

Sumario

ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS

- INTRODUCCIÓN
- TIPOS DE INCONTINENCIA
- TRATAMIENTO
 - INCONTINENCIA DE ESFUERZO
 - Tratamiento no farmacológico
 - Tratamiento farmacológico
 - INCONTINENCIA DE URGENCIA
 - Tratamiento no farmacológico
 - Tratamiento farmacológico
 - INCONTINENCIA MIXTA
 - INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO
 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- CONCLUSIONES

El tratamiento no farmacológico debe ser la primera opción en el tratamiento de la IU

ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) ya se abordó en el boletín INFAC nº 7/99, pero la publicación de algunas revisiones sistemáticas y la comercialización de nuevos tratamientos farmacológicos, hacen necesaria una actualización del tema. Su prevalencia es difícil de estimar, ya que las cifras están influidas por la gravedad de los síntomas y el impacto sobre la calidad de vida; se calcula que la presentan un 20-30% de adultos jóvenes, entre un 30-40% de personas en edad madura y un 30-50% de ancianos, siendo además un problema más frecuente en personas hospitalizadas e ingresadas en residencias geriátricas¹. Sin embargo, teniendo en cuenta que sólo consulta con el médico el 10-40% de los afectados (bien por vergüenza, por considerarlo un trastorno inherente a la edad, o por desconocer la existencia de tratamiento), la IU todavía es una patología difícil de abordar para los médicos de atención primaria².

TIPOS DE INCONTINENCIA

No se ha demostrado que la IU produzca un aumento de la mortalidad en los pacientes que la padecen; sin embargo, sí produce un aumento de la morbilidad, tanto en aspectos relacionados con la calidad de vida como con la frecuencia de ciertas enfermedades (infecciones urinarias, alteración del sueño, irritación cutánea local)¹.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la IU, son: edad, peso, sexo femenino, embarazo, estreñimiento, antecedentes de enuresis nocturna, etc.

En la TABLA 1 se recogen los tipos de incontinencia y sus posibles causas^{1,3,4}.

TRATAMIENTO

El éxito del tratamiento de la IU se basa en una aproximación escalonada y multifactorial destinada a mejorar los aspectos más incómodos. En primer lugar, se intentarán corregir los factores que agravan los síntomas; a continuación, se recomendará un tratamiento con medidas físicas, un tratamiento farmacológico en los casos en los que esté indicado y, si estas medidas fracasan, se recurrirá al tratamiento quirúrgico¹.

El **tratamiento no farmacológico** se debe ofrecer como primera opción desde atención primaria, ya que es seguro y efectivo, siempre que no haya indicación para la derivación a atención especializada. Para obtener beneficios es imprescindible lograr la motivación del paciente².

Las intervenciones sobre el estilo de vida constituyen un conjunto de medidas no avaladas por una evidencia suficiente, pero que suelen recomendarse en todas las guías clínicas: no beber líquidos de forma abundante, evitar tomar alcohol y café, adoptar medidas antiestreñimiento y antiobesidad, eliminar las barreras físicas para acceder al baño, etc^{2,5}.

INCONTINENCIA DE ESFUERZO (IUE)

Tratamiento no farmacológico:

El fortalecimiento del suelo pélvico mediante los **ejercicios de Kegel** constituye el tratamiento de primera línea⁶. Estos ejercicios consisten en contraer vigorosamente los músculos pubococcígeos sin utilizar los músculos del abdomen o glúteos. Se considera que la técnica más eficaz es realizar de 40 a 80 contracciones por día, con 5 segundos de descanso después de cada contracción³. Su finalidad es reforzar la musculatura del suelo de la pelvis con 2 objetivos: conseguir un mejor tono muscular de base y mejorar su fuerza de contracción, dando todo ello lugar a una mejora de la continencia. Han demostrado tasas de curación o mejoría a los 3-6 meses⁷.

