

Tratamiento de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años

M^a CARMEN LITAGO GIL
MÉDICO DE FAMILIA. C.S. ESTELLA

M^a JOSÉ SADA RUIZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA. C.S. ESTELLA

La incontinencia urinaria (IU) es una situación clínica de alta prevalencia en la persona mayor, a menudo asociada a otras enfermedades. Deteriora la calidad de vida y puede ser causa de institucionalización. El médico de atención primaria debe realizar una búsqueda activa de la incontinencia, dadas las pocas consultas que se producen por parte de la persona mayor. Una intervención activa e individualizada puede corregir o disminuir el grado de incontinencia.

Debemos descartar factores tratables que pueden desencadenar incontinencia de forma transitoria. Ante una incontinencia aguda debe descartarse una causa reversible. En atención primaria debe ofertarse como primera elección el tratamiento conservador asociado a intervenciones en el estilo de vida.

En la IU de esfuerzo el tratamiento de elección son los ejercicios del suelo pélvico y se recurrirá a la cirugía en casos puntuales indicados. Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser eficaz.

En la IU de urgencia el tratamiento recomendado es el entrenamiento vesical y los ejercicios del suelo pélvico, pudiendo complementarse con medicamentos anticolinérgicos.

En la IU por rebosamiento la indicación es la cirugía. Hasta el momento de la intervención, pueden usarse los alfa-bloqueantes, solos o asociados a anticolinérgicos, como en caso de la IU de urgencia.

En la IU funcional debemos marcar el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y hacer una valoración sociofamiliar en el domicilio a través del programa de educación para cuidadores.

Introducción

En España la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU) en mayores de 65 años, se sitúa alrededor de un 15% en personas en atención comunitaria, siendo más frecuente en mujeres que en varones. En atención domiciliaria pueden sufrirla hasta el 30% de nuestros pacientes y en residencias o instituciones el 70%¹.

A pesar de ello, es una patología poco abordada desde la atención primaria. Se interroga poco sobre ella, en general no se llega a un diagnóstico etiológico y, a cambio, se ofrecen medidas paliativas con una importante repercusión en la calidad de vida del paciente y en su entorno. Incluso, puede llegar a ser una causa de institucionalización de la persona mayor.

Es frecuente que los médicos no pregunten y que los pacientes no hablen de ello. En un estudio realizado al respecto², solo el 30% de los ancianos consultó el problema, tan sólo en un 10% de los casos los médicos habían investigado su existencia y en uno de cada cinco no se adoptó ninguna medida ni diagnóstica ni terapéutica.

Entre las medidas paliativas, los absorbentes es el tratamiento paliativo más usado^{3,4} (del 10% al 50% de los mayores los usan según los estudios publicados en España) y el 1-3% utiliza sonda permanente. En Navarra el 15% de los mayores de 75 años son usuarios de absorbentes de incontinencia y en 2006 el gasto total con cargo al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ascendió a algo más de 4 millones de euros. Un 50-70% de las personas mayores con IU podrían beneficiarse de una curación o reducción de la intensidad de la incontinencia si se abordara correctamente desde la atención primaria.

Definición y características en las personas mayores

La incontinencia urinaria es una pérdida involuntaria de orina según la ha redefinido en el año 2002 la *International Continence Society*. Puede estar presente en una persona mayor como síntoma acompañante en la pluripatología que presente (sobre todo enfermedades neurológicas o endocrinas), como una enfermedad urológica o ser uno de los principales síndromes geriátricos.

El envejecimiento fisiológico genera una serie de cambios en el tracto urinario inferior, próstata, vagina, suelo pélvico y sistema nervioso, que predisponen a la incontinencia. Es más propia de las

mujeres, por sus especiales condiciones anatómicas y por estar sometidas a más factores de riesgo desencadenantes de una incontinencia (embarazos y partos).

Estructuras de la continencia

El tracto urinario inferior está formado, desde el punto de vista funcional, por la vejiga (con el músculo detrusor encargado del almacenamiento y contracción), uretra (con el esfínter interno de fibras lisas y el externo de fibras estriadas) y el suelo pélvico (estructura muscular que da soporte abdominal y pélvico, y que contribuye al cierre uretral en el esfuerzo). La incontinencia se produce básicamente por tres mecanismos: contracción involuntaria de la vejiga o hiperactividad vesical; disminución de la presión uretral o incontinencia de esfuerzo y aumento de orina residual o incontinencia por rebosamiento. Este residuo puede deberse a su vez a una afectación de la contractilidad vesical o a un aumento de la resistencia uretral (obstrucción).

Clasificación de la incontinencia urinaria

Una micción normal debe realizarse cada tres horas aproximadamente durante el día, no superar un número total de ocho, y una de ellas puede ser durante la noche. Una clasificación sencilla y práctica para orientar el tratamiento es, según la aparición y duración de los síntomas, en transitoria y permanente.

Incontinencia transitoria

Es aquella que dura menos de cuatro semanas y se origina por un proceso médico agudo o un problema iatrogénico. En muchas ocasiones, si no se actúa sobre la causa, puede dar origen a incontinencia establecida o permanente. Cada causa tendrá su tratamiento específico, debiendo valorarse después del tratamiento los cambios logrados.

Incontinencia permanente

Es aquella causada por una alteración orgánica en el sistema miccional y que puede ser subsidiaria de un tratamiento corrector físico, médico o quirúrgico según la causa que lo origine. Suelen distinguirse cuatro tipos de IU permanente de causa estructural y uno de origen funcional. En este último caso, la causa al comienzo puede ser transitoria y la evolución ser permanente.

Tabla 1. Causas de incontinencia urinaria transitoria.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Alteraciones neurológicas | Delirium, lesiones neurológicas |
| Infección de orina de repetición | |
| Hábitos y estilos de vida | Aumento de ingestión de líquidos y bebidas estimulantes como el café, té, colas o tónicas. Consumo de tabaco, alcohol, infusiones diuréticas. |
| Medicamentos | Por aumento de frecuencia o volumen: diuréticos. Por relajación uretral: relajantes musculares, simpaticolíticos, alfabloqueantes. Sedación y retención urinaria: sedantes, hipnóticos. Retención e IU por rebosamiento: anticolinérgicos, AINE, calcioantagonistas, antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos, agonistas alfa y beta, antiespasmódicos. Aumento del estrés de la incontinencia: inductores de la tos (IECA), alfabloqueantes. |
| Alteraciones psicológicas | Ansiedad, depresión |
| Alteraciones metabólicas y endocrinas | Diabetes, hipercalcemia, hiperpotasemia, situaciones de retención de líquidos (como la insuficiencia cardíaca y edemas) y atrofia vaginal. |
| Impactación fecal | Fecalomas. |
| Restricción de la movilidad | |

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

Se da por aumento de la presión intrabdominal (y por consiguiente intravesical), originada por la tos, risa, esfuerzo, estornudo, etc. Es la más común en todas las edades de la mujer por debilitamiento del suelo pélvico, bien por lesión, partos o cirugía pélvica previa. En el hombre se puede presentar por estar el esfínter externo dañado por cirugía prostática. La pérdida es previsible y generalmente de poca cantidad.

