



DOCUMENTO DE CONSENSO

Retos y propuestas para la mejora de la continencia urinaria femenina en España





Retos y propuestas para la mejora de la continencia urinaria femenina en España

Alianza contra la Incontinencia Urinaria



Documento elaborado por los representantes de las entidades:

D. Manuel Ramón Bernal. Asociación Española de Enfermería en Urología (ENFURO)

D. Pedro Blasco. Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG)

D. Francisco Brotons. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

Dña. Irene Díez Itza. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

Dña. M^a Victoria García. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)

D. Pedro García. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Dña. Lourdes Martínez-Berganza. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

D. Luis Prieto. Asociación Española de Urología (AEU)

Dña. María Ángeles Roca. Asociación Incontinencia (ASIA)

Entidades adheridas:



**Asociación de
Enfermería
Comunitaria**

Asociación de Enfermería
Comunitaria
(AEC)



Asociación Española de
Enfermería en Cuidados
Paliativos (AECPAL)



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

Consejo General
de Enfermería
(CGE)



Federación de Enfermería
Comunitaria y de Atención
Primaria (FAECAP)



Foro Español
de Pacientes
(FEP)



Sociedad Española
de Calidad Asistencial
(SECA)



Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria
(SEFAC)



SEHAD
Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

Sociedad Española de
Hospitalización a Domicilio
(SEHAD)



Sociedad Española
de Neurología
(SEN)



Sociedad Española de Geriatria y
Gerontología (SEGG)

Contenidos

1. Introducción	4
1.1 Causas	4
1.2 Perfil de la mujer con incontinencia urinaria	5
1.2.1 Paciente menor de 50 años.	5
1.2.2 Paciente mayor de 50 años.	5
1.2.3 Mujer de edad avanzada con comorbilidades.	7
1.3 Impacto económico: costes directos e indirectos	7
1.4 Abordaje terapéutico	8
1.4.1 Tratamiento conservador.	8
1.4.2 Tratamiento farmacológico	8
1.4.3 Tratamiento invasivo	8
1.4.4 Medidas paliativas	8
2. Desafíos de la Incontinencia Urinaria femenina en España	9
2.1 Retos de salud	9
2.1.1 Problemas dermatológicos.	9
2.1.2 Infecciones del trato urinario (itu)	9
2.1.3 Nutrición: deshidratación y obesidad	10
2.1.4 Desordenes del sueño.	11
2.1.5 Caídas.	11
2.1.6 Carga psicológica asociada a la incontinencia urinaria	12
2.2 Reto social	13
2.2.1 Formación a profesionales	13
2.2.2 Prevención y promoción de la salud	13
2.3 Reto de sostenibilidad financiera y ambiental del Sistema Nacional de Salud	14
2.3.1 Sostenibilidad financiera: optimización de recursos y eficiencia del sistema	14
2.3.2 Sostenibilidad medioambiental	15
2.4 Retos organizativos	15
2.4.1 Agravamiento de la condición debido a los largos tiempos de espera	15
2.4.2 Insuficiencia de recursos: necesidad de mayor dotación de profesionales y de unidades de suelo pélvico	16
2.4.3 Mejorar el abordaje de la incontinencia urinaria desde atención primaria	16
2.4.4 Manejo del paciente geriátrico	17
3. Propuestas de mejora	18

1. Introducción

La Incontinencia Urinaria (IU) es una condición¹ caracterizada por el mal funcionamiento de los músculos o los mecanismos que controlan la vejiga y la uretra, lo que favorece la pérdida involuntaria de orina.

Se estima que alrededor de **60 millones de personas en Europa**² conviven con esta patología, asociándose erróneamente, y de manera casi exclusiva, al envejecimiento. Si bien es una patología que afecta a ambos sexos, la prevalencia se duplica en el caso de las mujeres (se estima que entre el 3%-23% de los hombres sufren dicha disfunción y en mujeres este porcentaje se incrementa hasta el 11%-52%)³.

A menudo, los problemas ligados a la incontinencia urinaria permanecen ocultos, por lo que la IU presenta altas tasas de infradiagnóstico e infratratamiento. Un estudio reciente ha desvelado que en España hasta dos tercios de las personas mayores con IU no lo comunican a un profesional⁴.

Se estima que alrededor de **tres millones de mujeres** sufren algún grado de IU en nuestro país, aunque la prevalencia varía según el grupo de edad y las condiciones de vida. En mujeres en etapa de climaterio (alrededor de los 50 años), la prevalencia se sitúa en torno al **15%**⁵, y se agrava en pacientes mayores de 70 años y en entornos de cuidados a largo plazo, llegando a alcanzar una prevalencia del 89,53% en residencias de mayores^{6,7}.

Esta afección puede presentarse con distintos grados de severidad, desde pequeñas pérdidas de orina al toser o estornudar, hasta la incapacidad total para controlar la micción. Se clasifica principalmente en los siguientes tipos:

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): pérdida de orina provocada por actividades que incrementan la presión abdominal, como toser, reír o levantar objetos pesados.

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): pérdida de orina precedida por un deseo repentino e incontrolable de orinar.

Incontinencia urinaria mixta (IUM): combinación de los dos tipos anteriores.

1.1 Causas

Esta patología puede ser consecuencia de un desequilibrio entre los mecanismos necesarios para una adecuada continencia urinaria, como una presión intrauretral inferior a la presión intravesical⁸.

1 Asociación Española de Urología. (s.f.). Incontinencia urinaria (IU). [https://www.aeu.es/userfiles/incontinenciaurinariainterna_rev\(1\).pdf](https://www.aeu.es/userfiles/incontinenciaurinariainterna_rev(1).pdf)

2 The health, socio-economic and environmental costs of continence problems in the EU (N.d.). Cloudfront.net 12, 2024.

3 Díaz Mohedo E, Medrano Sánchez E, Suárez Serrano C. Guía de práctica clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina [Internet]. 1ª ed. Andalucía: Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía; 2013 [citado el 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.colfisiocv.com/sites/default/files/Gu%C3%ADa%20Incontinencia.pdf>

4 Gavira F, Pérez Del Molino J, Valderrama E, Caridad J, López M et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. Aten Primaria. 2001;28(2):97-104. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)78908-1](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)78908-1)

5 Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain. Actas Urol Esp. 2017;41(10):624-30

6 Sacomori C, Rodrigues-Vinter C, Flores-Sperandio F, Felden-Pereira É, Luiz-Cardoso F. Propuesta de puntos de corte para diferentes indicadores antropométricos en la predicción de la incontinencia urinaria en mujeres. Rev chil obstet ginecol. 2015; 80(3):229-35.

