

# Namunvida - Blog

<https://www.namunvida.es/>

## Incontinencia urinaria

Incontinencia: es la pérdida involuntaria de orina. Tipos más frecuentes: 1. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE): pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física. 2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU). Pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna (Nicturia/nocturia). 3. Incontinencia urinaria Mixta (IUM): es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzo y síntomas de vejiga hiperactiva. Vejiga hiperactiva: Síndrome que engloba a pacientes con síntomas de aumento de la frecuencia miccional y urgencia, con o sin incontinencia. MANEJO INICIAL

1. Anamnesis. 1. Identificar factores de riesgo de IU: IMC (obesidad), embarazo y parto, factores ocupacionales (trabajos con esfuerzo físico imp, prolapso, histerectomía, cardiopatía en tto con diuréticos, E. sist nervioso central, E. musculoesqueléticas q disminuyan la movilidad, demencia, DM. 2. Tto farmacológicos: antidepresivos (retención), diuréticos(IUU), sedantes e hipnóticos(IUU), antipsicóticos (retención), alcohol y cafeína (IUU). 3. Valorar los síntomas indicativos de cada tipo de incontinencia. 4. Etiquetar la gravedad de la incontinencia: Test de Sandvick. 5. Valorar repercusión sobre la Calidad de vida (ICIQ-IU-SF). 6. Identificar los síntomas asociados al resto de las disfunciones de suelo pélvico: prolapso, incontinencia fecal, dolor pélvico y disfunción sexual. 1. Exploración física 1. General: P, T, TA. 2. Ginecológica. 3. Dirigida a IU: evidenciar la IUE y la movilidad de la uretra. 1. Prueba de esfuerzo. 2. Movilidad de la uretra: prueba del hisopo ( Q tip test). 4. Capacidad contráctil de la musculatura del suelo pélvico (escala Oxford). 1. Cuestionarios . (Sandvick, King´s Health Questionnaire, ICIQ-IU-SF). 2. Diario miccional: Útil para el diagnóstico y seguimiento. 3. Estudios básicos: analítica, sistemático de orina y cultivo, valoración del residuo postmiccional (>100 ml). 4. Estudios especializados: estudio urodinámico, uretrocistoscopia, ecografía de suelo pélvico, RM suelo pélvico. TTO INICIAL. Aplicación entre 6 y 12 semanas. 1. 1. Modificar factores contribuyentes ( condiciones médicas), como diabetes, HTA.. 2. Modificar estilos de vida: pérdida de peso, disminuir cafeína, evitar bebidas alcohólicas y carbonatadas, disminuir ingesta de líquidos. Evitar estreñimiento. Dejar de fumar. • Ejercicios de suelo pélvico (EMSP). Evidencia 2A 1. 1. Instrucciones iniciales: series de 8 a 12 contracciones de 8-10 segundos de duración, 3 veces al día. Todos los días. 2. En pacientes con dificultad para el control de la musculatura: 1. Terapia de suelo pélvico supervisada 2. Conos vaginales 3. Biofeedback. 3. Entrenamiento vesical (urgencia miccional). 1. Diario miccional: identificar el intervalo entre micciones más corto. 2-3 días micciones en ese intervalo y evitar micción antes. Ir aumentando los intervalos hasta lograr 3-4 h entre micciones. 4. Estrógenos tópicos en peri-postmenopáusicas con atrofia vaginal. Grado 2C. IUE. (Si tto inicial insuficiente). • Pesarios. Éxito del 50%. Especialmente si IU asociada a actividades específicas. • Tto farmacológico: Duloxetina valorable en pacientes con depresión (cymbalta o xeristar). Por su efecto analgésico y relajante del

m.detrusor. • Cirugía: Láser / TOT. IUU /vejiga hiperactiva. • Tto farmacológico. Inicio de la eficacia al mes. Eficacia completa 3 meses. Grado de recomendación 2B. o Antimuscarínicos: Aumentan la capacidad vesical y disminuyen la urgencia. Bloquean la liberación de acetilcolina durante la fase de llenado vesical. Efectos secundarios anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento...) ? Fesoterodina (toviaz 4 y 8 mg), ? Solifenacina (vesicare 5 y 10 mg) antagonista competitivo específico de los receptores colinérgicos M3. Actúa en la fase de llenado de la vejiga. Relajación del detrusor y aumenta el tono del esfínter uretra. ? Tolterodina (detrusitol o urotrol 2 y 4 mg) o Mirabegron (Betmiga 50 mg). Agonista de los receptores adrenérgicos B3. Actúa en la fase de vaciado. Efectos secundarios: taquicardia. Infección urinaria. • Tercera línea de tto paa la IUU(VHA. o Toxina botulínica. o Acupuntura. o Estimulación percutánea del n.tibial posterior (PTNS). 71% mejoría. o Neuromodulación sacra (S3). 2 fases: ensayo y definitivo). Mejoría en el 86%. o Cirugía: cistoplastia de aumento, catéter suprapúbico o derivación urinaria. IUM • Primer paso: modificar estilo de vida, EMSP y entrenamiento vesical. • Si no mejoría: tto en función de la sintomatología predominante. Incontinencia por Rebosamiento. • Por obstrucción vesical externa: por cirugía uretral o vesical previa, o por un gran cistocele o prolapso uterino. • Detrusor hipoactivo: Si es por alguna medicación que aumenta la retención urinaria o aumenta el tono uretral, retirar la medicación. En pacientes con hipoactividad nerógena o idiopática, la neuroestimulación sacra puede ser beneficiosa. Sondaje vesical intermitente. • En la retención urinaria crónica , por daño neurológico, sondaje vesical intermitente. Artículo escrito por Dra. Guntiñas Castillo para Namunvida

**Link to Original article:** <https://www.namunvida.es/blog-1/incontinencia-urinaria?elem=322636>