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

Ocurre asociada a una necesidad imperiosa o urgente de orinar. Es manifestación de la situación clínica de la vejiga hiperactiva por inestabilidad o hiperactividad del detrusor. En estos pacientes la urgencia y la frecuencia van unidas, ya que el paciente acude al baño cada poco tiempo para evitar la urgencia. La pérdida de orina suele ser de grandes cantidades y su frecuencia aumenta con la edad por los cambios estructurales al envejecer. Se puede desencadenar por patología nerviosa o polimedicación que puedan irritar la vejiga.

Incontinencia urinaria mixta (IUM)

Se produce a través de un doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana. Presenta una clínica que combina síntomas de la IU de urgencia y de la IU de esfuerzo. Afecta a hombres y mujeres y es la forma más frecuente en las personas mayores.

Incontinencia urinaria por rebosamiento (IUR)

Se asocia a una vejiga distendida con retención y residuo permanente por hipoactividad del detrusor. La IU se produce por goteo, con escapes constantes de escasa cantidad. Es más habitual en hombres que en mujeres. Existen dos causas de este tipo de incontinencia, una de tipo obstructivo (por aumento de la próstata, tumores pélvicos o grandes prolapsos) y otra de etiología neurológica (pacientes con detrusor arrefléxico como con-

secuencia de lesión medular o pélvica, o neuropatía, habitualmente asociada a la diabetes.

Incontinencia urinaria funcional (IUF)

Tiene su causa principal en la incapacidad de acceder al baño en personas de edad avanzada, con pluripatología y problemas de movilidad. En principio la causa es transitoria pero, si se mantiene, puede llegar a ser permanente. En estos casos el tratamiento será paliativo, interviniendo el cuidador en la mejora de la situación.

Tratamiento de la IU desde la Atención Primaria^{5,6}

Debe basarse en una aproximación escalonada y multifactorial:

- Individualizar el tratamiento, considerando la situación mental, neurológica y funcional. El objetivo debe ser realista y adaptado a cada situación. Es fundamental el intentar conseguir la continencia y, de no ser posible, reducir el grado de incontinencia.
- Es imprescindible realizar una valoración básica (ver Tabla 2) e identificar los factores de riesgo.
- Identificar el tipo de IU⁷. Para ello, se pueden utilizar cuestionarios sencillos y validados como el IU-4 (ver Tabla 3). Además, se debe conocer la intensidad de la IU mediante el diario miccional.

Hay que descartar factores tratables que pueden producir IU transitoria.

Tabla 2. Protocolo diagnóstico de incontinencia urinaria.

| | |
|--|---|
| Anamnesis | Antecedentes obstétricos y ginecológicos en la mujer, intervenciones abdominales y pélvicas, patología prostática en el hombre. |
| Hábitos y estilos de vida | Bebidas estimulantes, tabaco, alcohol. |
| Enfermedades crónicas y medicación habitual | |
| Cuestionarios y hoja de registro miccional | |
| Exploración clínica | Abdominopélvica, genital, incontinencia forzada por tos, bipedestación. Debe incluir un tacto rectal. |
| Análítica de sangre y orina | |
| Ecografía abdominal y pélvica, si es posible | |
| Derivación a especializada si procede | |

Tabla 3. Clasificación clínica de la IU (cuestionario IU-4)

| | |
|---|---|
| 1 | ¿Se le escapa la orina cuando hace un esfuerzo físico? (subir o bajar escaleras, reír, toser, estornudar, etc.) |
| 2 | ¿Se le presentan bruscamente las ganas de orinar? |
| 3 | ¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al baño? |
| 4 | Por causa de los escapes de orina al presentarse bruscamente las ganas de orinar, ¿ha necesitado usar algún tipo de protección? |

La primera pregunta identifica la IUE. La segunda y tercera identifica la IUU. Si la pregunta 4 es positiva y también lo han sido la 1 y la 2 o la 3, la incontinencia es mixta.

En hombres, las preguntas 2 y 3 pueden ser orientativas para sospechar urgencia por inestabilidad del detrusor. Para el diagnóstico de IU secundaria a obstrucción prostática habría que preguntar acerca de signos obstructivos.

- Valorar las situaciones de derivación al segundo nivel, bien por su indicación quirúrgica (prolapso, cirugía previa, obstrucción), o por precisar de estudio específico (diagnóstico incierto o que no mejora con el tratamiento indicado, hematuria, infecciones de repetición, posible causa neurológica o necesidad de pruebas específicas).
- Iniciar el tratamiento de la incontinencia desde atención primaria, que en el caso de la persona mayor deberá tener cuatro niveles:
 - Medidas generales comunes en todos los tipos de IU.
 - Indicar como primera línea de tratamiento las medidas conservadoras con técnicas de modificación de conducta, específicas según el tipo de IU.
 - Asociar al anterior, si procede, el tratamiento farmacológico indicado según tipo de IU.

- Medidas de tipo paliativo si no es posible otro tipo de tratamiento por la situación clínica de la persona o las condiciones sociofamiliares.

Medidas generales

Son de indicación en todo tipo de IU con mejora en los estilos de vida con una serie de medidas higiénico-dietéticas, la modificación del entorno con mejora de la funcionalidad de la persona y la identificación de los factores de riesgo desencadenantes de la IU (ver apartado de prevención).

