



XV Curso
ONLINE

Acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
4,4 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com

Atención al anciano frágil (dependiente)

1	Características generales del envejecimiento y las personas mayores
2	Nutrición en personas mayores
3	Farmacoterapia en personas mayores
4	Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
5	Diabetes mellitus en el anciano
6	Insomnio
7	Enfermedad de Parkinson
8	Dislipemias en ancianos
9	Depresión
10	Osteoporosis en el anciano frágil
11	Hipertensión en personas mayores
12	Incontinencia urinaria en el anciano
13	Estreñimiento
14	Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
15	Cuidados de la piel senil
16	Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

Atención farmacéutica

TEMA 12

Incontinencia urinaria en el anciano

Esther Ganado, Itxaso Garay y Lorena Vega

Farmacéuticas comunitarias, miembros del Grupo Serantes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI)

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) o pérdida involuntaria de orina es el trastorno más común relacionado con el tracto urinario inferior, sobre todo en personas mayores de 65 años, aunque no es un fenómeno normal del envejecimiento.

Para que las personas mayores consigan mantener una buena continencia es necesario que se cumplan una serie de requisitos:

- Correcto funcionamiento del aparato urinario y de su regulación por el sistema nervioso.
- Almacenamiento adecuado de la orina en el tracto urinario inferior.
- Vaciamiento idóneo de la vejiga.
- Capacidad cognitiva para percibir el deseo de orinar.
- Habilidad y movilidad para llegar al cuarto de baño.
- Motivación para ser continente.

Por otra parte, es importante la eliminación de barreras en el entorno que impidan o dificulten el acceso al aseo.

La incontinencia es una causa importante de incapacidad física y psicosocial que afecta considerablemente a la calidad de vida de la persona que la padece. Existe un alto porcentaje de pacientes infradiagnosticados (la mayoría de las per-



Tabla 1. Características de los tipos de incontinencia urinaria (IU) en ancianos

Tipos	Descripción	Problema de movilidad y/o mental	Urgencia de micción
IU de esfuerzo	<ul style="list-style-type: none"> • Pequeño volumen de pérdida por toser, reír, estornudar... 	No	No (variable)
IU de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor volumen de orina • Periodo corto de tiempo entre la urgencia y la pérdida de orina 	No	Sí
IU funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la movilidad o demencia de moderada a grave • Barreras (p. ej., barandillas) 	Sí	No
IU por rebosamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Goteo constante • Frecuencia y urgencia 	No	No (variable)

sonas no consultan por vergüenza o porque creen que es normal en la vejez). Es importante tener en cuenta que la IU no es una enfermedad como tal, sino un síntoma derivado de otra patología del sistema nervioso o urinario. En algunos casos, eliminando la causa se puede llegar a acabar con el problema o al menos controlarlo, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Tipos de incontinencia urinaria (tabla 1)

La IU puede clasificarse en función del tipo de pérdida de orina.

IU de esfuerzo

Se produce por un aumento de la presión intraabdominal debido a un esfuerzo físico como toser, reír, estornudar o cargar peso. El origen de esta incontinencia está en una disfunción del esfínter uretral y en una hipermovilidad uretral. Al producirse un aumento de la presión abdominal tras un esfuerzo, el esfínter uretral se abre sin que haya contracción del músculo detrusor. En estos casos, el volumen perdido es bajo o moderado.

Es el segundo tipo de incontinencia más común en las mujeres, y se debe en gran parte a problemas originados en el parto y al desarrollo de uretritis atrófica. También pueden padecerla los hombres después de una prostatectomía radical.

IU de urgencia

Surge tras la aparición repentina de ganas de orinar en ese mismo momento o inmediatamente después. La can-

tidad de volumen perdido es de moderada a grave.

Se produce cuando la vejiga se contrae de forma descontrolada como consecuencia de la hiperactividad del músculo detrusor.

Es la más común en pacientes mayores de 75 años, sobre todo en los hombres.

El uso de diuréticos puede influir en la pérdida de orina, así como en el hecho de no poder llegar a tiempo al baño.

