar.
	Pruebas de imagen	Ecografía u otras técnicas, sobre todo si la IU se acompaña de hematuria, dolor renal, prolapso o residuo importante.
	Cistoscopia	Visualización endoscópica de vejiga y uretra, en el caso de sospechar tumor vesical o fístula.
Test urodinámicos	Evaluación funcional de vejiga y uretra durante el llenado y vaciado mediante sondas de presión. Se recomienda en caso de fallo terapéutico previo.	
Opcionales	Videourodinamia	Urodinamia convencional combinada con imágenes radiológicas simultáneas.
	Test del pañal o pad-test	Cuantifica la gravedad de la IU pesando pañales o compresas utilizados tras un intervalo de tiempo definido.
	Pruebas neurofisiológicas	Exploran la función neurológica relacionada con el control vesicoesfinteriano.
	Uretrocistografía	Estudio radiológico con contraste y rayos X para evaluar anatomía y función de la vejiga y uretra.
	TAC y RMN	Tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear.

El objetivo principal del diagnóstico será esclarecer qué tipo de IU tiene el paciente –ya que, según sea su clasificación, el tratamiento y la evaluación posterior serán diferentes– y calificar cómo está afectando a su calidad de vida.

Para evaluar la calidad de vida existen herramientas pragmáticas como el test de Sandvik – que evalúa la gravedad de la IU basándose únicamente en la frecuencia del escape y el volumen de orina se pierde cada vez– o el ICIQ-SF (Figura 2), además de escalas funcionales, cognitivas y de fragilidad cuando la paciente es mayor o dependiente, siendo especialmente operativas y útiles para atención primaria y farmacia comunitaria (Fuertes *et al.* 2025).

1. ¿Con qué frecuencia pierda orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca.....	0
Una vez a la semana.....	1
2-3 veces/semana.....	2
Una vez al día.....	3
Varias veces al día.....	4
Continuamente.....	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada.....	0
Muy poca cantidad.....	2
Una cantidad moderada.....	4
Mucha cantidad.....	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

Figura 2. Cuestionario ICIQ-SF. Tomada de (Fuertes *et al.*, 2025).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la IU debe individualizarse según el fenotipo y las características individuales de cada paciente. En este contexto, las medidas conservadoras y rehabilitadoras ocupan un lugar central, donde la rehabilitación del suelo pélvico o el entrenamiento vesical juegan un papel central por su eficacia y su seguridad en la remisión de los síntomas. La dimensión psicológica y educativa también debe tenerse en cuenta, ya que la IU puede generar problemas como ansiedad anticipatoria, evitación social y abandono de la actividad física, entre otros.

En cuanto a las medidas farmacológicas, no en todos los cuadros tienen un papel prioritario y debe valorarse cuidadosamente la idoneidad de uso en cada paciente candidato. Además, los productos sanitarios como los absorbentes u otras medidas ortoprotésicas ayudan al manejo de la IU.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico **no es la forma más extendida de tratamiento** de la IU más común, ni tampoco de primera línea. Por ello, se debe plantear de forma individualizada, atendiendo al tipo clínico predominante, la intensidad de los síntomas, la repercusión sobre la

calidad de vida, la edad, las comorbilidades y los tratamientos concomitantes.

No existe un abordaje farmacológico único para todas las formas de IU, ya que los mecanismos fisiopatológicos implicados difieren entre la incontinencia urinaria de urgencia, esfuerzo, mixta, funcional y otras secundarias, además de que el tratamiento entre hombres y mujeres suele variar también.

IUE

En la IUE, la farmacoterapia tiene muy poco peso terapéutico.

En mujeres, se reserva para pacientes que no han respondido a medidas conservadoras o conductuales y desean evitar un tratamiento invasivo: **duloxetina** ha demostrado mejorar gradualmente la IUE en mujeres; sin embargo, la probabilidad de curación –finalización de los síntomas genitourinarios– es relativamente baja y sus efectos adversos gastrointestinales –pérdida de apetito, diarrea, dolor de estómago– y del sistema nervioso central –insomnio, dolor de cabeza, visión borrosa– provocan abandonos relevantes (Maund *et al.*, 2017).

Además, en la casuística de mujeres posmenopáusicas, la guía contempla el **estrógeno**

vaginal cuando la IUE se acompaña de síntomas de atrofia vulvovaginal o síndrome genitourinario. Sin embargo, el beneficio es local y a corto plazo. Es importante recalcar que la terapia hormonal sistémica con estrógenos no está indicada para tal fin y puede empeorar una IU preexistente (EAU, 2026a).

En hombres también tiene un papel muy limitado. En algunos casos se utiliza la duloxetina tras prostatectomía a corto plazo para mejorar los síntomas, pero la tolerabilidad, al igual que en mujeres, es baja y la evidencia es heterogénea, por lo que se utiliza fuera de indicación, en Europa (EAU, 2026b).

IUU

En este tipo de IU, el tratamiento farmacológico tiene un mayor protagonismo, sobre todo cuando aparece en el **contexto de VH**.

Para esto, son ampliamente utilizados en la práctica clínica grupos terapéuticos como:

- **Antimuscarínicos:** son antagonistas de los receptores colinérgicos, presentes en el músculo liso del detrusor de la vejiga. Al bloquear estos receptores se produce la reducción de la contracción involuntaria del detrusor durante la fase de llenado. Por ello, mejoran los síntomas de VH y reducen los episodios de IUU, tanto de urgencia como en frecuencia, aumentando el volumen miccional medio frente a placebo (AEMPS, 2024). Sin embargo, el efecto es limitado, no considerándose ningún antimuscarínico claramente superior a otro en la eficacia de la reducción de los síntomas de VH/IUU. El gran inconveniente de este grupo terapéutico es su tolerabilidad, ya que sus frecuentes efectos adversos –estreñimiento, sequedad de boca, cefalea o sequedad ocular– dificultan la adherencia al tratamiento. Por ello, se prefieren las formulaciones de liberación prolongada y se recomienda revisar individualmente su eficacia y seguridad. Los fármacos antimuscarínicos con indicación en la IUU/VH disponibles en España son desfesoterodina, fesoterodina, flavoxato³,

oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina y el cloruro de trospio.