7 Stewart E. Assessment and management of urinary incontinence in women. Nursing Standard. 2018; 33(2):75-81.

8 Valladales-Restrepo, L. F., Bedoya-Arias, H. A., Aristizábal-Carmona, B. S., & Machado-Alba, J. E. (2023). Patterns of use of medications used to treat urinary incontinence and potentially inappropriate prescriptions. Therapeutic Advances in Urology, 15, 17562872231179104. <https://doi.org/10.1177/17562872231179104>



Las causas de la IU femenina son múltiples y complejas⁹, destacando:

- » **Debilidad de las estructuras del suelo pélvico**, común tras el parto o durante la menopausia.
- » **Cambios hormonales** asociados a la menopausia, que afectan la elasticidad de los tejidos que sostienen la vejiga y la uretra.
- » **O besidad**, que aumenta la presión sobre la vejiga y los músculos circundantes.
- » **Enfermedades neurológicas** como lesiones medulares, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple o accidentes cerebrovasculares.
- » **Cirugías pélvicas**, como histerectomía, que alteran las estructuras de soporte de la vejiga.
- » **Infecciones del tracto urinario**, que pueden causar incontinencia temporal.
- » **Medicamentos**, como diuréticos o ciertos antidepresivos, que afectan el control de la vejiga.
- » **Síndrome geriátrico (resultado del envejecimiento)**, que abarca factores como la fragilidad, deterioro cognitivo y problemas de movilidad, aumentando el riesgo de incontinencia urinaria en personas mayores.

1.2 Perfil de la mujer con incontinencia urinaria

Paciente menor de 50 años

En este grupo, la IU se asocia principalmente con factores como el embarazo, el parto vaginal y la práctica de actividades físicas de alto impacto, por lo que es más frecuente la IUE. Se estima que afecta a una de cada cuatro mujeres durante el primer año posparto, y entre un 10-20% pueden continuar experimentando síntomas hasta cinco años después¹⁰.

Las mujeres jóvenes generalmente tienen una buena respuesta a los tratamientos conservadores, como los ejercicios de rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico y las modificaciones en el estilo de vida. En algunos casos, se pueden considerar procedimientos quirúrgicos como la colocación de mallas suburetrales.

Paciente mayor de 50 años

Con el envejecimiento, la IU adquiere características particulares, influenciadas por factores hormonales y cambios en la musculatura del suelo pélvico. En esta parte de la población, la IU suele adoptar un perfil mixto.

La menopausia, junto a la obesidad, es un factor determinante en la aparición y progresión de la IU en mujeres. Se ha observado que la prevalencia de IU en mujeres pre y posmenopáusicas varía entre el 46-64 %, lo que se relaciona con las mo-

9 Refiye AKPOLAT, Hamide ŞİŞMAN, Dudu ALPTEKİN. (2024). Factors Affecting Urinary Incontinence in Women and Its Effect on Quality of Life. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3524929>

10 Kirik, B., & Yildiz, H.. (2025). Incidence, duration, and related factors of urinary incontinence in women after childbirth: a systematic review. Revista Da Associação Médica Brasileira, 71(1), e20241054. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241054>

dificaciones en la estática pélvica debido a los cambios hormonales. El descenso en los niveles de estrógenos (hipoestrogenismo) provoca debilitamiento del suelo pélvico, lo que favorece la incontinencia urinaria y síntomas como aumento de la frecuencia miccional, urgencia y disuria¹¹. Además, la severidad de la IU tiende a incrementarse con la edad, siendo más pronunciada en mujeres de 60 años o más. El tratamiento en este grupo de pacientes varía según la gravedad

de los síntomas y el tipo de incontinencia predominante. Se aconseja comenzar siempre con un tratamiento conservador. En determinados casos, estaría indicada la cirugía si predomina el componente de esfuerzo o el tratamiento farmacológico si domina el componente de urgencia. La cirugía se considera en casos de IUE moderada a severa, mientras que el tratamiento farmacológico se utiliza en pacientes con incontinencia asociada a urgencia miccional.



Mujer de edad avanzada con comorbilidades

La mujer de edad avanzada, con enfermedades crónicas, polimedicación y movilidad reducida es uno de los perfiles con mayor prevalencia de IU. En este caso, la IU se presenta como parte de un síndrome geriátrico, en el que el manejo se enfoca en mejorar la calidad de vida más que en resolver la incontinencia.

El abordaje de la IU en estas mujeres suele ser paliativo, incluyendo:

- » Uso de absorbentes.
- » Micción programada y asistencia para el acceso al baño.
- » Evaluación y ajuste de la medicación para minimizar efectos adversos.
- » Adaptaciones en el entorno para reducir el riesgo de caídas y mejorar la accesibilidad.

En este perfil de pacientes, la prioridad es evitar complicaciones asociadas, como infecciones del tracto urinario y dermatitis por humedad, mejorando el confort y bienestar de la mujer.



1.3 Impacto económico: costes directos e indirectos

El abordaje de la IU femenina en España tiene un impacto económico considerable, tanto en términos de costes directos como indirectos.

Los **costes directos** incluyen los gastos médicos asociados con el diagnóstico y tratamiento de la patología. Esto abarca consultas médicas, pruebas diagnósticas, medicamentos, cirugías, cuando son necesarias, y productos absorbentes (como compresas y pañales).

Los **costes indirectos** son más difíciles de cuantificar, pero no menos importantes. En el caso de pacientes activos, estos incluyen la pérdida de productividad laboral, debido a las ausencias o la reducción de la eficiencia en el trabajo. Cuando nos referimos a pacientes jubiladas o sin actividad laboral que residen en su domicilio, y requieren atención para sus cuidados, deberíamos tener en cuenta el impacto de la pérdida de productividad laboral del cuidador/familiar que se verá acrecentada a medida que aumenten las necesidades de las pacientes.

También se deben considerar los **costes asociados** con la depresión y la ansiedad que a menudo, acompañan a esta condición, así como los gastos en cuidados a largo plazo para pacientes con incontinencia severa.

En 2023, se estimó que el impacto económico de la IU en los países europeos superó los **69.000 millones de euros**. Esta cifra equivale, aproximadamente, a la **mitad de la carga económica de la diabetes** (149.000 millones de euros) o a **dos tercios de la carga económica del cáncer** (100.000 millones de euros). Además, el impacto económico de IU femenina fue hasta cuatro veces mayor que el de los hombres.¹²

En España, en el año 2022, los **productos absorbentes para la IU representaron la mayor facturación en envases e importe**, suponiendo un 59,1% respecto al total del grupo de productos sanitarios dispensados por receta (no medicamentos, ni hospitalarios)¹³.

