

# **XIX JORNADES D'ACTUALITZACIÓ TERAPÈUTICA**

## **Taula 2**

### **Abordatge de la Incontinència urinària, optimitzem el flux**

# Incontinència urinària

Pèrdua involuntària d' orina a través de la uretra, que és objectivament demostrable, en grau suficient per a constituir un problema social o higiènic.

International Continence Society - 1988

Emissió involuntària d'orina a través de la uretra.

International Continence Society - 2002

**Pèrdua involuntària d' orina a través de la uretra, en grau suficient per a constituir un problema social o higiènic.**

International Continence Society - 2006



# Incontinència urinària

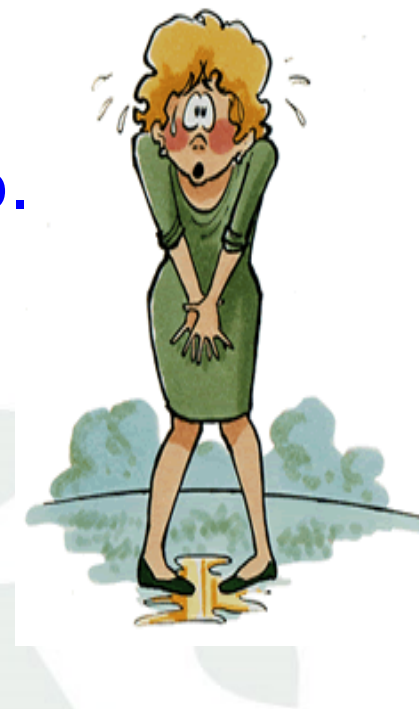
**Síntoma:** la pèrdua d' orina és percebuda pel pacient.

**Signe:** es pot objectivar, valorar la seva magnitud i provar per estudi urodinàmic.

**Condicció** amb entitat pròpia.

## Conceptes clau i contradiccions

- Incontinència urinària no és igual a envellir encara que l'edat pot afavorir la seva aparició.
- La incontinència s'ha de tractar i prevenir.
- Es necessari buscar activament els casos.
- Tota incontinència comporta un sentiment de vergonya.



## Conceptes clau i contradiccions

- Escassa demanda d'ajuda a les consultes de medicina primària.
- Desconeixement de la prevalença a la població atesa.
- Demanda creixent de material absorbent.
- Alta prevalença de la incontinència a les residències geriàtriques.
- Diversitat de resultats en diferents estudis
- Versemblança lògica amb altres països.



# Impacte econòmic

- Personal
- Familiar
- Sanitari
- Institucional
- Estatal



## Despeses directes

50,4% de dones > 65 anys amb IU necessiten alguna protecció.<sup>1</sup>

Un 20% de dones amb IU > 65 anys utilitzen absorbents i un 4% dels homes.<sup>2</sup>

Despesa farmacèutica

## Despeses indirectes

## Despeses intangibles



1-Sánchez González. Aten Primaria 1999

2-Bretones Alcaraz Aten Primaria 1997

# Despesa farmacèutica

El Servei Català de la Salut s'ha gastat l'any 2017  
128.673.655,71€

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| ✓ Anticolinèrgics | <b>19.963.773,43</b> |
| ✓ Bolquers        | <b>76.273.136,27</b> |
| ✓ Pr prostàtics   | <b>32.436.746,01</b> |



## Despesa farmacèutica

| Any facturació | Antiespasmòdics<br>urinarios (G04BD) | Fàrmacs utilitzats en<br>la hipertròfia<br>prostàtica benigna<br>(G04C) | Absorbents<br>incontinència<br>urinària (23C0) |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 2013           | 18.229.999,06                        | 27.879.938,48                                                           | 68.497.591,18                                  |
| 2014           | 19.793.201,54                        | 28.752.536,26                                                           | 70.694.734,41                                  |
| 2015           | 20.594.990,84                        | 29.681.709,92                                                           | 71.940.339,04                                  |
| 2016           | 20.397.023,08                        | 31.470.009,25                                                           | 73.544.509,63                                  |
| <b>2017</b>    | <b>19.963.773,43</b>                 | <b>32.436.746,01</b>                                                    | <b>76.273.136,27</b>                           |
|                |                                      |                                                                         |                                                |
|                |                                      |                                                                         |                                                |

## Prevalences

Ambdós sexes<sup>1,2</sup> :