Técnicas de modificación de la conducta

Consideradas de primera línea para el tratamiento de la incontinencia en personas mayores. El objetivo de estas técnicas es el restablecimiento de un patrón normal de vaciamiento vesical y promover la continencia. En un 30-40% es posible la recuperación y en un 50% disminuye la frecuencia e intensidad⁸. Es necesario que la persona mayor conserve suficiente capacidad física y mental y tenga motivación para el aprendizaje. Dependiendo del tipo de incontinencia se utilizarán unas técnicas u otras:

Técnicas de fortalecimiento del suelo pélvico

Ejercicios del suelo pélvico

Se conocen como ejercicios de Kegel. Tratan de reeducar los músculos del suelo pélvico enseñando a contraerlos de forma voluntaria sin utilizar los músculos del abdomen o glúteos. Se considera que la técnica más eficaz es realizar de 40 a 80 contracciones por día, con 5 segundos de descanso después de cada contracción, en varias tandas a lo largo del día. Han demostrado tasas de curación o mejoría a los 3-6 meses. Para obtener buenos resultados con los ejercicios es necesario un adecuado cumplimiento, una correcta realización de los mismos y realizar el aprendizaje con un grado de dificultad progresiva. Se pueden tomar como referencia las instrucciones disponibles en: www.fisterra.com/material/consejos/incont_urinaria.asp.

En una revisión *Cochrane* de 2005⁹ se concluye que hay cierto fundamento para la recomendación generalizada de los ejercicios del suelo pélvico y el factor mejor relacionado con el resultado es el ejercicio mantenido. El grado de recomendación es "A" en la IUE, "B" en la IU posprostatectomía, y "D" en la IUU (ver Tablas 9 y 10).

Como complemento y ayuda a los ejercicios de Kegel, existen las técnicas de *biofeedback* que ayudan a la mujer a identificar la musculatura perineal y a tomar conciencia de la intensidad de la contracción, valiéndose para ello de un perineómetro (sonda vaginal con un electrodo que, al contactar con las paredes de la vagina, permite la visualización gráfica, luminosa o sonora, de la intensidad de la contracción muscular). Requiere personal fisioterapeuta con experiencia.

Otra posibilidad es la utilización de conos vaginales¹⁰. Son piezas de forma cónica con distintos pesos (20-100 g) que se introducen en la vagina por la propia mujer y para sujetarlos tiene que realizar contracciones de la musculatura pelviana. Se aconseja a la paciente que practique la contracción de los músculos con el cono vaginal mientras realiza actividades normales en su casa, pudiendo adoptar varias posiciones (de pie, en cuclillas o subiéndose a una escalera), pero evitando siempre estar sentada (recomendación grado B).

Electroestimulación

Es una técnica poco introducida en nuestro medio y de resultados dispares. Se intenta conseguir la contracción del suelo pélvico en pacientes que no son capaces de realizarla a través de estímulos eléctricos en los nervios pudendos o sacros.

Reeducación miccional

Consiste en enseñar de nuevo a programar una micción como en la infancia (recomendación grado B). En la revisión *Cochrane* de 2003¹¹ se concluye que puede ser útil para el tratamiento de la IUE. En un subestudio de los 36 ensayos revisados, se apunta que la reeducación miccional + los ejercicios pélvicos + la retroalimentación mejoran la percepción de la incontinencia por parte de los pacientes y mejora la calidad de vida.

Reentrenamiento vesical (*bladder training*)

Constituye la primera línea de tratamiento en la IU de urgencia (recomendación grado A) y puede emplearse en aquellas personas que hayan tenido un catéter por una enfermedad aguda. Consiste en enseñar al paciente a orinar en periodos fijos. Precisa de un diario miccional durante tres días para conocer la frecuencia miccional, los episodios de incontinencia y los líquidos que bebe. A partir de estos datos se pautan las micciones según el tiempo mínimo en el que la persona siente la urgencia y, poco a poco, se intenta ir espaciándolas hasta conseguir llegar a las 3-4 horas entre una micción y la siguiente. Requiere la colaboración activa y, al mismo tiempo, pueden realizarse ejercicios de suelo pélvico y técnicas de distracción y relajación (contar desde 100 a 0 cuando se sientan ganas de orinar, respirar profundamente, cruzar las piernas, etc.). El proceso puede durar de 3 a 6 meses.

Técnicas dependientes del cuidador

Indicadas en pacientes con deterioro funcional y/o mental. Es imprescindible contar con un cuidador activo y motivado. El objetivo es disminuir el número de escapes y que los efectos de la humedad sean los mínimos posibles. Indicados en la IU funcional.

Vaciamiento motivado (*prompted voiding*)¹²

Terapia conductual para mejorar el control vesical usando motivación verbal y refuerzo positivo para la micción. Se requiere ayuda para llevar a la persona hasta el baño y motivación del cuidador, beneficiándose aquellos incontinentes con mejor capacidad cognoscitiva.

Entrenamiento del hábito miccional (*habit retraining*)¹³

Se establece un esquema variable de vaciamiento vesical para asegurar que la persona esté seca y que cada vez tenga más micciones voluntarias, hasta un periodo de vaciamiento óptimo (cada 3-4 horas). Se utilizan al mismo tiempo técnicas de refuerzo positivo.

Vaciamiento cronometrado (*timed voiding*)¹⁴

Similar al anterior, pero el esquema de vaciamiento vesical es fijo: cada 2 horas. Indicado en deterioros funcionales o cognitivos importantes.

Las técnicas dependientes del cuidador han sido revisadas por la biblioteca *Cochrane* y se les ha asignado el grado de recomendación de "evidencia insuficiente". En este caso, debe considerarse la dificultad de realizar estudios con este tipo de pacientes para conseguir una "evidencia suficiente".

Tratamiento farmacológico

El empleo de fármacos en la IU se basa en la existencia de receptores colinérgicos y adrenérgicos alfa y beta que producen contracción o relajación vesicouretral en función del fármaco administrado.

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

No existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado claramente su eficacia en la IUE. A continuación se nombran los que hasta ahora se han utilizado y aquellos que están en fase de investigación:

- **Medicamentos alfa adrenérgicos.** En España no están comercializados como especialidades farmacéuticas monofármaco. Se encuentran en especialidades anticatarrales y/o combinados

En la IUE están indicados los ejercicios del suelo pélvico. Ningún fármaco ha demostrado ser eficaz.

En la IUU se recomienda el entrenamiento vesical y los ejercicios del suelo pélvico. Los anticolinérgicos son poco eficaces.

con antihistamínicos. Los resultados de una revisión sistemática no apoyan el uso de estos fármacos en la incontinencia de esfuerzo¹⁵ y pueden producir graves efectos secundarios como arritmias, hipertensión arterial, etc.

- **Estrógenos.** La información sobre los efectos de los estrógenos en la IU era contradictoria hasta la publicación de los resultados del reanálisis de los estudios WHI (*Women Health Initiative*) y HERS (*Heart Estrogen/progestin Replacement Study*), en los que se concluye que la terapia oral con estrógenos solos o asociados a progesterona aumenta el riesgo de IU en las mujeres postmenopáusicas continentales y empeora las características de la IU entre las sintomáticas, motivo por el cual no se recomienda su utilización en la IU¹⁶.