- **Agonistas β_3 -adrenérgicos:** la activación de los receptores β_3 del músculo liso del detrusor favorece la relajación vesical durante la fase de llenado. Por ello, su administración se ha relacionado con un aumento del volumen de la orina y una disminución de la frecuencia de contracciones no miccionales, sin que se vea afectada la presión de vaciamiento o el volumen de orina residual. Su uso está contraindicado en pacientes con hipertensión arterial grave no controlada, entendida como: PAS⁴ \geq 180 mmHg; PAD⁵ \geq 110 mmHg. Los fármacos comercializados de este grupo terapéutico son mirabegrón y vibegrón.

En un metaanálisis en red en el que se comparó mirabegrón con terapia antimuscarínica o tratamientos combinados para VH, incluyendo 64 ensayos clínicos (Kelleher *et al.*, 2018), mirabegrón mostró una eficacia superior a placebo y globalmente comparable a la mayoría de antimuscarínicos en frecuencia miccional, reduciendo \geq 50 % los episodios de incontinencia. Las excepciones principales fueron solifenacina 10 mg, que redujo más la frecuencia miccional que mirabegrón 50 mg (-0,37 micciones/día respecto a mirabegrón 50 mg; IC₉₅ %: -0,62 a -0,13) y la combinación de solifenacina 5 mg + mirabegrón 50 mg (-0,59 micciones/día respecto a mirabegrón 50 mg; IC₉₅ %: -0,87 a -0,30). Sin embargo, la seguridad y la tasa de eventos adversos fueron inferiores en el tratamiento con mirabegrón en monoterapia, con una incidencia menor de eventos secundarios como sequedad de boca, estreñimiento y retención urinaria.

³ Aunque se incluye entre los antiespasmódicos urinarios, el flavoxato presenta un perfil diferenciado respecto a los antimuscarínicos clásicos, con una acción predominantemente espasmolítica sobre el músculo liso vesical.

⁴ Presión arterial sistólica.

⁵ Presión arterial diastólica.

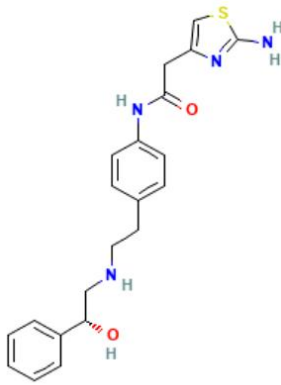


Figura 3. Estructura química de fesoterodina.

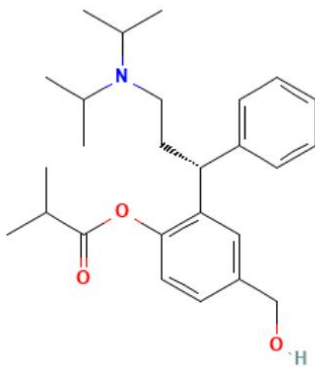


Figura 4. Estructura química de mirabegrón.

En casos en los que la VH o la IUU sean refractarias a tratamiento con antimuscarínicos y/o β_3 -adrenérgicos y otras medidas no farmacológicas, se valora el uso de **toxina botulínica tipo A**, que bloquea la liberación de acetilcolina a nivel de las terminaciones nerviosas colinérgicas, relajando el músculo detrusor. Se ha demostrado que la toxina mejora los síntomas y la calidad de vida frente a placebo, pero aumenta el riesgo de infección urinaria, el residuo posmiccional y la disfunción de vaciado, con posible necesidad de cateterismo intermitente (EAU, 2026a).

En el varón, la IUU puede aparecer en el contexto de síntomas del tracto urinario inferior asociados a **hiperplasia benigna de próstata (HBP)**⁶. En estos casos, el abordaje terapéutico no se dirige únicamente a la incontinencia, sino también al componente obstructivo prostático

y a los síntomas de vaciado que lo acompañan. Por ello, cuando predominan los síntomas de vaciado o sospecha de obstrucción prostática, los **α_1 -bloqueantes** –como tamsulosina, silodosina o doxazosina– son la primera opción por su acción rápida en la mejora de los síntomas.

Además, los **inhibidores de la 5 α -reductasa** –finasterida y dutasterida– tienen un papel esencial reduciendo el volumen prostático y el antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), pero requieren meses de tratamiento para mostrar resultados clínicos. Además, reducen el riesgo de retención urinaria aguda y cirugía relacionada con la IU. La combinación de α_1 -bloqueante + inhibidor de la 5 α -reductasa se reserva para los varones con sintomatología moderada-grave o mayor riesgo de progresión.

Sin embargo, en los varones con sintomatología predominante de almacenamiento acompañada típicamente de la IUU sin patología de próstata concomitante se recomienda el tratamiento con antimuscarínicos y agonistas β_3 -adrenérgicos.

IUM

Como se ha visto con anterioridad, la IUM combina síntomas de esfuerzo y urgencia. Debido a ello, tanto en hombres como en mujeres se recomienda **tratar el síntoma predominante**: si domina la urgencia, se usan antimuscarínicos y/o agonistas β_3 , mientras que si domina el esfuerzo, se puede valorar utilizar duloxetine en pacientes después de un análisis individualizado de beneficio-riesgo.