- 60-69 anys 31.7 %, 70-79 anys 35% i > 80 anys: 53.3 %
- 50-90 anys 20.0% dones i 6.9% homes (Estudi ELSA, Anglaterra)

Dones <sup>3</sup> :

- 20-35 anys 22.5 %, 36-50 anys 37,8% i 51 – 65 anys 58.3 %

Comunitat de Madrid<sup>4</sup> :

- < 65 anys: 15,5% (14,5% en homes i 16,1% en dones) ,65 a 74 anys 13,3% , 75 a 84 anys 16% i en>de 84 anys 26,3%
- Leganés<sup>5</sup> > 65 anys: 14% en homes i del 30% en dones

Residencia geriàtriques<sup>6</sup>

- 62,75% (66,26% dones i 47,36% en homes )

1-Sánchez González . Aten Primaria -1999

2- Lee DM- BMJ 2018

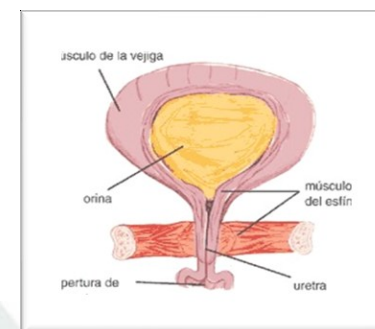
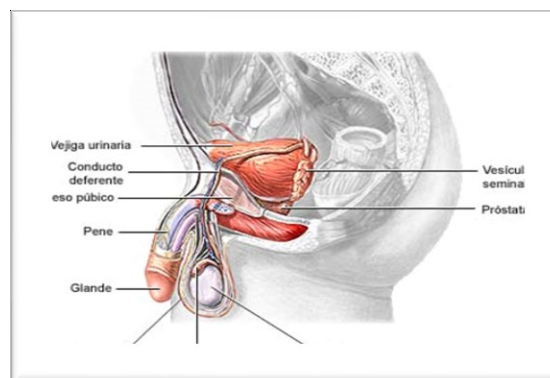
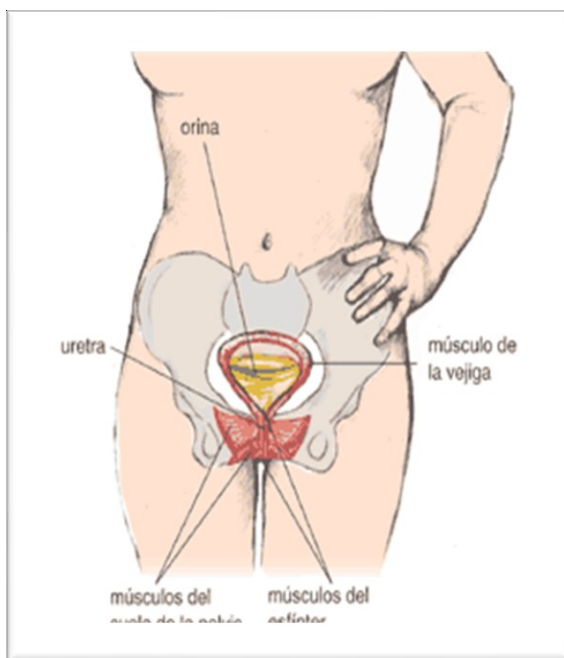
3-Bretones Alcaraz Aten Primaria 1997

