

INFAAC

ESKUALDEKO FARMAKOTERAPI INFORMAZIOA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA

INCONTINENCIA URINARIA

1. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) se define como una pérdida involuntaria de orina en cantidades que causan un problema social o higiénico. Afecta principalmente a la tercera edad, observándose una prevalencia del 7-10% en los hombres y del 10-20% en las mujeres mayores de 65 años que viven en su domicilio. Esta prevalencia es del orden del 40-50% en los mayores de 65 años que habitan en residencias de tercera edad (1). La IU es una patología infradiagnosticada debido a que los médicos rara vez preguntan a sus pacientes sobre si padecen dicha enfermedad. Además, muchas de las personas que la sufren no han consultado nunca a su médico por este problema (2).

La IU conlleva repercusiones médicas y sociales. Entre las principales repercusiones médicas se encuentran úlceras por presión y depresión. Entre las repercusiones sociales cabe destacar que es un motivo por el que muchos ancianos ingresan en una residencia de la tercera edad (2).

El coste de la IU para el sistema de salud es muy elevado. Durante 1998, en la CAPV se han consumido pañales de incontinencia por un importe de 2.295 millones de pesetas. Sin embargo, hay tratamientos efectivos para la mayoría de los pacientes (1,2).

2. TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA(1,3)

INCONTINENCIA DE URGENCIA/INESTABILIDAD DEL DETRUSOR

Está producida por la inestabilidad o hiperactividad del músculo detrusor que se contrae involuntariamente. También puede ser debida a una relajación involuntaria del esfínter uretral. Se experimenta una sensación repentina de urgencia urinaria con una pérdida involuntaria de orina antes de que el paciente haya llegado al baño. Es el tipo de IU más frecuente en la población anciana. Los principales factores predisponentes son los trastornos neurológicos, obstrucción local e hiperplasia benigna de próstata (HBP).

INCONTINENCIA DE ESFUERZO

También denominada de estrés, se produce por una debilidad de la musculatura del cuello de la vejiga y fibrosis uretral. Se caracteriza por una pérdida involuntaria de orina en situaciones en las que aumenta la presión abdominal (al toser, reírse...). Es la forma más común de incontinencia en mujeres, y se produce como consecuencia de los partos debido a un adelgazamiento del colágeno del suelo pélvico y el periné. Puede verse agravada por la falta de estrógenos en pacientes postmenopáusicas. La incontinencia de esfuerzo también se produce en el 6% de los hombres que han sido sometidos a una prostatectomía.

INCONTINENCIA MIXTA

Es la combinación de las dos anteriores.

INCONTINENCIA DE REBOSAMIENTO

Ocurre cuando el mecanismo de vaciado de la vejiga está dañado debido a una vejiga hipotónica o a un aumento de la resistencia uretral. La vejiga se va distendiendo hasta que excede su capacidad funcional. El paciente experimenta disminución del flujo de orina, vaciamiento incompleto de la vejiga, aumento de la frecuencia urinaria y goteo de orina continuo. Puede ocurrir como consecuencia del tratamiento con determinados medicamentos, diabetes, lesiones medulares que inhiben la capacidad contráctil del detrusor, heces impactadas. En mujeres tras ser sometidas a histerectomía y en hombres asociada a HBP.

INCONTINENCIA FUNCIONAL

Se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene ningún problema, pero que debido a trastornos físicos (movilidad disminuida), cognitivos (demencia) o al uso de determinados medicamentos, no son capaces de llegar al baño.

3. EVALUACIÓN DEL PACIENTE (1)

Debido a que la incontinencia urinaria es una patología sobre la que el propio paciente no demanda atención por ser considerada tabú, es importante que el médico de atención primaria tome la iniciativa para detectar pacientes que puedan sufrir de incontinencia urinaria y asesorarles correctamente.