IUF

En la IU funcional asociada a enfermedades del sistema nervioso, como enfermedad de Parkinson, ictus o demencia, el abordaje no debe limitarse al tratamiento de la vejiga. Aunque puede coexistir una disfunción neurógena del tracto urinario inferior, la pérdida de orina suele estar condicionada también por alteraciones de movilidad, cognición, función manual, autonomía para el aseo, estreñimiento, medicación y accesibilidad al baño. Por ello, el manejo debe

⁶ Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la IU asociada a HBP no siempre se manifiesta como IUU. Cuando predominan urgencia, frecuencia, nocturia y pérdidas antes de llegar al baño, puede interpretarse como IUU asociada a síntomas de almacenamiento. En cambio, si predominan chorro débil, dificultad miccional, sensación de vaciado incompleto, goteo continuo o

residuo posmiccional elevado, el cuadro orienta más a IU por rebotamiento, secundaria a obstrucción de salida vesical. Esta distinción es relevante porque condiciona el abordaje farmacológico.

dirigirse tanto a la enfermedad neurológica y sus manifestaciones urinarias como a los factores funcionales que impiden responder a tiempo a la necesidad miccional.

PRODUCTOS SANITARIOS

Los **productos sanitarios** (en adelante PS) utilizados en la IU no deben presentarse como un tratamiento etiológico, sino como parte del manejo de la contención, reprimiendo el escape de orina, la protección cutánea y el mantenimiento de la autonomía, reduciendo así el impacto sobre la vida diaria de los pacientes y preservando su dignidad. Por ello, su elección y su indicación debe tomarse después de la caracterización del tipo de IU, la intensidad de las pérdidas, la movilidad y el estado cognitivo del paciente. Además, los productos de contención se deben valorar como estrategia temporal o como manejo a largo plazo cuando el tratamiento conductual, farmacológico o rehabilitador no es eficaz o no puede ser realizado según las características individuales de cada paciente (NICE, 2015).

Desde el punto de vista regulatorio, en España, estos productos se categorizan dentro de los PS cuando están destinados por el fabricante a utilizarse en personas con una finalidad médica como el tratamiento, el alivio o la compensación de una enfermedad, lesión o discapacidad, sin ejercer su acción principal por mecanismos farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos. Por ello, es esencial prestar especial atención al marcado CE⁷, a la finalidad prevista y a sus instrucciones de uso, además de a la vigilancia de los incidentes relacionados con el producto, ya que están sujetos al Sistema Español de Vigilancia de productos sanitarios de la AEMPS, que comprende la notificación de los incidentes de este tipo de productos, al igual que en los medicamentos (AEMPS, 2026).

El eje principal del manejo de la contención son los **absorbentes**, siendo los productos más utilizados en España. Desde la ICS se define a estos productos absorbentes como aquellos desarrollados específicamente para manejar las pérdidas de orina o heces, incluyendo las compresas, absorbentes tipo ropa interior, absorbentes

tipo pañal-braza, absorbentes masculinos o bolsas masculinas, los protectores de cama o silla y otros diseños corporales cuya función es absorber y retener la orina, manteniendo la piel seca, reduciendo fugas y controlando el olor (Fader *et al.*, 2020).

La estructura de los absorbentes modernos combina, en la mayoría de los productos, una capa superior en contacto con la piel, una zona de distribución y un núcleo absorbente con celulosa y otros polímeros superabsorbentes, además de barreras para evitar fugas y una capa externa impermeable o transpirable. Además, las compresas y los *pants* usan una capa hidrófoba que aleja la orina de la superficie de la piel para mantenerla seca. Su diseño es totalmente diferente a los productos destinados a la menstruación, por lo que nunca es recomendable utilizar estos productos en pacientes con IU.

La selección del absorbente no debe hacerse solo por el grado de absorción o la forma de este, sino en función del patrón de la pérdida, la posible frecuencia del cambio por el paciente o el cuidador, la movilidad, el sexo o el acompañamiento de incontinencia fecal:

- En **pérdidas muy leves o esporádicas**, como goteo posmiccional o escapes por IUE, se recomiendan protectores anatómicos finos, con baja absorción y discretos. En mujeres con IUE, pueden ser útiles en momentos en los que se realice ejercicio físico intenso, jornadas de trabajo largas o momentos en los que no pueda cambiarse con facilidad.
- En **pérdidas leves-moderadas**, las compresas anatómicas de mayor absorción suelen ser una opción razonable para personas autónomas, con movilidad conservada y capacidad para realizar cambios frecuentes. Deben ajustarse bien a la ropa interior, sin desplazarse, sin formar pliegues y sin quedar separadas del periné. Si el absorbente se mueve, pierde eficacia, aunque tenga mucha capacidad teórica.

⁷ El marcado CE es el distintivo que garantiza que el producto cumple con los requisitos de seguridad, eficacia y calidad establecidos en la legislación. Debe figurar en el etiquetado y en las instrucciones de uso del producto. Todos los productos

sanitarios comercializados en la UE, excepto los productos sanitarios a medida y los destinados a investigaciones clínicas, tienen que estar provistos del marcado CE.

