

# Incontinencia urinaria

## Consejo y seguimiento

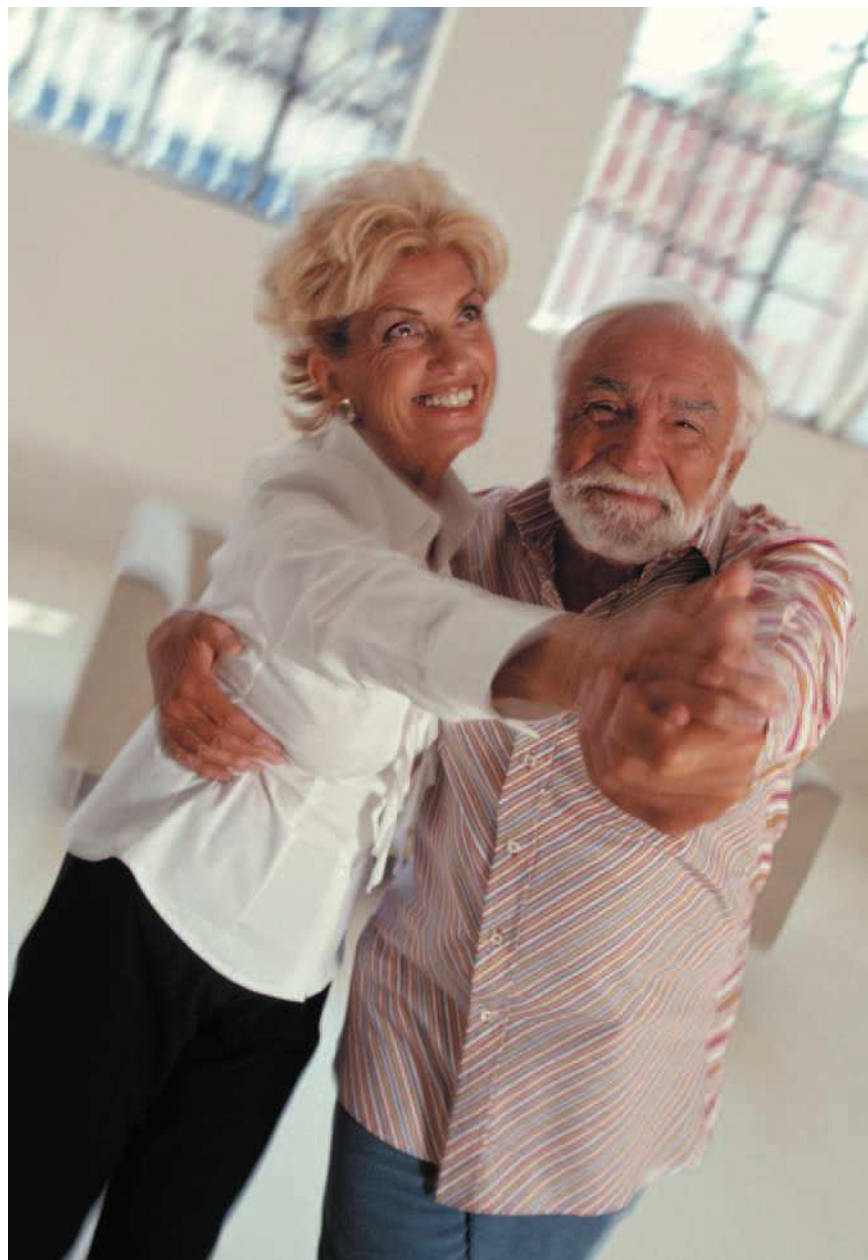
■ MERCÈ PIERA • Médico de Atención Primaria.

Desde la oficina de farmacia se puede prestar un apoyo muy útil a la persona que padece algún tipo de incontinencia urinaria, informándole sobre el trastorno, animándole a consultar al médico especialista, asesorándole sobre el uso correcto de los medicamentos que se emplean en el tratamiento de este trastorno, así como sobre las terapias de rehabilitación muscular del suelo pélvico y las características de los absorbentes de incontinencia. Sobre todo ello versa este artículo.