4-JM Martin 1996

5-Zunzunegui Aten Primaria 2003

6- Boado A; 2012

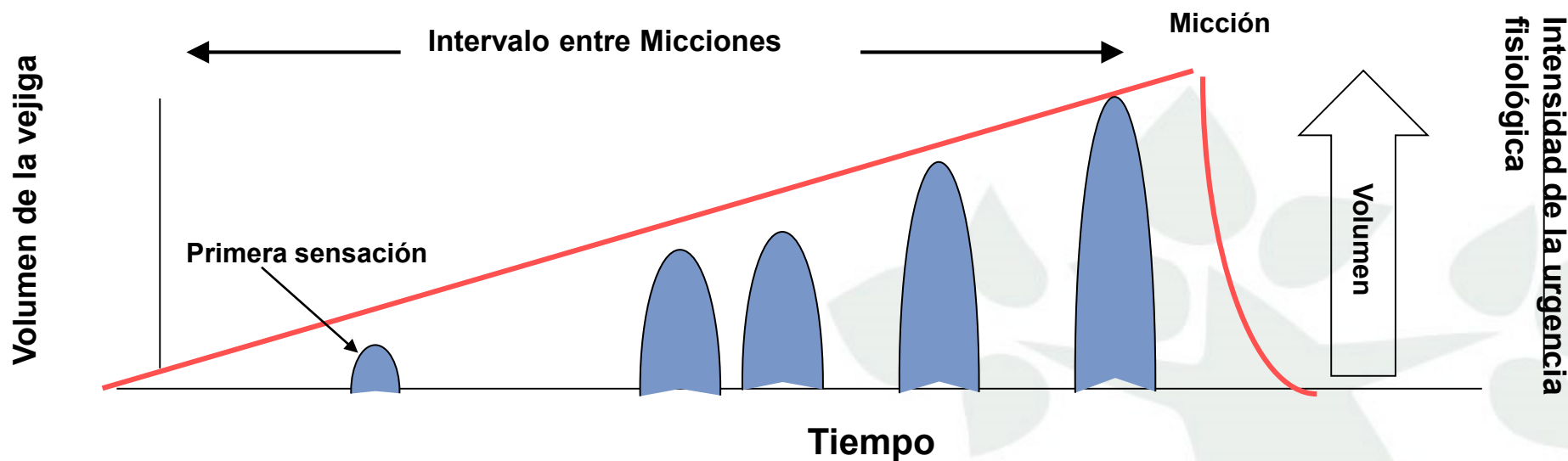
## Estructures responsables de la continència



Sandvik H,. J Clin Epidemiol 1995; 48:339-43.

Cardozo L, Isis medical Media Ltd. 2000 UK; 90-170

## Cercle fisiològic de la micció

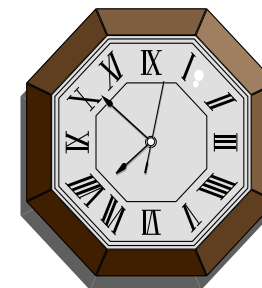
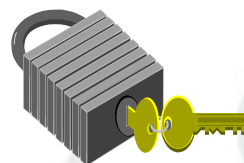


# Classificació incontinència urinària

Transitòria  
Permanent



- ✓ IU d'esforç
- ✓ IU d'urgència
- ✓ IU mixta
- ✓ IU per sobreiximent
- ✓ IU funcional
- ✓ IU neurògena





## Incontinència urinària d'esforç

- És la incontinència que es dona després d'un augment brusc de la pressió intra abdominal (tossir, riure, saltar, esternudar, ajupir-se, etc..) que supera la pressió màxima de la uretra degut a una alteració del mecanisme de tancament de la uretra.
- La pèrdua d'orina és previsible i generalment en poca quantitat

## Cas clínic 1

Explica que des de fa 2 anys **perd ocasionalment algunes gotes d'orina.**

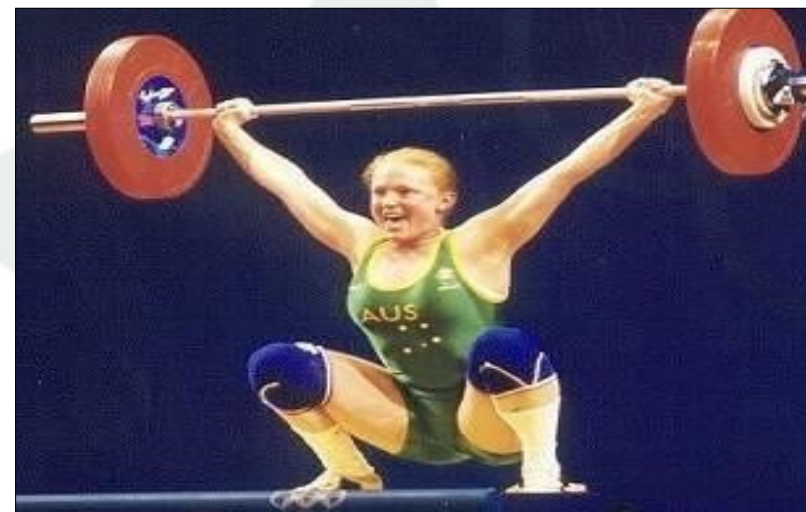
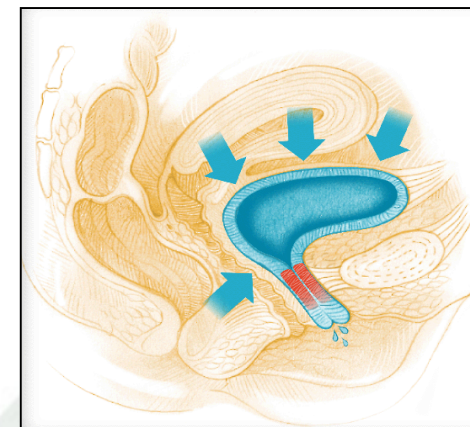
Re interrogant, sap quan les perdrà ja que sempre es al tossir o al fer una classe d'aeròbic al gimnàs. Per això ha deixat de anar al gimnàs on es trobava amb les seves amigues i després sortien . Està molt decebuda del seu propi cos. Creu que només li passa a ella i no s'atreveix a parlar-ne.