- En **pérdidas moderadas o con urgencia**, los absorbentes de elección son los de tipo ropa interior *-pants o pull-up-* que son útiles en pacientes activos con autonomía que desean discreción, ya que, al no percibirse directamente como “pañal”, pueden mejorar la aceptación del paciente al producto. Sin embargo, en personas con movilidad reducida, institucionalizadas y que requieran ayuda para el cambio, no es la mejor opción, ya que obligan a retirar parcialmente la ropa para una correcta colocación, por lo que en estos casos se recomienda un absorbente completo con adhesivos laterales, más cómodo para el cuidador.
- En **pérdidas graves y/o nocturnas o pacientes totalmente dependientes**, son de elección los absorbentes completos pañal-braga, productos con cinturón y con alta absorción. Estos tipos de productos deben estar diseñados para mantener la orina *-incluso grandes volúmenes-* cuando el paciente esté sentado, tumbado o haga cambios posturales. Además, en algunos casos se debe valorar la protección de cama o silla como complemento, siendo especialmente útiles en pérdidas nocturnas, pero nunca son sustitutos del absorbente corporal. En hombres con pérdidas importantes que no tengan incontinencia fecal asociada, se pueden considerar sistemas colectores externos de tipo vaina o dispositivos de recogida conectados a bolsa, pero requieren una especial vigilancia de fugas y capacitación de colocación y retirada.

Los **errores más comunes** en la elección de un absorbente son, en primer lugar, usar un producto de menor absorción de la necesaria, ya que el resultado es la fuga, la humedad persistente, el olor, la irritación y el rechazo del producto. Pero si, por el contrario, se elige un producto con mayor absorción de lo requerido, aumenta el volumen, la sudoración, el calor, el roce y la sensación de dependencia en personas mayores.

Otro error frecuente es la colocación de dos absorbentes superpuestos, ya que puede alterar la distribución de la orina, impedir que el producto actúe correctamente produciendo maceración, provocando fugas laterales y

desplazamientos. Por ello, es vital que si un producto no es de la absorción o capacidad suficiente para las fugas de un paciente, se aumente su nivel de absorción o se cambie su diseño.

Además de los absorbentes, existen **productos de apoyo** que pueden contribuir al manejo de la IU, especialmente en pacientes con IUU o urgencia miccional, nocturia o movilidad reducida. El objetivo de estos es reducir el tiempo necesario para iniciar la micción y facilitar el acceso al baño de una forma segura, sobre todo en personas mayores con comorbilidades físicas o cognitivas. Entre los productos más útiles se encuentran (CEPAT-IMSERO, 2026):

- La silla-inodoro y los orinales masculinos o femeninos, que son especialmente útiles en pacientes con urgencia o nocturia al acercar el punto de micción a la cama, reduciendo desplazamientos largos y escapes antes de llegar al aseo.
- El elevador de inodoro y las barras de apoyo: indicadas en personas con dificultad para sentarse o levantarse.
- La cuña sanitaria: especialmente útil en personas encamadas, cuando no es posible la movilización. Es importante emplearla con una técnica adecuada para evitar derrames y lesiones cutáneas.

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Y REHABILITADOR

El abordaje psicoterapéutico y rehabilitador de la IU debe entenderse como parte vertebradora del tratamiento conservador. Su objetivo es reducir los episodios de pérdida, mejorar el control miccional y disminuir el impacto emocional de los síntomas, evitando la normalización de estos como un problema inevitable.

El **tratamiento rehabilitador** se debe de entender de diferentes formas dependiendo de la forma de IU clínica predominante en cada caso:

- **Rehabilitación de suelo pélvico**⁸: constituye la intervención conservadora con mayor respaldo en la IUE femenina, siendo también de utilidad en IUM. El entrenamiento de la musculatura busca mejorar la fuerza, resistencia, coordinación y contracción anticipatoria ante aumentos de presión intraabdominal. Para ello, se debe identificar correctamente la musculatura y contraer sin activar por compensación glúteos, abdominales o aductores, respirando de forma adecuada y aprendiendo a integrar la contracción en situaciones reales de esfuerzo.

Como tratamiento de primera línea para IUE e IUM, se debe realizar un entrenamiento intensivo durante al menos 3 meses, incluidas mujeres mayores, embarazadas o posparto. Este programa es una de las líneas de tratamiento que aportan mayor beneficio y con muy pocos eventos adversos: en mujeres con IUE este programa de entrenamiento de suelo pélvico multiplica aproximadamente por ocho la probabilidad de referir curación frente a control y, en mujeres con otro subtipo de IU lo multiplica aproximadamente por cinco, reduciendo los episodios de escape y su calidad de vida (Dumoulin *et al.*, 2018; EAU, 2026a).

El tratamiento debe ser supervisado por un fisioterapeuta, ya que requiere progresión, adherencia y una valoración en situaciones complejas como dolor pélvico, prolapso o posparto complejo, entre otras.

En hombres, la rehabilitación del suelo pélvico se entiende sobre todo tras tratamiento prostático, especialmente tras prostatectomía radical, con el objetivo de acelerar la recuperación de la continencia mediante la devolución de la coordinación, la resistencia y la activación correcta del suelo pélvico.

- **Entrenamiento vesical**: constituye la intervención conductual clásica para IUU y VH con la finalidad de modificar la respuesta ante la urgencia, aumentar progresivamente los intervalos entre

micciones, reducir la frecuencia miccional y recuperar la sensación de control.

Este entrenamiento se basa en la utilización de herramientas como un diario miccional donde se pactan los horarios para ir al aseo, además de trabajar técnicas de supresión de la urgencia, distracción, respiración y contracciones rápidas del suelo pélvico. En pacientes con urgencia intensa, se prefiere comenzar con retrasos pequeños antes de imponer intervalos largos, donde puede aumentar el riesgo de caídas por carreras al baño.

En revisiones recientes, se concluye que el entrenamiento vesical puede aumentar la tasa de curación o mejorar la sintomatología de VH frente a no tratamiento, pese a que la certeza de la evidencia es baja. Además, se sugiere que podría ser más eficaz que el tratamiento con anti-muscarínicos en mejoría inicial, evitando así los efectos adversos de tipo anticolinérgico, pese a que se necesite mayor evidencia para afirmarlo de manera rotunda (Funada *et al.*, 2023).

