

# BOLETIN INFORMATIVO FARMACOTERAPEUTICO



INSALUD

Area de Atención Primaria de Melilla  
Centro de Información del Medicamento

Vol. I • Nº 4 AÑO 2001

## Incontinencia urinaria: tratamiento farmacológico. Absorbentes de orina

González Sánchez, JM

Sumario: **Introducción: Tipos de incontinencia urinaria. Niveles de Tratamiento. Tratamiento farmacológico. Medidas Paliativas. Absorbentes de orina. Conclusiones.**

### INTRODUCCION:

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y constituye un problema social y/o higiénico. (1)

Desde el punto de vista clínico existen dos tipos de incontinencia urinaria:

A) La **incontinencia transitoria** está constituida por casos de IU de corta evolución (menos de 4 semanas).(1)

B) La **incontinencia establecida** incluye los siguientes tipos:

B.1.- **Incontinencia de urgencia, vejiga inestable o incontinencia por inestabilidad del detrusor.**

La incontinencia de urgencia es la pérdida frecuente e involuntaria de orina asociada a un deseo intenso de orinar. Constituye la forma más común de IU en pacientes mayores de 75 años, sobre todo de sexo masculino

B.2.- **Incontinencia de esfuerzo o de estrés.**

La incontinencia de esfuerzo es la pérdida de pequeñas cantidades de orina cuando se incrementa la presión intraabdominal por un esfuerzo físico. Es el tipo de IU más frecuente en las mujeres menores de 75 años y su origen es multifactorial

B.3.- **Incontinencia por rebosamiento o sobrellenado.**

La incontinencia por rebosamiento es la pérdida involuntaria de orina asociada a sobredistensión vesical, produciéndose cuando la presión intravesical supera a la uretral. Supone un 10% de la IU en los ancianos y se caracteriza por dificultad para iniciar la micción, reducción de la fuerza y calibre del chorro, micción incompleta y sensación de evacuación incompleta..

B.4.- La **incontinencia funcional** es aquella que afecta a personas que por problemas de movilidad no son capaces de llegar al inodoro cuando tienen un estímulo miccional.

B.5.- La **incontinencia mixta** es una combinación de diferentes tipos de incontinencia, normalmente de incontinencia de urgencia y de esfuerzo o de urgencia y sobrellenado.

En el diagnóstico de la IU es importante considerar diversos aspectos (físicos, psíquicos, funcionales, sociales...), dado el origen multifactorial del proceso.(1)

### NIVELES DE TRATAMIENTO:

Existen diferentes niveles de tratamiento que pueden utilizarse de forma aislada o combinada: medidas generales e inespecíficas, técnicas de modificación de la conducta, farmacológicas, quirúrgicas y medidas paliativas.(2,3)

TIPO DE INCONTINENCIA	TRATAMIENTO DE ELECCION	OTROS TRATAMIENTOS
I. de urgencia	Reentrenamiento vesical	Oxibutinina
I. de esfuerzo	Ejercicios de musculatura pélvica	Quirúrgico
I. por rebosamiento	Obstrucción: quirúrgico Arreflexia: cateterismo intermitente	Antagonistas alfa 1-Adrenérgicos
I. mixta	Ejercicios de musculatura pélvica	

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En general se aplica cuando las medidas anteriores son insuficientes para mejorar el cuadro clínico. Para su aplicación es importante diferenciar entre los distintos tipos de IU:

**Oxibutinina.** El medicamento más usado en la incontinencia de urgencia es la oxibutinina, amina terciaria cuyo efecto espasmolítico, junto con su efecto anticolinérgico sobre las fibras musculares lisas del detrusor, se asocia a una disminución de contracciones espontáneas. En diversos estudios comparativos ha mostrado una eficacia superior a placebo, aunque con una repercusión clínica modesta (reducción de 1.7 episodios de incontinencia en 24 horas). Uno de los problemas más importantes de la oxibutinina es la alta incidencia de efectos adversos relacionados con su actividad anticolinérgica, siendo el más frecuente y molesto la sequedad de boca y motivo importante de discontinuación de tratamiento. Otros efectos adversos frecuentes son la visión borrosa y el estreñimiento. La administración concomitante de oxibutinina con otros fármacos anticolinérgicos pueden incrementar la frecuencia y severidad de estos efectos adversos. El intervalo de dosis es de 2,5-5 mg dos o tres veces al día.(4)

**Oxibutinina de liberación controlada.** Su eficacia en conseguir la continencia urinaria es similar a la de oxibutinina de liberación inmediata. Sin embargo, parece tener menor incidencia de sequedad de boca. La oxibutinina de liberación controlada aún no está comercializada en España.