## IU d' Esforç: Fisiopatologia

### Hipermobilitat Uretral

- Desplaçament de la uretra quan hi ha increment brusc de la pressió abdominal
- Decreix la transmissió de pressió

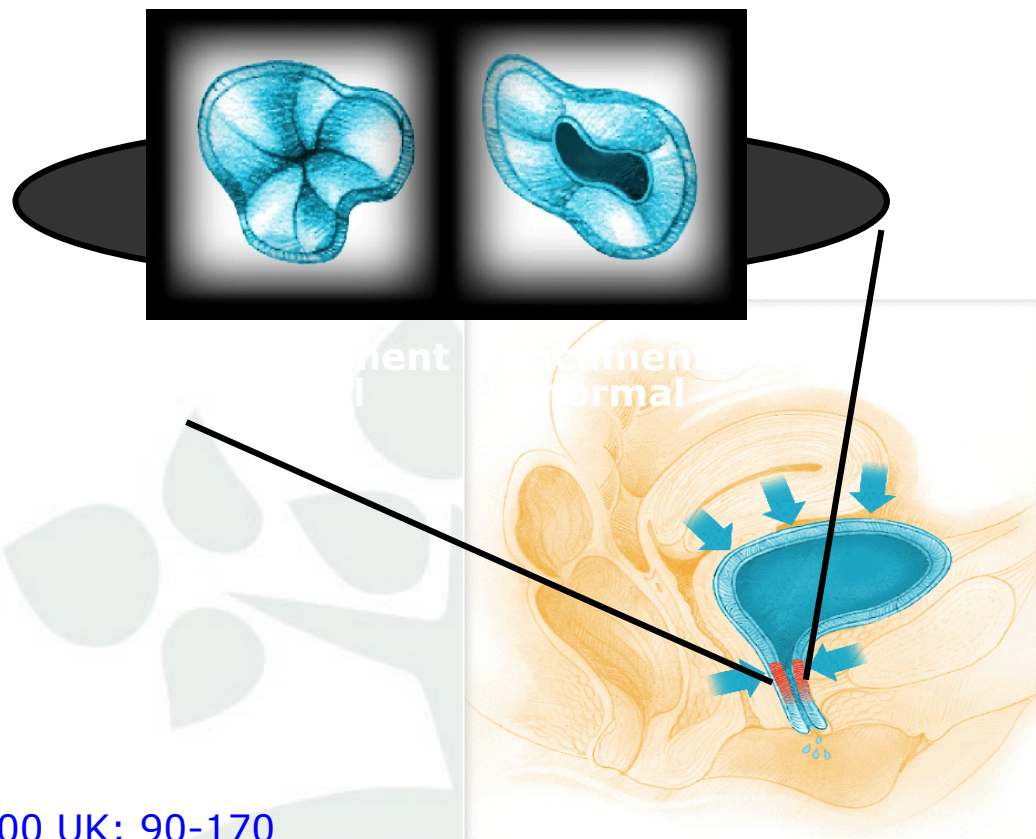


Cardozo L, Isis medical Media Ltd. 2000 UK; 90-170

## IU d' Esforç: Fisiopatologia (2)

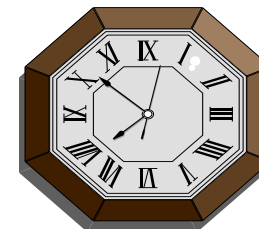
### Deficiència d' esfínter intrínseca (ISD)

- La uretra és incapaç de generar suficient resistència de sortida per a mantenir la uretra tancada durant el descans o amb activitat física mínima



Cardozo L, Isis medical Media Ltd. 2000 UK; 90-170

## Incontinència urinària d'urgència (IUU)



- Pèrdua involuntària d'orina associada a un fort desig miccional (urgència miccional).
- És un dels símptomes propis de la bufeta hiperactiva junt amb la freqüència miccional i la urgència miccional.