12 (N.d.). Cloudfront.net. the health, socio-economic and environmental costs of continence problems in the eu 12, 2024,

13 Ministerio de Sanidad. 2023. Informe anual del SNS 2023. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Informe_PrestacionFarmaceutica_2023.pdf

1.4 Abordaje terapéutico

El abordaje terapéutico de esta enfermedad es multidisciplinar y se adapta a la gravedad y tipo de enfermedad, así como a las necesidades específicas de cada paciente. El tipo de IU —esfuerzo, urgencia o mixta— es un elemento determinante en la elección del tratamiento más adecuado. En función ello, puede realizarse la siguiente diferenciación

Tratamiento conservador

El tratamiento suele comenzar con las opciones menos invasivas. Las medidas conservadoras aplicables a todos los tipos de incontinencia incluyen modificaciones en el estilo de vida, como la gestión de la ingesta de líquidos, evitar bebidas carbohidratadas con cafeína o alcohol, la abstención del tabaco y la reducción del peso en pacientes con obesidad. También se recomiendan los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico y el entrenamiento vesical, siendo este último especialmente útil en la IUU e IUM.

Para la IUE, la rehabilitación del suelo pélvico es el tratamiento de primera línea y ha demostrado mejorar la función uretral y reducir los episodios de incontinencia¹⁴.

La electroestimulación transcutánea del nervio tibial posterior puede ser un tratamiento mínimamente invasivo eficaz para la hiperactividad vesical, la urgencia miccional y la IUU.

Tratamiento farmacológico

Cuando las estrategias conservadoras no resultan suficientemente efectivas, se pueden combinar con tratamientos farmacológicos.

Los estrógenos tópicos pueden ser útiles en mujeres postmenopáusicas con síndrome genitourinario de la menopausia e IU^{15, 16}.

En la IUU, los fármacos de primera línea incluyen los anticolinérgicos y los agonistas beta-3 adrenérgicos (mirabegron y virabegron), que ayudan a reducir la urgencia y la frecuencia miccional, además de los episodios de incontinencia.

En la IUM, se recomienda iniciar el tratamiento por el síntoma predominante, aunque han de tratarse ambos componentes. Los anticolinérgicos y beta-3 agonistas son eficaces en la IUU dentro de la IUM.

Tratamiento invasivo

Si los tratamientos conservadores y farmacológicos no logran resultados satisfactorios, se consideran opciones invasivas. En la IUU, técnicas como la neuroestimulación de raíces sacras y la inyección de toxina botulínica en el detrusor pueden ser eficaces.

Para la IUE, las opciones quirúrgicas incluyen las mallas suburetrales libres de tensión (TVT y TOT) y la colposuspensión de Burch.

En pacientes con IUM, la cirugía para IUE puede mejorar parcialmente la incontinencia, pero el éxito es menor en comparación con mujeres con IUE aislada¹³

Medidas paliativas

En pacientes con comorbilidades significativas, polimedicación o movilidad reducida, que no pueden ser tratados con las alternativas mencionadas, se emplean medidas paliativas como el uso de productos absorbentes y programas de micción programada.

14 European Association of Urology. (2025). EAU Guidelines on Non-neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms – Limited Update March 2025. European Association of Urology.

15 Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD005131. DOI: 10.1002/14651858.CD005131.pub2

16 Dueñas-García, O. F., Sullivan, G., Hall, C. D., Flynn, M. K., & O' Dell, K. (2016). Pharmacological Agents to Decrease New Episodes of Recurrent Lower Urinary Tract Infections in Postmenopausal Women. A Systematic Review. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 22(2), 63–69. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000244>

2. Desafíos de la Incontinencia Urinaria femenina en España

2.1 Retos de salud

Problemas dermatológicos

Cuando la **única alternativa** son las medidas paliativas, la IU puede dar lugar a numerosas complicaciones, una de las más relevantes está ligada con los problemas dermatológicos, al ser los **pañales, compresas y empapadores absorbentes** las **únicas opciones no invasivas disponibles**.

El uso frecuente de estos productos sanitarios está asociado a **complicaciones cutáneas**, ocasionando importantes repercusiones al comprometer la integridad de la piel, predisponer a infecciones cutáneas tanto bacterianas como fúngicas, como por ejemplo la candidiasis del pañal o las lesiones coetáneas asociadas a la humedad (LCAH), e incrementar el riesgo de padecer lesiones por presión (LPP) cuando otros factores de riesgo están presentes¹⁷.

La **dermatitis asociada a incontinencia (DAI)** afecta a entre el **5% y el 50%**^{18, 19, 20} de las pacientes, reduciendo su independencia y calidad de vida e interfiriendo en las actividades diarias, al causar molestias, ardor, picor y dolor, entre otra sintomatología.

Este tipo de patologías, que producen daños en la barrera cutánea, aumentan la susceptibilidad de la paciente a las **infecciones cutáneas secundarias** y a la aparición de **lesiones por presión**, cuya incidencia aumenta hasta cuatro veces en pacientes incontinentes. Para evitar este tipo de complicaciones



cutáneas, se recomienda la utilización de **cremas barrera** para proteger la piel sana, lo que implica un coste adicional debido a que este tipo de productos no están financiados por el Sistema Nacional de Salud. Además, en ocasiones se precisa tratamiento con **antibióticos**, contribuyendo al aumento de las **resistencias antimicrobianas**.

Infecciones del trato urinario (ITU)

Las **infecciones del tracto urinario (ITU)** se producen con mayor frecuencia por bacterias gramnegativas y representan la mayoría de las infecciones adquiridas en hospitales y centros de cuidados de largo plazo.

-
- 17 Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007;34(1):45-54; quiz 5-6.
 - 18 Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, Van Lancker A, Kottner J, Beele H, et al. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):Cd011627.
 - 19 Pather P, Hines S, Kynoch K, Coyer F. Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(5):1473-96.
 - 20 Qi L, Zhao Q, Guo L, Zhao B, Zhang M. Prevention and care for moisture-associated skin damage: A scoping review. J Tissue Viability. 2024;33(3):362-75.