**A**unque constituye un importante problema clínico, la pérdida involuntaria de orina o incontinencia urinaria sigue siendo un trastorno infravalorado. Las mismas personas que lo sufren no suelen consultar al médico por vergüenza o porque consideran que es una situación inherente a la vejez y, por consiguiente, no tiene solución. Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la detección de la incontinencia urinaria, y el farmacéutico puede, en concreto, desarrollar una labor de información, consejo y seguimiento a este tipo de pacientes.

### CONCEPTO

La incontinencia urinaria, según la International Continence Society (ICS), es la pérdida involuntaria de



orina, objetivamente demostrable, que origina un problema social o higiénico. Se calcula que entre un 10 y un 35% de los adultos padece incontinencia urinaria. Es un problema más frecuente en las mujeres que en los hombres y su incidencia aumenta con la edad.

**TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA**

Este trastorno se presenta en diferentes variantes:

**Incontinencia urinaria de esfuerzo**

La pérdida involuntaria de orina se produce a consecuencia de un aumento de la presión intraabdominal, situación propia al reír, toser o correr. En estos casos la presión dentro de la vejiga urinaria supera a la presión de la uretra, dando como resultado la pérdida urinaria. Constituye el tipo de incontinencia urinaria más frecuente, y afecta típicamente a mujeres. Los hombres sometidos a extirpación quirúrgica radical de la próstata también pueden padecer incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Incontinencia urinaria de urgencia**

Este tipo de incontinencia se caracteriza por un fuerte deseo de orinar debido a una mayor contractilidad de la vejiga urinaria, la cual, en condiciones normales, solamente se contrae cuando la persona orina de forma voluntaria. Generalmente, se produce una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga (hiperactividad del detrusor) secundaria a una enfermedad neurológica (enfermedad de Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple, entre otras) o por causa desconocida. La incontinencia de urgencia es típica de personas de edad avanzada.

**Incontinencia urinaria mixta**

Se define como el tipo de incontinencia que presenta síntomas propios de la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.

**Incontinencia urinaria por goteo**

Consiste en la pérdida continua de pequeñas cantidades de orina.

**Incontinencia nocturna**

Conocida también como enuresis nocturna, consiste en la pérdida incontrolable de orina durante el sueño.

**Síndrome de disfunción de vaciado vesical**

Término aplicado a los pacientes que presentan síntomas de dificultad para

vaciar la vejiga como problemas para iniciar la micción, chorro urinario intermitente, sensación de micción incompleta y goteo posterior a la micción. Esta situación es frecuente en hombres con hipertrofia de próstata o en pacientes sometidos a cirugía de colon o ginecológica.

**INCONTINENCIA URINARIA TEMPORAL**

La incontinencia urinaria puede ir asociada a otro tipo de trastornos como infecciones del tracto genitourinario. La infección urinaria puede provocar incontinencia transitoria.

Otra causa de incontinencia urinaria temporal es la restricción de la movilidad por hospitalización, fractura o edad avanzada, en la que el afectado sufre pérdidas de orina por su incapacidad de llegar al baño.

La presencia de un fecaloma, es decir, de heces retenidas en el recto, puede ejercer presión sobre la vejiga o la uretra, obstruyendo el flujo de orina. Como consecuencia, se produce una retención de orina dentro de la vejiga hasta que se produce el rebosamiento de la misma y su pérdida sin control.



cuado. El objetivo principal del tratamiento de la incontinencia urinaria es mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

**Incontinencia urinaria de esfuerzo**

El tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo tiene como objetivo aumentar la resistencia de la uretra con el fin de impedir que la presión dentro de la vejiga supere a la presión dentro de la uretra durante la actividad física. Admite varios tratamientos:

*Rehabilitación muscular del suelo pélvico*

Hoy por hoy, constituye la única opción terapéutica conservadora disponible. Este tipo de rehabilitación incluye distintos métodos cuyo fin es mejorar la fuerza y coordinación de la contracción de los músculos del suelo pélvico (musculatura que rodea la vejiga). Entre estos métodos se encuentran los ejercicios Kegel y las técnicas de biorregulación y de electroestimulación. La reeducación de los músculos del suelo pélvico suele durar entre 3 y 6 meses. Una vez finalizado este período, el médico debe valorar el resultado a partir, fundamentalmente, de la mejoría en la calidad de vida y del grado de satisfacción del paciente con este tratamiento.