## Cas clínic 2

Ja fa temps que si no troba un WC ràpid no pot aguantar les ganes d'orinar i perd un raig gran d'orina

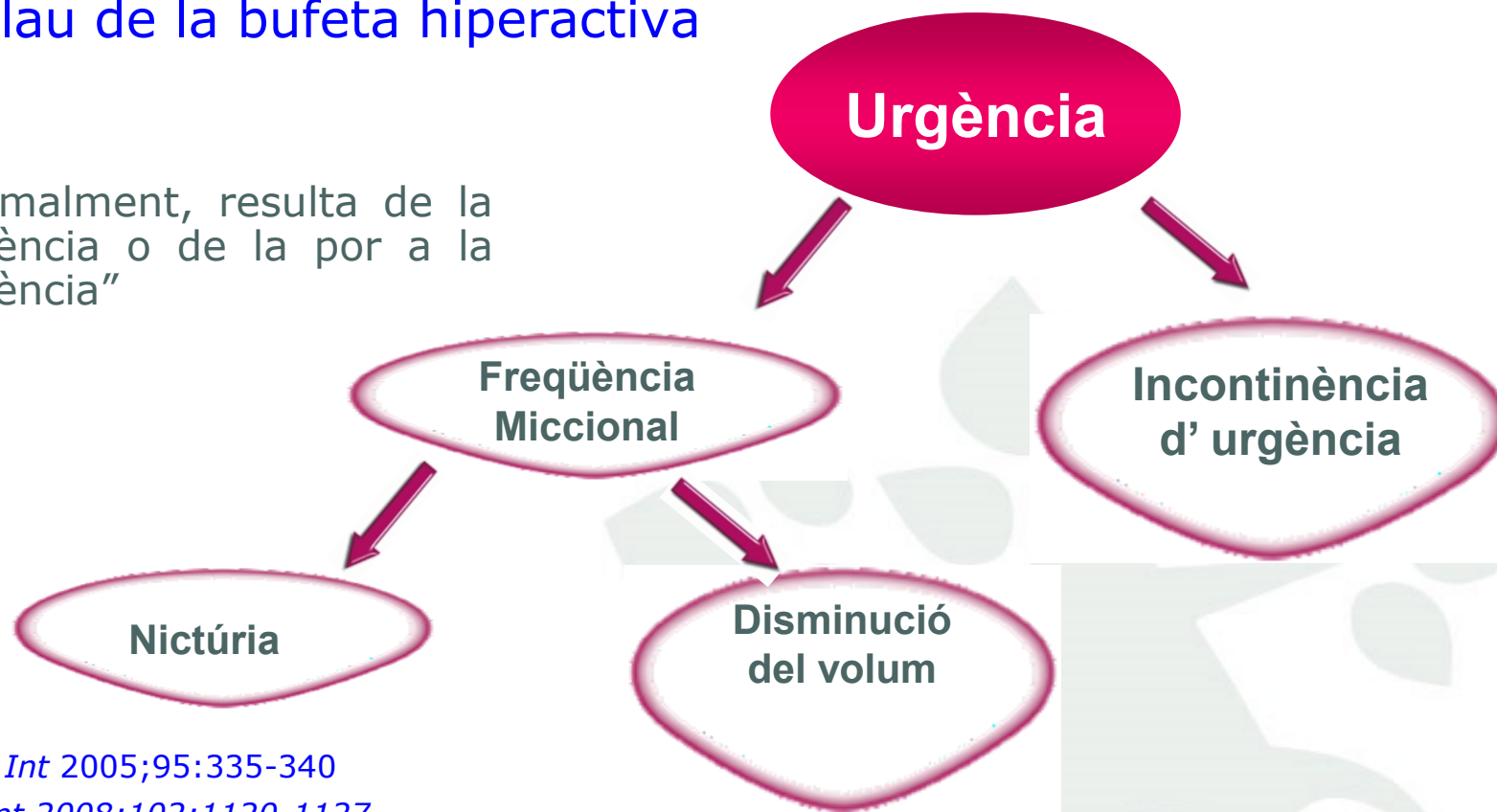
Comenta que algun cop al arribar a casa, no ha arribat a temps al lavabo i se li ha escapat.