TABLA 1: Tipos de incontinencia y sus características

TIPO DE INCONTINENCIA	CARACTERÍSTICAS	CAUSAS
Incontinencia de esfuerzo	Pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (tosar, reír, correr o incluso andar). Es la causa de incontinencia más frecuente en general, y también en mujeres jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidad. - Embarazo. Parto vaginal y puerperio. - Intervenciones quirúrgicas del aparato genitourinario. - Fármacos relajantes musculares. - Trabajos que requieren esfuerzo físico importante. - Enfermedades neurológicas, accidentes cerebrovasculares.
Incontinencia de urgencia	Pérdida de orina acompañada de urgencia o inmediatamente precedida por ésta. Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas que en jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios estructurales con la edad. - Enfermedades del sistema nervioso central o periférico. - Antecedentes de cirugía correctora de la incontinencia. - Fármacos diuréticos y neurolépticos. - Irritaciones crónicas de la vejiga.
Incontinencia mixta	Pérdida involuntaria de orina que se presenta con urgencia y al realizar ejercicio, esfuerzos físicos, estornudos o toser. Es la más frecuente en la mujer y en personas de edad avanzada.	<ul style="list-style-type: none"> - Coexisten los mecanismos responsables de la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.
Incontinencia por rebosamiento	Incontinencia que se manifiesta como un goteo o pequeñas pérdidas continuas, asociadas a un vaciamiento incompleto de la vejiga. Es mucho más frecuente en hombres.	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperplasia de próstata y carcinoma de próstata. - Pacientes con daño en médula espinal. - Neuropatías periféricas. - Fármacos psicotrópicos.

Para obtener buenos resultados con los ejercicios es necesario un adecuado cumplimiento y una correcta realización de los mismos. Es importante enseñar al paciente cómo hacerlos. Se pueden tomar como referencia las instrucciones en: www.fisterra.com/material/consejos/incont_urinaria.asp.

Las **técnicas de biofeedback** constituyen el conjunto de técnicas que ayudan a la mujer a identificar la musculatura perineal y a tomar conciencia de la intensidad de la contracción, valiéndose para ello de un perineómetro que registra la intensidad de la contracción o de equipos informatizados que hacen un registro electromiográfico. Requiere personal fisioterapeuta con experiencia, y se trata de un tratamiento complementario a los ejercicios del suelo pélvico³. Sin embargo, parece que no han demostrado más eficacia que los ejercicios de Kegel solos^{4,5,8}.

Los **conos vaginales** son piezas de forma cónica con distintos pesos que se introducen en la vagina por la propia mujer y para sujetarlos tiene que realizar contracciones de la musculatura pelviana. Pueden ayudar a realizar los ejercicios de Kegel correctamente^{3,7}, pero no han demostrado ser más eficaces que éstos⁵ y además algunas pacientes no los aceptan⁹. Pueden ser tan efectivos como la **electroestimulación** (estímulos eléctricos en los nervios pudendos o sacros para conseguir la contracción del suelo pélvico en pacientes que no son capaces de realizarla), aunque son técnicas poco introducidas en nuestro medio⁷.

Para alcanzar los objetivos es fundamental conseguir la motivación del paciente

Tratamiento farmacológico:

No existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado claramente su eficacia en IUE.

Medicamentos alfa adrenérgicos

En España no están comercializados como especialidades farmacéuticas monofármaco; se encuentran en especialidades anticatarrales y/o combinados con antihistamínicos. Los resultados de una revisión sistemática no apoyan el uso de estos fármacos en la incontinencia de esfuerzo¹⁰.

Estrógenos

La información sobre los efectos de los estrógenos en la IU era contradictoria hasta la publicación de los resultados del reanálisis de los estudios WHI (Women Health Initiative)¹¹ y HERS (Heart Estrogen/progestin Replacement Study)¹², en los que se concluye que la terapia oral con estrógenos solos o asociados a progesterona aumenta el riesgo de IU en las mujeres postmenopáusicas continentales y empeora las características de la IU entre las sintomáticas, motivo por el cual no se recomienda su utilización en la IU.

Se debe informar del aumento de este riesgo a las mujeres que estén en tratamiento con terapia hormonal o vayan a iniciarlo¹².

Duloxetina

En España, en la actualidad, el antidepresivo duloxetina no está autorizado en el tratamiento de la IUE.

Los estudios realizados frente a placebo, con una duración máxima de tres meses, han demostrado en términos absolutos una reducción media de seis episodios de incontinencia a la semana para duloxetine (40 mg dos veces al día) frente a cuatro para placebo partiendo de una situación basal de 17 episodios de incontinencia/semana. La relevancia clínica de estos resultados sobre la calidad de vida es dudosa ya que en una escala de 100 puntos hubo una mejora de 5. Un ensayo a más a largo plazo (9 meses) no ha mostrado una eficacia diferente a la del placebo en la calidad de vida de los pacientes¹³.

En cuanto a sus efectos adversos (principalmente náuseas) una cuarta parte de los pacientes incluidos en los ensayos abandonaron el tratamiento durante los 3 primeros meses¹³.