La terapia muscular del suelo pélvico también puede realizarse mediante conos anatómicos de distintos pesos, que se colocan de uno en uno en la vagina (empezando por el de menos peso y prosiguiendo gradualmente con otro de mayor peso) como si se tratara de un pequeño tampón, durante unos 15 minutos dos veces al día. Al introducir el cono en la vagina, tiende a descen-

**La pérdida involuntaria de orina nunca debe considerarse normal y ha de ser motivo de consulta médica**

**TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA**

La pérdida involuntaria de orina nunca debe considerarse normal y, por consiguiente, es motivo de consulta médica. El médico, a través de la anamnesis y distintas pruebas diagnósticas, determina el tipo de incontinencia urinaria y, en función de las características personales del paciente, propone el tratamiento más ade-

**Tabla I. Tipos de absorbentes de incontinencia urinaria**

**Absorbente rectangular**

Indicados en personas con una actividad normal e incontinencia moderada. Su capacidad de absorción de día es de +600 cc. Son cómodos y discretos; permiten su uso con el vestuario habitual.

**Absorbente anatómico**

Indicados en personas activas, ambulantes o permanentemente sentadas con cualquier grado de incontinencia. Se presentan en dos tamaños y con tres capacidades de absorción: día +600 cc, noche +900 cc y súper noche +1.200 cc.

**Absorbente elástico**

Indicado para personas encamadas, con poca movilidad y con incontinencia media o grave. Están disponibles en tres tallas, según el perímetro de cintura y cadera (pequeña, mediana y grande) y dos capacidades de absorción: noche (+900 cc) y súper noche (+1.200 cc).

Tallas	Medidas de cintura	Medidas de cadera
Pequeña	50-80 cm	60-90 cm
Mediana	80-125 cm	90-135 cm
Grande	100-140 cm	110-150 cm

Fuente: CGCOF. Catálogo de Parafarmacia. Madrid: Publicaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2003.

der y caer por su propio peso. Esta sensación provoca una necesidad de retenerlo y causa un suave reflejo espontáneo de contracción de la musculatura del suelo pélvico para evitar perderlo. Así se produce una fisioterapia eficaz justo donde la debilidad del suelo pélvico es más acentuada, permitiendo recuperar su fuerza.

*Tratamiento farmacológico*

Actualmente se está investigando la duloxetina, cuyos resultados en los ensayos clínicos son prometedores en cuanto a su capacidad de aumentar la contractilidad del músculo del esfínter uretral.

Duloxetina es un inhibidor equilibrado de la recaptación de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, que se cree desempeñan un papel clave en la contracción fisiológica del esfínter uretral externo, un músculo estriado localizado en la salida de la vejiga y que previene la pérdida de orina. Al inhibir la recaptación de los neurotransmisores en la médula espinal sacra y aumentar su concentración, duloxetina provoca un incremento de la actividad del nervio pudiendo y esta actividad aumentada hace que se incremente la contracción y el tono del esfínter uretral externo, ayudando así a prevenir pérdidas accidentales de orina durante una actividad física, al toser o al estornudar.

La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos puede mejorar los síntomas

de incontinencia urinaria en las mujeres menopáusicas.

*Tratamiento quirúrgico*

Este tipo de tratamiento puede plantearse cuando falla la terapia conservadora y tiene como objetivo corregir mediante cirugía las alteraciones del suelo pélvico.

**Incontinencia urinaria de urgencia**

Puede corregirse mediante tratamiento farmacológico y fisioterapia.

*Tratamiento farmacológico*

Tiene como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del músculo detrusor de la vejiga mediante el bloqueo de sus receptores con fármacos anticolinérgicos. Dentro de este grupo de fármacos, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia la oxibutinina (5-15 mg al día, repartidos en 2 o 3 tomas o administrados de una sola vez), el cloruro de trospio (20 mg/ 12 horas) y la tolterodina (1-2 mg/12h o 4 mg/24 h en formato de liberación prolongada). La tasa de curación o mejoría de los síntomas se sitúa en el 50-60%. Se recomienda empezar el tratamiento con la dosis eficaz más baja posible e ir adaptando la dosificación según la respuesta del paciente. Este tratamiento requiere supervisión médica por la posibilidad de efectos secundarios (sequedad de boca, náuseas, estreñimiento, visión borrosa, piel