IU por rebosamiento

Es una pérdida pequeña pero continua. Se debe a un vaciado incompleto de la vejiga. Se produce porque existe una obstrucción funcional o mecánica a la salida de la orina (aumentando así el volumen posmiccional y haciendo que la vejiga esté sobredistendida) o por una parálisis vesical.

Es el segundo tipo de incontinencia más frecuente en los hombres.

IU funcional

Se debe a alteraciones físicas o cognitivas (accidentes cerebrovasculares, demencias...) o a barreras del entorno. Es decir, no existe una alteración estructural responsable de la incontinencia. La función fisiológica y anatómica del sistema urinario es normal.

También pueden darse combinaciones de la de esfuerzo con la funcional.

Etiología

Entre los distintos factores de riesgo que predisponen a padecer IU, destacan los siguientes:

- **Embarazo y parto.** En el embarazo, el peso del bebé aumenta la presión abdominal, lo que contribuye al debilitamiento del suelo pélvico. Además, durante el parto los músculos y ligamentos también se distienden.
- **Obesidad.** Se produce un aumento de la presión abdominal, y por ello una sobrecarga del suelo pélvico.
- **Enfermedades neurológicas.** Demencia vascular, ictus, enfermedad de Parkinson... Las lesiones cerebrales provocan pérdida del control muscular de la vejiga, por lo que aumenta el número de contracciones voluntarias, es decir, se produce hiperactividad del detrusor.
- **Deterioro cognitivo.** Se pierde el control voluntario de la micción y la capacidad para interpretar el momento en que se tiene que orinar.
- **Obstrucción física.** La presencia de tumores o hipertrofia prostática dificulta la salida del flujo urinario.
- **Déficit estrogénico.** El descenso de los niveles de estrógenos durante la menopausia provoca atrofia del epitelio vaginal, uretral y vesical, con la consecuente irritación para el tracto urinario inferior y disminución del tono muscular perineal.
- **Edad.** Con la edad se producen algunos cambios fisiológicos, como atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción del tono del músculo liso y pérdida de la capacidad de concentración renal, entre otros.
- **Tabaquismo.** Aumenta el riesgo de daño en los esfínteres debido a la tos crónica asociada, además de producir irritación vesical.

Tabla 2. Fármacos que pueden influir en la incontinencia (yatrogenia)

Fármacos	Mecanismo de acción
Hipnóticos y ansiolíticos	Relajación del esfínter estriado
Diuréticos (furosemida, tiazidas)	Poliuria
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina	Tos y pérdidas de orina en IU de esfuerzo
Antidepresivos (sobre todo tricíclicos)	Acción anticolinérgica relajando el músculo detrusor y aumentando el tono del esfínter interno de la orina
Antipsicóticos	Delirio y dificultad en la movilidad
Antiparkinsonianos	Acción anticolinérgica con retención de orina
Bloqueantes de los canales del calcio	Relajación del detrusor
Alfa antagonistas (efedrina...)	Aumento del tono del esfínter interno
Opiáceos	Relajación del detrusor
Antihistamínicos	Efecto anticolinérgico
Antiespasmódicos (baclofeno...)	Relajación del esfínter externo

- **Infecciones urinarias de repetición.** Producen irritación frecuente de la vía urinaria.
- **Estreñimiento.** El contenido intestinal presiona sobre el cuello de la vejiga y la uretra.
- **Diabetes.** La hiperglucemia aumenta la frecuencia de la micción, y las lesiones nerviosas debidas a la propia enfermedad dificultan el control urinario.
- **Yatrogenia.** Algunos fármacos pueden influir en la incontinencia, aunque pocas veces son los únicos responsables. Los más importantes se detallan en la tabla 2.

Incontinencia urinaria asociada al envejecimiento

El envejecimiento fisiológico conlleva cambios en distintas estructuras del organismo que controlan la micción, como el aparato urinario inferior, la próstata, la vagina y el sistema nervioso central.

Con la edad, la capacidad de la vejiga para mantener la orina en su interior se va reduciendo y la fuerza del músculo detrusor también es algo menor. A partir de los 50-55 años, en los varones la próstata aumenta de tamaño, y en la gran mayoría de los casos esto influye

sobre la micción. En las mujeres (a partir también de esa edad), la disminución de los niveles hormonales asociada a la menopausia influye tanto sobre el aparato genital como sobre el urinario, condicionando una menor resistencia del suelo pélvico.