Estas infecciones se pueden deber a múltiples factores:

- » El uso de **sondas urinarias** es el factor predictivo más significativo de ITU en hospitales, **responsable de entre el 43% y el 56% de los casos**. Estas infecciones están asociadas a una mayor mortalidad, disminución de la seguridad, **infecciones del torrente sanguíneo**, entre el 1% y el 12,5% de los casos, y pueden llevar al desarrollo de **sepsis grave** (9%) y **shock séptico** (31%), condicionantes graves con alta morbi-mortalidad^{21, 22, 23}.
- » El **vaciado incompleto de la vejiga** tras la micción puede dar lugar a retención crónica de orina que favorecerá la proliferación bacteriana.
- » La **disminución de la actividad hormonal** altera la flora vaginal, reduciendo sus mecanismos de defensa naturales.
- » La **reducción de la acidez urinaria** disminuye la capacidad del organismo para combatir infecciones. Además, la película protectora de la vejiga se debilita progresivamente con el paso de los años, lo que facilita la infección.
- » La **anatomía femenina** también influye ya que la uretra de la mujer es más corta que la del hombre, lo que permite la entrada de bacterias en el tracto urinario con mayor facilidad. Además, una higiene íntima excesiva puede eliminar barreras naturales de protección, aumentando el riesgo de infecciones en mujeres con IU.
- » La dificultad de algunas mujeres **ancianas** para sus **cuidados higiénicos** también es otro factor importante. En ausencia de ayuda, pueden no mantener una higiene adecuada en la zona genital, favoreciendo así la aparición de infecciones. Además, las mujeres mayores con problemas de movilidad o discapacidad

cognitiva que utilizan pañales requieren de la ayuda de un cuidador para que los cambie periódicamente. Si la paciente permanece mucho tiempo expuesta al pañal empapado se favorece la infección urinaria.

- » En pacientes mayores hospitalizadas, el **uso constante de productos absorbentes para la incontinencia** se asocia con un mayor riesgo de infecciones urinarias durante su ingreso hospitalario en comparación con aquellas que no los utilizan de manera continua. La frecuencia con la que se produce el cambio de absorbente o la fragilidad de estas pacientes son condiciones que también influyen. De hecho, las pacientes que pasan a ser usuarias permanentes de estos productos en el hospital presentan un mayor riesgo de desarrollar infecciones urinarias adquiridas fuera del ámbito hospitalario^{24, 25}.

Cabe destacar que el tratamiento de las ITU, **especialmente las asociadas a sondas urinarias**, agrava el creciente problema de la **resistencia a los antibióticos en los hospitales y en la comunidad en general**. Así, las ITU relacionadas con catéteres representan el **mayor reservorio institucional de organismos nosocomiales resistentes a los antibióticos**.

Nutrición: deshidratación y obesidad

Con frecuencia, las mujeres con IU reducen deliberadamente su consumo de líquidos, lo que puede predisponer a la deshidratación y un aumento de la morbilidad en la población anciana²⁶.

Por otro lado, algunas pacientes con IU presentan sobrepeso u obesidad, lo que favorece la acumulación de humedad en los pliegues de la piel y el riesgo de la proliferación de hongos, especialmente con el uso de productos absorbentes. Además, el sobrepeso dificulta la movilización de la paciente por parte de los profesionales sanitarios o de los cuidadores/familiares, lo que puede conllevar que la correcta higiene de la paciente se vea comprometida.

-
- 21 Warren JW, Platt R, Thomas RJ, et al: Antibiotic irrigation and catheter-associated urinary-tract infections. N Engl J Med 299(11):570-573, 1978. doi: 10.1056/NEJM197809142991103
 - 22 Saint S: Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria. Am J Infect Control 28(1):68-75, 2000. doi: 10.1016/S0196-6553(00)90015-4
 - 23 Leuck AM, Wright D, Ellingson L, et al: Complications of Foley catheters--Is infection the greatest risk? J Urol 187(5):1662-1666, 2012. doi: 10.1016/j.juro.2011.12.113
 - 24 Sociedad Chilena de Infectología. (2019). Guía Clínica: Infecciones del Tracto Urinario (ITU) en adultos. <https://www.sochinf.cl>
 - 25 Barakat, A., Badran, S., van der Ploeg, M., & Buurman, B. M. (2023). Absorbent incontinence pad use and the association with UTI and frailty: A cross-sectional study among older adults in home care. PLOS ONE, 18(6), e0287363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287363>
 - 26 Paulis SJC, Everink IHJ, Halfens RJG, Lohrmann C, Schols J. Prevalence and Risk Factors of Dehydration Among Nursing Home Residents: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2018;19(8):646-57.

Para mitigar estos riesgos, se recomienda seguir medidas higiénico-dietéticas, como distribuir adecuadamente la ingesta de líquidos, evitar bebidas que aumenten la producción de orina, consumir fibra para prevenir el estreñimiento, perder peso, dejar de fumar y programar las visitas al baño²⁷.

Desordenes del sueño

A menudo, la IU está ligada a la nocturia — necesidad de levantarse durante las horas del sueño para orinar — lo que repercute en el descanso de la paciente y provoca fatiga durante el día.

Así, un estudio publicado por la Scandinavian Journal of Urology and Nephrology refleja que las pacientes con nocturia autorreportaron un valor promedio de 57,6 en la dimensión de vitalidad del SF-36²⁸, frente al 71,8 del grupo control²⁹, evidenciando la pérdida de calidad de vida que ocasiona esta patología.

A su vez, la necesidad de la paciente de orinar durante la noche puede derivar en caídas y accidentes domésticos al levantarse de la cama para ir al baño. Según un estudio recientemente publicado, diseñado para estimar el coste anual de las caídas nocturnas asociadas a la nocturia significativa, se calculó que el **28,9% de las mujeres mayores de 65 años en EE. UU. sufren una caída anual**, con un coste estimado de 1.291\$ por episodio.³⁰

Caídas

Las mujeres con IU y movilidad reducida presentan un **mayor riesgo de caídas** al apresurarse para ir al baño. Este riesgo no solo **preocupa a las pacientes, sino también a sus familias y cuidadores**, debido a que podría acarrear consecuencias graves, como fracturas que requieren o prolongan la hospitalización, precisan rehabilitación y aumentan la morbi-mortalidad de las pacientes.



La combinación de la necesidad urgente de orinar, el rechazo al uso de absorbentes por no asumir su incontinencia y la movilidad reducida representan un desafío significativo para la **seguridad y el bienestar** de las pacientes.

Por lo que sería necesario desarrollar soluciones tecnológicas que supusieran un avance significativo en términos de desplazamientos para ir al baño, reducción del riesgo de caídas y mejora de la calidad del sueño.

27 Manteorola, P. (2024). Humanización del manejo del paciente con incontinencia urinaria. SEMERGEN. <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2024/humanizaciondelManejodelPaciente.pdf>

28 El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)1. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general

29 Franzén K, Johansson J-E, Andersson G, Pettersson N, Nilsson K. Urinary incontinence in women is not exclusively a medical problem: a population-based study on urinary incontinence and general living conditions. Scand J Urol Nephrol. 2009;43 (3):226-32. <https://doi.org/10.1080/00365590902808566>.

30 Kelly, T. An Economic Model Evaluating the Cost of Nocturia-Related Falls in Older Women in the Community EE201. Value in Health, Volume 27, Issue 6, S94.