**Si es usuario de Farmatic THEOS y tiene planes para el siglo XXI...**

**Le damos 12 razones para actualizarse con Farmatic Windows:**

- 1 Los procesos son mucho más rápidos que en Farmatic Theos, más fácil de utilizar sin ratón. ¿O va a decirnos que el tiempo no importa en su negocio?
- 2 Está preparado para todas las nuevas tecnologías y adelantos. Los que surjan mañana, o pasado mañana
- 3 Permite manejar la Receta Electrónica del Siglo XXI.
- 4 Dejará de estar estancado con periféricos (impresoras, lectores de tarjetas....) obsoletos y carentes de mantenimiento.
- 5 Dispondrá de las nuevas formas de trabajo que no podían ser implementadas en Theos: Tarjetas Sanitarias, Tarjetas de clientes, Ofertas, Sistema de fidelización ...
- 6 Permite explotar la información en otras aplicaciones como hojas de calculo (Excel), procesadores de Texto (Word) e incorporar otras herramientas de trabajo.
- 7 Podrá disponer de la nueva Base de Datos del C.G.C.O.F. y del nuevo método de Atención Farmacéutica que el Colegio propone.
- 8 Podrá obtener un ahorro fiscal a través de la opción multi NIF.
- 9 Además de una mejor y más fácil gestión, incorpora herramientas de marketing para ayudarle a la fidelización de sus clientes.
- 10 Terminará con los problemas de espacio en sus ficheros, borrados de información y ralentizaciones por exceso de datos. La base de datos SQL aporta más seguridad que el fichero tradicional que usa en la actualidad y no limita su información.
- 11 Facilita y posibilita el mantenimiento remoto, siendo compatible con todas las nuevas posibilidades.
- 12 Olvídense de las copias de seguridad, SQL las realiza mientras usted trabaja (ahorro mínimo de 15 minutos diarios).

seca) que pueden propiciar el abandono por parte del paciente. El tratamiento con oxibutinina y cloruro de trospio están contraindicados en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado.

Si no existe respuesta después de un mínimo de tres meses de tratamiento con las dosis adecuadas, debe buscarse otro tipo de tratamiento como la electroestimulación o la neuromodulación.

*Entrenamiento o reeducación vesical*

Este concepto engloba toda una serie de pautas de control de la micción cuyo objetivo es la adquisición por parte del paciente de unos hábitos miccionales que logren recuperar el control perdido. El tipo más frecuente de entrenamiento vesical consiste en la realización de micciones programadas. Existen estudios que demuestran que la reeducación vesical es efectiva también en la incontinencia de esfuerzo y en la mixta y que su efecto en el control de los síntomas urinarios puede ser semejante al del tratamiento farmacológico.

**RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON INCONTINENCIA**

Las recomendaciones higienicodietéticas y de estilos de vida que los profesionales de la salud, y en este caso el farmacéutico, pueden trasladar a los pacientes afectados de incontinencia urinaria son muy importantes, porque les ayudarán a manejar este trastorno, intentando minimizar sus consecuencias sobre la calidad de vida.

**Bebidas**

La persona con incontinencia urinaria debe ingerir líquidos de forma moderada, es decir, entre 1 y 1,5 litros diarios. Restringir la ingesta de líquido puede resultar contraproducente, ya que al producir menor orina, la vejiga no llega a dilatarse hasta su capacidad máxima y con el tiempo, se vuelve más sensible a pequeños volúmenes de orina. Además, la restricción de líquido también favorece el estreñimiento, que a su vez puede llegar a ser motivo de incontinencia urinaria temporal.

**Cafeína**

Alimentos como el café, el té, la cola o el chocolate son ricos en cafeína, sustancia que tiene un efecto similar a los diuréticos, a la vez que favorece la hipercontractilidad del músculo detrusor. Por consiguiente, los pacientes con incontinencia deben evitar consu-

mir productos con elevado contenido en cafeína.