Por ello, la evaluación debe tener en consideración los siguientes factores:

- Historia del paciente, anamnesis para conocer el alcance y la importancia del problema, así como su sintomatología.
- Movilidad y factores ambientales en el domicilio o en la institución donde resida el enfermo.
- Destreza manual del enfermo.
- Estado mental.
- Historia médica y quirúrgica del enfermo.
- Ingesta de alimentos y líquidos; examen rectal para descartar heces impactadas.
- Fármacos con los que esté en tratamiento para descartar la incontinencia inducida por fármacos.

4. TRATAMIENTO

El tratamiento de la IU debe iniciarse una vez que se haya realizado una historia clínica y una evaluación física completas. Existen tres tipos de tratamiento: técnicas comportamentales, tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico. Como regla general, debe iniciarse el tratamiento menos invasivo y con menos efectos adversos que sea apropiado para cada paciente. La Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) de EEUU ha publicado una guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la IU. Las recomendaciones están clasificadas en los grados A, B y C en función del tipo de evidencia en el que se apoyan (3).

- Recomendación A: Basada en ensayos clínicos controlados con resultados estadísticamente significativos.
- Recomendación B: Basada en series clínicas adecuadamente diseñadas.
- Recomendación C: La recomendación se apoya en la opinión de expertos.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las **técnicas comportamentales** sirven para aumentar el conocimiento por parte del paciente de los músculos de la vejiga y del suelo pélvico, reduciendo los episodios de incontinencia en la mayor parte de los pacientes sin causar efectos adversos. Existen varios tipos de técnicas:

- El entrenamiento vesical consiste en una serie de ejercicios para mejorar el control de flujo de orina. Se basa en una micción programada en la que el paciente debe conseguir contener el estímulo y orinar solamente en los intervalos programados. Con el tiempo se van espaciando los intervalos de micción (4). **Esta técnica se recomienda para la incontinencia de urgencia y mixta.** También se recomienda en la de esfuerzo (Recomendación A) (3).
- Rehabilitación del suelo pélvico: Se basa en la realización de los ejercicios de suelo de pelvis o de Kegel, que refuerzan los músculos pélvicos de los pacientes. Se realizan 10-20 contracciones de la musculatura pélvica de 10 segundos cada una, 3 veces al día. Pueden ser necesarias 6-8 semanas antes de notar mejoría (2).
Puede asociarse a dispositivos de biofeedback (ej.: sonda de presión intravaginal), que ayudan a identificar los músculos pélvicos y a confirmar que se están realizando correctamente los ejercicios (4).
Para la rehabilitación de los músculos del suelo pélvico también se utilizan los conos vaginales y la estimulación eléctrica de dichos músculos (4).
- **Los ejercicios de Kegel se recomiendan en mujeres con IU de esfuerzo** (Recomendación A); Los ejercicios de Kegel asociados a entrenamiento vesical se recomiendan en hombres y mujeres con IU de urgencia (Recomendación B) (3).

El **tratamiento quirúrgico** más habitual es el de la IU de esfuerzo, sin embargo otras formas de IU también pueden ser tratadas quirúrgicamente (ej.: resección transuretral prostática en HBP).

Una revisión sistemática de los ensayos sobre el tratamiento quirúrgico en la IU de esfuerzo concluye que los ensayos fueron de baja calidad, por lo que la evidencia de la efectividad del tratamiento quirúrgico es débil y las conclusiones especulativas. Es además importante la falta de información fiable sobre las complicaciones postquirúrgicas (5).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

INCONTINENCIA DE URGENCIA

El tratamiento farmacológico de elección es la **terapia anticolinérgica** ya que inhibe la contracción del detrusor. Antes de iniciar el tratamiento descartar obstrucción urinaria. En los pacientes ancianos se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas. Los efectos adversos (boca seca, visión borrosa, retención urinaria, ...) son frecuentes y son causa de incumplimiento en un 25% de los pacientes (1).