Además de los cambios fisiológicos del envejecimiento, también van a influir de una forma notable en el control de la orina ciertos problemas neurológicos (demencia, ictus, enfermedad de Parkinson...) y otras patologías (diabetes, insuficiencia cardiaca, artrosis, estreñimiento...), y por tanto también tendrá cierta incidencia el deterioro funcional asociado a estas enfermedades, que genera un grado variable de inmovilidad y/o un deterioro cognitivo que puede limitar más el control de la micción.

Por otro lado, los ancianos suelen ser pacientes polimedificados, por lo que es más probable que utilicen algunos de los medicamentos que pueden influir de forma negativa en la incontinencia.

Epidemiología

La IU es el trastorno más común del tracto urinario inferior en las personas mayores de 65 años.

Según datos del Observatorio Nacional de la Incontinencia, la prevalencia global estimada en el hombre es del 7%, alcanzando en mayores de 65 años entre el 14 y el 29%, y hasta el 50% en ancianos mayores de 85 años institucionalizados. En la mujer, la prevalencia es dos veces mayor que en el hombre: afecta al 20% de las mujeres que tienen alrededor de 20 años, un porcentaje que aumenta hasta el 30-40% en torno a los 50 años, para estabilizarse en un 70% a los 70 años. Como puede observarse, las diferencias entre hombre y mujer son mayores a edades tempranas, tendiendo a igualarse en la población anciana.

La repercusión de este trastorno en la calidad de vida de los pacientes depende del tipo, de la frecuencia y de la severidad de la IU. Desde un punto de vista psicológico, reduce la autoestima y genera inseguridad. En cuanto a las repercusiones sociales, las personas afectadas suelen aislarse cada vez más por vergüenza a que se produzcan pérdidas de orina en lugares públicos, lo que da lugar a cambios en sus actividades de ocio y a una disminución de sus relaciones.

Diagnóstico

Historia clínica

Es importante recoger la siguiente información:

- Antecedentes y factores de riesgo: embarazo, medicación, cirugías...
- Forma de presentación de los síntomas urinarios: intensidad y frecuencia de las pérdidas, factores que los agravan, nicturia... La forma en que se presentan las pérdidas puede ser de ayuda para su correcta clasificación (tabla 3).
- Antecedentes prostáticos.
- Alteraciones del ritmo intestinal.
- Hábitos de vida.
- Enfermedades concomitantes.
- Estado mental.

En la tabla 3 se muestran también algunas de las preguntas que pueden ayudar a la clasificación de la incontinencia.

Test del empapador (PAD TEST)

Sirve para cuantificar las pérdidas de orina. Para ello, se mide la diferencia de peso de la compresa antes y después de su uso. Existen tests cortos, de una hora de duración, y test largos, de 24 y 48 horas.

Otras pruebas

Si los resultados obtenidos en las pruebas anteriores y los cuestionarios no son suficientes, se pueden realizar otras pruebas específicas:

- **Técnicas de imagen:** ecografía, tomografía axial computarizada, cistografía y resonancia magnética nuclear.
- **Uretrocistoscopia:** es una endoscopia para ver el interior de la vejiga y la uretra.
- **Estudio urodinámico:** con esta técnica se estudia la micción en todas sus fases (llenado y vaciado). No es una exploración rutinaria, y sólo se indica en caso de IU complejas que no encajan en ninguna clasificación, si no se produce mejoría tras cirugía o para valorar la obstrucción uretral.

Tratamiento de la IU

Tratamientos no farmacológicos

Las terapias educativas y conductuales son especialmente válidas en la población anciana. En muchas ocasiones, mejorar ciertos hábitos diarios puede controlar o incluso resolver la incontinencia.

Recomendaciones higiénico-dietéticas

Las siguientes medidas higiénico-dietéticas pueden minimizar la sensación de inseguridad de las personas incontinentes y aumentar su calidad de vida de forma notable.