**Alcohol**

La incontinencia puede verse agravada por el consumo de bebidas alcohólicas, ya que el alcohol afecta a la movilidad y percepción de llenado de la vejiga, además de incrementar las ganas de orinar.

**Hábitos higiénicos**

Es importante inculcar a los niños, desde pequeños, un correcto hábito vesical y que éste se mantenga de por vida: orinar cada 4 o 5 horas y evitar retener la micción durante mucho tiempo cuando se tengan ganas de orinar. Del mismo modo, debe evitarse el estreñimiento, pues las heces en el recto pueden provocar la irritación de la vejiga y a la vez disminuir la capacidad de contracción de los músculos del suelo pélvico.

Para vaciar correctamente la vejiga durante la micción es importante sentarse correctamente en el inodoro y no permanecer suspendido.

Una medida para reducir las ganas de orinar al poco de acostarse, situación común en personas ancianas, consiste en elevar los pies hasta un nivel ligeramente por encima del corazón durante una hora por la tarde y otra hora por la noche.

**Ropa**

Vestir pantalones estrechos o llevar corsé puede ayudar a las personas con incontinencia por estrés a proporcionar un soporte extra a la musculatura del suelo pélvico.

**Absorbentes**

Cuando las medidas higiénicas preventivas y las curativas no hayan dado buenos resultados y las pérdidas de orina se sigan produciendo, conviene recurrir a productos específicos, como los absorbentes de incontinencia, que están encaminados a proporcionar confort y bienestar tanto al usuario «sano», que podrá llevar una vida activa perfectamente normal, como al encamado o inmóvil (más información sobre estos productos en tabla I). □

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol and Urodyn* 2002;21:167-78.  
 Abrams P, Malone-Lee J, Jacquetin B, Wyndaele JJ, Tammela T, Jonas U, et

al. Twelve-month treatment of overactive bladder: efficacy and tolerability of tolterodine. *Drugs Aging* 2001;18:551-60.

Appell RA, Abrams P, Drutz HP, Van Kerrebroeck PE, Millard R, Wein A. Tolterodine: superior tolerability than and comparable efficacy to oxybutynin in individuals 50 years old or older with overactive bladder: a randomized controlled trial. *J Urol* 2001;165:1452-6.  
 Cardozo L, Chapple CR, Tooze-Hobson P, Grosse-Freese M, Bulitta M, Lehmacher W, et al. Efficacy of trospium chloride in patients with detrusor instability: a placebo-controlled, randomized, double-blind, multicentre clinical trial. *BJU Int* 2000;85:659-64.  
 Colombo M, Zanetta G, Scalabrino S, Milani R. Oxybutinin and bladder training in the management of female urinary urge incontinence: A randomized study. *Int Urogynecol J* 1995;6:63-7.  
 Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265:609-13. Jarvis GJ. A controlled trial bladder drill and drug therapy in management of detrusor instability. *Br J Urol* 1981;53:565-6.  
 Madersbacher H, Stohrer M, Richter R, Burgdorfer H, Hachen HJ, Murtz G. Trospium chloride versus oxybutynin: a randomized, double-blind, multicentre trial in the treatment of detrusor hyperreflexia. *Br J Urol* 1995;75:452-6.  
 Malone-Lee JG, Walsh JB, Mougourd MF. Tolterodine: a safe and effective treatment for older patients with overactive bladder. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:700-5.  
 Moore KH, Hay DM, Imrie AE, Watson A, Goldstein M. Oxybutynin hydrochloride (3 mg) in the treatment of women with idiopathic detrusor instability. *Br J Urol* 1990;66:479-85.  
 Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:40-8.  
 Van Kerrebroeck PE, Amarencu G, Thuroff JW, Madersbacher HG, Lock MT, Messelink EJ, et al. Dose-ranging study of tolterodine in patients with detrusor hyperreflexia. *Neurourol Urodyn* 1998;17:499-512.  
 Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs. drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1995-2000.  
 Zinner N, Dmochowski R, Miklos J, Norton P, Yalcin I, Bump R. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2002;21:383-4.  
 Zorzitto ML, Holliday PJ, Jewett MA, Herschorn S, Fernie GR. Oxybutynin chloride for geriatric urinary dysfunction: a double-blind placebo-controlled study. *Age Ageing* 1989;18:195-200.