

Curso básico

Salud genitourinaria

ADELA-E. GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica. Diplomada en Nutrición por la Universidad de Granada.

Objetivos generales

Los farmacéuticos participantes en este curso actualizarán sus conocimientos sobre atención al paciente con enfermedades o problemas de salud genitourinaria, incidiendo especialmente en la dispensación informada, ámbito específico en el que pueden desarrollar plenamente su tarea como educadores sanitarios y expertos en el medicamento.

Objetivos específicos

Al término de este curso, los farmacéuticos participantes:

- Dispondrán de unos conocimientos adecuados de la etiología, la sintomatología y el diagnóstico de las distintas entidades clínicas o problemas de salud genitourinaria descritos en el curso.

- Podrán realizar una dispensación informada exhaustiva de la medicación prescrita al paciente diagnosticado de alguna de las entidades clínicas descritas, con el objetivo de promover su uso eficaz, racional y seguro.
- Podrán llevar a cabo tareas de farmacovigilancia en relación con la medicación utilizada.

Metodología

El curso se articula en 8 temas, que se publican en FARMACIA PROFESIONAL en 2012-2013, no solo en su versión en papel, sino también en su versión electrónica en www.dfarmacia.com. Cada vez que se publique un tema en la web, se avisará al alumno para que pueda seguir el contenido y realizar el cuestionario de autoevaluación. Para formular cualquier consulta sobre el curso, dispondrá de un correo electrónico de contacto.

Evaluación

El alumno será evaluado a partir de la realización de los cuestionarios asociados a cada tema. El período de autoevaluación (activación de cuestionarios electrónicos en www.dfarmacia.com) se iniciará el 25 de octubre de 2012 y finalizará el 15 de enero de 2014. Para realizar las autoevaluaciones (8 test, cada uno con 10 preguntas de respuesta múltiple y solo una correcta) es necesario registrarse y acceder a www.dfarmacia.com. Para superar el curso, es preciso contestar todos los cuestionarios y superar el 80% del total de preguntas.

El alumno recibirá la calificación de apto o no apto de forma automática, tras la realización del test correspondiente a cada tema. Para evitar fraudes, solo al final del curso se dará acceso a las respuestas correctas, y quienes hayan superado la evaluación podrán descargarse el diploma.

Sumario

1. Infecciones de transmisión sexual
2. Incontinencia urinaria
3. Hiperplasia benigna de próstata
4. Infecciones comunes del tracto urinario
5. Eyaculación precoz
6. Disfunción eréctil
7. Trastornos del ciclo menstrual
8. Trastornos asociados a la menopausia

Inicio online de este curso: 25/10/2012 en www.dfarmacia.com. Finalización: 15/01/2014.

Tema 2

Incontinencia urinaria

La incidencia de la incontinencia urinaria aumenta a medida que lo hace la edad de la población. Su impacto sobre la calidad de vida del afectado es enorme, a lo que se une el hecho de que normalmente, cuando busca ayuda médica ya solo se puede recurrir al empleo de medidas paliativas. El farmacéutico puede actuar como un excelente educador sanitario para estos pacientes para que entiendan que la incontinencia no va inevitablemente ligada a la edad. En la versión electrónica de la revista, www.dfarmacia.com, el lector/alumno tiene a su disposición 3 casos prácticos que recogen las consultas más frecuentes en la farmacia y su posible tratamiento, así como una serie de consejos para ayudar a prevenir la incontinencia.

ADELA-E. GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica. Diplomada en Nutrición por la Universidad de Granada.

Descripción de la patología

La micción es una función del tracto urinario inferior, mediante la cual se consigue el vaciado de la orina cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica, y las condiciones sociales y el lugar son adecuados.

Clásicamente, la incontinencia urinaria se ha definido como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivable y en cantidad suficiente como para constituir un problema higiénico o social.

En la actualidad, la Sociedad Internacional de la Continencia define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina.

El problema de la incontinencia puede manifestarse en diferentes situaciones, con distintos grados de severidad y en relación con diversas patologías.

Por otra parte, la incontinencia urinaria pertenece al amplio abanico de patologías cuya incidencia aumenta a medida que lo hace la edad de la población. Su impacto sobre la calidad de vida del afectado es enorme, a lo que se une el hecho de que la persona afectada solo busca ayuda médica cuando el "problema" ya está totalmente instaura-

do, con lo que en numerosas ocasiones, únicamente se puede recurrir al empleo de medidas paliativas, los denominados absorbentes; llegados a este punto, conviene recalcar que el gasto sanitario que suponen estos productos es muy alto, a la vez que una incontinencia ya instaurada constituye un excelente factor de

• Esfera psíquica

- Depresión.
- Pérdida de autoestima.

• Esfera física

- Úlceras por presión.
- Eritemas en la zona perianal.
- Infecciones urinarias de repetición.

Actualmente, se admite que el empleo de estrógenos, solos o asociados a progesterona y administrados por vía oral, incrementan el riesgo de incontinencia en mujeres continentales y empeoran la clínica de las que sufren incontinencia tras un año de tratamiento

riesgo para que aparezcan las temidas úlceras por presión.

Si bien la incontinencia no es una patología que ponga en serio peligro la supervivencia del afectado, sí incide notablemente en las diferentes esferas vitales de este. En este sentido, las principales repercusiones de la incontinencia son las que se detallan a continuación:

• Esfera social

- Estrés que afecta no solo al paciente, sino también a familia, cuidadores...
- Progresivo aislamiento.
- Posible institucionalización.
- Mayor dependencia.

- Caídas (asociadas fundamentalmente a la nicturia).
- Fracturas.

En el ámbito epidemiológico, la incontinencia está infradiagnosticada, ya que la mayoría de los afectados, fundamentalmente mujeres, asumen que este es un problema ligado a la edad, y según demuestran algunos estudios, solo el 17% de las afectadas consulta con el médico.

Actualmente, se admite que la prevalencia de la incontinencia tiene un rango muy amplio: mujer (5-45%), varón (1-39%).

Los especialistas consideran que los profesionales de atención primaria se encuentran en una posición privilegiada para detectar a estos pacientes, y en función de lo más o menos evolucionada que se encuentre la patología, optar por un abordaje terapéutico u otro.

En este sentido, el farmacéutico comunitario aún lo tiene más fácil para efectuar esta detección, ya que la persona que solicita absorbentes en la farmacia no debería hacerlo sin haber consultado previamente con su médico, por lo que el farmacéutico puede actuar como un excelente educador sanitario, concienciando a la población de que la incontinencia nunca va inevitablemente ligada a la edad.