- Ingerir 1,5-2 L de líquidos y distribuir el horario de las tomas. Beber más durante la mañana.
- Limitar la toma de alcohol, café, té y bebidas gaseosas.
- Reducir el consumo de alimentos con efecto diurético: calabaza, melón, sandía, espárragos, alcachofa, apio, melocotón, coliflor...
- Aumentar el consumo de fibra y evitar el estreñimiento.

- Adelantar el horario de la cena a las 6 o 7 de la tarde y acostarse con la vejiga vacía.
- Vigilar los niveles de glucosa.
- Evitar la obesidad.
- Abandonar el consumo de tabaco.
- Orinar cada 2-3 horas.
- Salir de casa con la vejiga vacía y moderar la ingesta excesiva de líquidos.
- Utilizar ropa cómoda para facilitar la micción en condiciones de urgencia.
- Controlar las infecciones urinarias de repetición.
- Mantener una correcta higiene e hidratación de la piel, para frenar las maceraciones, heridas y rozaduras.

Entrenamiento vesical

El objetivo final de esta medida es recuperar el control sobre la micción, aumentando la frecuencia de las evacuaciones voluntarias. Se emplea fundamentalmente en los casos de incontinencia de urgencia.

Consiste en educar al paciente para que orine en periodos establecidos (cada 2-3 horas). Es aconsejable llevar un diario miccional para instaurar la mejor pauta de vaciamiento de la vejiga y, gradualmente, alargar el tiempo de acudir al baño de forma progresiva cada 30 minutos. Con el tiempo, podrá prolongarse hasta las 3-4 horas.

En el caso de personas con deterioro cognitivo, se recomienda preguntarles cada 2 horas si desean orinar o si se encuentran mojadas. El diario miccional también puede ayudar al cuidador a conocer cuándo es necesario cambiar los absorbentes.

Medidas para fortalecer el suelo pélvico

Son programas orientados a fortalecer la musculatura pélvica, especialmente el complejo pubococcigeo y el elevador del ano. En general, son de utilidad en la IU de urgencia y de esfuerzo.

- **Ejercicios de Kegel.** Programa de ejercicios cuya finalidad es fortalecer los músculos del cierre de la uretra. Se trata de contraer la musculatura de forma intensa aproximadamente

15 veces y durante 10 segundos, 3 veces al día. La recomendación es realizar los ejercicios 3-4 veces por semana y durante 20 semanas. Han demostrado gran eficacia en mujeres, mejorando el control de la musculatura en un 50-70%.

- **Terapia física-biofeedback.** Se trata de sondas vaginales o rectales que monitorizan las contracciones que va realizando el paciente, para que pueda ver si las ejecuta de forma correcta. Requiere personal cualificado y un alto grado de colaboración por parte del paciente.
- **Estimulación eléctrica (neuromodulación).** Versión automatizada de los ejercicios de Kegel. Se estimulan los nervios de la vejiga de forma eléctrica mediante electrodos. No ha demostrado mayor eficacia que los ejercicios de Kegel tradicionales.
- **Conos vaginales y pesarios.** Son dispositivos que se introducen en la vagina y que deben mantenerse en su interior mediante la contracción de la musculatura pélvica. No sustituyen a los ejercicios de Kegel, sino que ayudan a realizarlos de forma correcta. Son de gran utilidad en el prolapso pélvico.

Tratamientos farmacológicos

El objetivo terapéutico es que la vejiga pueda distenderse durante el llenado y que logre una buena capacidad. La eficacia del tratamiento se determina por la disminución de los síntomas de urgencia y por la reducción del número de episodios de pérdidas de orina y el volumen de las mismas.

Anticolinérgicos

Constituyen el tratamiento de elección en la vejiga hiperactiva y la IU de urgencia. Disminuyen las contracciones de la musculatura lisa, bloqueando los receptores de la acetilcolina. Esto implica una inhibición de las contracciones involuntarias del músculo detrusor, aumentando la capacidad vesical y reduciendo la sensación de urgencia urinaria. Sin embargo, estos fármacos no bloquean selectivamente los recep-