En términos de **acciones psicoeducativas**, esta acción terapéutica se basa en gran medida en la educación sanitaria, la modificación de hábitos de vida y el afrontamiento del estigma. Muchas personas que sufren IU reducen excesivamente la ingesta de líquidos, evitan la salida de su casa o localizan baños de forma compulsiva, abandonan el ejercicio físico o asumen los escapes por situaciones como la vejez, el embarazo o la menopausia. Esta intervención debe corregir las conductas, pactando objetivos realistas y progresivos, usar diario miccional, etc. (NICE, 2021)

En el caso de que la IU afecte a la autoestima, el sueño, el trabajo, las relaciones interpersonales o aparezca ansiedad anticipatoria, evitación de salidas, hipervigilancia corporal o síntomas depresivos puede ser necesaria una intervención psicológica como apoyo clínico en determinadas situaciones.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico de la IU se reserva para casos seleccionados cuando el resto de las medidas –conservadoras, farmacológicas, etc.–

⁸ Aunque en la práctica los ejercicios de Kegel suelen utilizarse como sinónimo de rehabilitación del suelo pélvico, esta última es un concepto más amplio ya que los Kegel solo hacen

referencia a contracciones voluntarias de la musculatura del suelo pélvico, enmarcadas dentro de la rehabilitación del suelo pélvico.

no son suficientes para aliviar los síntomas o bien, cuando existe una alteración anatómica u obstructiva que justifique una intervención.

En la IUE femenina, las opciones principales son la colposuspensión, los *slings* autólogos de fascia recta y los agentes de relleno intramural; mientras que en la IUE masculina –en la mayoría de los casos, tras prostatectomía– las alternativas quirúrgicas son los *slings* masculinos y el esfínter urinario artificial, especialmente en casos muy persistentes o graves (NICE, 2019; EAU, 2026b).

En el caso de la IUR, la intervención puede dirigirse a corregir la causa obstructiva, sobre todo mediante cirugía prostática en varones con HBP.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

En los últimos años, la investigación clínica ha priorizado resolver las deficiencias en el manejo de la IU. Particularmente, el tratamiento farmacológico de la IUU asociada a VH muestra una necesidad insatisfecha, condicionada por la eficacia limitada y los problemas de tolerabilidad y cumplimiento terapéutico de las opciones actuales. Por ello, la evolución no parece

explorar nuevos antimuscarínicos, sino hacia **nuevas dianas más selectivas** que mejoren el perfil de seguridad sistémico con una menor carga anticolinérgica y que modulen la señalización vesical a través de canales iónicos, mecanismos aferentes o nuevas rutas enzimáticas implicadas en la urgencia miccional.

Otra línea de investigación actual y algo más consolidada es la **neuromodulación**, especialmente en pacientes con VH/IUU refractaria, desarrollándose nuevos dispositivos más precisos, menos invasivos e implantables, como la neuromodulación sacra optimizada y la neuromodulación tibial implantable, actuando sobre los circuitos nerviosos implicados en la urgencia (Amundsen *et al.*, 2025).

En paralelo, la **rehabilitación digital y domiciliaria** es un modelo que ya se está implantando en los ecosistemas sanitarios de los países occidentales, pudiendo mejorar la adherencia al entrenamiento vesical o del suelo pélvico mediante telemonitorización o apps. Sin embargo, faltan estudios que confirmen mejores resultados en salud de los pacientes de IU que utilicen estas medidas digitales.

EL PAPEL ASISTENCIAL DEL FARMACÉUTICO

Todos los profesionales farmacéuticos, desde sus diversos ámbitos profesionales y competencias, **pueden contribuir al adecuado asesoramiento y asistencia sanitaria a los pacientes con IU**. Muchos de los pacientes que acuden a la farmacia comunitaria ya estarán diagnosticados y se dirigirán a la farmacia a recoger su tratamiento crónico, ya sea medicación o productos sanitarios prescritos a nivel ambulatorio.

Dadas las características de la **red española de farmacias** –amplitud de horarios, capilaridad y ubicuidad–, parece evidente el vasto potencial divulgador del farmacéutico comunitario para favorecer la adherencia al tratamiento, así como para derivar al médico a personas con problemas relevantes de salud.

La IU es una condición que requiere un **abordaje integral**, donde el tratamiento farmacológico constituye, sobre todo en la VH, uno de los pilares del manejo clínico, pero cuya efectividad depende en gran medida de la adherencia

y la prevención de efectos adversos. La combinación de este tratamiento farmacológico con la correcta elección de productos sanitarios como absorbentes, junto con la fisioterapia y las medidas de educación higiénico-psicoterapéuticas se considera el tratamiento de elección en muchos casos de IU.

En este contexto, el **farmacéutico**, como profesional sanitario experto en el medicamento y en los productos sanitarios, con un acceso directo, cercano y continuado a los pacientes, **ocupa una posición privilegiada** para favorecer la continuidad del tratamiento, reforzar la educación sanitaria y contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con IU y de sus familiares o cuidadores.

El primer papel del farmacéutico comunitario en la IU es **detectar**. Muchos pacientes no utilizan la palabra “incontinencia”, sino expresiones como “no me da tiempo a llegar”, “me levanto muchas veces por la noche” o “se me

escapa al reírme o al toser”. Estas frases permiten identificar el tipo probable de IU y valorar si basta con un consejo inicial o si es necesario derivar. Además, la IU se normaliza con frecuencia por la edad, la menopausia, el parto o la vergüenza, lo que retrasa su abordaje. En este punto, la farmacia comunitaria tiene una ventaja clara: puede detectar compras repetidas de absorbentes, empapadores u otros productos relacionados y aprovechar ese contacto para iniciar una conversación prudente, orientar al paciente y evitar que el uso del absorbente sea la única respuesta al problema.