Otros antidepressivos

Se han utilizado por sus efectos anticolinérgicos, pero no hay ensayos clínicos aleatorizados que justifiquen su uso en esta indicación¹.

INCONTINENCIA DE URGENCIA (IUU)

Tratamiento no farmacológico:

La **terapia conductual o entrenamiento vesical** constituye la primera línea de tratamiento. Consiste en enseñar al paciente a orinar en periodos fijos. El intervalo entre las micciones va prolongándose cada cierto número de días y, al mismo tiempo, se intentará suprimir la urgencia para orinar mediante ejercicios de suelo pélvico y técnicas de distracción y relajación². Los **ejercicios musculares de fortalecimiento del suelo pélvico** también pueden ser parte del tratamiento de este tipo de incontinencia, aunque los resultados son inciertos^{5,7,14}.

Cada método requiere entrenamiento, motivación y esfuerzo continuo por parte de pacientes y cuidadores¹.

Tratamiento farmacológico:

Anticolinérgicos

Cuando los métodos conductuales no son efectivos, el tratamiento farmacológico de elección en la IUU es la terapia anticolinérgica (oxibutinina, tolterodina, cloruro de trospio, solifenacina). Los anticolinérgicos actúan bloqueando los receptores muscarínicos y deprimiendo las contracciones involuntarias del músculo detrusor¹.

Los resultados de dos revisiones sistemáticas^{15,16} que comparan, entre otros, oxibutinina, tolterodina y cloruro de trospio entre sí y frente a placebo, han mostrado que éstos tienen una eficacia muy modesta, y varios estudios comparativos han mostrado que todos ellos tienen una eficacia similar⁸.

Solifenacina se ha mostrado en dos ensayos clínicos estadísticamente superior a placebo (en torno a una micción menos, partiendo de una situación basal de 12 micciones al día)¹⁷. Con respecto a otros anticolinérgicos, un ensayo clínico que comparó tolterodina de liberación prolongada frente a solifenacina, tuvo como resultado que solifenacina no fue inferior a tolterodina de liberación prolongada con respecto al cambio en el número medio de micciones al día¹⁸. Sus efectos adversos más frecuentes son sequedad bucal, visión borrosa, estreñimiento, taquicardias, retención urinaria... Estos efectos adversos son menos frecuentes con cloruro de trospio y con tolterodina que con oxibutinina¹⁵; solifenacina tampoco ha demostrado presentar diferencias de seguridad respecto a ellos¹⁷. Para intentar reducir estos efectos adversos, en particular la boca seca, se han desarrollado las preparaciones de liberación prolongada. Un ensayo clínico que comparó tolterodina de liberación normal y de liberación prolongada, dio como resultado un menor riesgo de sequedad bucal con la preparación de liberación prolongada¹⁵. En el ensayo que comparó tolterodina de liberación prolongada frente a solifenacina, la incidencia de boca seca como efecto adverso grave fue similar¹⁸.

Otros:

Flavoxato

Su mecanismo de acción no ha sido bien establecido. Aunque es bien tolerado, su eficacia clínica es cuestionable y en la actualidad no se recomienda para el tratamiento de la IU³.

Estrógenos

Al igual que en la IUE, su uso no está recomendado en la IUU^{11,12}.

Antidepressivos

No hay ensayos clínicos aleatorizados de buena calidad que apoyen el uso de los antidepressivos tricíclicos en la hiperactividad del detrusor y su uso está limitado debido a su cardiotoxicidad^{1,8}.

Fármacos utilizados en IUU*

PRINCIPIO ACTIVO	DDD	ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS	COSTE/DDD(€)
Oxibutinina	15 mg	Ditropan 5 mg 60 comprimidos	0,28
		Dresplan 5 mg 60 comprimidos	0,21
Solifenacina	5 mg	Vesicare 5 mg 30 comprimidos	1,72
		Solifenacina Yamanuchi 5 mg 30 comprimidos	1,72
Tolterodina	4 mg	Detrusitol 2 mg 56 comprimidos	1,56
		Detrusitol Neo 2 mg 28 cáps. duras liberación prolongada	2,15
		Detrusitol Neo 4 mg 28 cáps. duras liberación prolongada	1,72
		Urotrol 2 mg 56 comprimidos recubiertos	1,56
		Urotrol Neo 2 mg 28 cáps. duras liberación prolongada	2,15
		Urotrol Neo 4 mg 28 cáps. duras liberación prolongada	1,72
Trospio cloruro	40 mg	Uraplex 20 mg 30 grageas	0,53
		Uraplex 20 mg 60 grageas	0,48

* Datos obtenidos del Nomenclátor del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (Febrero 2006).