Seguidamente, se abordan los diferentes tipos de incontinencia.

Patologías que se han de estudiar

En función del tiempo de evolución

Incontinencia urinaria transitoria

La incontinencia urinaria transitoria hace referencia a aquella cuya duración es inferior a las 4 semanas.

Su presencia es frecuente en personas de edad avanzada con las funciones del tracto urinario inferior conservadas. Aparece de forma brusca y engloba todos aquellos casos de incontinencia no debidos a alteraciones estructurales de las vías urinarias; su origen incluye factores orgánicos no ligados al mencionado tracto urinario y/o factores farmacológicos.

Las causas más comunes que pueden desencadenar este tipo de incontinencia son las siguientes:

- Infecciones que afectan al tracto urinario inferior.
- Delirio, enfermedades psiquiátricas.
- Impactación fecal.
- Alteraciones electrolíticas y enfermedades endocrinas que incrementan la producción de orina: hiperglucemia,



hipercalcemia, insuficiencia venosa con edemas, insuficiencia cardíaca congestiva.

- Efectos secundarios de algunos fármacos: psicofármacos, diuréticos, anticolinérgicos, α -bloqueantes, agonistas α y β , antagonistas del calcio, antiinflamatorios no esteroideos.

Si no se adoptan las medidas terapéuticas apropiadas (diferentes en función de la etiología), el problema puede cronificarse, dando lugar a una incontinencia urinaria permanente o establecida.

Incontinencia urinaria establecida

La incontinencia urinaria establecida o permanente es aquella cuya duración supera las 4 semanas.

En este tipo de incontinencia, existe una alteración orgánica en el sistema miccional, ya sea en el tracto urinario inferior, o fuera de él. En función de cuál sea la causa que genera este tipo de incontinencia, el abordaje terapéutico podrá ser farmacológico, quirúrgico o físico.

La incontinencia permanente incluye varios tipos en función del mecanismo implicado en su génesis: hiperactividad vesical, estrés, rebosamiento... Así pues, se distingue entre:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria mixta.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Incontinencia urinaria funcional.

En el epígrafe siguiente, se abordan con detalle estos tipos de incontinencia que se acaban de mencionar.

En función de la clínica

Incontinencia urinaria de esfuerzo

La incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión intra-abdominal (tosar, reír, correr, e incluso andar) que supera la presión máxima uretral debido a una alteración del mecanismo de cierre de la uretra.

Es la causa de incontinencia más habitual en mujeres jóvenes y la segunda en mujeres de edad avanzada. Su preva-

lencia oscila entre el 40 y el 50%, según los estudios.

Este tipo de incontinencia no es exclusivamente femenina, ya que puede aparecer también en varones que han sido sometidos a una prostatectomía.

En el ámbito etiopatogénico, la incontinencia de esfuerzo tiene un origen multifactorial, destacando especialmente los siguientes factores:

- Procesos respiratorios crónicos: tos crónica, rinitis alérgica (estornudos).
- Obesidad, la cual supone una agresión por la sobrecarga de la masa muscular del periné y puede originar hipotonía del suelo pélvico; también resultan perjudiciales los cambios bruscos de peso, ya que debilitan los tejidos colágenos pélvicos limitando la capacidad de recuperación.
- Estreñimiento, cuya relación con este tipo de incontinencia tiene más que ver con la mecánica evacuatoria, pues el empuje en apnea produce una hiperelongación del nervio pudiendo que al superar el umbral máximo de elongación en un 20% sufre microtraumatismos asociados a neuropatía, con el consiguiente riesgo de incontinencia urinaria y fecal.
- Histerectomía previa, la cual se relaciona con la incontinencia de esfuerzo, probablemente por lesiones neurológicas inducidas durante la cirugía.
- Lesiones adquiridas del cuello vesical y/o uretra proximal secundaria a iatrogenia, traumatismos vaginales..., que alterarían la elasticidad del cuello vesical.
- Embarazo y paridad, admitiéndose actualmente que el embarazo, el parto vaginal y la multiparidad desempeñan un papel negativo sobre el suelo pélvico, y que el daño obstétrico puede conducir a este tipo de incontinencia; también se ha demostrado que la duración del período expulsivo del parto se relaciona directamente con la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Alteraciones de la estática vertebral adquiridas o congénitas, habiéndose comprobado que la hiperlordosis o las desviaciones producidas por malposiciones habituales contribuyen a modificar el eje de la columna y con ello la disposición de los órganos internos.

- Fármacos tales como los α -bloqueantes y los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, cuya relación con la etiología de la incontinencia urinaria de esfuerzo es debida a la producción de tos.

Este tipo de incontinencia puede deberse a uno de los siguientes mecanismos, o bien, a una combinación de ambos:

- Debilidad de las estructuras que conforman el suelo de la pelvis y que sostienen la uretra, lo que condiciona una hipermovilidad uretral (fig 1).
- Disfunción intrínseca del esfínter, producida por la debilidad del músculo uretral, lo que determina una insuficiente coaptación de las paredes de la uretra.

En definitiva, todas aquellas situaciones que dañen la elasticidad del suelo pélvico o que provoquen una disfunción del esfínter van a dar lugar a este tipo de incontinencia, la cual, como ya se ha mencionado, no es exclusiva de la mujer.

Clínicamente, este tipo de incontinencia no se asocia a deseo miccional ni tampoco existe sensación previa de escape de orina. La pérdida de orina se produce al realizar actividades tales como levantar pesos, correr, tosar, reír, estornudar, o incluso, al ponerse de pie o carraspear. En los casos más extremos, aun estando la persona en reposo, pueden producirse pérdidas de orina en cantidades importantes. Cuantitativamente, la pérdida de orina puede oscilar desde unas gotas hasta un chorro más o menos abundante, en función del esfuerzo realizado y del nivel de alteración.

Incontinencia urinaria de urgencia

La incontinencia urinaria de urgencia, también denominada micción imperiosa o vejiga inestable, se define como la pérdida de orina asociada a un fuerte deseo miccional (fig 2).

En las etapas iniciales de este tipo de incontinencia, el paciente puede tener un imperioso deseo de orinar, y si logra hacerlo rápidamente, puede que no exista pérdida de orina, simplemente es una urgencia miccional.