Tabla 4. Principales características de los anticolinérgicos

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Fesoterodina	4-8 mg/24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos • Antipsicóticos • Antiparkinsonianos • Antidepresivos • Antifúngicos • Macrólidos • Antagonistas del calcio • Carbamazepina • Fenitoína • Fenobarbital • Rifampicina • Hipérico • Alcohol • Domperidona • Metoclopramida 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca • Estreñimiento • Náuseas, vómitos • Sofocos • Palpitaciones • Mareo, confusión, alucinaciones, desorientación • Angioedema • Visión borrosa • Fotofobia • Cefalea • Retención urinaria • Sequedad ocular • Sequedad de piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos graves de la motilidad gastrointestinal (colitis ulcerosa, atonía intestinal, megacolon tóxico) • Glaucoma de ángulo cerrado • Miastenia grave • Insuficiencia renal grave • Insuficiencia hepática grave
Solifenacina	5-10 mg/24 h			
Tolterodina	2 mg/12 h o 4 mg/24 h			
Oxibutinina	<ul style="list-style-type: none"> • Vía oral: 5 mg/8 h (15 mg/24 h, enuresis) • Vía transdérmica: 1 parche/3-4 días 			
Flavoxato	200 mg/6-8 h			
Cloruro de trospio	20 mg/12 h			

Tabla 5. Mirabegrón

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Mirabegrón	50 mg/24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Antiarrítmicos • Antidepresivos tricíclicos • Digoxina • Dabigatrán • Metoprolol 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispepsia • Gastritis • Estreñimiento • Náuseas • Aumento de transaminasas • Taquicardia, palpitaciones • Crisis hipertensiva • Infecciones del tracto urinario • Retención urinaria • Vasculitis, púrpura 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial grave • Insuficiencia renal grave • Insuficiencia hepática grave

tores colinérgicos de las vías urinarias, por lo que son frecuentes los efectos adversos relacionados con su administración. Los pacientes ancianos son más sensibles a estos efectos anticolinérgicos, por lo que se recomienda comenzar el tratamiento con dosis bajas e ir aumentándolas progresivamente.

La mejoría de los síntomas no es inmediata, pudiendo tardar 4 semanas en aparecer. En la tabla 4 se describen las principales características de los anticolinérgicos.

Mirabegrón (tabla 5)

Es un agonista beta-3 adrenérgico con acción selectiva sobre los receptores del músculo liso vesical. Se utiliza en el tratamiento de la vejiga hiperactiva con urgencia miccional y/o incontinencia urinaria.

Representa una alternativa para los pacientes con respuesta baja a los an-

ticolinérgicos o con intolerancia a los mismos, aunque su eficacia clínica es muy similar.

Desmopresina (tabla 6)

Es un análogo de la vasopresina con un potente efecto antidiurético, por lo que reduce la producción de orina por la noche. A pesar de que no son frecuentes los efectos adversos, los pacientes ancianos pueden sufrir hiponatremia e intoxicación por agua.

Otros medicamentos

Existen distintos grupos terapéuticos que se emplean en el tratamiento de la IU, a pesar de que dicha indicación terapéutica no está aprobada en España.

Bloqueantes alfa-adrenérgicos

Bloquean los receptores alfa-1-adrenérgicos de la musculatura lisa de las vías urinarias (esfínter interno vesical,

uretra prostática y proximal), disminuyendo el volumen residual posmicción y las pérdidas de orina. También incrementan la velocidad del flujo urinario y facilitan el vaciado vesical en la incontinencia por rebosamiento, tanto en la obstrucción funcional como en la hipertrofia prostática benigna. Asimismo, son de utilidad en la vejiga incompetente por problemas neurológicos.

Los efectos terapéuticos pueden aparecer después de varias semanas de tratamiento.