- **Oxibutinina (Ditropan®)** es el agente de elección a dosis de 2,5-5 mg por vía oral tres a cuatro veces al día (Recomendación A)(3).
- Cloruro de tropsio (Uraplex®) es un fármaco utilizado en nuestro ámbito del que existe poca bibliografía.

- Flavoxato (Uronid®) no ha demostrado en ensayos clínicos controlados ser mejor que placebo en el tratamiento de IU (3).
- Tolterodina, un nuevo anticolinérgico para el tratamiento de la IU que se comercializará próximamente en España, ha resultado ser mejor tolerado que oxibutinina, pero también es menos eficaz (6).

Los **antidepresivos tricíclicos**, que además de acción anticolinérgica poseen acción alfa-adrenérgica que produce la contracción del esfínter uretral, deben reservarse para pacientes seleccionados debido a los efectos adversos que producen en la población anciana (Recomendación B)(3).

Los datos derivados de ensayos clínicos que puedan apoyar el uso de otro tipo de fármacos como antagonistas del calcio y AINE son casi inexistentes y no se puede recomendar su uso (3,4).

En un ensayo clínico las técnicas comportamentales asociadas a biofeedback demostraron ser más eficaces que oxibutinina y placebo en reducir los episodios de incontinencia (80,7% de reducción con técnicas comportamentales frente a 68,5% con oxibutinina y a 39,4 % con placebo) en mujeres con incontinencia de urgencia y mixta (7).

INCONTINENCIA DE ESFUERZO

Los **agonistas alfa-adrenérgicos** se utilizan para aumentar el tono del esfínter y la resistencia de la uretra. Fenilpropanolamina (25-100 mg 2 veces al día) o pseudoefedrina (15-30 mg tres veces al día) son los fármacos de elección en pacientes en los que no estén contraindicados (ej. hipertensión, arritmias cardíacas) (Recomendación A)(3). En nuestro país no están comercializados como especialidades monofármaco, se encuentran en especialidades anticatarrales y/o combinados con antihistamínicos.

La AHCPR recomienda considerar la terapia con estrógenos (oral o intravaginal) como adyuvante en mujeres postmenopáusicas con incontinencia de esfuerzo o mixta, ya que la falta de estrógenos produce cambios atróficos en la uretra que contribuyen a la incontinencia (Recomendación B)(3). Asimismo recomienda la combinación de alfa-adrenérgicos y estrógenos en mujeres postmenopáusicas cuando fracasa el tratamiento con los dos tipos de fármacos por separado (Recomendación A).

Posterior a las recomendaciones se ha publicado un ensayo clínico que evaluó la eficacia de la terapia hormonal sustitutiva (THS) en 83 mujeres postmenopáusicas frente a placebo. La THS por vía oral no redujo el nº de episodios semanales de incontinencia ni el volumen de orina perdida (8). Se necesitan más ensayos clínicos para conocer el papel real de los estrógenos en la incontinencia urinaria.

INCONTINENCIA DE REBOSAMIENTO (9)

Hipotonicidad del detrusor: Se debe revisar la medicación del paciente para evitar la IU inducida por fármacos. El tratamiento farmacológico es relativamente ineficaz. En

algunos pacientes pueden ser útiles los agonistas colinérgicos y los betabloqueantes. El único agente colinérgico disponible indicado es betanecol (Myo Hermes®) en dosis de 10-25 mg tres o cuatro veces al día. No debe utilizarse si hay evidencia de obstrucción. La efectividad de los betabloqueantes no ha sido evaluada adecuadamente. El volumen de orina post-miccional debe valorarse antes y después del tratamiento para comprobar la eficacia del mismo.

Obstrucción uretral: La mayoría de las veces se debe a un aumento del volumen de la próstata debido a infección, HBP o cáncer. La incontinencia urinaria debido a HBP mejora con el tratamiento con finasteride o bloqueantes alfa-adrenérgicos (ver INFAC vol. 6, nº9).

OTROS PRODUCTOS PARA INCONTINENCIA URINARIA

PRODUCTOS ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA

Los **productos absorbentes para incontinencia** deben ser el último recurso en el tratamiento de la misma. No deben ser sustitutos de una evaluación médica temprana que pueda identificar a aquellos pacientes que se beneficiarían de otras intervenciones como los ejercicios de Kegel. Esto puede ayudar a disminuir la dependencia a los absorbentes, aumentando la confianza del paciente. Monitorizar el nº de absorbentes dispensados puede ser un indicador para evaluar la eficacia de estas intervenciones (10).

SONDAS VESICALES (10)

Es esencial una evaluación cuidadosa del paciente antes de decidir la colocación de sondas vesicales debido que están asociadas con un alto riesgo de infección. Son útiles en las siguientes situaciones:

- retención urinaria o existencia de vejiga neurógena
- úlceras de presión severas
- obstrucciones inoperables que impiden el vaciamiento de la vejiga
- enfermos terminales
- paciente domiciliario sin adecuado apoyo de cuidadores

Intervenciones como los ejercicios de Kegel y el uso racional de pañales de incontinencia y empapadores puede reducir el nº de sondajes inapropiados.

5. CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es una patología que afecta a gran número de pacientes. Debido a que estos pacientes no consultan a su médico por este problema, el papel del médico de atención primaria es vital en la detección de dicha patología.

Es esencial una evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuados. De esta manera la mayoría de los pacientes mejorarían sustancialmente, alcanzándose la curación en muchos de ellos.

Las terapias comportamentales son de elección en las IU de urgencia, de esfuerzo y mixta. La rehabilitación del suelo pélvico mediante los ejercicios de Kegel es la técnica sobre la cual existe mayor evidencia. La Colaboración Cochrane está preparando revisiones sistemáticas sobre la efectividad de ésta y otras modalidades de tratamiento conservador (conos vaginales, electroestimulación, etc.).

Es necesario derivar el paciente al especialista cuando existan problemas en el diagnóstico, los tratamientos resulten ineficaces o sea necesaria la cirugía.

En el futuro sería necesario crear programas de educación al paciente, existentes ya en otros países, para asesorarle sobre las técnicas comportamentales y otros aspectos prácticos de la incontinencia urinaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Endika Gerediaga (Médico de Familia del C.S. de Bermeo) la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urinary incontinence in adults (part 1). MeReC Bulletin 1997;8:33-6.
2. Chutkan DS, Takahashi PY. Urinary Incontinence in the Elderly. Drugs 1998;56:587-95.
3. AHCPR Urinary Incontinence in Adults Guideline Update Panel. Managing Acute and Chronic Incontinence. Am Fam Physician 1996;54:1661-72.
4. Di Giulio P, Taricco MA, Ottoboni G. Incontinenza urinaria: trattamento e riabilitazione. Informazioni sui farmaci 1999;23:22-6.
5. Black NA, Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. Br J Urol 1996;78:497-510.
6. Tolterodine for overactive bladder. Med Lett Drugs Ther 1998;40:101-2.
7. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JL, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs Drug Treatment for Urge Urinary Incontinence in Older Women. A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998;280:1995-2000.
8. Fantl JA, Bump RC, Robinson D, McClish DK, Wyman JF, and the Continence Program for Women Research Group. Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. Obstet Gynecol 1996;88:745-9.
9. Mold JW. Pharmacotherapy of Urinary Incontinence. Am Fam Physician 1996;54:673-80.
10. Urinary incontinence in adults (part 2). MeReC Bulletin 1997;8:41-4.
11. Drug treatments: not always cost effective for urinary incontinence. Drugs Ther Perspect 1996;7:13-16.