Carga psicológica asociada a la incontinencia urinaria

La IU no solo representa un desafío físico, sino que también afecta profundamente el bienestar psicológico de quienes la padecen. Su impacto se extiende a las esferas afectiva, social y profesional, con manifestaciones como irritabilidad, ansiedad y depresión, afectando significativamente la calidad de vida³¹.

Uno de los principales factores que contribuyen a este impacto es el estigma asociado a la IU. Muchas mujeres sienten vergüenza y temor a ser juzgadas, lo que dificulta la comunicación con el personal sanitario y retrasa la detección y el tratamiento adecuados. Esta situación repercute en la autoestima y la autonomía, afectando a su vida cotidiana, laboral e íntima. Actividades como viajar o ir al cine pueden volverse un reto, y el miedo a sufrir pérdidas durante las relaciones sexuales²³ puede llevar a su evitación, siendo este último aspecto el que mayor impacto negativo tiene en la calidad de vida.

El uso de absorbentes, una solución común para manejar la IU también está rodeado de tabúes y percepciones negativas, lo que agrava el malestar emocional y social de quienes los utilizan. Además, el miedo a no llegar al baño a tiempo³² y la preocupación por el posible empeoramiento de la patología con la edad aumentan la ansiedad y los trastornos del sueño. Se ha observado que la prevalencia de depresión en mujeres con IU es significativamente mayor que en la población general, alcanzando hasta un 30%^{33 34}.

Por otro lado, el **olor asociado** al uso de absorbentes para la IU es un motivo habitual de vergüenza y miedo a la estigmatización para quienes padecen esta condición. Este olor, aunque a menudo se gestiona con productos diseñados para neutralizarlo,



puede percibirse como un **indicador tangible del problema**, generando ansiedad por el temor a ser percibido por otras personas.

El pudor puede llevar a **evitar actividades sociales**, familiares o laborales por miedo al rechazo o la discriminación. Esta percepción negativa puede contribuir al **aislamiento social**, la **disminución** de la **autoestima** y, en casos extremos, a **problemas emocionales** como la depresión. De hecho, existe un significativo consumo de antidepresivos en mujeres con IU, lo cual refleja el impacto emocional y psicológico que esta condición puede tener en su calidad de vida^{35,36}.

Por todo ello, para abordar esta problemática es fundamental romper el tabú y fomentar la concienciación sobre la salud ligada a la continencia urinaria. La implementación de campañas de sensibilización nacional contribuiría a normalizar la conversación, facilitar la detección temprana y dar a conocer las soluciones eficaces disponibles. Asimismo, la humanización de los cuidados, el acceso a mejores alternativas de tratamiento y el apoyo psicológico son estrategias clave para mejorar la calidad de vida de las mujeres con IU y reducir el estigma asociado a este problema.

31 García González F, Salinas Casado J, Madurga Patuel B, Cózar Olmo J, Esteban Fuertes M. Guía de atención a personas con incontinencia urinaria [Internet]. 1ª ed. Madrid: AEU. Asociación Española de Urología; 2020 [citado el 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/documentos-de-interes/guias-clinicas/send/67-guias-clinicas/908-guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria>

32 Girgin, R., & Demirkiran, E. D. (2022). Factors affecting urinary incontinence in women and its effect on quality life. International Journal of Medicine and Surgery, 4(4), 177-188. <https://scielo.iciii.es/pdf/ijm/v4n4/2995-5075-ijm-4-4-177.pdf>

33 Manzano BR, Ulloa V. Aspectos ginecológicos prevalentes en el climaterio. En: Artiles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y menopausia, Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 216-22

34 Avery, J, Stocks, N. Urinary incontinence, depression, and psychosocial factors – a review of population studies. European Medical Journal. 2016;1: 58-67. <https://doi.org/10.33590/emj/10312098>

35 Felde, G., Bjelland, I., & Hunskaar, S. (2012). Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study. International Urogynecology Journal, 23(3), 299-306. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1564-3>

36 Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. Cheng S, Lin D, Hu T, Cao L, Liao H, Mou X, Zhang Q, Liu J, Wu T - J Int Med Res - June 1, 2020; 48 (6); 300060520931348

2.2 Reto social

Formación a profesionales

La detección temprana y el manejo adecuado de la IU dependen en gran medida, de la formación de los profesionales sanitarios³⁷. Un estudio realizado en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Araba reveló que, aunque la IU es un síntoma urinario común, su evaluación en consultas se realizó de manera parcial en el 83% de los casos, y la intervención adecuada solo en el 4,7%. Además, más de la mitad de las enfermeras consideraron tener una formación “escasa” en este tema, y un tercio encontró difícil abordarlo³⁸. Esta falta de capacitación puede llevar a una identificación tardía de la IU y a un manejo poco óptimo de las pacientes.

La educación sanitaria desempeña un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de las pacientes con IU. Programas educativos dirigidos a pacientes han demostrado ser efectivos en la mejora de la percepción y actitud hacia la IU, fomentando la búsqueda de ayuda y la adopción de medidas preventivas y terapéuticas. Además, la formación de los profesionales en técnicas de rehabilitación del suelo pélvico y en la modificación de hábitos de vida perjudiciales puede contribuir significativamente a la prevención y tratamiento de la IU.

La formación continua de los profesionales sanitarios es esencial para garantizar una atención de calidad, y no solo incrementa la competencia profesional, sino que también potencia su papel en la educación y cuidado de las pacientes con IU. Por ello, la formación a sanitarios es un pilar fundamental para la detección temprana y el manejo efectivo de la IU.

Prevención y promoción de la salud

Implementar medidas preventivas eficaces puede frenar la progresión de la IU y reducir la necesidad de tratamientos invasivos como la cirugía o el uso prolongado de productos absorbentes. Sin embargo, la prevención sigue siendo una asignatura pendiente en las políticas de salud ligadas a la continencia urinaria, lo que resalta la urgencia de invertir en programas de educación y concienciación.

El fomento de hábitos saludables a través de iniciativas de salud pública ayudaría a disminuir la incidencia de esta condición y, a su vez, a reducir los costes asociados a su manejo. Además, la sensibilización sobre la patología es clave para eliminar tabúes y promover la búsqueda de atención médica oportuna. A pesar del impacto que tiene en la calidad de vida, muchas personas no consultan a un especialista debido al desconocimiento o la normalización de los síntomas. Informar tanto a la población como a los profesionales de la salud, facilitaría una detección más temprana y un abordaje más efectivo.

Contar con pacientes bien informados y especialistas más capacitados permite una atención más humanizada y eficaz. La combinación de educación, formación y apoyo emocional no solo mejora los resultados terapéuticos, sino que también genera una mayor sensibilización social sobre el problema. En este sentido, programas como el de “Paciente Experto” de la *Associació per la Incontinència Anal* (ASIA) han demostrado que el acompañamiento entre pares refuerza la confianza, reduce el impacto emocional de la enfermedad y fomenta la participación activa en el propio cuidado.

Por último, potenciar la detección y el tratamiento precoz no solo beneficia a las pacientes, sino que también ayuda a optimizar el uso de los recursos sanitarios. Integrar programas de prevención en la Atención Primaria es fundamental para evitar que la IU avance a fases más complejas y costosas, garantizando así una gestión más eficiente del sistema de salud.

37 Valladales-Restrepo LF, Bedoya-Arias HA, Aristizábal-Carmona BS, Machado-Alba JE. Patterns of use of medications used to treat urinary incontinence and potentially inappropriate prescriptions. *Ther Adv Urol*. 2023 Jun 16;15:17562872231179104. doi:10.1177/17562872231179104. PMID: 37342152; PMCID: PMC10278437.

38 Lafuente Martínez, A., Fierro, I., & Sáenz de Urturi, M. (2019). El abordaje de la incontinencia urinaria en las consultas de enfermería de Atención Primaria de la OSI Araba. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 26(1), 19–23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9580631>

2.3 Reto de sostenibilidad financiera y ambiental del Sistema Nacional de Salud

Sostenibilidad financiera: optimización de recursos y eficiencia del sistema

En la actualidad, el SNS enfrenta desafíos cada vez más significativos. Por un lado, aquellos derivados del aumento de recursos que requiere la atención de calidad a una población cada vez más envejecida y, por otro lado, la necesidad de reducir la huella medioambiental generada como consecuencia de la producción de residuos.

La optimización de recursos y la búsqueda de la mayor eficiencia del sistema es, por tanto, esencial para garantizar su sostenibilidad y calidad a largo plazo.

Entre los factores más relevantes a tener en cuenta están **los profesionales sociosanitarios**, así como los cuidadores informales dedicados a la atención de la paciente en su domicilio.

Con respecto a los **cuidadores informales**, estos representan un coste adicional para las pacientes con IU, ya que muchos de estos cuidadores informales son empleados del hogar contratados por los familiares, y sus salarios son cubiertos por los propios pacientes, lo que supone un gasto extra.

En el contexto de las tareas que realizan los profesionales sociosanitarios destaca el **elevadísimo uso de recursos** que se emplean en el **cuidado personal de las pacientes**. Labores como el aseo o el cambio de pañales suponen gran parte de la jornada laboral de estos profesionales. Esta cifra podría verse reducida implementando soluciones innovadoras más eficientes que permitirían la **redistribución del tiempo del personal** hacia otras actividades de mayor valor para las pacientes y además contribuirían a la **prevención de lesiones de los profesionales sanitarios asociadas a la realización de este tipo de tareas**, como son las lesiones de espalda o tendinitis.



Además, la eficiencia del SNS se ve comprometida cuando las pacientes con IU sufren **complicaciones adicionales** (ITU, úlceras por presión, dermatitis, caídas...) que pueden requerir **hospitalización**, así como el uso de **múltiples recursos sanitarios** para su correcto abordaje.

Por su parte, cada una de las soluciones destinadas a abordar la IU conlleva un impacto económico diferente para el SNS. En particular, los absorbentes para la incontinencia —como los pañales, cuya financiación suele cubrir entre cuatro y seis unidades diarias por paciente— representan el producto sanitario de mayor consumo tanto en número de envases (10,4 millones) como en gasto, con un importe total de 393,3 millones de euros en 2020³⁹.

39 Ministerio de Sanidad. (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022: Prestación farmacéutica. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/Informe_PrestacionFarmaceutica_2022.pdf

Es fundamental implementar simultáneamente tecnologías y estrategias enfocadas en reducir la dependencia de productos absorbentes o catéteres urinarios, garantizando la capacidad de respuesta del SNS sin comprometer su eficacia.

Sostenibilidad medioambiental

Actualmente, el manejo de la IU en mujeres requiere en muchos casos el **uso de productos absorbentes**, en concreto, **de entre cuatro y seis pañales diarios**⁴⁰, lo que conlleva un elevado consumo de recursos y, sobre todo, de generación de residuos.

En España se desechan unos **1.000 millones de pañales al año**, generando aproximadamente **172.000 toneladas** de residuos no reciclables.⁴¹ Se estima que **un pañal de un solo uso** tarda entre **300 y 500 años en descomponerse**, liberando gases de efecto invernadero que contribuyen al calentamiento global y al cambio climático. Teniendo en cuenta que los pañales de un solo uso solo existen desde hace unos 75 años, esto significa que todavía no se habrá descompuesto ni uno solo.

De otro lado, la implementación de soluciones tecnológicas innovadoras podría reducir sustancialmente el **gasto asociado** al lavado de la ropa de cama y pijamas de la paciente como consecuencia a las pérdidas de orina, como, por ejemplo, el uso de detergentes y el **consumo eléctrico y de agua**, lo que también conllevaría un ahorro en los gastos asociados a dichos consumos y en el impacto en la huella de carbono que producen estos lavados.

Por ello, resulta fundamental considerar estas implicaciones medioambientales al abordar la IU femenina y buscar **soluciones** que minimicen su **impacto ecológico** y contribuyan a la protección del entorno, sea en los **hospitales**, en los **centros de cuidados** o en el **propio domicilio de la paciente**.



2.4 Retos organizativos

Agravamiento de la condición debido a los largos tiempos de espera

La sobrecarga del sistema de salud, la falta de profesionales sanitarios y la repetición innecesaria de consultas en distintos niveles asistenciales contribuyen al aumento de los tiempos de espera para recibir atención sanitaria especializada. En el caso de la IU, esta situación puede derivar en un agravamiento de la condición de las pacientes, ya que el retraso en la evaluación y tratamiento oportuno impacta negativamente en su calidad de vida.

La instauración de protocolos y una mejor coordinación entre Atención Primaria y los servicios hospitalarios han permitido optimizar las derivaciones, asegurando que las pacientes con IU sean atendidas de manera más eficiente. En un estudio publicado en 2019, se observó un incremento en las derivaciones por esta patología, pasando del 3% al 10,3% del total de consultas, lo que indica una mayor detección y atención de estos casos⁴².

40 Ibidem.

41 Rising incontinence costs and the environmental crisis lurking in Europe's waste. Disponible en URL: <https://www.healthnews.ie/mens-health-care/rising-incontinence-costs-and-the-environmental-crisis-lurking-in-europes-waste/> (acceso octubre de 2024).