Las mujeres mayores con síntomas leves de incontinencia urinaria pueden beneficiarse del uso de estrógenos vaginales (recomendación grado B). Una única dosis diaria de estriol vaginal (0,5 mg) no incrementa el riesgo de hiperplasia endometrial¹⁷.

- **Antidepresivos.** Se han utilizado los antidepresivos tricíclicos por sus efectos anticolinérgicos, pero no hay ensayos clínicos aleatorizados que justifiquen su uso en esta indicación y menos en personas mayores por sus efectos adversos (hipotensión, entre otros).
- **Duloxetina.** Es un fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina y de noradrenalina (IRSN), utilizado en el tratamiento de los episodios depresivos mayores y del dolor neuropático periférico diabético en adultos¹⁸. En la actualidad se están llevando a cabo estudios sobre su posible uso en la incontinencia urinaria de esfuerzo y, aunque en otros países tiene la indicación en la IU, en España no está autorizada actualmente para esta patología.

Los IRSN aumentan el tono del esfínter estriado al aumentar la eferencia del nervio pudiendo y, en consecuencia, favorecen un mejor cierre uretral. Todos los trabajos consultados^{19,20,21,22,23} han sido realizados frente a placebo, con una duración máxima de tres meses, a dosis de 40 mg/12 h. La relevancia clínica de los resultados

en la disminución de los episodios de IU es escasa. En cuanto a sus efectos adversos (principalmente náuseas), una cuarta parte de los pacientes incluidos en los ensayos abandonaron el tratamiento durante los 3 primeros meses¹⁶.

En una revisión *Cochrane* de 2006²⁴, se concluye que la duloxetina puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con IUE, pero con dudas sobre si los beneficios son sostenidos o no, siendo los efectos adversos frecuentes pero no graves.

En conclusión, hacen falta estudios de más duración para establecer la eficacia y seguridad de su indicación en el tratamiento de la IU.

Incontinencia de urgencia IUU

Los fármacos más activos en la inestabilidad vesical son los anticolinérgicos. Actúan bloqueando los receptores muscarínicos y deprimiendo las contracciones involuntarias del músculo detrusor, disminuyendo la presión intravesical y reduciendo la frecuencia de las contracciones con aumento de la capacidad vesical para retener la orina (recomendación grado A).

El uso de estos fármacos en la IUU está bien establecido aunque su eficacia es muy limitada. A dosis terapéuticas todos producen efectos secundarios (sequedad bucal, visión borrosa, hipomotilidad intestinal, taquicardia y somnolencia). Están contraindicados en el glaucoma y la obstrucción del tracto urinario, ya que pueden desencadenar una retención urinaria. Parece que se produce una mejoría de los síntomas con el tratamiento combinado de anticolinérgicos y medidas conductuales (rehabilitación del suelo pélvico y entrenamiento vesical) en lugar de utilizar una sola modalidad²⁵.

- **Oxibutinina.** Es el fármaco que tiene más estudios y cuyo uso se ha experimentado más. Es muy efectivo pero, al ser poco selectivo del tracto urinario, conlleva la aparición frecuente de efectos secundarios, que son la causa principal del abandono del tratamiento. Dosis máxima recomendada: 2-5 mg/ 8 horas. Parece que se tolera mejor la forma retardada o el parche transdérmico, aunque estos productos no están disponibles en España.
- **Cloruro de trospio.** Tiene menos efectos secundarios que la oxibutinina, pero su disponibilidad biológica es baja (5-10%), hay que administrarlo fuera de las comidas y es pobremente metabolizado. Dosis máxima recomendada: 20 mg/12 horas.
- **Tolterodina**²⁶. Se tolera mejor que los anteriores, por lo que mejora la adherencia a este tratamiento. Dosis recomendada: 2 mg/12 horas. También está comercializada la forma de liberación prolongada con una dosis diaria recomendada de 4 mg en toma única. Un ensayo clínico que comparó tolterodina de liberación normal y de liberación prolongada mostró un menor ries-

go de sequedad bucal con la preparación de liberación prolongada²⁷.

La oxibutinina y la tolterodina se han comparado con placebo y entre sí en varios estudios y revisiones^{28,29,30}. Ambos presentan similar eficacia, aunque la tasas de abandonos y la sequedad bucal fue algo menor con tolterodina en dosis única. En caso de aparición de efectos secundarios, una opción puede ser el empleo de tolterodina a dosis de 1 mg/12 h. Los resultados de dos revisiones sistemáticas que comparan oxibutinina, tolterodina y cloruro de trospio entre sí y frente a placebo han demostrado que tienen una eficacia similar y muy modesta¹⁶.

- **Solifenacina**³¹. Anticolinérgico más reciente y promocionado como más selectivo y con mejor perfil de efectos adversos. Los trabajos publicados hasta el momento frente a placebo solo o frente a tolterodina y placebo demuestran un efecto similar a la tolterodina y un efecto limitado frente a placebo (respecto a un total de unas 11 micciones diarias, la disminución del número de micciones respecto a placebo fue de 0,42 y 0,68 con solifenacina y tolterodina respectivamente)³². No existen datos que comparen la solifenacina con la oxibutinina.

La dosis recomendada es de 5 mg una vez al día, por vía oral. En caso necesario, se puede aumentar la dosis a 10 mg. El comprimido debe tragarse entero con líquidos, con o sin alimentos. En estudios comparativos de dosis^{33,34,35}, la administración de 10 mg de solifenacina parece presentar alguna mejora en eficacia respecto a la dosis de 5 mg aunque de poca relevancia clínica.

Para poder establecer su lugar en la terapéutica, se deberá conocer aspectos relativos al cumplimiento a largo plazo y, sobre todo, compararla con oxibutinina, que sigue siendo el antimuscarínico de elección en el tratamiento de los síntomas de vejiga hiperactiva y del que se dispone de más evidencia. En conclusión, se recomienda el uso de la solifenacina en pacientes que no hayan tolerado o no respondan a los otros anticolinérgicos mencionados.

La eficacia del tratamiento de la IUU va a depender en todos los fármacos anticolinérgicos del grado de cumplimiento a largo plazo y, en general, el tratamiento suele abandonarse debido a los efectos adversos que producen.