Este tipo de incontinencia es más frecuente en mujeres con una edad superior a los 40 años, alcanzando su

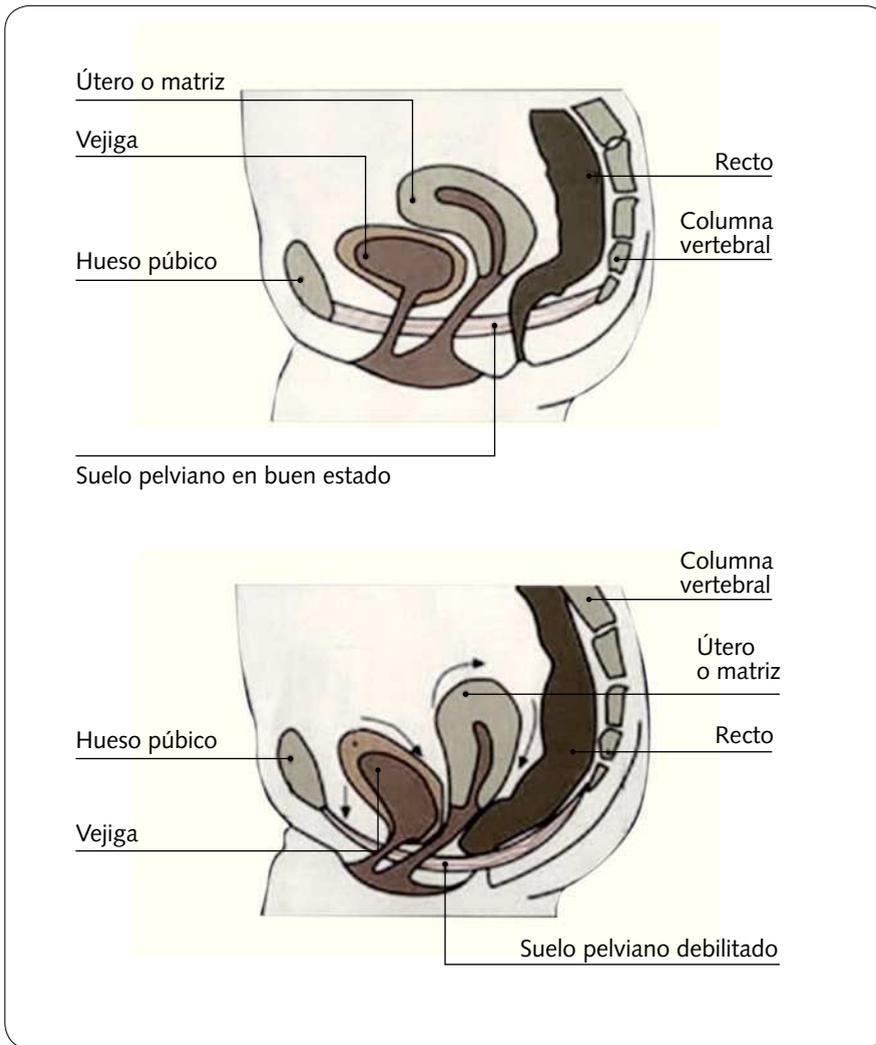


Fig 1. Incontinencia de esfuerzo

máxima prevalencia a partir de los 75 años.

Dicha prevalencia se sitúa entre el 15 y el 20% según los diferentes estudios, pudiendo alcanzar cifras del 50% en el colectivo anciano. De hecho, es la forma más frecuente de incontinencia en personas mayores de 75 años.

En lo referente a la etiopatogenia de este tipo de incontinencia, los principales factores implicados en su aparición son los siguientes:

- Origen idiopático, en cuyo caso no hay un motivo subyacente, y habitualmente suele asociarse a patrones de evacuación alterados.
- Cambios estructurales ligados a la edad.
- Patologías que afectan al sistema nervioso central o al sistema nervioso periférico.
- Deficiencia estrogénica tras la menopausia.
- Fármacos: antipsicóticos y diuréticos.
- Antecedentes de cirugía previa para corregir una incontinencia.
- Infecciones urinarias.
- Enfermedad neoplásica con afectación de la vejiga.
- Enfermedad inflamatoria, igualmente con afectación vesical.
- Litiasis vesicales.

Este tipo de incontinencia es debida a la presencia de contracciones vesicales

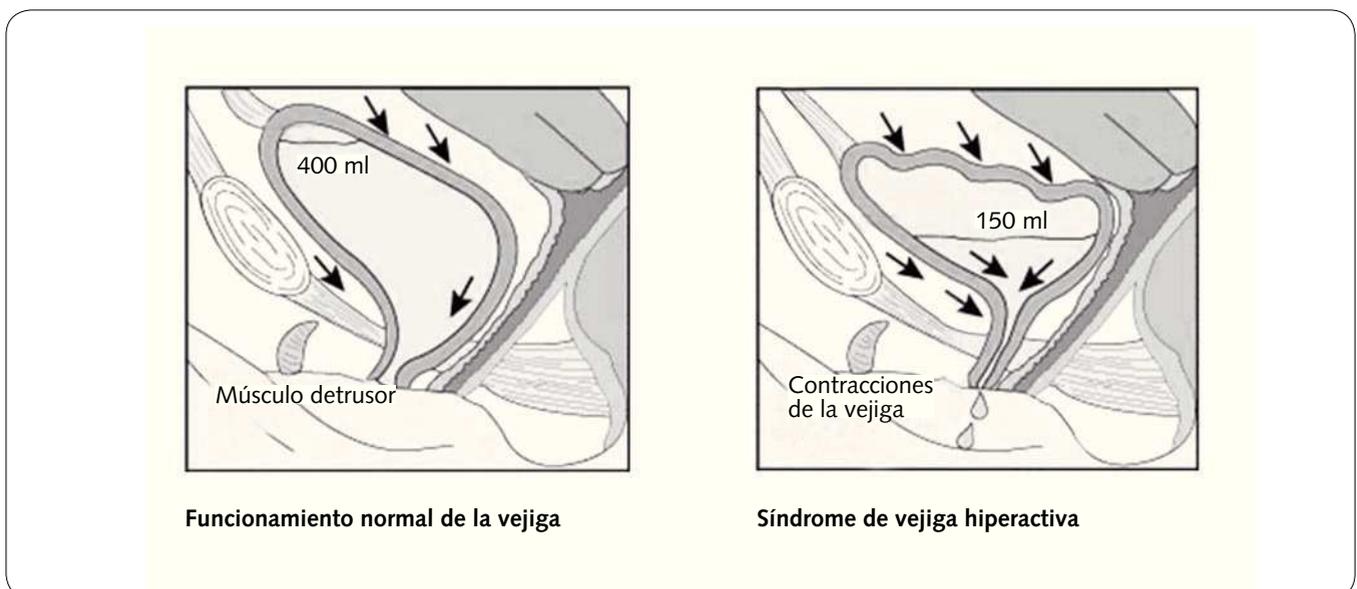


Fig 2. Incontinencia de urgencia

no inhibidas, generadas por la hiperactividad del detrusor, provocando así una presión intravesical que supera la presión uretral de cierre.

Básicamente, este tipo de incontinencia presenta 2 subtipos:

1) Incontinencia urinaria sensitiva. Debido a impulsos sensitivos muy potentes enviados desde los receptores de presión de la pared vesical.

2) Incontinencia urinaria motora. Debido a un fallo en la inhibición motora del reflejo de la micción; suele ser secundaria a unos hábitos miccionales incorrectos, que someten al detrusor a largos y continuados aumentos de presión, hasta que se produce su claudicación y se comporta como si estuviera lleno con pequeñas cantidades de orina en su interior.

Clínicamente, este tipo de incontinencia viene precedida de una sensación de urgencia, imposible de controlar, que genera pérdidas de orina antes de llegar al cuarto de baño. Es característica también la micción frecuente, la cual llega a superar las 8 veces al día. Suele acompañarse también de nicturia. Cuantitativamente, la pérdida de orina depende de diversos factores: capacidad de control del esfínter, estado funcional del tracto urinario inferior, estado cognitivo, movilidad y habilidad que se tenga en el cuarto de baño.

En personas ancianas, no es infrecuente que coexistan hiperactividad del detrusor y deterioro en su función contráctil, lo que implica la existencia de incontinencia de urgencia y elevado contenido posmiccional, sin que este vaya asociado a obstrucción en el tracto de salida de la orina.

Incontinencia urinaria mixta

La incontinencia urinaria mixta es un tipo de incontinencia cuya clínica comparte síntomas de incontinencia de esfuerzo y de incontinencia de urgencia.

Es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en la mujer después de la incontinencia de esfuerzo, siendo su prevalencia del 35%. Este tipo de incontinencia afecta a hombres y a mujeres, siendo especialmente frecuente en personas de edad avanzada.

En lo referente a su etiopatogenia, las causas son las mismas que provocan la incontinencia de esfuerzo y la incontinencia de urgencia.

La pérdida de orina tiene lugar por un doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana.

Clínicamente, la incontinencia mixta se caracteriza por una pérdida de orina al toser, reír o realizar cualquier esfuerzo, acompañada de urgencia y frecuencia miccional. Puede existir un predominio de los síntomas de esfuerzo, o bien, de los síntomas de urgencia, lo que deberá tenerse en cuenta cuando se efectúe el abordaje terapéutico de la misma.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

La incontinencia urinaria por rebosamiento es la pérdida de orina asociada a una vejiga distendida cuando la presión intravesical supera la máxima presión uretral, pero sin actividad del detrusor. La pérdida de orina se produce por goteo, gota a gota, o en chorro fino sin fuerza.

Este tipo de incontinencia es más común en el varón; aparece sobre todo en hombres de edad avanzada y, generalmente, se relaciona con la hipertrofia benigna de próstata.

En lo referente a la etiopatogenia de este tipo de incontinencia, básicamente se distinguen 2 grandes grupos de causas que pueden provocar esta incontinencia:

1) Causas orgánicas. El prototipo de estas causas es la hipertrofia benigna de próstata, aunque también pueden incluirse aquí prolapsos considerables, tumores prostáticos, masas pélvicas o esclerosis uretral posquirúrgica que provoca un cierre de la uretra por compresión.

En el varón, el crecimiento prostático benigno, un tumor prostático o cualquier otra alteración que comprima la uretra va a dar lugar a este tipo de incontinencia.

En la mujer, esta causa de incontinencia es infrecuente; puede ser debida a una cirugía correctora de incontinencia, o bien, a un cistocele que comprime la uretra.

2) Causas neurológicas. La presencia de un detrusor arrefléxico es la única jus-

tificación neurológica para la incontinencia por rebosamiento; puede producirse también retención urinaria.

A su vez, el detrusor arrefléxico puede ser debido a una lesión medular o pélvica que dañe la conducción en las fibras nerviosas espinales eferentes que inervan el detrusor (anomalías congénitas, hernias discales, tumores, cirugías, fármacos psicotrópicos...).

Clínicamente, puede manifestarse como un goteo más o menos continuado, con síntomas de urgencia, o incluso como una incontinencia de esfuerzo, con pérdidas en forma de pequeños chorritos.

En el varón cursa con un goteo frecuente, intermitente y de poco volumen, con debilidad en el chorro de orina, tenesmo, frecuencia, nicturia, y en algunos casos, goteo posmiccional. Si a esta situación se une un detrusor hiperactivo, aparecerán además síntomas de urgencia.

A veces también ocurre que la persona se nota siempre mojada, sin tener claro el momento de la fuga.

En cuanto al diagnóstico, se seguirán los pasos indicados para cualquier tipo de incontinencia, realizando además los test y las pruebas específicas para confirmar que el paciente sufre una incontinencia por rebosamiento.

Incontinencia urinaria funcional

La incontinencia urinaria funcional es aquella que tiene lugar cuando el aparato urinario no tiene ninguna patología, pero existen problemas de movilidad, deterioro cognitivo, fármacos..., de modo que la persona afectada es incapaz de llegar al cuarto de baño.

Este tipo de incontinencia es muy común en personas mayores.

Etiológicamente, la incontinencia urinaria funcional puede ser debida a numerosos factores:

- Deterioro cognitivo.
- Enfermedades musculoesqueléticas.
- Depresión.
- Dificil acceso al cuarto de baño (mobiliario inapropiado, luz insuficiente...).
- Hostilidad.
- Cuidados deficitarios que no facilitan el acceso al cuarto de baño o el empleo de productos sustitutorios (ornal, cuña...).

Si no se pone remedio a la situación que genera la incontinencia, esta pasará de ser un problema transitorio a convertirse en uno permanente, que solo podrá tratarse con medidas paliativas.

Enuresis

La enuresis se define como la micción involuntaria de características normales que tiene lugar durante el sueño en niños con una edad en la que es esperable que hayan alcanzado la continencia, lo que equivale a una edad cronológica mayor o igual a 5 años, y que ocurre como mínimo 4 veces al mes.

La prevalencia de esta alteración oscila entre un 10 y un 15% en niños con edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Diferentes estudios demuestran que la prevalencia disminuye a medida que aumenta la edad del afectado.

En lo referente a la etiopatogenia, la enuresis puede ser debida a diversos factores:

• Genéticos

Se ha demostrado que hay una predisposición genética, con herencia autosómica dominante

• Apnea obstructiva del sueño

Esta alteración puede incidir sobre el factor atrial natriurético, el cual a su vez actúa sobre los niveles de aldosterona, pudiendo producirse así la enuresis.

• Retraso en la maduración del sistema nervioso central

Dicho retraso influye en la percepción de plenitud vesical y en la correspondiente respuesta.

• Capacidad vesical reducida y alteraciones urodinámicas

Estas alteraciones pueden suponer que la vejiga no tenga capacidad para almacenar la orina producida durante toda la noche, o bien, que el niño orina con frecuencia durante el día, y por la noche presenta enuresis, ya que no puede orinar con igual frecuencia.

• Factores psicológicos

La importancia de tales factores no está totalmente establecida, aunque sí es cierto que el niño que presenta este problema tiene baja autoestima, a

la vez que se puede favorecer el aislamiento social.

La patogenia de la enuresis incluye 3 elementos clave, que a su vez, se relacionan entre sí:

- Fallo al despertarse ante el deseo miccional.
- Mayor producción de orina durante la noche.
- Capacidad vesical nocturna disminuida asociada a insuficiencia en el mecanismo para retener la orina.

Según el momento de aparición, la enuresis se clasifica en:

• Enuresis primaria

Es aquella en la que el niño nunca se ha mantenido seco durante un período mayor o igual a los 6 meses.

• Enuresis secundaria

Es aquella que aparece tras un período seco como mínimo de 6 meses.

A nivel clínico, algunos autores distinguen entre enuresis monosintomática (ausencia de síntomas diurnos que puedan sugerir una enfermedad neurológica o urológica de base) y enuresis polisintomática o complicada (presencia de urgencia miccional, incontinencia diurna y polaquiuria).

La presencia de bacteriuria en niños con enuresis primaria puede incrementar la gravedad de los síntomas.

Revisión farmacológica

El abordaje terapéutico de la incontinencia incluye farmacoterapia y otras opciones, tales como cirugía, técnicas de electroestimulación, ejercicios, medidas higiénico-dietéticas...

En la presente monografía, se abordarán las opciones farmacológicas disponibles, así como los productos farmacéuticos y los artículos de parafarmacia que puedan resultar de utilidad. Otras opciones (cirugía, electroestimulación...) quedan fuera de las pretensiones de dicha monografía.

Los medicamentos utilizados para tratar la incontinencia urinaria solo son

eficaces en determinados pacientes, a lo que se une un perfil de efectos adversos nada despreciable; a su vez, estos fármacos, generalmente, no se emplean durante prolongados períodos de tiempo. Es por ello que la terapia farmacológica constituye un componente más dentro de un conjunto de opciones terapéuticas: cirugía, ejercicios, técnicas de *biofeedback*, electroestimulación, medidas higiénico-dietéticas...

Fármacos de prescripción médica

Los fármacos de prescripción médica útiles para tratar la incontinencia urinaria son los que se describen a continuación:

Estrógenos

En principio, estos fármacos podrían estar indicados para tratar la incontinencia de esfuerzo.

Actualmente, se admite que el empleo de estrógenos, solos o asociados a progesterona y administrados por vía oral, incrementan el riesgo de incontinencia en mujeres continentales y empeoran la clínica de las que sufren incontinencia tras un año de tratamiento.

Solo se permite el empleo de estrógenos vaginales (estriol vaginal 0,5 mg/día) en mujeres mayores con síntomas leves de incontinencia urinaria.

Imipramina

Este compuesto, considerado como un antidepresivo tricíclico, disminuye la contractilidad del detrusor por vía anticolinérgica e incrementa la resistencia uretral como consecuencia de la estimulación de los receptores α -adrenérgicos. Sus resultados no están totalmente contrastados, a lo que habría que unir un importante perfil de efectos adversos.

Su empleo en esta indicación, y especialmente en personas de edad avanzada, no está justificado.

Duloxetina

Este fármaco es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y norepinefrina, indicado como antidepresivo y como coadyuvante en el dolor neuropático.

Los estudios disponibles han demostrado una mejoría, dependiente de la dosis, en la clínica de la incontinencia

de esfuerzo, así como unos buenos resultados en las medidas de calidad de vida subjetiva.

Está indicado en los casos de incontinencia moderada y grave, con una posología de 40 mg/12 h.

Las náuseas, con una duración limitada y una intensidad variable, son el principal efecto secundario.

Este medicamento nunca debe contemplarse como una estrategia terapéutica aislada, sino que debe encuadrarse dentro de una perspectiva más amplia que deberá incluir los ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico.

Anticolinérgicos

Estos fármacos, también conocidos como antimuscarínicos, están indicados en el tratamiento de la incontinencia urinaria

La oxibutinina también está indicada en caso de enuresis, concretamente cuando el número de micciones nocturnas se incrementa y se sospecha una enuresis nocturna polisintomática, con síntomas diurnos asociados

de urgencia, ya que actúan bloqueando los receptores muscarínicos y deprimiendo las contracciones involuntarias del detrusor, lo que supone una disminución de la presión intravesical y una reducción en la frecuencia de las contracciones, con aumento en la capacidad vesical para retener la orina. Su eficacia en el tratamiento de la incontinencia de urgencia está plenamente contrastada.

Los compuestos utilizados para tratar la incontinencia son los siguientes: oxibutinina, tolterodina, trospio (cloruro), solifenazina y fesoterodina.

Seguidamente, se indica cuál es la dosis máxima de cada uno de los compuestos mencionados:

- Oxibutinina: 2-5 mg/8 h.
- Cloruro de trospio: 20 mg/12 h.
- Tolterodina: 4 mg/24 h.
- Solifenazina: 10 mg/24 h.
- Fesoterodina: 8 mg/24 h.

La oxibutinina también está indicada en caso de enuresis, concretamente cuando el número de micciones nocturnas se incrementa y se sospecha una enuresis nocturna polisintomática, con síntomas diurnos asociados. En este caso, la do-

sificación es de 0,3-0,4 mg/kg/día, pudiendo administrarse cada 12 o 24 h. El tratamiento debe durar entre 3 y 6 meses.

Su principal inconveniente radica en su perfil de efectos secundarios, los cuales en determinadas ocasiones pueden limitar su empleo: taquicardia, hipomotilidad intestinal, somnolencia, xerostomía, visión borrosa.

Bloqueantes α -adrenérgicos

El bloqueo de los α -adrenérgicos en el ámbito genitourinario inhibe la contracción del trigono, el esfínter vesical y el músculo liso de la uretra proximal y prostática, lo que facilita la micción en pacientes aquejados de hipertrofia prostática benigna. En definitiva, estos fármacos mejoran la clínica irritativa (polaquiuria) que acompaña a las per-

sonas que sufren de incontinencia por rebosamiento.

En este grupo, se incluyen los siguientes fármacos: doxazosina, alfuzosina, terazosina, tamsulosina.

Las dosis máximas de los fármacos que se acaban de mencionar son las siguientes:

- Alfuzosina: 5 mg/12 h.
- Tamsulosina: 0,4 mg/24 h.
- Doxazosina: 4-8 mg/24 h.
- Terazosina: 5-10 mg/24 h.

Actualmente, no se dispone de evidencias que indiquen que un compuesto es superior a otro; sí se ha comprobado que, en general, son fármacos bien tolerados.

Su acción empieza a ser patente al cabo de 15 días de tratamiento; los efectos secundarios (mareos, eyaculación anómala y rinitis) dependen de la dosis.

Inhibidores de la 5- α -reductasa

Estos medicamentos impiden la formación de dihidrotestosterona mediante la inhibición selectiva de la 5- α -reductasa; la citada dihidrotestosterona es la responsable del crecimiento prostático.

Están indicados en caso de incontinencia por rebosamiento, cuando predomina la clínica obstructiva.

Se incluyen aquí la finasterida y la dutasterida, cuyas dosis máximas son 5 mg/24 h y 0,5 mg/24 h, respectivamente.

Desmopresina

Es un análogo sintético de la hormona antidiurética, que difiere de esta fundamentalmente en una acción vascular menor y una acción antidiurética prolongada.

Este fármaco está indicado en el tratamiento de la enuresis en niños mayores de 5 años.

Este compuesto se comercializa con diferentes formas de presentación, y consecuentemente, de administración:

- Administración intranasal: 20-40 μ g antes de acostarse.
- Administración oral: 0,2-0,4 mg media hora antes de acostarse.

Hay 2 opciones terapéuticas:

- Comenzar el tratamiento con dosis bajas e incrementarlas si no se obtiene respuesta.
- Comenzar con dosis altas e ir disminuyendo con posterioridad.

El efecto terapéutico de este fármaco se aprecia en la primera semana de tratamiento.

En presencia de polidipsia, hipertensión arterial o enfermedad cardíaca, este medicamento está contraindicado.

Sus principales efectos secundarios incluyen cefaleas, náuseas, dolor abdominal, epistaxis, irritación nasal, hiponatremia y convulsiones.

El tratamiento suele durar entre 3 y 6 meses, aunque puede utilizarse durante años sin complicaciones.

Productos de parafarmacia y fármacos de indicación farmacéutica

En las farmacias, actualmente, no se dispone de ningún medicamento de indicación farmacéutica para el tratamiento de la incontinencia. Los productos sanitarios y artículos de parafarmacia que el farmacéutico puede ofrecer para el tratamiento de la incontinencia son los

siguientes: conos vaginales, sondas, colectores y absorbentes.

A continuación, se comentan las principales características de cada uno de estos productos.

Conos vaginales

Estos productos están indicados para el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo, siendo su finalidad fortalecer la musculatura del suelo pélvico.

Usualmente, se presentan en un set de 5 conos, de aspecto similar a un tapón vaginal. Dichos conos tienen igual tamaño, pero distinto peso, el cual está comprendido entre 10 y 70 g.

Se aconseja iniciar el tratamiento empleando el cono de menor peso, e ir cambiando, posteriormente, a otros de mayor peso a medida que se vaya fortaleciendo la musculatura del periné, de modo que al final la paciente deberá ser capaz de sujetar el cono de mayor peso. Constituyen una terapia discreta, con un grado de recomendación aceptable.

Sondas

Las sondas vesicales se introducen a través de la uretra hasta la vejiga. Tienen distintas finalidades, entre las que se encuentra el drenaje de la orina. Pueden utilizarse para una simple evacuación de orina (implantación durante un corto período de tiempo) o bien, para aquellas situaciones en las que la micción esté comprometida (implantación durante largos períodos de tiempo).

En este último caso, se habla de un sondaje permanente, cuyas principales indicaciones son las siguientes:

- Retención urinaria o vejiga neurógena.
- Úlceras por presión graves.
- Obstrucciones inoperables que impiden el vaciamiento de la vejiga.
- Enfermos terminales.
- Pacientes que viven en su propio domicilio, sin el necesario apoyo de cuidadores.

Este tipo de sondaje se asocia a un elevado riesgo de infección.

El manejo de la sonda debe ser sencillo y, a su vez, debe provocar una mínima incomodidad en el paciente. Es por ello que se tiende a utilizar sondas urológicas que presenten la máxima luz interna con un mínimo calibre total y gran

tolerabilidad con los tejidos de contacto, sobre todo.

Habitualmente, se usan sondas tipo Foley de silicona, un material altamente biocompatible, que puede ser transparente u opaco de color blanco, con mínima capacidad de incrustación en la superficie y una gran capacidad de drenaje.

Las sondas de silicona se emplean en implantaciones durante largo tiempo (6-24 semanas); son seguras, fáciles de manejar, cómodas y no traumáticas para el paciente. Las sondas más usadas se corresponden con los calibres 14, 16 o 18, y habitualmente disponen de un balón que no debe inflarse más de 5 ml. Se cambiarán periódicamente siguiendo las instrucciones del fabricante. En el extremo libre de la sonda puede colocarse el tapón con el fin de mantener el deseo miccional, lo que supone su retirada cada cierto tiempo; en otros casos, la sonda se acopla a una bolsa de recogida de orina que puede ir colgada a la cama (capacidad 2.000 ml) o a la pierna del paciente (capacidad 600 ml).

Algunas precauciones que deben tenerse en cuenta en el manejo de pacientes sondados son las siguientes:

- Evitar vaciados súbitos y de gran cantidad durante el manejo de la sonda con el fin de prevenir la aparición de síncope o hemorragias *ex vacuo*.
- Evitar tirones (fijando la sonda a la pierna), manipulaciones innecesarias, acomodaciones o compresiones externas de la sonda.
- La bolsa de recogida de orina debe quedar a un nivel inferior al de la vejiga para evitar reflujos.
- Limpiar la zona perianal de forma exhaustiva, fijándose en los indicadores de infección urinaria.

Especial mención merece el denominado autosondaje o sondaje intermitente, cuya principal indicación es el tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción y que generan incontinencia con mal vaciado de la vejiga. El autosondaje permite corregir la ectasia del tramo urinario superior, así como la incontinencia, logrando que desaparezca el residuo vesical considerado el causante de otras complicaciones (infecciones, polaquiuria, disuria

intensa, etc.), al igual que las vejigas o reservorios de baja presión que no vacían o lo hacen parcialmente.

Colectores

Los colectores se incluyen en el apartado de tratamientos paliativos.

Un colector es una funda adaptable al pene; existen modelos de diferentes diámetros (21-40 mm); habitualmente suelen ser de látex, aunque también los hay de otros materiales. A semeja un preservativo abierto por los 2 lados, cuyo extremo distal acaba en un tubo rígido a través del cual se conecta a la bolsa de recogida de orina.

Al manejar el tubo conector debe procurarse que esté situado frontalmente y bien ajustado; deben vigilarse acodaduras del tubo, y la bolsa debe colocarse por debajo del pene para evitar reflujos.

Se distinguen 2 tipos de colectores:

- 1) Colector de 2 piezas, provisto de una tira adhesiva de curagard, suave y elástica, que asegura una fijación hermética entre el colector y el pene, sin riesgo de constricción, a la vez que protege la piel de irritaciones cutáneas (fig. 3).



Fig 3. Colector de 2 piezas de Coloplast, provisto de una tira adhesiva de curagard



Fig 4. Colector de 1 pieza o colector autoadhesivo de Coloplast

2) Colector de una pieza o colector autoadhesivo, sistema este que requiere una minuciosa higiene, puesto que su dispositivo de sujeción a la piel es a través de un material adhesivo. Incluye un aplicador y una lengüeta que permite su colocación con guantes (fig. 4).

Absorbentes

Al igual que los colectores, los pañales absorbentes constituyen otro de los tratamientos paliativos de la incontinencia. Son dispositivos de un solo uso que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener al paciente seco, protegiendo su piel, ropa y cama. Las características particulares de cada absorbente hacen que cada uno sea apropiado para una situación de movilidad/dependencia diferente.

El principal objetivo que se busca cuando se emplea este tipo de productos sanitarios es conseguir que la piel de la persona incontinente permanezca seca, evitando alteraciones que van desde simples irritaciones cutáneas hasta úlceras por presión, con el consiguiente riesgo de infección.

Las principales características que deben tener los absorbentes de incontinencia son las siguientes:

- Eficacia.
- Tolerancia.
- Discreción.

El principal inconveniente radica en que no incentivan el mantenimiento de la continencia ni en el propio paciente ni el cuidador, y si bien pueden emplearse conjuntamente con otras modalidades terapéuticas, con frecuencia suponen la primera y única intervención ante la insistente demanda por una incontinencia importante; en esta situación, es muy raro que se plantee la incontinencia como una condición tratable o reversible.

En cualquier absorbente se distinguen 3 capas diferenciadas en cuanto a materiales y función que desempeñan:

- **Capa superior:** es la que contacta con la piel, estando formada por tejido sin tejer, usualmente polipropileno hidrófilo, que permite que la orina pase con rapidez al interior del absorbente. Su composición influye en la tolerancia del producto, así como en su eficacia, pues permite el paso de la orina a la capa central.
- **Núcleo absorbente:** está compuesto por pulpa de celulosa y “superabsorbente”, material en forma de partículas cuya principal misión es transformar la orina líquida en un gel de consistencia semisólida, que impide que la humedad salga de nuevo. Este material combinado de forma homogénea con celulosa refuerza la capacidad de absorción en las zonas donde es más necesaria: parte central y posterior del

ruido para respetar la discreción. A veces incluye un “indicador de la humedad”, consistente en unas líneas que cambian de color al mojarse e informan sobre la necesidad de cambio.

Una característica importante que suelen tener casi todos los absorbentes, es el denominado “doble núcleo absorbente”, el cual consigue una absorción más rápida y una superficie más seca en contacto con la piel; dicho doble núcleo absorbente está formado por:

- Núcleo de absorción rápida, cuya misión es absorber la orina en cuestión de segundos.
- Núcleo de retención, encargado de distribuir y retener más cantidad de líquido.

Usualmente, también incorporan barreras laterales antifugas, así como sistemas de sujeción del absorbente, cintura elástica y ajuste elástico en la entrepierna.

Para grandes pérdidas de orina, se distinguen 3 tipos de absorbentes, todos ellos financiados por el Sistema Nacional de Salud. Dichos absorbentes son los siguientes:

- Rectangulares, cuyas medidas son 60 cm de largo por 20 cm de ancho; el sistema de sujeción es mediante una malla elástica. Los hay con 3 capacidades de absorción: día (+ 600 ml), noche (+ 900 ml) y súper noche (+ 1.200 ml). Están indicados para personas con movilidad más o menos

Al igual que los colectores, los pañales absorbentes constituyen otro de los tratamientos paliativos de la incontinencia. El principal inconveniente radica en que no incentivan el mantenimiento de la continencia ni en el propio paciente ni el cuidador

absorbente. Esta capa es fundamental para la retención, tanto de orina como de olores.

- **Capa impermeable:** se corresponde con la capa inferior y está compuesta por un material plástico (polietileno) que asegura la estanqueidad total del absorbente y que no debe producir

conservada, son discretos y cómodos, a la vez que permiten llevar una vida normal.

- Anatómicos, cuyo diseño proporciona máxima adaptación y discreción; se ajustan mediante una malla elástica. Son de talla única. Los hay con 3 capacidades de absorción (las mismas que

se han indicado para los anteriores). Están indicados para personas con una movilidad reducida, las cuales permanecen la mayor parte del tiempo sentadas.

- Elásticos, caracterizados por una mayor adaptación y ajuste a la morfología corporal mediante tiras adhesivas. Tienen las 3 capacidades de absorción mencionadas en los anteriores y 3 tallas en función del perímetro de cintura: pequeña (50-80 cm), mediana (80-125 cm) y grande (100-140 cm). Indicados para personas con escasa movilidad o encamadas.

En caso de incontinencia leve o moderada, existen diferentes tipos de absorbentes, los cuales no son reembolsables por el Sistema Nacional de Salud.

Para pacientes con incontinencias leves (200-300 ml) y movilidad diurna conservada, existen 2 tipos de absorbentes:

- **Varones:** absorbentes masculinos de pene (*men*).
- **Mujeres:** compresas anatómicas o rectangulares con diversas capacidades de absorción (60-150 a 600 ml) (*lady*).

Si la incontinencia es de moderada a grave (900-1.200 ml) y el paciente tiene movilidad diurna conservada, existen nuevos absorbentes conocidos como *pants* o *slips*, igualmente no reembolsables. □

Bibliografía general

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurol Urodyn*. 2002;21:167-78.
- Avellana-Moreno V, Castro-Lorenzo A. Manejo de la incontinencia urinaria en el anciano. *JANO*. 2006;5:41-4.
- Avilla JM, Villares M. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enuresis. *Medicine*. 2006;9:3993-7.
- Batista JE, Granda M, Rodríguez M. Incontinencia urinaria: pistas para un mejor enfoque. *SEMERGEN*. 2005;31:471-7.
- Bendahan G. Los pañales de incontinencia. Uso y abuso. *Form Med Contin Aten Prim*. 2003;10:293-4.
- Bustamante S, Vázquez D, Carballido J. Protocolo diagnóstico de la incontinencia urinaria del hombre y la mujer. *Medicine*. 2007;9:5379-81.
- Campos M, Fernández-Micheltoarena C, Sánchez MD. ¿Podemos mejorar el tratamiento de la incontinencia urinaria? Parte I. C@P revista de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet]. 2006 [consultado 22 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/imprimirPagina.php?NTU%3D>
- Campos M, Fernández-Micheltoarena C, Sánchez MD. ¿Podemos mejorar el tratamiento de la incontinencia urinaria? Parte II. C@P revista de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet]. 2006 [consultado 22 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/imprimirPagina.php?NTU%3D>
- España Pons M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:464-72.
- España M. Incontinencia urinaria en la mujer. *JANO*. 2004;67:43-50.
- España M, Puig M. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Prog Obstet Ginecol*. 2004;47:278-90.
- Ferri A. Incontinencia urinaria y disfunción del suelo pélvico. *Fisioterapia*. 2004;26:247-8.
- Gómez AE. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. *Offarm*. 2008;27:60-71.
- Gómez AE. Incontinencia urinaria: abordaje terapéutico no farmacológico. *Farmacia Profesional*. 2008;22:42-7.
- González MM. Ejercicios de Kegel. 2003 [consultado 23 Feb 2012]. Disponible en: http://www.indas.es/comunicacion/publicaciones/EJERCICIOS_DE_KEGEL.PDF
- Hernández-Fabà E, Fuentelsaz-Gallego C, Aran-Catalán R, Suñer-Soler R, Egea-Zerolo B, Nieto-Balncó E. La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:43-51.
- Incontinencia urinaria. *Protocolos*. *Form Med Contin Aten Prim*. 2005;4:7-29.
- Incontinencia urinaria en el anciano. *Protocolos*. *Form Med Contin Aten Prim*. 2012;19:19-31.
- Juarranz Sanz M, Terrón Barbosa R, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Villamor Borrego M, Calvo Alcántara MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria*. 2002;30:323-32.
- Litago MC, Sada MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. *Bol Infor Ter Navarra*. 2007;15:35-48.
- Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:5-6.
- Piera M. Incontinencia urinaria. Consejo y seguimiento. *Farmacia Profesional*. 2004;18:53-8.
- Portillo J. Opciones terapéuticas en la incontinencia de orina. Elementos para la decisión. *Form Med Contin Aten Prim*. 2002;9:191-202.
- Puga AB, López V, De la Cámara M, Fernández-Obanza E, Azálgara M, Frade AM. Enuresis nocturna. *Guías clínicas*. 2011 [consultado 12 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enuresis-nocturna/>
- Queralt M. Productos sanitarios para incontinencia. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ed. *Formación Continuada en Productos Sanitarios. Módulo II*. Madrid: Acción Médica, S.A.; 2003. p. 113-32.
- Rodríguez G, Carballo JA, Suárez C, Sola I. Incontinencia urinaria en la mujer. *Medicine*. 2003;8:6107-17.
- Rodríguez G, Carballido JA, Suárez C. Incontinencia urinaria en la mujer. *Medicine*. 2003;8:6107-17.
- Rodríguez L. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Geroinfo*. 2005;1:1-20.
- Schultz JM, Cwoen RN. Incontinencia. Resolver un problema secreto. *Nursing*. 2003;21:42-4.
- Schultz JM. Incontinencia urinaria. *Nursing*. 2011;29:33.
- Selva J, Prats R. Sondas, tubos y cánulas de drenaje. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ed. *Formación Continuada en Productos Sanitarios Módulo IV*. Madrid: Acción Médica, S.A.; 2003. p. 1-55.
- Senovilla JL, Guinda C, Gimeno A, Zazo A, Borrego J, García A. Conocimientos básicos sobre incontinencia urinaria femenina de esfuerzo. *Clínicas Urológicas de la Complutense*. 2000;8:377-94.
- Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [consultado 4 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.segg.es/page/tratado/de/geriatria/para/residentes>
- Vázquez D, Carballido J, Bustamante S. Protocolo diagnóstico de la urgencia/incontinencia urinaria. *Medicine*. 2011;10:5643-7.
- Verdejo C. Protocolo terapéutico de la incontinencia urinaria en la edad avanzada. *Medicine*. 2006;9:4065-8.
- Verdejo C. Protocolo terapéutico del síndrome miccional irritativo y de la incontinencia urinaria. *Medicine*. 2010;10:4312-5.
- Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:298-300.
- Viana C. Incontinencia urinaria en la mujer. *Guías clínicas*. 2004 [consultado 23 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/incontinencia.htm>
- Viana C. Incontinencia urinaria. *Guías clínicas*. 2010 [consultado 23 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/incontinencia-urinaria/>
- Vila MA, Benítez M, Aballi M. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria. *JANO*. 2001;61:60-70.
- Vila MA, Fortuny M. Incontinencia urinaria. Sesiones clínicas en Atención Primaria de la Salud. *semFYC*. 2005 [consultado 12 Mar 2012]. Disponible en: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Agenda/Sesiones_clinicas/Documentos/Material%20Ponente%20Incontinencia%20Urinaria.pdf
- Vila MA, Gallardo MJ. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. *SEMERGEN*. 2005;31:270-83.