- Antihipertensivos del grupo terapéutico CO2CA (tabla 7): antagonistas alfa-1-adrenérgicos de los músculos de la uretra y la próstata con indicación terapéutica de antihipertensivos.
- Antagonistas alfa-adrenérgicos del grupo terapéutico G04C (tabla 8): bloqueantes alfa-1-adrenérgicos cu-

Tabla 6. Desmopresina

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Desmopresina	Vía oral: <ul style="list-style-type: none"> • 0,2-10,4 mg/24 h (comprimidos) • 120-240 µg/24 h (<i>flash</i>) • 180-360 µg/24 h (solución oral) Vía nasal: <ul style="list-style-type: none"> • 10-20 µg/24 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Indometacina • Antidepresivos tricíclicos • Glibenclamida • Carbamazepina • Clorpromazina 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivitis • Náuseas, vómitos, gastralgia • Cefalea, edema cerebral • Astenia • Prurito, erupción exantemática • Fiebre • Hiponatremia • Hipertensión arterial • Por vía nasal: congestión, epistaxis, rinitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Angina inestable • Insuficiencia renal • Insuficiencia cardíaca • Polidispepsia

Tabla 7. Antihipertensivos del grupo terapéutico CO2CA

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Doxazosina	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis inicial: 1 mg/24 h • Dosis de mantenimiento: 2-4 mg/24 h • Dosis máxima: 8 mg/24 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos • Inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE5) • Vasodilatadores y nitratos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca • Estreñimiento • Náuseas, vómitos • Sofocos • Palpitaciones • Mareo, confusión, alucinaciones, desorientación • Angioedema • Visión borrosa • Fotofobia • Cefalea • Retención urinaria • Sequedad ocular • Sequedad de piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión ortostática • Insuficiencia hepática grave
Prazosina	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis inicial: 0,5 mg/12 h (3-7 días), ir aumentando la dosis según necesidad • Dosis máxima: 4 mg/24 h 			

ya indicación terapéutica es el tratamiento de los síntomas de la hipertrofia prostática benigna. Su uso se asocia al aumento del riesgo de caídas, fracturas óseas y traumatismos, probablemente por problemas de hipotensión ortostática.

Antidepresivos

Algunos antidepresivos también pueden utilizarse en el tratamiento de la incontinencia.

- **Imipramina.** Antidepresivo tricíclico con efecto anticolinérgico y que incrementa el tono del esfínter uretral. Es útil para la nicturia y en la incontinencia mixta, pero la experiencia de uso es limitada y la relación beneficio/riesgo no está bien establecida. Se administran 25 mg por la noche y en una sola toma, aunque puede incrementarse hasta 150 mg.

- **Duloxetina.** Es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que aumenta el tono muscular del esfínter urinario. Tiene efecto relajante sobre el músculo detrusor, y podría ser de utilidad en las incontinencias mixtas. Se emplea en dosis de 20-40 mg/12 h. Su eficacia debería reevaluarse tras 4 semanas de tratamiento.

Estimulantes alfa-adrenérgicos

Aumentan la contracción del músculo liso de la uretra. Se utilizan para la incontinencia de esfuerzo, la pseudoefedrina a 30-60 mg/6 h y la efedrina a 50 mg/8 h. Sus efectos adversos incluyen insomnio, retención urinaria, cefalea, temblor y ansiedad. No se recomiendan en pacientes con hipertensión, glaucoma, hipertiroidismo o trastornos cardíacos.

Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas

La distensión de la vejiga libera prostaglandinas que actúan contrayendo el músculo detrusor. Aunque pueden emplearse tanto indometacina (50-200 mg/24 h) como flurbiprofeno (50 mg/8 h), se dispone de escasa evidencia sobre su utilidad terapéutica.

Antagonistas de los canales del calcio

El calcio es el encargado de transmitir el impulso nervioso necesario para la contracción muscular, y por tanto también para la contracción del detrusor, por lo que los inhibidores de los canales del calcio pueden ser beneficiosos para pacientes con inestabilidad del músculo detrusor. La evidencia científica disponible al respecto es limitada.

Nifedipino, verapamilo y flunarizina pueden combinarse con los fármacos

Tabla 8. Antagonistas alfa-adrenérgicos del grupo terapéutico G04C

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Alfuzosina	• 10 mg/24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos • Inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE5) • Vasodilatadores y nitratos • Antifúngicos • Macrólidos • Antihistamínicos • Carbamazepina • Fenobarbital • Fenitoína • Rifampicina • Antiarrítmicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca • Estreñimiento • Náuseas, vómitos • Sofocos • Palpitaciones • Síncope, vértigo • Angioedema • Visión borrosa • Disfunción eréctil • Cefalea • Retención urinaria • Dolor abdominal • Hepatotoxicidad • Taquicardia • Hipotensión ortostática • Somnolencia • Priapismo • Hematuria • Prurito, urticaria, erupción exantemática • Edema 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión ortostática • Insuficiencia renal grave • Insuficiencia hepática grave
Terazosina	<ul style="list-style-type: none"> • 1 mg/24 h • Dosis máxima: 10 mg/24 h 			
Silodosina	• 8 mg/24 h			
Tamsulosina	• 0,4 mg/24 h			

anticolinérgicos para aumentar su eficacia en la incontinencia.

Estrógenos

Durante la menopausia, los estrógenos dejan de ejercer influencia sobre el tracto urinario femenino. Su administración en mujeres por vía tópica está indicada en la IU de urgencia; por vía oral, en cambio, pueden empeorar la patología. Su utilidad en la incontinencia por esfuerzo es controvertida y existen pocos estudios clínicos al respecto.

Tratamiento paliativo

Como complemento del resto de tratamientos, o cuando éstos fracasan, es necesario el uso de productos sanitarios indicados en la IU. La satisfacción de los pacientes con este tipo de productos es generalmente baja.

- **Absorbentes.** Protectores que absorben y retienen la orina. Se emplean en incontinencia leve, moderada y grave, y su elección debe ser individualizada según las características del paciente. Existen diferentes capacidades de absorción y distintas formas. Son los más utilizados en la población anciana.

- **Sondas vesicales.** Son productos sanitarios que se introducen en la vejiga a través de la uretra. Pueden ser de diferentes materiales, calibres y longitudes. Indicados en la obstrucción del tracto urinario o en los casos de retención aguda de orina.

- **Colectores.** Son dispositivos de látex o silicona que se fijan a la base del pene y recogen la orina. Es importante elegir el tamaño adecuado.

- **Bolsas de recogida de orina.** Recipientes donde queda almacenada la orina procedente de la sonda vesical o el colector. Existen bolsas para pacientes encamados y para pacientes con movilidad.

- **Bolsas de urostomía.** Bolsas de recogida de orina que se utilizan en las derivaciones urinarias, cuando la vejiga no funciona correctamente (tumores, inflamación crónica de vejiga...). En estos casos, el paciente pierde totalmente el control de la micción.

Tratamiento quirúrgico

Se reserva para casos graves o para pacientes en quienes han fracasado el resto de las terapias. El propósito es aumentar la resistencia de la uretra y evitar la pérdida de orina durante el aumento de

la presión intraabdominal. La tasa de curación está en torno al 80-95%.

Los distintos tipos de intervenciones quirúrgicas pueden clasificarse en seis grupos:

- **Cabestrillo suburetral (*sling*, cinta suburetral).** Consiste en pasar una cinta por debajo de la uretra y en aumentar la presión intraabdominal.

- **Inyección de agentes periuretrales.** Es una técnica poco invasiva en la que se inyecta una sustancia en la submucosa de la uretra. Se utiliza silicona, colágeno, teflón, ácido hialurónico o grasa autóloga.

- **Colposuspensión de Burch (suspensión retropúbica).** Cirugía con la que se pretende estabilizar la uretra estirando los tejidos del cuello vesical hacia la cavidad pélvica. Se reserva para casos de alta gravedad.

- **Esfínter urinario artificial.** Con esta técnica se intenta disminuir la presión intravesical y aumentar la capacidad de la vejiga mediante plastias o colgajos.

- **Inyección de toxina botulínica.** Se inyecta directamente en el músculo detrusor. Se utiliza en la IU de urgencia, y puede aliviar los síntomas 6-9 meses. La toxina no tiene efecto inmediato: puede tardar entre 2 y 14 días.



Figura 3. Deterioro de la calidad de vida por las limitaciones en las actividades sociales

• **Capsaicina intravesical.** Tratamiento administrado en la vejiga que bloquea la transmisión del impulso nervioso, con una duración de 6 meses aproximadamente. Su principal efecto secundario es la irritación.