Otros tratamientos nombrados en Guías para la IUU son:

- **Flavoxato, estrógenos y antidepressivos**: no están indicados actualmente en la IUU por falta de eficacia y/o efectos adversos sobre todo en personas mayores.
- **Tramadol**. En un ensayo clínico³⁶ se evaluó la eficacia del tramadol a dosis de 100 mg/12 h frente a placebo en incontinencia por hiperactividad del detrusor durante 12 semanas en 76 pacientes. Parece que se obtuvieron resultados favorables al fármaco en este tipo de incontinencia, mejorando los síntomas y parámetros urodinámicos y, en general, el fármaco fue bien tolerado.

El tramadol parece tener efecto a nivel del detrusor, actuando sobre los receptores muscarínicos y puede resultar útil en el tratamiento de la urgencia miccional. Habrá que esperar a más ensayos con más número de pacientes y comparar su actividad con otros anticolinérgicos antes de indicar su uso.

Incontinencia Urinaria Mixta (IUM)

La clínica indica si se trata de una IU mixta con un predominio de esfuerzo o urgencia y, teniendo en cuenta si predomina una u otra, se inicia el tratamiento más adecuado (recomendación grado A).

Incontinencia urinaria por rebosamiento (IUR)

El tratamiento más efectivo de la obstrucción vesical es la cirugía. La terapia farmacológica estará indicada durante la espera o si existe contraindicación de la cirugía.

Alfa-bloqueantes: La clínica irritativa manifestada por polaquiuria, se tratará con fármacos de tipo

Tabla 4. Fármacos utilizados en IUU.

| Principio Activo | Medicamento | PVP | DDD* | Coste/DDD |
|---------------------|--|-------|-------|-----------|
| Oxibutinina | Ditropan 5mg 60 comp. | 5,51 | 15 mg | 0,28 |
| Solifenacina | Vesicare 5mg 30 comp. | 50,03 | 5 mg | 1,67 |
| Tolterodina | Detrusitol 2mg 56 comp. | 42,29 | 4 mg | 1,51 |
| | Urotrol 2mg 56 comp. | 42,29 | | 1,51 |
| | Detrusitol Neo 2mg 28 cáps liberación prolongada | 29,79 | | 2,13 |
| | Urotrol Neo 2mg 28 cáps liberación prolongada | 29,79 | | 2,13 |
| | Detrusitol Neo 4mg 28 cáps liberación prolongada | 47,64 | | 1,70 |
| | Urotrol Neo 4mg 28 cáps liberación prolongada | 47,64 | | 1,70 |
| Trospio, cloruro de | Uraplex 20mg 30 grageas | 7,66 | 40 mg | 0,51 |
| | Uraplex 20mg 60 grageas | 13,92 | | 0,46 |

* DDD = dosis diaria definida

alfa-bloqueantes, cuya acción rompe el incremento de la dinámica. Bloquean los receptores alfa-1 adrenérgicos de la musculatura lisa prostática, aunque no reducen el tamaño de ésta. En general, suelen ser fármacos bien tolerados (recomendación grado B).

No hay evidencia de que un alfabloqueante sea superior a otro. El comienzo de acción se observa a partir de las dos semanas del inicio. Las dosis máximas de los principales principios activos son las siguientes:

| | |
|-------------|------------------|
| Alfuzosina | 5 mg/12 horas |
| Doxazosina | 4-8 mg/24 horas |
| Terazosina | 5-10 mg/24 horas |
| Tamsulosina | 0,4 mg/24 horas |

Este último es el alfa-bloqueante de más reciente comercialización. Ha demostrado su eficacia en la mejora del pico máximo del flujo urinario y en la mejora global de los síntomas asociados a la hipertrofia benigna de próstata (HBP). La efectividad y los efectos secundarios (rinitis, mareos y eyaculación anormal), son dependientes de la dosis y tiene un efecto máximo con 0,8 mg. La dosis habitual es de 0,2-0,4 mg³⁷.

Inhibidores de la 5-alfa-reductasa: Cuando predomina la clínica de carácter obstructivo o bien se trate de próstatas de gran tamaño, los fármacos de elección son los inhibidores de la 5-alfa-reductasa, como la finasterida o, de más reciente comercialización, la dutasterida. La inhibición es de tipo reversible. Inhiben el paso de testosterona a dihidrotestosterona, responsable del crecimiento de la próstata dependiente de hormonas. Por tanto, afecta directamente al tamaño de la glándula. La dosis máxima recomendada es de 5 mg/24 h en dosis única de finasterida y 0,5 mg de dutasterida.

Anticolinérgicos: En un ensayo clínico de uso combinado de tamsulosina y tolterodina³⁸ y en un metanálisis del uso de tolterodina en estos pacientes, sola o en combinación con alfa-bloqueantes (doxazosina)³⁹, se corroboró la seguridad de los

anticolinérgicos cuando se asocian a los alfabloqueantes para el tratamiento de los síntomas de urgencia miccional en pacientes prostáticos con síntomas leves o moderados. No obstante, en caso de duda sobre la gravedad de hipertrofia de próstata, sería prudente valorar el residuo posmiccional para evitar la retención aguda de orina.

Tratamiento paliativo de la IU

Sondas vesicales

Es esencial una evaluación cuidadosa del paciente antes de decidir la colocación de sondas vesicales debido que están asociadas con un alto riesgo de infección. Son útiles en las siguientes situaciones:

- Retención urinaria o existencia de vejiga neurógena.
- Úlceras por presión severas.
- Obstrucciones inoperables que impiden el vaciamiento de la vejiga.
- Enfermos terminales.
- Paciente domiciliario sin adecuado apoyo de cuidadores.

Intervenciones como los ejercicios de Kegel y el uso racional de pañales de incontinencia y empapadores puede reducir el número de sondajes inapropiados.

Accesorios

En trabajos realizados en España⁴ se observa que el 63% de los ancianos estudiados usaban algún tipo de accesorio.

- **Colectores en hombres.** Son útiles para periodos cortos (noche) en varones sin obstrucción del tracto urinario.
- **Pinzas peneanas.** En caso de varones con IU de urgencia.
- **Dispositivos mecánicos para la mujer.** Están indicados en la IU de esfuerzo en caso de exclusión de cirugía. Son de bajo coste. En una revisión *Cochrane* de 2006⁴² se recomienda su uso cuando no se pueda hacer ningún otro tratamiento, aunque cuentan con escasa evidencia. Existen varios dispositivos en la actualidad: diafragma anticonceptivo, pesario vaginal, tapones vaginales, dispositivos de meato y esponja intravaginal.