42 García-Rojo, E., Medina-Polo, J., Sopeña-Sutil, R., Guerrero-Ramos, F., García-Gómez, E., Aguilar-Gisbert, L., García-Álvarez, G., Azcutia-Gómez, M. R., Gómez-Martín, E., Molero-García, J. M., Pereda-Arregui, E., Vargas-Machuca Cabañero, M. C., Villacampa-Aubá, F., & Tejido Sánchez, Á. (2019). Evolución de las derivaciones desde Atención Primaria a Urología tras la creación de un grupo de trabajo y la instauración de protocolos y cursos de formación continuada. *Actas Urológicas Españolas*, 43(4), 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2018.10.001>

Insuficiencia de recursos: necesidad de mayor dotación de profesionales y de unidades de suelo pélvico

Uno de los principales desafíos en la atención a la IU es la escasez de recursos y profesionales especializados. La falta de enfermeras, matronas y fisioterapeutas con formación en suelo pélvico limita el acceso a tratamientos conservadores eficaces, como la fisioterapia, y dificulta un enfoque multidisciplinar que optimice la atención al paciente.

Para optimizar la gestión de estos casos, es crucial aumentar la concienciación sobre la incontinencia urinaria entre los profesionales sanitarios. Esto facilitaría la detección de problemas larvados y aceleraría los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

La inversión en esta área sigue siendo insuficiente, lo que se traduce en:

- » Retrasos en el diagnóstico y tratamiento, lo que provoca listas de espera prolongadas, agrava el pronóstico y prolonga el sufrimiento de las pacientes.
- » Mayor gasto sanitario a largo plazo, al recurrir más a tratamientos quirúrgicos evitables.
- » Aumento del impacto psicosocial en las personas afectadas, incluyendo baja autoestima, depresión, ansiedad y aislamiento social.
- » Desigualdad territorial en el acceso a tratamientos adecuados, generando inequidades en salud.

En este contexto, las unidades de suelo pélvico juegan un rol fundamental al reunir a especialistas de distintas áreas —urólogos, ginecólogos, coloproctólogos, rehabilitadores, anestesiólogos, radiólogos, médicos de familia, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos— pues permiten el abordaje de pacientes complejos, que requieren estudios más especializados.

Más allá de la asistencia clínica, estas unidades desempeñan un papel clave en la formación de profesionales sanitarios y la investigación, contribuyendo a mejorar los estándares de tratamiento. Sin embargo, su distribución en España es desigual, generando inequidades en el acceso a una atención adecuada según la comunidad autónoma o la localidad de residencia de la paciente.

Para garantizar una atención equitativa y de calidad, es imprescindible:

1. **Creación y fortalecimiento de Unidades Multidisciplinares de Suelo Pélvico** en hospitales de referencia, y centros de Atención Primaria avanzada, integrando ginecología, urología, fisioterapia, psicología, enfermería especializada y coloproctología, así como optimizar los recursos disponibles e incluir nuevas soluciones innovadoras para el manejo integral de la incontinencia urinaria.
2. **Incremento de plazas y programas de formación especializada**, tanto en el pregrado como en la formación continuada, orientados a profesionales sanitarios implicados en la atención del suelo pélvico.
3. **Asignación presupuestaria específica** para infraestructura, equipamiento tecnológico (biofeedback, ecografía, electroestimulación) y recursos humanos en esta área.
4. **Campañas de sensibilización y educación sanitaria** dirigidas a la población para fomentar la consulta precoz y reducir el estigma asociado a estas patologías.

Mejorar el abordaje de la incontinencia urinaria desde atención primaria

Los **profesionales de Atención Primaria**, como primer punto de contacto con el sistema sanitario, juegan un papel clave en la detección, evaluación y tratamiento temprano de la IU. Además, su labor incluye la prevención, la rehabilitación, la educación y la capacitación/entrenamiento de la paciente respecto a las diferentes soluciones y tratamientos, contribuyendo a reducir el estigma asociado a este problema y fomentando la búsqueda de atención sanitaria.

Para optimizar esta atención, es esencial fortalecer la formación de los profesionales, especialmente a las enfermeras de Atención Primaria y Comunitaria, donde la educación para la salud es una herramienta fundamental⁴³. Con una capacitación adecuada, los profesionales pueden promover cambios en el autocuidado de la población, mejorando su salud y reduciendo la incidencia de la IU, mediante

43 Rodríguez Melián. S. Intervención de Enfermería en Atención Primaria: reeducación y rehabilitación del suelo pélvico. [Internet]. 1ª edición, La Laguna. 2015. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2214/Intervencion+de+enfermeria+en+atencion+primaria+reeducacion+y+rehabilitacion+del+suelo+pelvico..pdf;jsessionid=63522A17FE8BB3B-3963F36A2EA0A354D?sequence=1>



intervenciones efectivas, como las modificaciones en el estilo de vida o el fortalecimiento del suelo pélvico, así como corrigiendo mitos y falsas creencias.

Asimismo, es fundamental establecer directrices en Atención Primaria que incluyan la evaluación de pérdidas de orina en la anamnesis de las pacientes, así como la creación de grupos de apoyo que las empoderen y motiven a mejorar sus hábitos de cuidado⁴⁴. La implicación de todos los profesionales sanitarios en la prevención y captación de pacientes resulta imprescindible, especialmente a través del asesoramiento y la enseñanza de ejercicios del suelo pélvico durante el embarazo y en el posparto.

Manejo del paciente geriátrico

La IU es un problema de salud prevalente en la población geriátrica, afectando, aproximadamente, al 20-25% de la población anciana. Sin embargo, se estima que solo un tercio de las pacientes con IU consultan a su médico por este problema, lo que indica un **notable infradiagnóstico y subregistro** de la condición⁴⁵.

En el manejo de la IU en pacientes geriátricas, se emplea un enfoque multidisciplinar que incluye medidas generales y cuidados de enfermería aplicables a todos los tipos de incontinencia. La combinación de

tratamientos no farmacológicos y farmacológicos ha demostrado ser eficaz, permitiendo recuperar el grado de continencia urinaria en un 30-40% de los casos y disminuir la severidad en un 40-50%³⁸.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, la IU en la población geriátrica enfrenta varios retos. La falta de educación sanitaria y la percepción errónea de que la incontinencia es una consecuencia inevitable del envejecimiento contribuyen al infradiagnóstico y al retraso en la búsqueda de atención profesional. Además, la escasa sensibilización de los profesionales sanitarios y la insuficiente formación específica en este ámbito limitan la implementación de estrategias de manejo adecuadas.