INCONTINENCIA MIXTA

Su tratamiento consiste en una combinación de los tratamientos aplicados en la incontinencia de esfuerzo y en la de urgencia. La clínica que predomine dirigirá hacia uno u otro¹.

INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO

El tratamiento más efectivo es la cirugía³.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía es el tratamiento de elección para la incontinencia urinaria de esfuerzo grave, o para aquella que no ha respondido al tratamiento no farmacológico.

En la incontinencia de urgencia se recomienda la cirugía sólo en casos graves como último recurso.

La cirugía es la mejor forma de tratar las dificultades del vaciado causadas por un útero miomatoso, o una hiperplasia benigna de próstata³.

CONCLUSIONES

- La incontinencia urinaria sigue siendo un problema oculto a pesar de su elevada prevalencia y la afectación de la calidad de vida de los pacientes.
- El médico de atención primaria debe ofrecer, como primera opción, el tratamiento no farmacológico.
- En la incontinencia de esfuerzo, el tratamiento más eficaz son los ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico y se recurrirá a la cirugía en los pacientes que no hayan respondido al mismo. Los tratamientos farmacológicos actuales no han demostrado claramente su eficacia.
- En la incontinencia de urgencia, el tratamiento recomendado es el entrenamiento vesical y los ejercicios para el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico; ambos pueden complementarse con medicamentos anticolinérgicos.
- No hay diferencias de eficacia entre los distintos anticolinérgicos utilizados en el tratamiento de la incontinencia de urgencia. Los efectos adversos son menos frecuentes con cloruro de tropsio y con tolterodina que con oxibutinina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viana C, Castiñeira C, Costa C, Fuentes MD, Sánchez J. Incontinencia urinaria. *Protocolos* 4/2005. FMC. 2005;1-34.
2. Campos M, Juarraz M. Incontinencia urinaria en la mujer. *AMF*. 2005;1(2):166-75.
3. Juarraz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo M^a J. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria*. 2002;30(5):323-32.
4. Holroyd-Leduc JM, Strauss SE. Management of Urinary Incontinence in Women. *Scientific Review*. *JAMA*. 2004;291:986-95.
5. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet*. 2006;367:57-67.
6. Hay-Smith EJC, Bo K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, van Waalwijk, van Doorn ESC. Entrenamiento muscular del piso pélvico para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Loze J. Stress incontinent [monografía en internet]. Londres: BMJ Publishing group; 2005 [consultado 10 Febrero 2006]. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/woh/0808/0808.jsp>
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline [internet]. SIGN; December 2004 [consultado enero 2006]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign79.pdf>.
9. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Alhassan A, Glazener CMA, Pickard R, N'Dow J. Fármacos adrenérgicos para la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia CH, et al. Effects of estrogen with or without progestin on urinary incontinence. *JAMA*. 2005. 293(8):935-48.
12. Steinauer JE, Waetjen E, Vittinghoff E, Subak LL, Hulley SB, Grady D, et al. Postmenopausal hormone therapy. Does it cause incontinence?. *Obst Gynecol*. 2005;106:940-5.
13. Duloxetine (Yentreve®). *Rev Prescrire*. 2005;25(263):491-4.
14. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Morris A. Fármacos anticolinérgicos para el tratamiento sintomático de la vejiga hiperactiva en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Moore K. Fármacos anticolinérgicos versus placebo para el síndrome de vejiga hiperactiva en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
17. Comité de evaluación de nuevos medicamentos del País Vasco. Solifenacina. Nuevo medicamento a examen. 2005. Nº 101. http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/innovaciones_terap/es_1221/adjuntos/ficha101_c.pdf
18. Chapple CR, Martinez-Garcia R, Selvaggi L, Tos-Hobson P, Warnack W, Drogendijk T, et al. A comparison of the efficacy and tolerability of solifenacin succinate and extended release tolterodine at treating overactive bladder syndrome: results of the STAR trial. *Eur Urol*. 2005;48:464-70.

Fecha revisión bibliográfica: febrero 2006

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Arrate Bengoa, Arritz Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Anabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Javier Meana, Carmela Mozo, Elena Ollolquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco