6

Evaluación en Atención Primaria de la incontinencia urinaria

6.1

¿Cómo manejar la incontinencia urinaria de la mujer en Atención Primaria?

María Cristina Viana Zulaica, Lara Monteagudo Varela, Venancio Chantada Abal

Introducción

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina. La prevalencia en la mujer se sitúa en un rango amplio, del 5 al 58% [1], aunque sólo la mitad de las afectadas consultan por este motivo. Es un problema que, si bien no altera el pronóstico vital, tiene una morbilidad psicológica asociada, con efecto negativo en la autoestima y en la calidad de vida. Se calcula que el 6% de las mujeres diagnosticadas no pueden realizar una vida normal por este motivo [2]. Por lo tanto, es recomendable adoptar una actitud proactiva y positiva por parte de los profesionales con las personas que están en riesgo de desarrollar incontinencia urinaria.

Diagnóstico

La incontinencia urinaria se puede dividir en varios tipos: de esfuerzo, de urgencia, mixta, por rebosamiento y funcional o transitoria [3]. Los tres tipos de incontinencia urinaria más frecuentes son los tres primeros. La importancia de su clasificación radica en que las opciones de tratamiento son diferentes para cada uno de ellos.

La **incontinencia urinaria de esfuerzo** se caracteriza porque las pérdidas se producen al realizar un esfuerzo físico, como toser, estornudar, correr o cargar un peso. Se asocia con debilidad de los músculos del suelo pélvico, pérdida de la funcionalidad del esfínter, incremento de la movilidad uretral, o con el conjunto de todos estos factores. En estas situaciones, la presión sobre la vejiga supera la presión del cierre uretral. Es más prevalente en mujeres obesas, con hijos, fumadoras o con debilidad congénita del tejido conectivo [3].

Otra forma frecuente es la **incontinencia urinaria de urgencia**, en la cual la pérdida de orina va precedida del deseo repentino de orinar, en general sin tiempo

para llegar al servicio. Se debe a la contracción inadecuada del músculo detrusor vesical por una situación de hiperactividad de éste [4].

Se considera **incontinencia urinaria mixta** aquella en la que se asocian síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia. Es una forma de presentación frecuente en mujeres mayores de 60 años [4].

La incontinencia urinaria por rebosamiento se debe a una obstrucción al vaciado de la vejiga, producida por el prolapso de un órgano pélvico o por un problema neurológico [5], ocasionando un vaciado incompleto y un aumento del volumen postmiccional. Por cuestiones anatómicas, este tipo de incontinencia urinaria es muy poco frecuente en las mujeres.

La **incontinencia urinaria funcional o transitoria** puede estar relacionada con la administración de fármacos, impactación fecal o infección urinaria. En ocasiones hay pérdidas de orina por la dificultad para acceder al baño, bien sea por barreras estructurales de la vivienda o bien por problemas físicos o cognitivos que afectan a la movilidad de la persona, sin que existan déficits en el tracto urinario inferior [1,3]. Las sustancias y los fármacos que pueden ocasionar pérdidas de orina son el alcohol, la cafeína, los bloqueantes alfa-adrenérgicos y los agonistas beta-adrenérgicos, los anticolinérgicos, los antipsicóticos, los calcioantagonistas, los diuréticos de asa y, por último, los inductores del sueño.

Además de la información sobre la sintomatología, la anamnesis debe incluir los **antecedentes** ginecológicos y obstétricos, la comorbilidad, la administración de fármacos, la situación funcional y sensorial, los factores ambientales, sociales y las expectativas en relación con el tratamiento. El **examen físico** incluirá la exploración abdominal y genital, se valorará la presencia de prolapsos, el tono del suelo pélvico relajado y en situación de contracción. Según el contexto se realizarán tacto rectal o exploración neurológica de la raíz sacra (sensibilidad perianal, tono del esfínter anal y reflejo bulbocavernoso) [1]. La observación de pérdida de orina durante la maniobra de Valsalva o el esfuerzo de toser, tanto en posición de litotomía como en bipedestación, permite confirmar la incontinencia urinaria de esfuerzo, aunque su ausencia no la descarta [3].

Como una herramienta de ayuda se puede utilizar el **diario miccional**. Con este diario, la paciente mide y registra el volumen, la frecuencia de las micciones (voluntarias e involuntarias) y las circunstancias en las que se produjo la pérdida durante un periodo de 3 a 7 días [1,5].

Como prueba complementaria se solicitará un **análisis de orina**. La cuantificación del **volumen postmiccional** mediante ecografía debe realizarse en determinados casos: pacientes diabéticas, sobre todo de larga evolución; si existen antecedentes o sospecha de retención urinaria, infecciones recurrentes del tracto

urinario, utilización de fármacos que alteran el vaciado de la vejiga como los antimuscarínicos, estreñimiento severo, antecedentes de hipoactividad del detrusor u obstrucción al vaciado de la vejiga [5]. Se considera adecuado un volumen inferior a 50 ml. Si es mayor de 200 ml y se acompaña de sintomatología se considerará la existencia de problemas para el vaciado de la vejiga.

Cuando una mujer con incontinencia de orina se presenta, además, con dolor abdominal o pélvico, con hematuria en ausencia de infección, existe sospecha de fístula, ha sido operada previamente de incontinencia urinaria o sometida a cirugía pélvica radical, tiene una sintomatología neurológica compleja, se han detectado anormalidades en el examen físico o un prolapso sintomático de un órgano pélvico, se considera necesaria la interconsulta con el segundo nivel asistencial [4].

Tratamiento

El tratamiento se iniciará por los métodos menos invasivos, como la normalización del índice de masa corporal, la incorporación de la actividad física a la rutina diaria, evitar el abuso de alcohol y, por último, el consumo excesivo de cafeína.

Los **ejercicios de suelo pélvico**, también denominados ejercicios de Kegel, están destinados a fortalecer los mecanismos del cierre uretral. Se recomienda la realización de estos ejercicios en la incontinencia urinaria de esfuerzo, en la de urgencia y en la mixta. Se aconseja hacer series de 15 contracciones tres o cuatro veces al día, durante 15 a 20 semanas [6]. Los resultados son mejores en mujeres jóvenes con incontinencia urinaria de esfuerzo [7]. Si bien son útiles en la incontinencia urinaria de urgencia, no se ha podido demostrar que mejoren la frecuencia y la nocturia [10].

Se puede reforzar la cumplimentación de estos ejercicios, bien mediante la supervisión por profesionales entrenados, o bien con la utilización de conos vaginales. Éstos son piezas que son introducidas en la vagina por la propia mujer, quien tiene que realizar contracciones de la musculatura pélvica, con el refuerzo consiguiente de ésta, para sujetarlos. Aunque no se han podido demostrar con estudios las ventajas de este tipo de ayudas [8,9], pueden ser útiles en casos seleccionados.

A continuación se describe una manera de explicar cómo hacer los ejercicios de Kegel:

El suelo pélvico está integrado por la estructura muscular que da soporte a los órganos genitales, la vejiga y el ano. Para que estos órganos funcionen bien y no se produzcan pérdidas de orina es necesario mantener el suelo pélvico bien tonificado.

La postura adecuada para aprender estos ejercicios es sentada en una silla, bien atrás, con las plantas de los pies apoyadas en el suelo y ligeramente separadas, con el tronco inclinado hacia delante, apoyando los codos y los antebrazos sobre los muslos e intentando que los músculos del vientre y de las nalgas estén bien relajados. Cuando se está segura de que se están contrayendo los músculos adecuados se pueden realizar los ejercicios en cualquier posición.

Para conseguir un buen tono del suelo pélvico, lo primero es identificar los músculos que rodean la uretra, que son los que contraemos cuando queremos evitar una pérdida de orina. Una vez localizados hay que ejercitarlos con contracciones repetidas mientras respiramos con tranquilidad, manteniendo los músculos de las zonas próximas relajados.

Para identificar bien los músculos que rodean el ano, se recordará que son los que contraemos cuando intentamos impedir que se escape aire intestinal. Una vez identificados se realizarán contracciones continuadas de éstos, prestando atención a que los músculos del abdomen y de las nalgas estén relajados.

Tras hacer los ejercicios de contracción de los músculos de la zona uretral y anal, es conveniente realizar contracciones de todos ellos de manera simultánea. Los músculos que no participan en la zona que queremos trabajar tienen que estar relajados y se mantendrá la respiración tranquila.

Los **ejercicios de educación vesical** persiguen evitar las pérdidas de orina a través de la modificación de los hábitos de la micción. Se basan en dos principios: realizar micciones voluntarias frecuentes para mantener un volumen bajo de orina y aprender a inhibir las contracciones del músculo detrusor de la vejiga cuando se presenta la urgencia.

Se programará la realización de micciones voluntarias con el tiempo adecuado para evitar pérdidas, conocido a través del diario miccional, o bien establecemos un periodo de 2 horas de manera empírica. A medida que disminuyen las pérdidas involuntarias, se puede ir alargando el tiempo entre las evacuaciones voluntarias, de 30 a 60 minutos cada vez, hasta llegar a intervalos de 3-4 horas [7].

Esta programación se acompañará de ejercicios de adiestramiento para intentar inhibir las contracciones inadecuadas del músculo detrusor y la sensación de urgencia. Manteniendo la tranquilidad, lo más relajada posible, de pie o sentada, la paciente intentará hacer respiraciones profundas al mismo tiempo que contrae el suelo pélvico mientras dure la sensación de urgencia, sabiendo que ésta tiene periodos de más o menos intensidad hasta que desaparece. Una vez que esto ocurra debe ir tranquilamente al baño a orinar [7].

En caso de ausencia de respuesta a las medidas descritas nos plantearemos la posibilidad de solución quirúrgica en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y el tratamiento farmacológico en los casos de incontinencia de urgencia.

Bibliografía

[1]. Du Beau CE. Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinence. UpToDate September 2011. Disponible en www.uptodate.com

[2]. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Manegment of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline [Internet]. SIGN; december 2004 [acceso 16/03/2010]. Disponible en: http://www.sing.ac.uk

[3]. Holroyd-Leduc J, Tannenbaum C, Thorpe K, Straus S. What Type of Urinary Incontinence Does This Woman Have? JAMA. 2008;299:1446-56.

[4]. Finnish Medical Society Duodecim. Urinary incontinence in women. En: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [Internet]. Helsinki, Finland: Wiley Interscience. John Wiley & Sons; 2008 Aug 8 [Various]. Disponible en National Guidelines Clearinghause.

[5]. Hay-Smith J, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1): CD005654.

[6]. Du Beau CE. Treatment of urinary incontinence. UpToDate, mayo 2011. Disponible en: www.uptodate.com

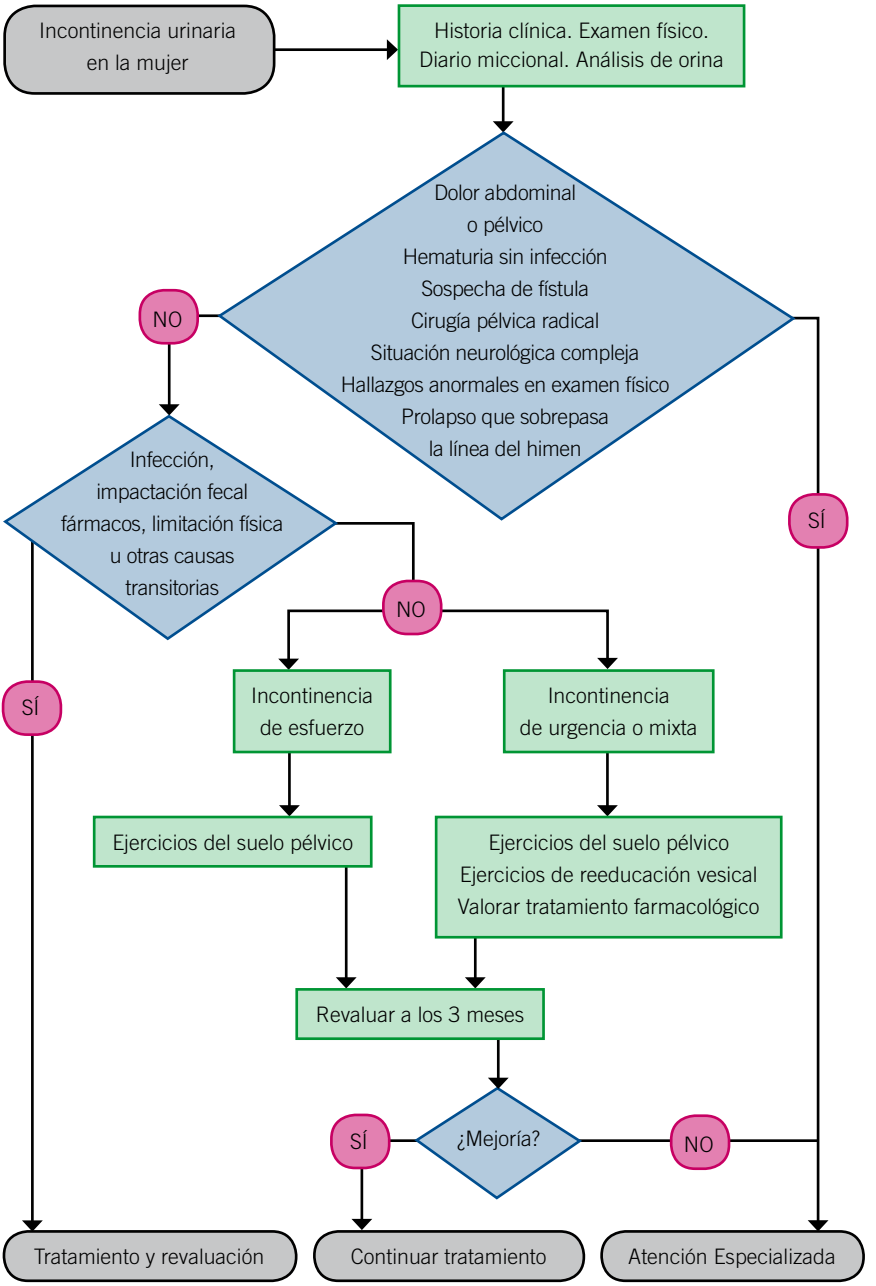
[7]. Schöder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ. Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology (EAU); Uroweb 2010.

[8]. Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, HeinemanMJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7):CD009252.

[9]. Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD009508.

[10]. Greer JA, Smith AL, Arya LA. Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review. Int Urogynecol J. 2012 Jan 14.

Algoritmo


Incontinencia urinaria en la mujer
Historia clínica. Examen físico. Diario miccional. Análisis de orina
Dolor abdominal o pélvico
Hematuria sin infección
Sospecha de fístula
Cirugía pélvica radical
Situación neurológica compleja
Hallazgos anormales en examen físico
Prolapso que sobrepasa la línea del himen
NO
SÍ
Infección, impactación fecal fármacos, limitación física u otras causas transitorias
NO
SÍ
Incontinencia de esfuerzo
Incontinencia de urgencia o mixta
Ejercicios del suelo pélvico
Ejercicios del suelo pélvico
Ejercicios de reeducación vesical
Valorar tratamiento farmacológico
Revaluar a los 3 meses
¿Mejoría?
SÍ
NO
Tratamiento y revaluación
Continuar tratamiento
Atención Especializada

6.2

Abordaje farmacológico de la incontinencia urinaria femenina en Atención Primaria

Mabel Liliana López Gronzo, Jesús Combarro Mato, Javier Sánchez Rodríguez-Losada

Incontinencia urinaria de esfuerzo

El uso clínico de los fármacos se encuentra limitado por su baja eficacia y por los efectos secundarios asociados a éstos, por lo que tienen un escaso papel en este tipo de incontinencia [1]. Los **agonistas alfa-adrenérgicos** fueron retirados en el año 2000 por provocar casos de hemorragia cerebral; la **imipramina** también dejó de utilizarse por sus efectos secundarios [2].

La **duloxetina** es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina que puede producir mejoras en la calidad de vida de estas pacientes. Fue aprobada por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos en el 2008 en dosis de 40 mg cada 12 horas para la incontiencia urinaria moderada a severa, pero su uso no está aprobado en España. De cualquier manera, no se recomienda como tratamiento de primera línea para las mujeres con incontinencia de esfuerzo predominante, excepto para aquellas que prefieren el tratamiento farmacológico al quirúrgico o no son adecuadas para éste. Si se prescribe duloxetina, las mujeres deben recibir consejo sobre sus efectos adversos [3]. En resumen, en la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina **ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser eficaz.**

Incontinencia urinaria de urgencia

Los **estrógenos locales**, en mujeres menopáusicas, pueden revertir los síntomas y los cambios citológicos de la atrofia genitourinaria, pero no deben utilizarse para tratar la incontiencia urinaria, ya que no se ha demostrado que ejerzan efecto directo sobre las vías urinarias inferiores [1].

Se está empleando de forma experimental la **toxina botulínica**, inyectada en el músculo detrusor de la vejiga, pero no ha sido aprobada todavía para su uso en la práctica habitual, salvo en la hiperactividad del detrusor neurógena.

Los **anticolinérgicos** relajan el músculo detrusor, reducen la frecuencia de sus contracciones, disminuyen la presión intravesical y favorecen el aumento de la capacidad vesical para retener orina. Sus efectos secundarios son la sequedad de boca, la posibilidad de retención de orina, la visión borrosa, el estreñimiento, la hipotensión postural y la confusión. Son contraindicaciones para su uso el glaucoma no controlado, la uropatía obstructiva baja, la miastenia *gravis*, la insuficiencia hepática y la diarrea severa. Interaccionan con inhibidores potentes del CYP3A4 (antifúngicos, macrólidos, vinblastina y ciclosporina).

Cuando se utilizan los anticolinérgicos debe aumentarse progresivamente la dosis, con 1 mes de margen para valorar la respuesta y la tolerancia a la nueva dosis. En caso de intolerancia hay que cambiar el fármaco, para lo que hay que dejar un periodo de lavado variable según la vida media de cada fármaco, pero que como media será de 1 semana. Conviene revisar el volumen de orina residual de los pacientes que empeoran su incontiencia urinaria tras la administración de anticolinérgicos o que tienen riesgo de obstrucción urinaria baja.

Ninguno de los anticolinérgicos de uso habitual constituye un tratamiento de primera línea ideal para todos los pacientes con vejiga hiperactiva o hiperactividad del detrusor. El tratamiento óptimo debe individualizarse, teniendo en cuenta la comorbilidad del paciente, la administración de otros fármacos concomitantes y los perfiles farmacológicos de los diferentes medicamentos [1].

En caso de utilizar anticolinérgicos podemos optar entre varias opciones por vía oral. La **oxibutinina** (5 mg/8 h) es muy efectiva, pero presenta frecuentes efectos secundarios. Resulta mejor tolerada la forma retardada, que no existe en el mercado español. El **cloruro de trospio** (20 mg/12 h) tiene menos efectos secundarios, pero es pobremente metabolizado. No atraviesa la barrera hematoencefálica, por lo que tiene menos efectos secundarios cognitivos y se puede utilizar con más seguridad en personas mayores. Se debe administrar separado de las comidas. La **tolterodina** (1-2 mg/12 h o 2-4 mg/24 h en formulación *retard*) es mejor tolerada; está disponible en una dosis única diaria de 2 y 4 mg que, según un ensayo clínico, muestra un menor riesgo de sequedad bucal [4]. La **solifenazina** (5-10 mg/24 h) es más selectiva y presenta un mejor perfil de efectos adversos, resultando especialmente recomendada cuando no se toleran o no hay respuesta a otros anticolinérgicos. La **fesoterodina** (4-8 mg/24 h) tiene un perfil farmacocinético diferente, ya que no se activa en el hígado y se puede administrar con o sin alimentos.

Incontinencia urinaria mixta

Se debe utilizar el tratamiento que más se ajuste al tipo de incontinencia urinaria predominante [5].

Bibliografía

[1]. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2011;35(7):373-88.

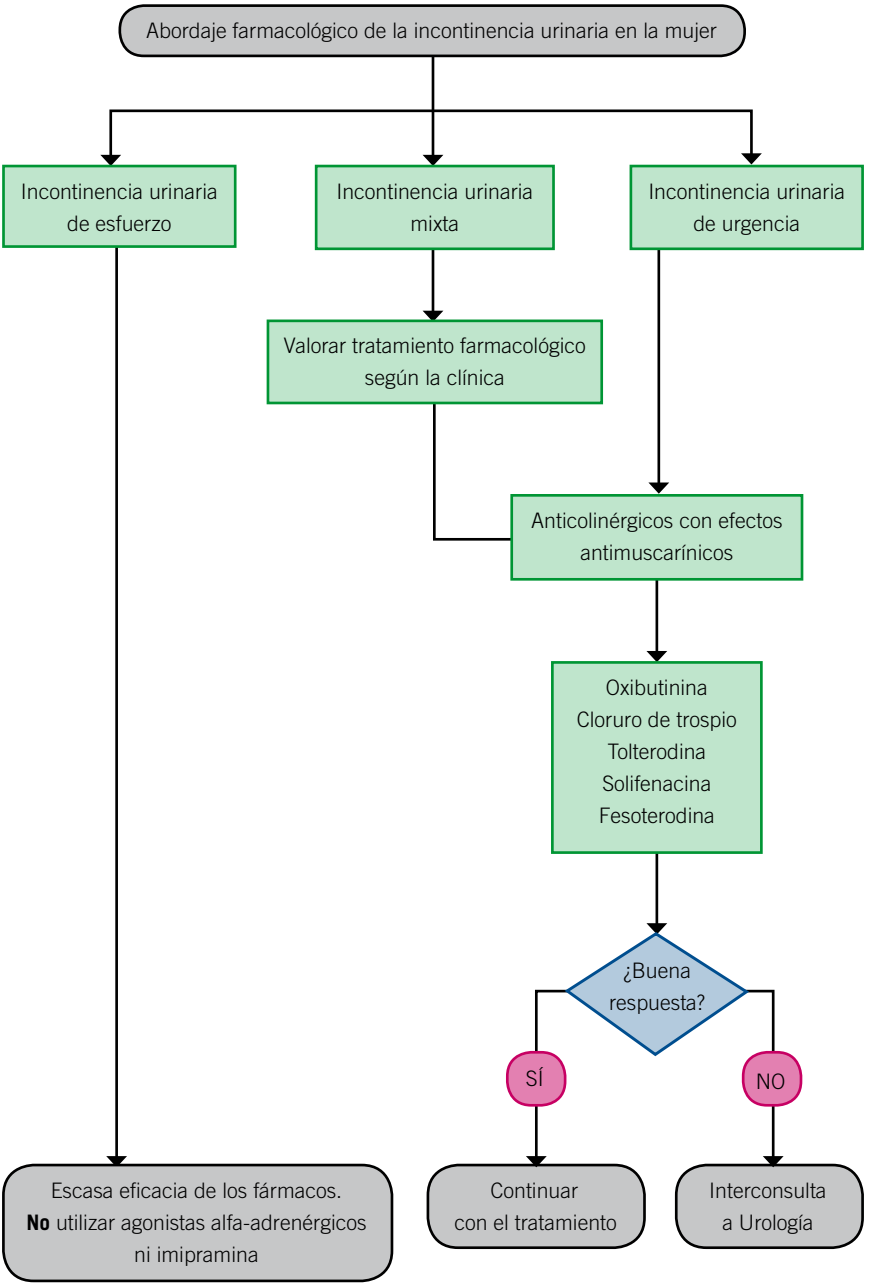
[2]. Viana C. Incontinencia urinaria. Guías clínicas de www.fisterra.com 2010 (acceso 01/03/2012).

[3]. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 40. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. October 2006. Disponible en: www.nice.org.uk/CG040 (acceso 12/12/2011).

[4]. Swift S, Garely A, Dimpfl T, Payne C; Tolterodine Study Group. A new once-daily formulation of tolterodine provides superior efficacy and is well tolerated in women with overactive bladder. Int Urogynecol J. 2003;14:50-5.

[5]. Litago MC, Sada MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. Pelvic Floor Dyfunct. 2007;15(4):35-48. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/BJ/sumario.htm (acceso 3/01/2012).

Algoritmo


Abordaje farmacológico de la incontinencia urinaria en la mujer
Incontinencia urinaria de esfuerzo
Incontinencia urinaria mixta
Incontinencia urinaria de urgencia
Valorar tratamiento farmacológico según la clínica
Anticolinérgicos con efectos antimuscarínicos
Oxibutinina
Cloruro de trospio
Tolterodina
Solifenacina
Fesoterodina
¿Buena respuesta?
SÍ
NO
Escasa eficacia de los fármacos. No utilizar agonistas alfa-adrenérgicos ni imipramina
Continuar con el tratamiento
Interconsulta a Urología

6.3

¿Cómo manejar la incontinencia urinaria masculina en Atención Primaria?

Luis Álvarez Castelo, Jesús Combarro Mato, Mabel López Gronzo

Introducción

La incontinencia de orina se define como la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, que constituye un problema social e higiénico [1]. Se trata de una patología muy prevalente, especialmente en ancianos, pero que es poco expresada por los pacientes [2,3].

Diagnóstico

Lo primero es confirmar que existe la incontinencia, mediante una **anamnesis** general. En muchas ocasiones es preciso emplear además un interrogatorio dirigido [4], dado que muchos pacientes son reacios a admitir que presentan incontinencia, preguntando directamente: «¿se le escapa a usted la orina?». Se complementa la anamnesis con la **exploración física**. También son útiles los **cuestionarios** como el ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form) [5], y el diario miccional, que es una tabla donde el paciente registra las micciones y episodios de urgencia miccional e incontinencia a lo largo de 24 horas. Existen distintos formatos de cuestionarios validados y diarios miccionales, pudiendo encontrar versiones periódicamente actualizadas en la sección de documentación de la pagina web de la International Continence Society (http://icsoffice.org/Documents/Documents.aspx).

Si se confirma la existencia de la incontinencia, debemos intentar identificar aquellas etiologías tratables, que en el caso del varón se centran en la infección urinaria y la descompensación de la hipertrofia prostática [6]. Una analítica de orina diagnostica la existencia de infección, y el examen físico y la ecografía evalúan la hipertrofia prostática y la existencia de residuo postmiccional elevado. En caso de presentar globo vesical, la incontinencia se denomina de rebosamiento, y precisa colocar sonda vesical.

No debemos olvidar los efectos secundarios de fármacos como causa de la aparición de incontinencia: diuréticos, alfa-bloqueantes, psicofármacos y calcio-antagonistas.

Las enfermedades psiquiátricas y los trastornos físicos que limitan la movilidad del paciente son otras posibles causas tratables.

En ausencia de un factor etiológico que podamos tratar, se debe orientar el diagnóstico hacia el tipo de incontinencia [7], centrándonos en tres tipos: incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia de urgencia o incontinencia mixta.

La **incontinencia de esfuerzo** ocurre con maniobras que aumentan la presión abdominal, como tos, estornudos, ejercicios físicos o incluso caminar. En el hombre se debe casi siempre a iatrogenia por cirugía previa sobre la próstata, vejiga o uretra [8], y más raramente a traumatismos pélvicos. Debemos evaluar estos factores en la anamnesis.

La **incontinencia de urgencia** en el varón puede ser parte de la clínica irritativa miccional provocada por la hipertrofia prostática o puede deberse a un trastorno neurológico. También se puede presentar en el tumor de vejiga y en las litiasis vesicales e infecciones urinarias. Se caracteriza por los escapes de orina precedidos por un intenso deseo de orinar, y habitualmente se acompañan de aumento de la frecuencia miccional y nocturia.

Por último, la **incontinencia mixta** se caracteriza por presentar ambos componentes.

Tratamiento

La primera intención terapéutica debe ser intentar encontrar un factor etiológico y tratar la causa de la incontinencia. Sólo si esto no es posible, trataremos el síntoma.

El tratamiento más eficaz para la **incontinencia de esfuerzo** en el hombre consiste en realizar ejercicios de suelo pélvico, en ocasiones bajo dirección de un fisioterapeuta. En los pacientes con incontinencia postprostatectomía se ha demostrado una más rápida recuperación de la continencia en aquellos pacientes que realizan estos ejercicios.

El tratamiento de la **incontinencia de urgencia** se inicia por medidas dietéticas de restricción hídrica, micciones voluntarias a intervalos cortos, y puede ser útil el entrenamiento vesical [9] *(biofeedback)* en inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. El tratamiento farmacológico con anticolinérgicos es muy eficaz en este tipo de incontinencia [10]. Los fármacos más empleados son: oxibutinina, cloruro de trospio, darifenacina, solifenacina, tolterodina y fesoterodina. Debemos tener especial precaución al tratar con anticolinérgicos a pacientes con hipertrofia prostática mal controlada, puesto que, si tienen flujos bajos y residuos postmiccionales elevados, puede desencadenarles una retención urinaria. Su empleo asociado a alfa-bloqueantes es más seguro.

Los pacientes con **incontinencia urinaria mixta** se tratan de las dos maneras expuestas para la incontinencia de esfuerzo y la de urgencia.

Criterios de derivación

Respecto a los criterios para derivación a atención especializada de pacientes con incontinencia urinaria, además de los pacientes que no responden al tratamiento pautado, precisan derivación preferente en caso de: retención urinaria crónica con incontinencia por rebosamiento, infecciones urinarias recidivantes, hematuria con sospecha de litiasis o tumor vesical, vejiga neurógena por trastornos neurológicos que precisan evaluación en el gabinete de urodinámica, y prostatismo con sintomatología severa que no responde al tratamiento médico.

Bibliografía

[1]. Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. Actas Urol Esp. 2005;29:16-30.

[2]. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Presisser JS, Davis CC, Bland DR. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. J Am Geriatr Soc. 2001;49:462-5.

[3]. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. United Kingdom: Plymbridge Distributors; 2002. p. 165-202.

[4]. Viana Zulaica C, Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C, Fuentes Lema MD, Sánchez Rodríguez-Losada J. Incontinencia urinaria. Protocolos 4/2005 FMC. Barcelona: Doyma; 2005.

[5]. Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin; 2004;122:288-92.

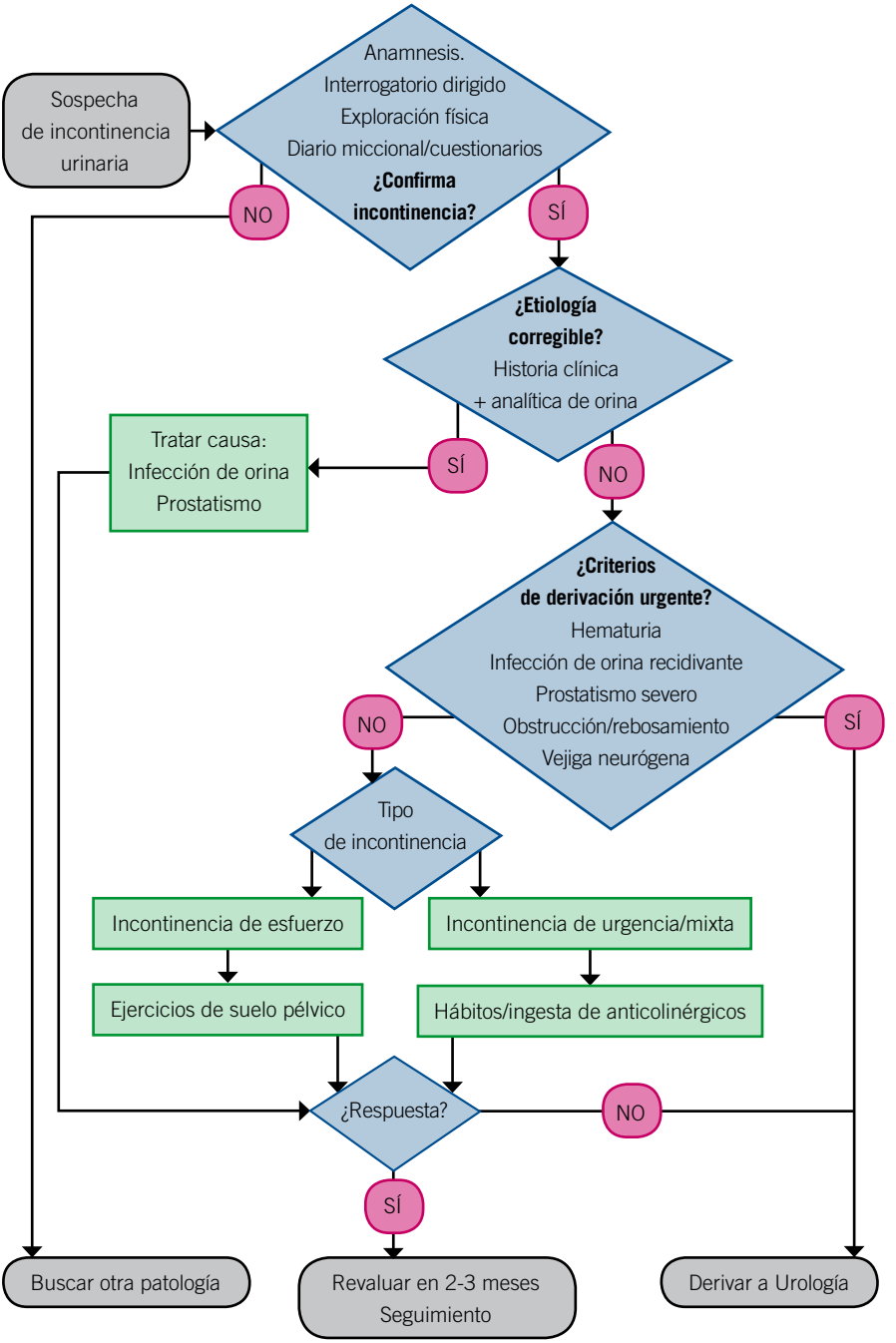
[6]. Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido ME. Incontinencia urinaria en el varón. Actualizaciones el médico. Madrid: Saned; 2009. Disponible en: http://2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/INCONTINENCIA_URINARIA_VARON.pdf

[7]. Vila Coll MA, Floresa Claramunt E, Fernández Parces MJ. Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria. Cuad Gestión. 1997;3:147-56.

[8]. Majaros A, Bach D, Keszthelyi A, Hamvas A, Mayer P, Riesz P, et al. Analysis of risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy. Urol Int. 2007;78:202-7.

[9]. 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, 2004 n.º 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http//www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2004 Issue 1). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

[10]. Weiss Barry D. Selecting medications for the treatment of urinary incontinence. Am Fam Physician. 2005;71:315-22.


Sospecha de incontinencia urinaria
Anamnesis.
Interrogatorio dirigido
Exploración física
Diario miccional/cuestionarios
¿Confirma incontinencia?
NO
SÍ
¿Etiología corregible?
Historia clínica
+ analítica de orina
Tratar causa:
Infección de orina
Prostatismo
SÍ
NO
¿Criterios de derivación urgente?
Hematuria
Infección de orina recidivante
Prostatismo severo
Obstrucción/rebosamiento
Vejiga neurógena
NO
SÍ
Tipo de incontinencia
Incontinencia de esfuerzo
Incontinencia de urgencia/mixta
Ejercicios de suelo pélvico
Hábitos/ingesta de anticolinérgicos
¿Respuesta?
NO
SÍ
Buscar otra patología
Revaluar en 2-3 meses
Seguimiento
Derivar a Urología

6.4

Abordaje farmacológico de la incontinencia urinaria en el hombre en Atención Primaria

Mabel Liliana López Gronzo, Jesús Combarro Mato, Luis Álvarez Castelo

Incontinencia urinaria de esfuerzo

En la incontinencia urinaria de esfuerzo ningún tratamiento farmacológico actual ha demostrado ser eficaz.

Incontinencia urinaria de urgencia

Los anticolinérgicos se utilizan para tratar los síntomas de vejiga hiperactiva con o sin incontinencia urinaria de urgencia [1], teniendo como precaución asegurarse de que no haya un residuo postmiccional elevado, mayor de 150 ml. Para su uso son válidas las mismas recomendaciones que en el tratamiento de la incontinencia urinaria de la mujer.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Se incluye en el algoritmo la **incontinencia urinaria por rebosamiento**, por ser la segunda causa de incontinencia urinaria en el varón de edad avanzada, en general debida a la presencia de hipertrofia benigna de próstata o de cáncer de próstata [2]. El tratamiento farmacológico está indicado durante la espera de cirugía o cuando exista contraindicación de ésta [3].

Para ello pueden usarse los antagonistas alfa-adrenérgicos (alfa-bloqueantes) y los inhibidores de la 5-alfa reductasa.

Los **alfa-bloqueantes** son, en general, bien tolerados, observándose su acción a partir de las 2 semanas de tratamiento. Actúan sobre el componente dinámico de la obstrucción, mejorando el vaciado vesical y la sintomatología, al relajar la musculatura lisa del cuello vesical y de la próstata (rica en receptores alfa) y reducir la resistencia uretral. La **alfuzosina** (5 mg/12 h o 10 mg/24 h) tiene como efectos

adversos: mareos, cefalea, hipotensión postural, náuseas, dolor abdominal, diarrea, sequedad de boca y astenia. Son contraindicaciones la hipersensibilidad, la hipotensión ortostática, la insuficiencia hepática grave, la insuficiencia renal grave y la obstrucción intestinal. Interacciona con los inhibidores potentes de CYP3A4 (nitratos y anestésicos generales).

La **doxazosina** (4-8 mg/24 h) puede presentar como efectos adversos infecciones respiratorias y urinarias, mareos, cefalea, somnolencia, vértigo, taquicardia, hipotensión postural, disnea, rinitis, dolor abdominal, sequedad de boca, prurito, dolor de espalda, mialgia, dolor torácico y edema periférico. Son contraindicaciones la obstrucción gastrointestinal, la obstrucción esofágica y la insuficiencia hepática grave. Interacciona con otros antihipertensivos, vasodilatadores, nitratos, antiinflamatorios no esteroideos, estrógenos y fármacos simpaticomiméticos.

La **tamsulosina** (0,4 mg/24 h) puede presentar como efectos adversos mareos, rinitis, palpitaciones, hipotensión postural, síntomas digestivos (estreñimiento, diarrea, náuseas y vómitos), cefalea y alteraciones de la eyaculación. Su efectividad y efectos adversos son dosis-dependientes. Son contraindicaciones la hipersensibilidad a este fármaco, la hipotensión ortostática y la insuficiencia hepática grave. Interacciona con la cimetidina, la furosemida, el diclofenaco y la warfarina.

La **terazosina** (5-10 mg/24 h) puede asociarse con astenia, cefalea, taquicardia, hipotensión postural, náuseas, edema periférico, aumento de peso, vértigo, disminución de la libido, somnolencia, disnea, rinitis, disfunción eréctil y visión borrosa. Son contraindicaciones la hipersensibilidad y el antecedente de síncope durante la micción. Interacciona con los inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafilo, vardenafilo y tadalafilo).

La **silodosina** (8 mg/24 h) es el último alfa-bloqueante comercializado en España. Presenta como efecto secundario más llamativo la eyaculación retrograda y la ausencia de eyaculación, que son reversibles al suspenderla. Otros efectos menos frecuentes son mareos, hipotensión ortostática, congestión nasal, cefalea y diarreas. Son contraindicaciones la insuficiencia renal grave y la insuficiencia hepática grave. Interacciona con inhibidores potentes del CYP3A4, como ketoconazol, itraconazol o ritonavir, así como con el uso de otros antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos [4].

Un riesgo común a todos los alfa-bloqueantes es el síndrome de iris flácido intraoperatorio durante la cirugía de catarata, por lo que debe comunicarse el tratamiento con estos fármacos al oftalmólogo y suspenderlos 1 o 2 semanas antes de la cirugía.

En esta indicación, otra opción de tratamiento son los **inhibidores de la 5-alfa reductasa**, cuando se trata de próstatas muy aumentadas de tamaño o predomi-

na la clínica obstructiva. Producen una inhibición de tipo reversible del paso de testosterona a dihidrotestosterona, responsable del crecimiento de la próstata, que es dependiente de hormonas [5]. La **finasterida** (5 mg/24 h) puede presentar como efectos adversos disminución del volumen de eyaculación, impotencia sexual y disminución de la libido. La **dutasterida** (0,5 mg/24 h) se puede asociar con impotencia sexual, disminución de la libido, trastornos de la eyaculación y ginecomastia. Son contraindicaciones la hipersensibilidad al fármaco y la insuficiencia hepática grave. Interacciona con el ritonavir, el indinavir, el itraconazol y el ketaconazol.

Bibliografía

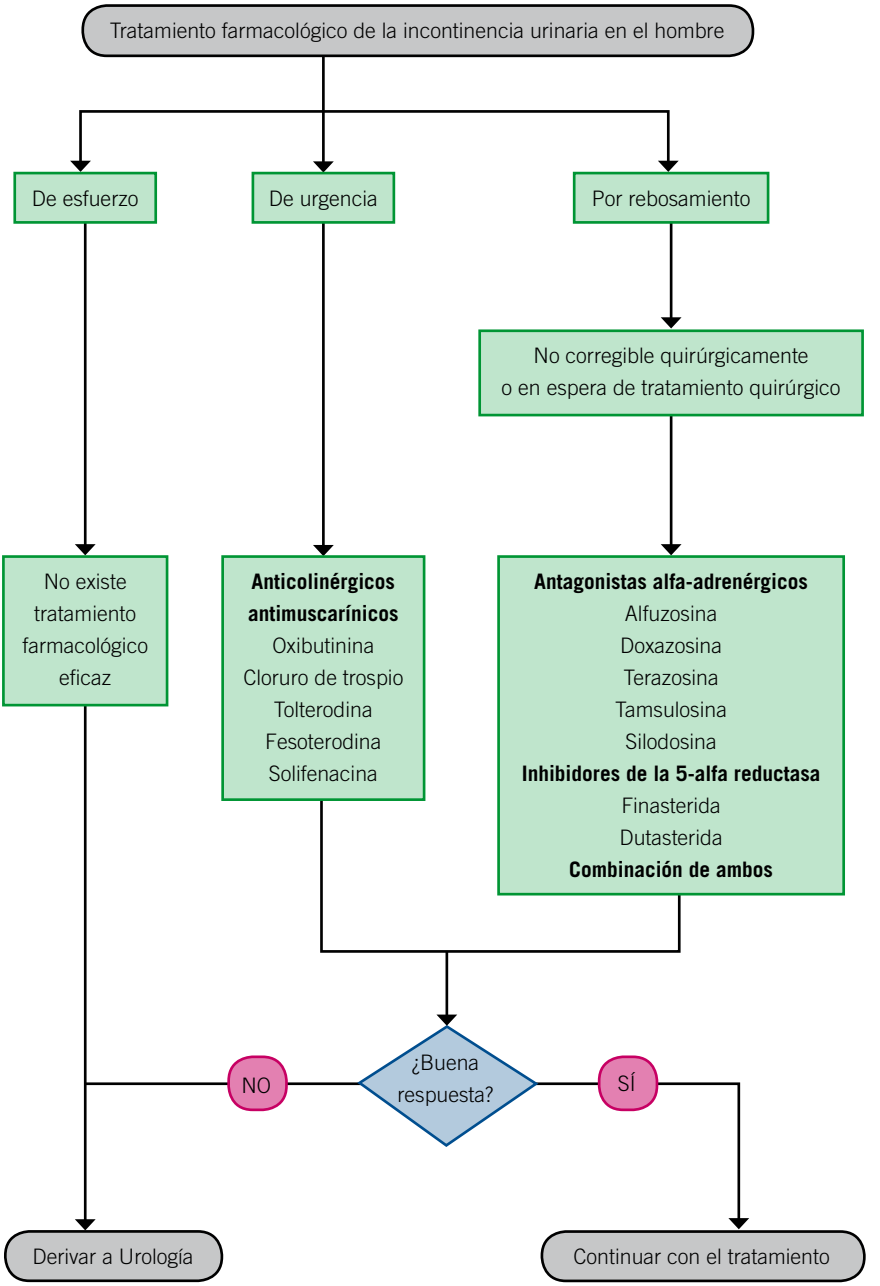
[1]. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2011;35(7):373-88.

[2]. Viana C. Incontinencia urinaria. Guías clínicas de www.fisterra.com2010. (acceso 01/03/2012).

[3]. Verdejo C. Protocolo terapéutico de incontinencia urinaria en edad avanzada. Medicine. 2006; 9(62):4065-68.

[4]. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi. Informe de evaluación n.º 172/2011. Acceso el 27.3.12 y disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/cevime_nuevo_medicamento/es_nme/adjuntos/silodosina_informe.pdf

[5]. Litago MC, Sada MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2007; 15 (4): 35-48. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/BJ/sumario.htm (acceso 3/01/2012).


Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria en el hombre
De esfuerzo
De urgencia
Por rebosamiento
No corregible quirúrgicamente o en espera de tratamiento quirúrgico
No existe tratamiento farmacológico eficaz
Anticolinérgicos antimuscarínicos
Oxibutinina
Cloruro de trospio
Tolterodina
Fesoterodina
Solifenacina
Antagonistas alfa-adrenérgicos
Alfuzosina
Doxazosina
Terazosina
Tamsulosina
Silodosina
Inhibidores de la 5-alfa reductasa
Finasterida
Dutasterida
Combinación de ambos
¿Buena respuesta?
NO
SÍ
Derivar a Urología
Continuar con el tratamiento

6.5

Manejo del paciente con síndrome de dolor vesical en Atención Primaria

Javier Sánchez Rodríguez-Losada, Paula M. Gómez Fernández, Venancio Chantada Abal

Introducción

El **síndrome de dolor vesical** o **cistitis intersticial**, se incluye dentro de un síndrome más general que se denomina *síndrome pélvico crónico*, cuya definición es la presencia de dolor no neoplásico, referenciado en alguna estructura de la pelvis, tanto en hombres como en mujeres, con síntomas que sugieren infección urinaria, alteraciones sexuales, intestinales o ginecológicas. El dolor debe ser continuo o intermitente, durante al menos 6 meses. A menudo se asocia a alteraciones cognitivas, emocionales, sexuales y de comportamiento, provocando una pérdida de la calidad de vida que en ocasiones es grave [1-3].

Dentro del síndrome pélvico crónico se incluyen también, desde el punto de vista urológico, el síndrome del dolor prostático, el síndrome de dolor escrotal, el síndrome del dolor peneano y el síndrome del dolor del suelo pélvico asociado con el ciclo menstrual.

El **síndrome de dolor vesical** se refiere a dolor suprapúbico durante el llenado vesical, acompañado de otros síntomas, tales como aumento de la frecuencia diurna y nocturna, espasmos vesicales y dispareunia. Más que urgencia miccional, los pacientes refieren deseo continuo de orinar, con alivio por corto espacio de tiempo tras la micción. El dolor es predominantemente suprapúbico, pero los pacientes también lo pueden referir en la uretra, el periné o la vagina. En este síndrome no se logra demostrar infección urinaria ni otras patologías.

La patogenia del **síndrome de dolor vesical** es desconocida en el momento actual, aunque se valoran distintas hipótesis: infecciosa, inflamatoria, mecanismos autoinmunes, alteraciones en la capa urotelial de glucosaminoglicanos, hipoxia o alteraciones neurológicas centrales [1].

Esta situación de dolor vesical se ha asociado con enfermedad inflamatoria intestinal, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjögren, colon irritable, fibromialgia, endometriosis y accesos de pánico [1].

Su estudio requiere unidades multidisciplinares, con experiencia en estos casos, por lo que, ante la sospecha de síndrome de dolor vesical, debe ser remitido a Urología, pues está demostrado que el retraso en el diagnóstico dificulta su tratamiento.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la sintomatología y en descartar otras patologías que remedan los síntomas que padece el o la paciente.

Hay que realizar el cribado de la cistitis infecciosa, herpes genital, prostatitis, uretritis, orquiepididimitis, cáncer vesical, litiasis vesical, litiasis del uréter distal, cáncer de próstata, estenosis de uretra, divertículo uretral, endometriosis, cáncer genital, cistitis rádica, cistitis medicamentosa, hiperactividad vesical o neuralgia del pudendo [2-4].

Una vez sospechado el diagnóstico debe remitirse al Servicio de Urología o, si se dispusiese, a la Unidad de Urología Funcional.

Bibliografía

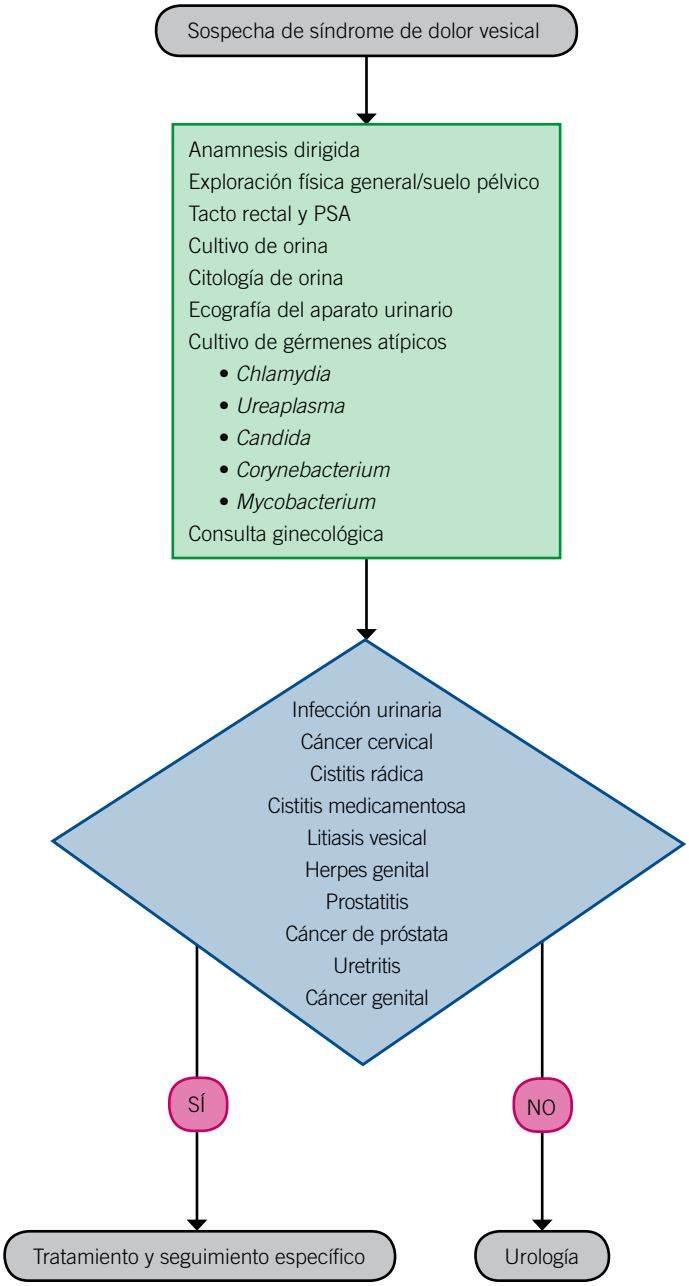
[1]. Mouracade P, Saussine C. Syndrome de la douleur vésicale/cystite interstitielle: physiopathologie, diagnostic et traitment. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Urologie. 2010;18-220-A-10.

[2]. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology. Uroweb 2011. Disponible en: http://www.uroweb.org/fileadmin/user_upload/Guidelines/Chronic%20Pelvic%20Pain.pdf.

[3]. Hanno PM, Burks DA, Clemens JQ, Dmochowski RR, Erickson D, Fitzgerald MP, et al. AUA guideline for the diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. J Urol. 2011;185:2162-70.

[4]. Giannantoni A, Bini V, Dmochowski R, Hanno P, Nickel JC, Proietti S, Wyndaele JJ, et al. Contemporary management of the painful bladder: a systematic review. Eur Urol. 2012;61: 29-35.

Algoritmo


Sospecha de síndrome de dolor vesical
Anamnesis dirigida
Exploración física general/suelo pélvico
Tacto rectal y PSA
Cultivo de orina
Citología de orina
Ecografía del aparato urinario
Cultivo de gérmenes atípicos
• Chlamydia
• Ureaplasma
• Candida
• Corynebacterium
• Mycobacterium
Consulta ginecológica
Infección urinaria
Cáncer cervical
Cistitis rádica
Cistitis medicamentosa
Litiasis vesical
Herpes genital
Prostatitis
Cáncer de próstata
Uretritis
Cáncer genital
SÍ
NO
Tratamiento y seguimiento específico
Urología