Productos absorbentes para incontinencia urinaria

Deben ser el último recurso en el tratamiento de la misma. No deben ser sustitutos de una evaluación médica temprana que pueda identificar a aquellos pacientes que se beneficiarían de otras interven-

En la IU por rebosamiento la indicación es la cirugía. Hasta la intervención, pueden usarse los alfabloqueantes solos o asociados a anticolinérgicos.

ciones como los ejercicios de Kegel. Esto puede ayudar a disminuir la dependencia a los absorbentes, aumentando la confianza del paciente. Una forma indirecta de evaluar la eficacia de estas intervenciones podría ser la monitorización del número de absorbentes dispensados. Parece que existe una importante variabilidad en el uso de absorbentes en ancianos comunitarios, cuya prevalencia oscila entre el 8% y el 20%⁴ (Tablas 5, 7 y Figura 1).

Situaciones particulares de incontinencia urinaria

Pacientes prostatectomizados

Hay una prevalencia del 5 al 60% de alteraciones del detrusor y del esfínter. En una revisión *Cochrane* de 2004⁴⁰, se estudió la eficacia de distintas intervenciones en estos pacientes, con la conclusión de que el tratamiento de este tipo de IU es incierto (los estudios son de moderada calidad). Se apunta un cierto beneficio de los ejercicios de suelo pélvico con biorretroalimentación en el postoperatorio y, en algunas IU, la pinza peneana puede resultar beneficiosa.

Incontinencia urinaria tras un accidente cerebrovascular (ACV)

En una revisión *Cochrane* de 2005⁴¹ se observó que un 40-60% de los pacientes tras un ACV presentan incontinencia en la fase postaguda y, de éstos, el 15% siguen incontinentes al cabo de un año. La forma más frecuente de IU es la de urgencia, por hiperactividad del detrusor, pero también se producen otras formas como la retención aguda de orina o IU totales (factores asociados son la situación funcional deteriorada y la depresión concomitante). El tratamiento dependerá de la causa: entrenamiento vesical y anticolinérgicos en la IUU, sondaje intermitente si es de origen neurológico o entrenamientos de hábitos en la funcional. En las fases agudas posteriores al ACV está indicada la rehabilitación intensa.

Tabla 5. Productos absorbentes para incontinencia urinaria.

| Tipo de pañal | Forma | Absorción en ml |
|---------------|---|-----------------|
| Día | Rectangular Anatómico Anatómico con elásticos | 600-900 |
| Noche | Anatómico Anatómico con elásticos | 900-1.200 |
| Supernoche | Anatómico Anatómico con elásticos | 1.200 |

Prevención de la incontinencia urinaria⁴³

En cuanto a la prevención de la IU, debemos tener en cuenta unas cuestiones clave:

- La detección precoz y las medidas preventivas de los factores de riesgo son básicas para una correcta prevención.
- Hay que tener una actitud activa con esta patología: preguntar, diagnosticar y tratar a la gran mayoría de las personas mayores con IU.
- Prevenir la incontinencia de orina significa mejorar siempre la calidad de vida.

Multitud de estudios enfatizan el deterioro de la calidad de vida que acompaña a la IU, disminuye la autoestima, se evitan las relaciones sociales, se ve limitada su autonomía, etc. Para valorar la calidad de vida, existen unos cuestionarios específicos sobre el impacto de la IU. Los test más utilizados y validados en España son el *Incontinence Quality of Life (IQoL)*, recomendado por la OMS, cuenta con 22 items que evalúan la limitación o evitación de conductas con su impacto social y el *King's Health Questionnaire*, de 21 items, para ser autoadministrado, donde se analizan puntos como la salud general y el impacto de la incontinencia urinaria, limitaciones en las actividades diarias, limitaciones físicas, personales o emocionales, impacto y, por último, síntomas⁷.

A continuación se mencionan unas recomendaciones prácticas para la prevención de la IU.

Tabla 6. Tratamiento específico de los distintos tipos de Incontinencia urinaria.

| IU Esfuerzo | IU Urgencia | IU Mixta | IU Rebosamiento | IU Funcional |
|---|---|---|---|---|
| Terapia conductual Ejercicios suelo pélvico Reeducación miccional Cirugía Paliativo Dispositivos mecánicos Absorbentes | Terapia conductual Entrenamiento vesical Ejercicios de suelo pélvico Fármacos Anticolinérgico Paliativo Pinzas peneanas Absorbentes, etc. | Terapia conductual Ejercicios de suelo pélvico Reentrenamiento de hábitos Estimulación eléctrica Fármacos Anticolinérgicos | Obstructiva Cirugía Fármacos Paliativo Neurógena Sondajes intermitentes Paliativos: pinzas, absorbentes, etc. | Valoración integral Individuo y domicilio Técnicas de conducta Con cuidadores Paliativo Colectores noche Absorbentes |

Mejorar los hábitos y estilos de vida directamente relacionados con la micción

Evitar el estreñimiento y la obesidad.

Reducir el consumo de sustancias excitantes: alcohol, cafeína, cítricos, tomate y comidas con especias, chocolate, etc. (recomendación grado B para prevención de IUU).

Restricción de líquidos en la tarde-noche y de frutas con alto contenido en líquido (pero evitando la formación de orina concentrada).

Evitar la polimedicación en general (recomendación grado C). Representa un riesgo en sí mismo por la adición de efectos. Evitar los sedantes nocturnos.

Evitar el consumo de plantas medicinales de efecto desconocido (efecto diurético, por ejemplo).

Mantener unos buenos hábitos miccionales, no hacer intervalos entre las micciones mayores de 3 horas durante el día (recomendación grado B).

Medidas de prevención en domicilio

Facilitar el desplazamiento al WC, analizar la situación del domicilio y retirar obstáculos, utilizar

medios de desplazamiento, barras de agarre, elevación de asiento del water, etc.

Si no es posible el desplazamiento del dormitorio al WC, emplear sillas de altura adecuada, orinal, cuñas, etc.

Uso de ropas adecuadas, cómodas, holgadas y fáciles de quitar. Evitar la ropa prieta con presión abdominal.

Evitar riesgo de lesión del periné (recomendación grado B)

Evitar el aumento brusco de presión intrabdominal (tos crónica, náuseas) con lesión del suelo pélvico, ya que provoca alteraciones e hipotonía muscular que, a su vez, facilitan la aparición de IU de esfuerzo.

Realizar actividad física regular evitando el ejercicio violento y gimnasia lesiva del suelo pélvico.