Por otra parte, el farmacéutico puede realizar una **revisión farmacoterapéutica**, ya que muchos medicamentos pueden precipitar o empeorar una IU preexistente, además de la urgencia, la nocturia o la retención urinaria. Por ello, conviene revisar medicación como (EAU, 2026a):

- Diuréticos: sobre todo la hora de la toma, recomendando no tomarlos por la noche para evitar la urgencia y la nocturia.
- Hipnóticos, opioides, antipsicóticos, benzodiazepinas: en pacientes con IUU, para realizar una valoración del deterioro de la movilidad o menor capacidad ante la urgencia miccional.
- Fármacos con carga anticolinérgica: antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, antiespasmódicos, algunos relajantes musculares, etc. por estreñimiento y retención urinaria.
- Inhibidores de SGLT2: como empagliflozina, dapagliflozina o canagliflozina para el tratamiento de la diabetes *mellitus* tipo 2, ya que pueden aumentar los síntomas genitourinarios en determinados pacientes.

En caso de que el paciente tenga pautado medicamentos para la IU, se debe valorar si su perfil de seguridad es positivo o si está sufriendo efectos adversos como sequedad de boca u ocular, o mareo, en caso de los antimuscarínicos, además de llevar un control de la presión arterial en caso de pacientes tratados con β_3 adrenérgicos.

Otro ámbito en el que el farmacéutico puede contribuir de forma relevante es la **educación sanitaria del paciente con IU**, explicando que, aunque se trata de una condición frecuente, no debe asumirse como algo normal ni inevitable. En este contexto, puede ofrecer recomendaciones sencillas y útiles, como evitar la restricción excesiva de líquidos, moderar el consumo de cafeína y alcohol, favorecer la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, y proponer medidas prácticas que faciliten el acceso al baño, especialmente en personas mayores, como adaptar el entorno doméstico o utilizar ropa cómoda y fácil de retirar.

Además, el farmacéutico puede ayudar al paciente a **elegir o cambiar el absorbente más adecuado** mediante preguntas sencillas: cuántas veces al día lo cambia, si presenta fugas por los laterales, mal olor, irritación, picor, dolor o sensación de humedad. También puede valorar la talla, midiendo la cintura o la cadera cuando sea necesario, para asegurar un ajuste correcto y evitar tanto fugas como rozaduras. La elección debe adaptarse a la situación funcional del paciente: en una persona autónoma suele priorizarse la discreción, el menor volumen y la facilidad de cambio; en cambio, en una persona dependiente puede ser preferible un producto con mayor capacidad de absorción y seguridad, aunque sea menos discreto, siempre que ayude a proteger la piel, reduzca el riesgo de fugas y facilite los cambios por parte del cuidador. Además, en estos pacientes frágiles, el absorbente forma parte de una estrategia de cuidado de la piel. No basta con elegir talla. Hay que revisar contacto, pliegues, humedad residual, fugas y la presión en ingles, zona sacra y periné. Un producto técnicamente bueno puede ser inadecuado si no se ajusta bien al cuerpo o si no se cambia con la frecuencia adecuada.

Otro de los papeles que desempeña el farmacéutico es la prevención, la **detección precoz y el tratamiento de la dermatitis asociada a la IU**, especialmente en mayores, pacientes dependientes o personas con pérdidas frecuentes. Para ello, se puede recomendar al paciente o cuidador una rutina sencilla para limpiar la zona perineal tras los episodios de incontinencia con productos suaves y específicos para la piel suave de las ingles y muslos; evitando jabones agresivos y lavados repetidos secando con pequeños toques sin frotar. Además, se puede recomendar el empleo de productos barrera

cuando exista enrojecimiento, escozor o irritación como productos con óxido de zinc, vaselina o dimeticona, ajustados a la tolerancia individual del paciente.

Finalmente, al ser la farmacia en la mayoría de los casos el primer punto de contacto sanitario, es fundamental que el farmacéutico conozca los **signos de alerta** y actúe de forma proactiva para orientar y aconsejar al paciente, derivando a tiempo cuando sea necesario (CGCOF, 2026):

- IU con inicio reciente o empeoramiento claro.
- Sospecha de afección neurológica con dolor lumbar fuerte con pérdida repentina de control de vejiga y/o intestino.
- Infecciones urinarias recurrentes junto con síntomas de incontinencia o dolor.
- Síntomas que duran más de 6 semanas e impactan gravemente en la vida diaria.
- Dolor vesical y uretral persistente.

De modo general, la oportuna comunicación bidireccional entre farmacéutico y paciente es clave tanto para reforzar el mensaje del médico comunitario en relación con el tratamiento como para instaurar nuevas pautas que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente. A este respecto, el farmacéutico también puede dar a conocer al paciente o a su cuidador la existencia de **asociaciones de pacientes** que ofrecen servicios específicamente dirigidos tanto a las personas con IU como a sus familiares, asesorando y orientando a los interesados.

La IU no solo representa un desafío clínico, sino también social. El **estigma** asociado a la incontinencia, tanto urinaria como fecal, se ve reforzado por su consideración errónea como un problema inevitable de la edad, el embarazo o el parto, o como una situación vinculada a la falta de higiene o a la pérdida de autonomía. Estas percepciones no reflejan la realidad clínica de la enfermedad y contribuyen a retrasar la consulta y el abordaje adecuado. Este estigma

puede retrasar la búsqueda de ayuda, limitar la adherencia a las medidas terapéuticas y afectar negativamente a la integración social.