Papel del farmacéutico

Las personas con IU ven disminuida su calidad de vida y limitan sus actividades sociales por vergüenza a que se produzcan pérdidas de orina en lugares inadecuados (figura 3). Muchos de estos pacientes, además, no suelen buscar ayuda, de modo que el farmacéutico comunitario puede desempeñar un importante papel en la detección de estos casos y en el manejo de la situación, promoviendo las medidas higiénico-dietéticas y proporcionando la asistencia adecuada a las necesidades de cada individuo. Obviamente, sin olvidar la correcta dispensación y el adecuado asesoramiento sobre los tratamientos farmacológicos prescritos.

Es importante que la incontinencia sea manejada con empatía, ya que son pacientes estigmatizados que suelen necesitar grandes dosis de valor para admitir que presentan esta enfermedad. Adicionalmente, sus limitaciones económicas pueden dar lugar a que no sigan las recomendaciones adecuadas.

Por desgracia, las medidas higiénico-dietéticas no pueden eliminar totalmente la IU, y en muchos casos es necesario utilizar absorbentes. El farmacéutico debe ayudar a seleccionar el más adecuado según la situación actual del paciente y su condición física. Además, debe aconsejar las pautas necesarias para evitar problemas relacionados con el uso de absorbentes:

- Revisarlos con frecuencia y cambiarlos cuando sea preciso.
- Comprobar que la piel no se irrita o enrojece.
- Hidratar la piel diariamente.
- Evitar largos periodos de inmovilidad.
- Seguir las normas de colocación, evitando dobleces.

Se debe elegir el absorbente que proporcione mayor eficacia y seguridad, una absorción rápida y que evite posibles efectos adversos provocados por la orina, como la dermatitis asociada a la incontinencia. Además, teniendo en cuenta el componente psicológico asociado al uso de estos productos, debe procurarse que el absorbente sea lo menos voluminoso y más discreto posible. ●

Bibliografía

1. Alcántara A. Manejo integral del paciente con vejiga hiperactiva. Actualizaciones

Aula de la Farmacia. SANED, 2017. Disponible en: <http://actualizaciones.auladelafarmacia.com/vejhiper>

2. Cancelo MJ. Líneas de actuación para Profesionales Sanitarios ante el Paciente con Incontinencia Urinaria. Disponible en: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/index2.php>
3. Chiang H. Urinary incontinence: Treatment. Rev Chil Med Fam. 2007; 8(2): 55-60.
4. Consejo General de Farmacéuticos. Bot PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.portalafarma.com>
5. Fabuel JJ, Martínez L, Jiménez MA, Burgos FJ. Toxina botulínica intravesical con anestesia local como procedimiento ambulante. Archivos españoles de urología. 2017; 70(7): 635-644.
6. Fistera.com. Atención Primaria en la Red. Guías clínicas: incontinencia urinaria de la mujer. Disponible en: <http://www.fistera.com/guías-clínicas>
7. García M, Guzmán F, Mora E, Buitrago G, Reyes Luis E, Gómez A. Capsaicina intravesical: una alternativa en pacientes con vejiga hiperactiva. Rev Med. 2005; 13(1): 70-74.
8. Incontinencia urinaria. Panorama Actual del Medicamento. 2011; 35(344): 483-490.
9. Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Atención primaria. 2002; 30(5): 323-332.
10. Mirabegón. Panorama Actual del Medicamento. 2014; 38(372): 287-294.
11. Prado A. Incontinencia urinaria. Abordaje farmacológico y no farmacológico con productos sanitarios I. Aula de la farmacia. 2014; 10(102): 44-51.
12. Prado A. Incontinencia urinaria. Abordaje farmacológico y no farmacológico con productos sanitarios III. Aula de la farmacia. 2014; 10(104): 17-26.
13. Rexach L, Verdejo C. Incontinencia urinaria. Inf Ter Sist Nac Salud. 1999; 23: 149-152.
14. Shenot P. Incontinencia urinaria en adultos. Manual Merck, versión para profesionales. Kenilworth, NJ (USA), 2018. Disponible en: www.merckmanuals.com/es-pr/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-de-lamicción/incontinencia-urinaria-en-adultos
15. Verdejo Bravo C. Envejecimiento, ictus e incontinencia urinaria. Disponible en: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/index2.php>



¡Acceda a
www.aulamayo.com
para seguir el curso!