Principio activo	Especialidad farmacéutica	P.V.P. (ptas.)
oxibutinina	Ditropan 5 mg 60 comp	998
oxibutinina	Dresplan 5 mg 60 comp	751

**Tolterodina.** Su actividad anticolinérgica muestra mayor selectividad por los receptores vesicales que por los de las glándulas salivares. En los estudios existentes con tolterodina frente a placebo, tolterodina ha mostrado escasa o nula superioridad en cuanto a reducción del número de episodios de incontinencia en 24 horas (reducción menor de un episodio/24 h). Cuando se compara con oxibutinina, en un reciente estudio randomizado no se observaron



diferencias apreciables en los resultados sobre la clínica de la enfermedad. Actualmente está en curso una revisión sistémica sobre la eficacia del tratamiento anticolinérgico en la IU que aportará más información en este sentido. Por otra parte, el número de efectos adversos así como su intensidad a dosis habituales es significativamente mayor con oxibutinina, principalmente sequedad de boca (40% tolterodina frente 61-78% oxibutinina).

Las precauciones y contraindicaciones de uso de tolterodina son similares a oxibutinina (hipersensibilidad, glaucoma de ángulo estrecho no tratado, miastenia gravis, obstrucción intestinal, retención gástrica o urinaria, ilioparalítico o atonía vesical, colitis ulcerosa,...). No se ha comprobado su eficacia y seguridad en menores de 18 años y no se requiere ajuste de dosis en pacientes ancianos sanos. La tolterodina es metabolizada por enzimas microsomales hepáticos(CYP2D6) y podría tener un mayor potencial de interacciones que oxibutinina, sin embargo no está totalmente dilucidado. La administración concomitante de oxibutinina con otros fármacos anticolinérgicos pueden incrementar la frecuencia y severidad de los efectos adversos. La dosis habitual es 20 mg cada 12 horas. Su perfil de efectos adversos, contraindicaciones e interacciones es similar a la de los anteriores.(5)

**Flavoxato:** No ha mostrado eficacia en el tratamiento de la incontinencia de urgencia y en la actualidad, no se recomienda para el tratamiento de la incontinencia.

Está contraindicado en uropatía obstructiva (adenoma de próstata), obstrucción duodenal o pilórica, obstrucción intestinal y hemorragia digestiva. Su dosis de mantenimiento es 200 mg cada 12 horas. Otros fármacos:

**Antidepresivos: Imipramina:** antidepresivo tricíclico utilizado para el tratamiento de la hiperreflexia vesical, eneuresis, nicturia e incontinencia de urgencia. Sus efectos secundarios cardiovasculares limitan su uso en ancianos y cardiopatas.

Principio activo	Especialidad farmacéutica	P.V.P. (ptas.)
Tolterodina	Detrusitol 2 mg 56 comp.	7.659
Tolterodina	Urutrol 2 mg 56 comp.	7.659

#### Fármacos en incontinencia de esfuerzo.

El tratamiento farmacológico de la incontinencia de esfuerzo ha evolucionado poco y, actualmente, los ejercicios de la musculatura pélvica constituyen la alternativa de elección sobre técnicas invasivas o tratamiento farmacológico.

Entre los fármacos utilizados se encuentran:

**Fenilpropanolamina**, no comercializado en España para esta indicación aunque parece mostrar mejoría de los síntomas de la incontinencia urinaria de esfuerzo; estrógenos, utilizados en pacientes con patología vaginal y/o uretral secundaria a hipoestrogenismo a las que en ocasiones se les asocia incontinencia de estrés, si bien no ha podido demostrar su eficacia para este indicación.

#### Fármacos en incontinencia por rebosamiento.

El tratamiento de elección en este tipo de incontinencia varía en función de la causa que lo origine. Si es por obstrucción, el tratamiento de elección es la cirugía, mientras que si el origen de la incontinencia es la arreflexia, es de elección el cateterismo intermitente.