El farmacéutico, por su situación de cercanía y por la relación de confianza que suele entablar con los pacientes, puede contribuir activamente a combatir estos prejuicios. Una comunicación empática y centrada en la persona, que transmita que la IU es una condición abordable y que no tiene por qué cronificarse ni asumirse como inevitable cuando se identifica y maneja adecuadamente, resulta esencial para reducir dicho estigma. Además, la farmacia comunitaria es un espacio privilegiado para ofrecer campañas de sensibilización y divulgación, orientadas no solo a pacientes, sino también a familiares y a la población general.

En este sentido, en el contexto de la celebración de la semana mundial de la Incontinencia Urinaria de 2026 que tiene lugar entre los días 15 y 21 de junio, cabe destacar la iniciativa de la firma del convenio marco entre la *Asociación de pacientes para la Incontinencia ASIA* y el *Consejo General de Colegios Farmacéuticos*, con el fin de fomentar y potenciar la labor de farmacéutico comunitario en la atención del paciente con IU e incontinencia fecal, desarrollando en conjunto actividades de orientación y apoyo a pacientes, así como campañas de sensibilización a la población. En concreto, en el año 2026, se han publicado dos infografías sobre incontinencia urinaria y fecal dirigidas a farmacéuticos y pacientes, respectivamente. Además, en el segundo semestre de este año, se publicarán otras infografías específicas de cada patología y se celebrará un *webinar* formativo, con el fin de capacitar y concienciar a la población y a los farmacéuticos de este trastorno invisibilizado por la sociedad.

Esta implicación es fundamental para impulsar la educación sanitaria, mejorando los resultados en salud y calidad de vida de los pacientes, así como para desmontar prejuicios sociales asociados al estigma. De esta manera, la labor del farmacéutico no se limita a la dimensión asistencial relacionada con la farmacoterapia, sino que se expande hacia la promoción activa de una cultura de respeto y apoyo hacia las personas con IU.

BIBLIOGRAFÍA

- **Abrams P, Andersson KE, Birder L *et al***. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010. 29(1): 213-40. DOI: [10.1002/nau.20870](https://doi.org/10.1002/nau.20870).
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**. Ficha técnica de Tovedeso comprimidos de liberación prolongada. CIMA. 2024. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/82434/FT_82434.html.
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**. Ficha técnica de Yentreve cápsulas duras gastroresistentes. CIMA. 2008. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/04280001/FT_04280001.html.
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**. Información general sobre los productos sanitarios. Sistema de vigilancia de productos sanitarios. 2026. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/productos-sanitarios/vigilancia_productossanitarios/.
- **Alianza contra la Incontinencia Urinaria (ALiNUR)**. Retos y propuestas para la mejora de la continencia urinaria femenina en España. Madrid: Alianza contra la Incontinencia Urinaria; 2025. Disponible en: <https://www.semg.es/images/2025/documentos/Mejora-continencia-urinaria-femenina.pdf>.
- **Amundsen CL, Sutherland SE, Kiehl SJ *et al***. Sacral and Implantable Tibial Neuromodulation for the Management of Overactive Bladder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Adv Ther*. 2025; 42: 10–35. DOI: [10.1007/s12325-24-03019-0](https://doi.org/10.1007/s12325-24-03019-0).
- **Baena V, Blasco P, Cózar-Olmo JM *et al***. Libro blanco de la carga socioeconómica de la incontinencia urinaria en España. Madrid: Instituto Max Weber. 2017. ISBN: 978-84-697-3415-5.
- **Campillos-Cañete MN, González-Tamajón RM, Berlango-Jiménez J *et al***. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol*. 2021; 4(1): 25-37. DOI: [10.37551/S2254-28842021003](https://doi.org/10.37551/S2254-28842021003).
- **Cardozo L, Rovner E, Wagg A *et al***. Incontinence. 7th International Consultation on Incontinence. ICUD/ICS. 2023. ISBN: 978-0-9569607-4-0.
- **Carvalho A, Natal R, Bø K *et al***. Performing high-level sport is strongly associated with urinary incontinence in elite athletes: a comparative study of 372 elite female athletes and 372 controls. *Br J Sports Med*. 2018; 52(24): 1586-90. DOI: [10.1136/bjsports-2017-097587](https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-097587).
- **Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEPAT-IMSERSO)**. Productos de apoyo. Catálogo de productos de apoyo. Disponible en: <https://cepat.imserso.es/catalogo-productos-apoyo>.
- **Clemente LM, Maganto E**. Recuerdo histórico de la incontinencia urinaria. *Clin Urol Complut*. 2000; 8: 13-33.
- **Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF)**. Incontinencia. Infografía para farmacéuticos. 2026. Disponible en: <https://www.farmacéuticos.com/wp-content/uploads/2026/01/INFOGRAFIA-INCONTINENCIA-FARMACEUTICOS-2026.pdf>.
- **Crespo C, Montesinos L, Fillol M**. Fisiopatología de la micción. Nuevos conceptos. *Suelo Pélvico*. 2014. 10(Supl. 1): 3-6.
- **Domínguez-Pérez N, Sevilla-Arrabal I, Navarro-Brazález B *et al***. Urinary Incontinence in Women Athletes: Umbrella Review and Meta-analysis of Sport-Related Factors. *Sports Med*. 2026. DOI: [10.1007/s40279-026-02438-z](https://doi.org/10.1007/s40279-026-02438-z).
- **Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC**. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018. 10: CD005654. DOI: [10.1002/14651858.CD005654.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4).
- **European Association of Urology (EAU)**. EAU Guidelines on Non-neurogenic Female LUTS. Disease management. 2026a. Disponible en: <https://d56bochluxecloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-neurogenic-Female-LUTS-2026.pdf>.
- **European Association of Urology (EAU)**. EAU Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male LUTS. Disease management. 2026b. Disponible en: <https://d56bochluxecloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2026-1.pdf>.
- **Fader M, Cottenden A, Chatterton C *et al***. An International Continence Society report on the terminology for single-use body worn absorbent incontinence products. *Neurourol Urodyn*. 2020; 39(8): 2031-9. DOI: [10.1002/nau.24488](https://doi.org/10.1002/nau.24488).
- **Fuertes ME, López-Casanova FB, Cegri F *et al***. Plan de Actuación Consensuado. Cuidados enfermeros para la continencia y el manejo de la incontinencia urinaria. Madrid: Asociación Española de Urología. 2025. ISBN: 978-84-09-65602-8.
- **Funada S, Yoshioka T, Luo Y *et al***. Bladder training for treating overactive bladder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023; 10(10): CD013571. DOI: [10.1002/14651858.CD013571.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013571.pub2).
- **Gordo ME**. Terapéutica de los trastornos genitourinarios: disfunción eréctil, hiperplasia prostática, incontinencia urinaria en la mujer. En: *Trastornos respiratorios, genitourinarios, dermatológicos, oftalmológicos y otológicos*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2021. p. 259-90.
- **Grupo OAT Observatorio de la Salud**. Consenso sobre la Mejora del Proceso Asistencial en la Vejiga Hiperactiva desde la Adherencia. Grupo OAT Observatorio de la Salud, S.L.; 2026. DOI: [10.65616/BYSF5176](https://doi.org/10.65616/BYSF5176). ISBN: 978-84-09-79987-9.
- **Jansson MH, Franzén K, Tegerstedt G *et al***. Stress and urgency urinary incontinence one year after a first birth-prevalence and risk factors. A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021; 100(12): 2193-201. DOI: [10.1111/aogs.14275](https://doi.org/10.1111/aogs.14275).
- **Jerez-Roig J, Farrés-Godayol P, Yildirim M *et al***. Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatr* 24. 2024. DOI: [10.1186/s12877-024-04748-1](https://doi.org/10.1186/s12877-024-04748-1).
- **Kelleher C, Hakimi Z, Zur R *et al***. Efficacy and Tolerability of Mirabegron Compared with Antimuscarinic Monotherapy or Combination Therapies for Overactive Bladder: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Eur Urol*. 2018; 74(3): 324-33. DOI: [10.1016/j.eururo.2018.03.020](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.03.020).
- **Leslie SW, Tran LN, Puckett Y**. Urinary incontinence. *StatPearls*. 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559095/>.
- **Maud E, Guski LS, Gøtzsche PC**. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ*. 2017; 189(5): E194-203. DOI: [10.1503/cmaj.151104](https://doi.org/10.1503/cmaj.151104).
- **Ministerio de Sanidad**. Encuesta Nacional de Salud de España 2023 (ENSE 2023). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEs-pana/ESdE2023/ESdE2023_MOD1_REL.pdf.