Evitar gritos y cantos exagerados y bruscos.

Evitar levantar pesos.

Tabla 7. Utilización de absorbentes de incontinencia urinaria en Navarra (AIU).

| Edad | Total personas | % personas con AIU |
|--------------|----------------|--------------------|
| <60 | 446.964 | 0,1% |
| 60-64 | 29.301 | 0,5% |
| 65-69 | 22.367 | 1,1% |
| 70-74 | 24.927 | 2,1% |
| 75-79 | 21.984 | 5,6% |
| 80-84 | 16.826 | 12,5% |
| 85-89 | 9.228 | 26,0% |
| 90-94 | 3.715 | 44,0% |
| 95-99 | 962 | 58,0% |
| >100 | 146 | 54,1% |
| Total | 576.274 | 1,6% |

Tabla 8. Recomendaciones PAPPS*⁴⁴

| |
|---|
| Interrogar sistemáticamente sobre la existencia de incontinencia urinaria. |
| Identificar tipo de IU, factores de riesgo y causas reversibles. |
| Estudio Básico de IU. |
| En incontinencias de esfuerzo o mixtas, proponer el seguimiento de sesiones estructuradas de entrenamiento para el refuerzo de los músculos del suelo pélvico en mujeres mayores activas. |

(*) Organismo dependiente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), para la prevención y promoción de la salud, Comisión del Anciano.

Tabla 9. Niveles de evidencia científica (EC).

| | |
|-------------|---|
| I++ | La EC obtenida de metanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorios. |
| I+ | La EC procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorio. |
| II++ | La EC procede de la menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado sin aleatorizar. |
| II+ | La EC procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado. |
| III | La EC procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles. |
| IV | La EC procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio. |

Tabla 10. Grados de recomendación.

| | |
|----------|--|
| A | Recoge niveles de EC I++ y I+ |
| B | Recoge niveles de EC II++ y/o anteriores (I++; I+) |
| C | Recoge niveles de EC II+ y II++ |
| D | Recoge niveles de EC III o IV |

Tabla 11. Webs recomendadas.

www.uroportal.net

Web general de urología por la que se puede acceder a otras Guías sobre incontinencia urinaria de diferentes Sociedades y organismos

www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp

www.SIGN.AC.UK

Guía sobre el manejo de la IU en Atención Primaria. Diciembre 2004. Guía concreta y práctica con niveles de recomendación científica y valoración en la calidad de vida

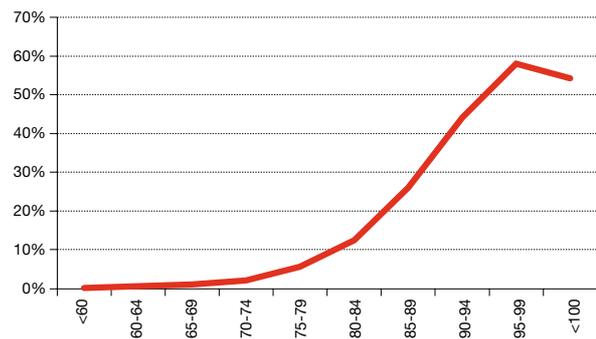
www.guideline.gov

Dos Guías, una sobre IU en la mujer del 2005 y otra sobre el diagnóstico y manejo de IU del 2004

www.gencat.net/salut

Web del Instituto catalán de Salud sobre prevención en personas mayores 2007

Figura 1. Proporción de personas con AIU.



Conclusiones

La incontinencia urinaria es una situación clínica de alta prevalencia en la persona mayor, a menudo asociada a otras enfermedades. Deteriora la calidad de vida y puede ser causa de institucionalización.

El médico de atención primaria debe realizar una búsqueda activa de la incontinencia, dadas las pocas consultas que se producen por parte de la persona mayor. Una intervención activa e individualizada puede corregir o disminuir el grado de incontinencia.

Debemos descartar factores tratables que pueden desencadenar incontinencia de forma transitoria. Ante una incontinencia aguda debe descartarse una causa reversible.

La mayoría de los pacientes con incontinencia urinaria requieren un abordaje, pruebas complementarias y tratamientos al alcance del médico de atención primaria.

En atención primaria debe ofertarse como primera elección el tratamiento conservador asociado a intervenciones en el estilo de vida.

En la IUE el tratamiento de elección son los ejercicios del suelo pélvico y se recurrirá a la cirugía en casos puntuales indicados. Ningún tratamiento actual farmacológico ha demostrado ser eficaz.

En la IUU el tratamiento recomendado es el entrenamiento vesical y los ejercicios del suelo pélvico, pudiendo complementarse con medicamentos anticolinérgicos.

En la IU por rebosamiento la indicación es la cirugía. Hasta el momento de la intervención, pueden usarse los alfabloqueantes solos o asociados a anticolinérgicos, como en caso de la IUU.

En la IU funcional debemos marcar el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y hacer una valoración sociofamiliar en el domicilio a través del programa de educación para cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Martínez Agulló E, Arlandis Guzman S, Ruíz Cerdá JL y Jimenez Cruz F. Incidencia y prevalencia de la incontinencia urinaria en España. Monografías de Medicina Clínica. Incontinencia urinaria 2003;4(3):1-3.
2. Gavira Iglesias FJ, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, Caridad y Ocerín JM, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV y Guerrero Muñoz JB. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. Aten Primaria 2001;28(2):97-104.
3. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P y Otero Puyme A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. Aten Primaria 2003;32(6):337-342.
4. Gavira Iglesias JM, Caridad y Ocerín JM, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV y Guerrero Muñoz JB. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra. Aten Primaria 2000;25(8): 556-559.
5. Juarranz Sanz M, Terrón Barbosa R, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Villamor Borrego M y Calvo Alcántara MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Aten Primaria 2002;30 (5):323-332.
6. Verdejo Bravo C. Protocolo terapéutico de la incontinencia urinaria en la edad avanzada. Medicine 2006; 9(62):4065-68.
7. López Carrión MC, Fernández-Milchetorena Aramendía C y Sánchez Sánchez MD. ¿ Podemos mejorar el manejo de la incontinencia urinaria? Pautas de actuación (Parte I y II). Actualizaciones CAP 2007. www.cap-semfyc.com
8. Fantl JA. Behavioral intervention for community-dwelling individuals with urinary incontinence. Urology 1998;51(suppl. 2A):30-4.
9. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pélvico versus ningún tratamiento o tratamiento de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and sons, Ltd)
10. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester: Wiley. Search date 2003; primary sources Cochrane Incontinence Group Specialised Register, Medline, Cihahl, and reference lists of relevant articles.
11. 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*, 2006, número 3 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).
12. Eustice S, Roe B, Paterson J. Vaciamiento motivado para el manejo de la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, número 3 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).
13. Ostasszkiewicz J, Johnston L, Roe B. Reentrenamiento de hábitos para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2006, número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).
14. Ostasszkiewicz J, Johnston L, Roe B. Vaciamiento cronometrado para el manejo de la incontinencia urinaria en adultos. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 3 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).
15. Alphasso A, Glazener CMA, Pickard R, N'Dow J. Fármacos adrenérgicos para la incontinencia urinaria en adultos. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 3 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).
16. Actualización del tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. Infac 2006;14(2):7-10. www.osanet.euskadi.net
17. Viana Zulaica C. Guías clínicas 2004;4(20). www.fis-terra.com/guias2/incontinencia.asp
18. Duloxetina. Ficha de Evaluación Terapéutica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 2006(4).
19. Van Kerrebroeck P, Abrams P, Lange R et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. Br J Obstet Gynaecol 2004;111: 249-57.
20. Cardozo L, Drutz HP, Baygabi SK, Bump RC. Pharmacological treatment of women awaiting surgery for stress urinary incontinence. Obstet Gynecol 2004;104: 511-9.
21. Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. J Urol 2003;170:1259-63.
22. Millard RJ, Rencken R, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial. Br J Urol 2004;93:311-8.
23. Ghoniem GM, Van Leeuwem JS, Elser DM, Freeman RM, Zhao YD, Yalcin I Bump RC. A randomized controlled trial of duloxetine alone, pelvic floor muscle training alone, combined treatment and no active treatment in women with stress urinary incontinence. J Urol 2005; 173:1647-53.
24. Mariappan P, Ballantyne Z, N'Dow JMO, Alhasso AA. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) para la incontinencia urinaria de esfuerzo en adultos. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 3 Oxford:

Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).

25. Alhasso AA, McKinlay J, Patrick K, Stewart L. Fármacos anticolinérgicos versus tratamientos activos no farmacológicos para síndrome de vejiga hiperactiva en adultos. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 1 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

26. Tolterodina. Ficha de Evaluación Terapéutica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 2000(3).

27. Swift S, Garely A, Dimpfl T, Payne C. A new once-daily formulation of tolterodine provides well tolerated in women with overactive bladder. Int Urogynecol J 2003; 14:50-5.

28. Nabi G, Cody JD, Ellis G, Herbison P, Hay Smith. Fármacos anticolinérgicos versus placebo para el síndrome de vejiga hiperactiva en adultos. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, número 1 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

29. Jumadilova Z, Varadharajan S, Girase P and Ollendorf D. Retrospective evaluation of outcomes in patients with overactive bladder receiving tolterodine versus oxybutinin. Am J Health-Syst Pharm 2006;63(1):2357-64.

30. Harvey, MA, Baker, K, Wells, GA. Tolterodine versus oxybutynin in the treatment of urge urinary incontinence: A meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2001;185: 56-61.

31. Solifenacina. Ficha de Evaluación Terapéutica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 2005(5).

32. Chapple CR, Rechberger T, Al-Shukri S, Meffan P, Everaert K, Huang M et al. Randomized, double-blind placebo- and tolterodine-controlled trial of the once-daily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder. BJU Int 2004;93(3): 303-10.

33. Millard RJ, Alaska M. Efficacy of solifenacin in patients with severe symptoms of overactive bladder: a pooled analysis. Curr Med Res Opin 2006;22(1):41-8.

34. Wagg A, Wyndaele JJ, Sieber P. Efficacy and tolerability of solifenacin in elderly subjects with overactive bladder syndrome: a pooled analysis. Am J Geriatr Pharmacother 2006;4(1):14-24.

35. Staskin DR, Te AE. Short-and long-term efficacy of solifenacin treatment in patients with symptoms of mixed urinary incontinence. BJU Int 2006;97(6):1256-61.

36. Safarinejad MR, Hosseini SY. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of idiopathic detrusor over-

ractivity: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. Br J Clin Pharmacol 2006;61:456-63.

37. Wilt TJ, Mac Donald R, Rutks I. Tamsulosina para la hiperplasia benigna de la próstata (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

38. Kaplan SA, Roehrborn CG, Rovner ES, Carlsson M, Bavedam T, Guan Z. Tolterodine and Tamsulosin for Treatment of men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder. A randomised controlled trial JAMA 2006;296:2319-28.

39. Blake-James BT, Rashidian A, Ikeda Y, Emberton M. The role of anticholinergics in men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. BJU Int 2007;99(1):85-96.

40. Hunter KF, Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA. Tratamiento conservador para la incontinencia urinaria posterior a la prostatectomía (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, número 3 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).

41. Thomas L, Barret J, Cross S, French B, Leathley M, Sutton C, Watkins C. Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria después de un accidente cerebrovascular en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, número 3 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).

42. Shaikh S, Ong EK, Glavind K, Cook J, N'Dow JMO. Dispositivos mecánicos para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, número 3 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).

43. Vila I, Coll MA. Incontinencia urinaria. Barcelona 2006 Semfyc, Sesiones clínicas en Atención Primaria de salud. Cuaderno del ponente.

44. Litago Gil C, Martín Lesende I, Luque Santiago A, De Alba Romero C, Baena Díez JM, De Hoyos Alonso MC y Gorroñoigoitia Iturbe A. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):93-101.



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

ISSN

1138-1043

DEPÓSITO LEGAL

NA-1263/1997

INFORMACIÓN Y SUSCRIPCIONES

Servicio Navarro de Salud / Osasunbidea

Plaza de la Paz, s/n

31002 Pamplona

T 848429047

F 848429010

E-mail

farmacia.atprimaria@cfnavarra.es

COMITÉ DE REDACCIÓN

Presidenta

Isabel Martín Montaner

Vocales

Cristina Agudo Pascual

M^a José Ariz Arnedo

Jesús Berjón Reyero

José Ignacio Elejalde Guerra

Idoia Gaminde Inda

Maite Hermoso de Mendoza

Rodolfo Montoya Barquet

Lourdes Muruzábal Sitges

Mercedes Noceda Urarte

Tomás Rubio Vela

Cristina Ibarrola Guillén

Coordinador

Juan Erviti López

WEB

<http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/BJ/sumario.htm>