Los fármacos que han mostrado cierta utilidad en caso de obstrucción por hiperplasia prostática benigna son los antagonistas de receptores alfa 1-adrenérgicos (pe. **Doxazosina**). (8)

#### **MEDIDAS PALIATIVAS:**

Dado que los distintos tratamientos (farmacológicos, fisioterápicos, quirúrgicos, etc.) pueden no estar siempre indicados o no ser eficaces en la totalidad de los pacientes, es preciso conocer a fondo los diferentes métodos paliativos disponibles en el mercado para la incontinencia urinaria.

Los productos más utilizados son las sondas, colectores y absor-

bentes, y tienen por objeto proporcionar mayor comodidad al paciente.

Los absorbentes de incontinencia sólo pueden prescribirse para incontinencia de Orina y de Adultos (no están autorizados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, para la incontinencia fecal ni infantil).

En principio están indicados sólo para las mujeres con incontinencia de orina, ya que los hombres disponen de otros sistemas alternativos al sondaje, si bien en casos excepcionales y debidamente justificados podrán prescribirse para hombres.

Clasificación de los efectos y accesorios financiados por el INSA-LUD en caso de incontinencia de orina:

- 1.- Bolsas de recogida de orina
- 2.- Sondas
- 3.- Colectores de pene
- 4.- Absorbentes de orina

Protocolo de prescripción

- Sistema sonda - bolsa recogida de orina: -hombres  
-mujeres

2.- Si dan lugar a un posible riesgo de infección pueden ser sustituidos por:

- Hombres: - colectores de pene  
- bolsa de recogida de orina

- Mujeres: - absorbentes

3.- Existiendo causa orgánica que impida el sondaje en los hombres:

- Hombres: Absorbentes

Existen diferentes clasificaciones de las absorbentes, atendiendo a su forma, capacidad de absorción o talla de cintura.

Tipo de absorbente	Ml. de orina absorbidos	Indicación	Nivel de uso
De día	600-900	Incontinencia Urinaria Adulto Grado Medio	3 Unidades/día
De noche	900-1200	Inc. Urinaria Media de Noche o Grave de Día	1-2 Unidades/día
De supernoche	Más de 1200	Inc. Urinaria Grave de Noche o Muy Grave	1-2 Unidades/día

Para conseguir un uso racional de los absorbentes se debe tener en cuenta la gravedad de la incontinencia y el grado de movilidad de el paciente. Por tanto, es muy importante valorar que la capacidad de absorción del absorbente sea la adecuada para el volumen de orina excretado. Posteriormente se tendrán en cuenta otros aspectos como la movilidad o la talla (esto último sólo para absorbentes elásticos ) pudiendo, por ejemplo, estar indicado un absorbente tipo noche talla grande.

Los absorbentes tipo supernoche se recomiendan, exclusivamente uno diario en incontinencia severa. No deben prescribirse este tipo absorbentes en los pacientes con una incontinencia moderada por sus características antropométricas para estos supuestos deben prescribir los absorbentes de noche talla especial (perímetro de cintura de 100 cm a 160 cm.) que tienen el mismo tamaño que los supernoche pero son un 18 % más económicos. Es decir que la prescripción del tipo de absorbente que precisa un paciente se debe

hacer en función y severidad de la incontinencia urinaria y no en función de las características anatómicas del paciente.

En la receta no es obligatorio consignar el nombre comercial ni el código nacional del producto, siendo suficiente con detallar los siguientes apartados: clase de pañal (anatómico con elásticos, anatómico o rectangular), tipo (Día, Noche o Supernoche), número de unidades y, en el caso de elásticos, la talla (pequeña, mediana o grande). La prescripción con nombre genérico facilita la dispensación, ya que no todos los laboratorios disponen de las mismas presentaciones.

La prescripción total de los absorbentes para incontinencia urinaria de adultos la efectuará el Especialista en: Medicina Interna, Neurocirugía o Tocoginecología, quienes deberán confeccionar el correspondiente informe clínico justificativo de la necesidad de la prescripción y el tiempo que estima será necesaria la utilización de los absorbentes al paciente, informe clínico que debe emitir el Médico Especialista autorizado junto con la receta correspondiente.