- **Ministerio de Sanidad.** Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024. 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS_2024.pdf
- **Ministerio de Sanidad.** Incontinencia urinaria. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 23—N.º 6. 1999. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>
- **Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA et al.** Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2021; 32: 1633-52. DOI: [10.1007/s00192-020-04636-3](https://doi.org/10.1007/s00192-020-04636-3).
- **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Urinary incontinence in women. Quality statement 3: Containment products. NICE quality standard QS77. 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs77/chapter/quality-statement-3-containment-products>.
- **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guideline NG123. 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/recommendations>.
- **Olagundoye O, Odusanya B, Kung JY et al.** A scoping review of risk factors for urinary incontinence in older men. *BMC Geriatr.* 2023; 23(1): 534. DOI: [10.1186/s12877-023-04249-7](https://doi.org/10.1186/s12877-023-04249-7).
- **Ramírez E.** Vibegrón (▼Obgems@) en síndrome de vejiga hiperactiva. *Panorama Actual Med.* 2025; 49(489): 1384-91. DOI: [10.63105/49.489.7](https://doi.org/10.63105/49.489.7).
- **Rodríguez-López ES, Acevedo-Gómez MB, Romero-Franco N et al.** Urinary Incontinence Among Elite Track and Field Athletes According to Their Event Specialization: A Cross-Sectional Study. *Sports Med Open.* 2022; 8(1):78. DOI: [10.1186/s40798-022-00468-1](https://doi.org/10.1186/s40798-022-00468-1).
- **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.** Diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Prog Obstet Ginecol.* 2019; 62(1): 79-91. DOI: [10.20960/j.pog.00173](https://doi.org/10.20960/j.pog.00173)
- **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.** Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Prog Obstet Ginecol.* 2022; 65: 211-16. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n5/Tratamiento%20de%20la%20incontinencia%20urinaria%20de%20esfuerzo.pdf>
- **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.** Guía Práctica de la Salud. Unidad 8. Enfermedades del riñón y de las vías urinarias. 8.4. Incontinencia urinaria. Disponible en: <https://www.semfy.com/storage/wp-content/uploads/2021/12/4.pdf>
- **Úbeda-Sansano MI, Martínez R, Díez J.** Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2011; 4(4): 226-36.
- **Úbeda-Sansano MI, Martínez-García R.** Enuresis. Let's look towards the future. What concepts are useful? *An Pediatr (Engl Ed).* 2021; 95(2): 69-71. DOI: [10.1016/j.anpede.2021.05.002](https://doi.org/10.1016/j.anpede.2021.05.002).
- **Úbeda MI, Martínez R.** Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Enuresis primaria monosintomática. Manejo en Atención Primaria. *AEPap.* 2019. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/Enuresis.pdf>.