Un estudio realizado en Madrid revela que la prevalencia de IU en residencias para personas mayores fue del 53,6%, con un 35,8% de los casos considerados frecuentes o totales.⁴⁶ Esta alta prevalencia en instituciones plantea desafíos adicionales, como la necesidad de recursos especializados, la formación continua del personal, la necesaria coordinación sociosanitaria, el acceso a soluciones innovadoras más seguras y eficientes y la implementación de protocolos de atención que garanticen la dignidad y calidad de vida de las pacientes.

44 SEMERGEN. (2024). Humanización del Manejo del Paciente con Incontinencia Urinaria. Recuperado de: <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2024/humanizaciondelManejodelPaciente.pdf>

45 Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Actualizaciones terapéuticas. Incontinencia en el Anciano. Recuperado de: https://www.segg.es/media/descargas/Incontinencia_urinaria_ONTEX_Modulo1.pdf

46 Gómez Pavón, J., González Fraile, E., Abizanda Soler, P., & Martín Lesende, I. (2010). Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en pacientes institucionalizados en residencias geriátricas. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 45(6), 301-305. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.08.006>

3. Propuestas de mejora

1 Priorizar la incontinencia urinaria en la agenda pública

- » Impulsar el concepto de “salud ligada a la continencia” en los **planes y estrategias de cronicidad y fragilidad**, tanto de ámbito nacional como autonómico, posicionando a la IU como un problema sanitario creciente, con necesidades no cubiertas que requieren un abordaje diferenciado.

2 Programas de concienciación y educación

- » Normalizar y visibilizar la IU desde una etapa temprana contribuiría a eliminar el estigma social, fomentaría la prevención y promovería el acceso a información basada en evidencia científica. Por lo que debe incorporarse el **abordaje de la continencia urinaria en los programas de educación sexual y salud integral**, tanto en colegios como en universidades.
- » Implementar una **formación específica** para los profesionales sanitarios, con el objetivo de mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con IU. Esta capacitación debe asegurar un **enfoque multidisciplinar que incluya a enfermería, fisioterapeutas, matronas y médicos especialistas en ginecología, urología, rehabilitación y medicina de familia**. De este modo, se garantizará una atención de calidad que favorezca un diagnóstico precoz, el acceso a terapias efectivas y una mejor calidad de vida para las pacientes.
- » Promover el desarrollo e implementación de planes de formación para las pacientes y sus familiares con el objetivo de mejorar el autocuidado y evitar la aparición de complicaciones asociadas a la IU.

- » Promover programas de “**paciente experto**”, ya que brindan al paciente información oportuna y adecuada. Un paciente bien informado tiende a mostrar mayor adherencia a los tratamientos, una mejor capacidad de autogestión de su salud y una participación activa en la toma de decisiones compartidas.

3 Acceso a la innovación

- » Garantizar una **mayor cobertura de tratamientos no invasivos**, como la fisioterapia del suelo pélvico, permitiría que un mayor número de pacientes pudiera beneficiarse de estas opciones, lo que reduce la necesidad de intervenciones más agresivas y mejorando su calidad de vida.
- » Promover la **incorporación de soluciones tecnológicas innovadoras**, actualmente disponibles en el mercado español, en la cartera de servicios del SNS contribuiría a garantizar que cada mujer pudiera recibir el tratamiento más adecuado a su situación, asegurando un enfoque personalizado.

4 Mayor coordinación socio-sanitaria

- » **Reforzar la capacitación de los médicos de familia** en el manejo de la IU, permitiría que estos profesionales realizaran un seguimiento adecuado y una derivación oportuna a otros especialistas cuando sea necesario.
- » Creación de **unidades especializadas en el manejo de la IU**, integradas por equipos multidisciplinarios que incluyan ginecólogos, urólogos, fisioterapeutas del suelo pélvico y otros profesionales especializados. Estas unidades permitirían abordar casos complejos ofreciendo un diagnóstico más preciso, un tratamiento personalizado y una mejor coordinación entre niveles asistenciales, asegurando que cada paciente reciba la atención más adecuada según su situación clínica.

- » Impulsar la figura de la **enfermera de enlace, o gestora de casos**, es una estrategia fundamental para mejorar la coordinación entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria. Este perfil facilitaría la continuidad asistencial, optimizando la comunicación entre los diferentes especialistas implicados en el tratamiento de la IU y garantizando un seguimiento más eficiente de las pacientes. Su implementación contribuiría a reducir demoras en el acceso a tratamientos, mejorar la adherencia terapéutica y proporcionar un acompañamiento más cercano a las mujeres afectadas.
- » Desarrollar **algoritmos transversales simples y protocolos para el manejo de la IU**, con el objetivo de facilitar el cuidado de la paciente y promover el uso adecuado de los distintos métodos de tratamiento disponibles en función de las condiciones de las pacientes. Estos protocolos deberían ir acompañados de los programas de concienciación y educación mencionados en el apartado anterior.

5 Adaptaciones en espacios públicos y laborales

- » Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las mujeres con IU, a través de **estrategias que faciliten la accesibilidad** a aseos distribuidos en ciudades y locales comerciales.
- » Impulsar **campañas de sensibilización social en el ámbito laboral**, con el objetivo de reducir el estigma asociado a la IU y fomentar entornos más comprensivos y adaptados a las necesidades de las personas afectadas.

6 Apoyo psicosocial

- » La IU no solo representa un problema de salud física, sino que también tiene un profundo impacto psicosocial en quienes la padecen. Por ello, es fundamental **impulsar la investigación sobre las consecuencias emocionales, sociales y laborales de la IU**, así como desarrollar estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. La estigmatización, la ansiedad y la disminución de la autoestima son factores que pueden derivar en el aislamiento social y en una menor participación en actividades cotidianas. Comprender mejor estas implicaciones permitirá diseñar intervenciones más eficaces, incluyendo apoyo psicológico, programas de educación y medidas de integración en distintos ámbitos de la sociedad.

7 Fomento de la investigación y desarrollo de soluciones innovadoras en el ámbito de la incontinencia urinaria

- » Incentivar la investigación que evalúe la **prevalencia de la IU** en diversas poblaciones. Contar con datos actualizados y representativos permitirá comprender mejor la **magnitud** y el **impacto de esta patología** en la salud pública, facilitando la implementación de políticas de salud más eficaces y dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.
- » Promover **estudios sobre nuevos tratamientos y dispositivos sanitarios que ofrezcan soluciones más efectivas, seguras y accesibles** para el manejo de la IU. La innovación en este campo es clave para el desarrollo de terapias y soluciones menos invasivas y con mejores resultados en salud a largo plazo.
- » Promover estudios para identificar medidas preventivas para la incontinencia evaluando su efectividad.



Alianza contra la Incontinencia Urinaria



Secretaría Técnica: Cariotipo
Contacto:
administracion@cariotipomh5.com

Este proyecto cuenta con la
colaboración de Becton Dickinson.