La continuidad del tratamiento la seguirá haciendo el médico de cabecera durante el tiempo fijado en el informe por el especialista. En todo caso para pacientes con incontinencias permanentes es preciso un nuevo informe del especialista para validar la continuidad de la prescripción de absorbentes anualmente, que deberá solicitar el Facultativo de Atención Primaria al Especialista del que procede la prescripción.

Para aquellos pacientes que la incontinencia no sea permanente ni definitiva, la petición del informe al especialista vendrá dado en función de la causa de la incontinencia y del tratamiento definitivo de la misma que señale el Especialista.

CAPACIDAD	TIPO	PVP MÁXIMO AUTORIZADO(pts.)
DÍA	Rectangular.....	.....5.249
	Anatómico.....	.....6.299
	Elástico talla pequeña..	.....6.299
NOCHE	Anatómico.....	.....8.883
	Elástico talla pequeña..	.....8.883
	Elástico talla mediana...	.....8.883
	Elástico talla grande.....	.....8.883
SUPER	Anatómico.....	.....10.660
	Elástico Talla mediana...	.....10.660
	Elástico Talla grande....	.....10.660

CLASIFICACIÓN SEGÚN CAUSA ORGÁNICA	GRADO DE SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA
Incontinencia Urinaria de origen neurológico	3
Incontinencia Urinaria de origen urinario	2
Incontinencia Urinaria de origen obstétrico	1

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL	TIEMPO DE DURACIÓN DE LA INCONTINENCIA
Incontinencia de goteo por rebosamiento	3
Incontinencia de esfuerzo	2
Incontinencia de urgencia o de micción imperiosa	1

### CONCLUSIONES:

- 1.- El tratamiento inicial en el caso de incontinencia de urgencia es el reentrenamiento vesical.
- 2.- Cuando el reentrenamiento vesical resulta insuficiente, la oxibutinina es el tratamiento farmacológico de elección, como alternativa o asociado a dicha técnica. La tolterodina se considera una alternativa a oxibutinina aún produciendo menor xerostomía.
- 3.- En la incontinencia de esfuerzo, los ejercicios de musculatura pélvica constituyen la medida de elección para su tratamiento.
- 4.- El cateterismo vesical intermitente es el tratamiento de elección en la incontinencia por rebosamiento por arreflexia vesical.
- 5.- Es necesario incrementar la eficiencia en la prescripción de los absorbentes de incontinencia, adecuando el tipo de absorbente a las necesidades específicas de cada paciente. En este sentido, se considera una medida de capital importancia el indicar los absorbentes tipo Supernoche únicamente para la incontinencia grave nocturna en pacientes encamados.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Rexach L, Verdejo C. Incontinencia Urinaria. Inf Ter Sist Nac Salud 1999; 23: 149-159.
- 2.- Hay-Smith EJC, Bo K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de bie Ra, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). I: The cochrane library. Issue 2, 2001. Oxford: Update software.
- 3.- Culligan PJ and Heit M. Urinary incontinence in women: evaluation and management. Am Fam Physician 2000; 62: 2433-44.
- 4.- Tapp AJS, Cardozo LD, Versi E and Cooper D. The treatment of detrusor instability in postmenopausal women with oxybutynin chloride: a double blind placebo controlled study. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 521-6.
- 5.- Drug treatment of urinary incontinence in adults. MeRec Bull 2000 ; 11: 9-12.
- 6.- Real Decreto 9/1996, de 15 de Enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados (BOE nº 33, de 7-2-96).
- 7.- Circular 12/96, de 19 de Julio, de la dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Instrucciones para la aplicación del RD 9/1996, de 15 de Enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes hospitalizados.
- 8.- Catálogo de Especialidades Farmacéuticas Año 2000. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

### **COMISION DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**

Bueno Horcajadas A, Carrión Horcajadas JL, Cuenca Toro J, Díaz Jimenez JM, García Castillo AM, González Sánchez JM, Hermoso Castro LF, Martínez Díaz J, Sava Garcerán E, , Zafra Jiménez MA.

### **GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DEL AREA DE MELILLA**

C/ General Polavieja, 47. Melilla - 52005. Tfnos: 952674975-76. NIPO: 352-00-027-5