IDAZKUNTZA BATZORDEA / CONSEJO DE REDACCIÓN

Iñigo Aizpurua (Responsable de CEVIME), María Armendáriz* (C. Gipuzkoa-Oeste), Arritxu Etxeberria* (C. Gipuzkoa-Este), Julia Fernández* (C. Ezkerraldea-Enkarterri), Susana Fernández* (C. Uribe), Iñaki García* (C. Gipuzkoa-Oeste), Josune Iribar* (C. Gipuzkoa-Este), Nekane Jaio* (C. Interior), Itxasne Lekue*(C. Gipuzkoa-Oeste), Javier Martínez* (C. Araba), Carmela Mozo* (C. Gipuzkoa-Este), Elena Ruiz de Velasco* (C. Bilbao), Rita Sainz de Rozas* (C. Ezkerraldea-Enkarterri), Elena Valverde* (C. Gipuzkoa-Oeste),

* *Farmacéuticos de Comarca*

GALDERA, IRADOKIZUN EDO PARTE-HARTZE LANAK NORI ZUZENDU PARA CONSULTAS, SUGERENCIAS Y APORTACIONES DIRIGIRSE A:

Zure komarkako farmazilaria / El farmacéutico de su comarca

ISSN: 1575054-X

D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Tabla: Comparación de características y tratamientos de los tipos de incontinencia urinaria (adaptada de 11).

	INCONTINENCIA DE URGENCIA	INCONTINENCIA DE ESFUERZO	INCONTINENCIA DE REBOSAMIENTO	INCONTINENCIA FUNCIONAL
DISFUNCIÓN UROLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Contracciones del detrusor antes de que la vejiga esté llena. • Relajación involuntaria del esfínter uretral 	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad de la musculatura del cuello de vejiga. • Fibrosis uretral 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción urinaria • Vejiga hipotónica 	No existe ninguna disfunción urológica.
VOLUMEN DE ORINA INCONTINENTE	Bajo-moderado	Bajo	Bajo	Variable
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia urinaria. • Aumento de la frecuencia urinaria. 	Incontinencia al aumentar la presión intra-abdominal (al reír, estornudar...)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la frecuencia urinaria. • Dificultad para iniciar el acto de orinar. • Vaciamiento incompleto de la vejiga • Disminución del flujo de orina. • Goteo de orina continuo. 	Problemas para acceder al baño a tiempo.
PREDISPOSICIÓN / FACTORES RELACIONADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ictus • Esclerosis múltiple • Enfermedad de Parkinson • Enfermedad de Alzheimer • Heces impactadas • Hiperplasia benigna de próstata 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación pélvica tras el parto. • Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Lesiones medulares • Hiperplasia benigna de próstata. • Histerectomía • Heces impactadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de movilidad (ej: artritis) • Problemas cognitivos (ej. demencia) • Fármacos (ver abajo)
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Terapia comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación de suelo pélvico (ejercicios de Kegel) • Cirugía (ej: esfínter artificial) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía (resección transuretral de la próstata). • Cateterización intermitente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas para la movilidad (muletas). • Modificaciones en el entorno. • Terapias comportamentales.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Anticolinérgicos (Oxibutinina).	<ul style="list-style-type: none"> • α-agonistas (fenilpropanolamina) • Estrógenos 	Poco eficaces. <ul style="list-style-type: none"> • Tratar la hiperplasia benigna de próstata (α-bloqueantes y finasteride) • Colinérgicos (betanecol) 	Ninguno
FÁRMACOS QUE PUEDEN EXACERBAR LA INCONTINENCIA	Cafeína, colinérgicos, diuréticos.	α -bloqueantes.	α -agonistas, anticolinérgicos, antihistamínicos, antagonistas del calcio, levodopa, fenotiazinas, teofilina, antidepresivos tricíclicos, diuréticos, ansiolíticos e hipnóticos.	Alcohol, anticolinérgicos, antihistamínicos, fenotiazinas, ansiolíticos e hipnóticos, opiáceos.