## Urgència Miccional:

### Síntoma clau de la bufeta hiperactiva

Normalment, resulta de la urgència o de la por a la urgència”



Chapple CR. *BJU Int* 2005;95:335-340

Cardozo L. *BJU Int* 2008;102:1120-1127

## Incontinència de urgència: Fisiopatologia

IU per hiperactivitat del múscul detrusor

- Idiopàtica
- Neurògena
- Secundària a obstrucció

IU associada a un augment de la activitat sensitiva



Hampel. Urology 1997; 50 : 4-14.

## Cas clínic 3

Elisa té 72 anys es diabètica i dislipèmica amb una malaltia vascular perifèrica ,en tractament amb insulina i atorvastatina

Comenta tenir una **nictúria (3/4 cops ) i urgència durant el dia , orina cada tres hores**

Porta una petita compresa comercial durant el dia i pràcticament no la mulla; però a la nit no en té prou, quan s'aixeca del llit per anar a orinar molts cops no arriba a temps al lavabo i "es mulla".

Té una vida social activa i viatja molt, en realitat bé per demanar-nos alguna cosa , sobretot quan va de viatge.



## Cas clínic 4

Josep de 82 anys, refereix que últimament quan va al WC per orinar

**sempre perd unes gotes** una estona després i mai aconsegueix una micció completa com les que feia fa un any .

Sensació de pesadesa a la regió hipogàstrica.

Interrogant de nou la potencia del raig d'orina ha canviat i li costa iniciar la micció sobretot al matí.

Creu que es per que es gran, al seu pare ja li passava.

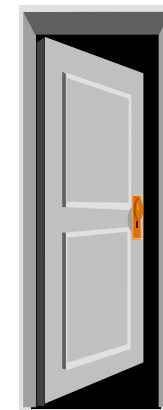
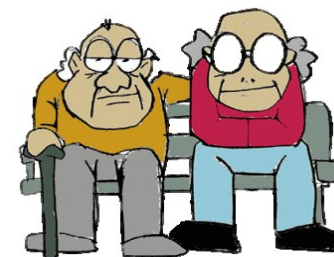


# Incontinència urinària funcional

Entorn

Vestits

Dificultats per altres  
malalties.....



## Incontinència urinària: Història clínica

- Antecedents obstètrics i ginecològics a la dona.
- Semiologia prostàtica ( a l'home).
- Antecedents patològics.
- Antecedents quirúrgics sobre tot a la regió pèlvica
- Malalties cròniques i el seu tractament.
- Estils de vida.
- Qualitat de vida

Verecken RL. Acta Urol Bel 1995  
Cardoso L, Isis medical Media Ltd. 2000 UK; 39-48  
Sandvik . University Bergen 1995

## Incontinència urinària: Hàbits i estils de vida

- Begudes estimulants (te, café, coles, tòniques, ...).
- Alcohol.
- Quantitat de líquid ingerit.
- Tabac.
- Infusions amb acció diürètica.



Thürof et al, 1er International Consultation Incontinence Mónaco 1998  
Vila Coll MA, Fortuny M AMF 2017, 13:220-225

## Incontinència urinària: Fàrmacs que afecten a la orina

- Freqüència, urgència i augment de volum: diürètics i alcohol.
- Relaxació uretral: relaxants musculars, simpaticolític alfa-bloquejants.
- Sedació i retenció d' orina: sedants.
- Retenció d' orina i incontinència per sobreiximent: AINES, anticolinèrgics, antidepressius, alfa i beta-agonistes, antihistamínics, antipsicòtics, antiespasmòdics, calci-antagonistes.



Andrew J, : Practice guideline. Rockeville:1996  
Burkhard FC, Guidelines on Urinary Incontinence EAU 2016 .

## Incontinència urinària: Valoració del símptoma: ICIQ- SF

- ¿Con que frecuencia pierde orina?
- ¿Qué cantidad pierde habitualmente? (tanto si lleva protección como si no)
- Estos escapes que tiene cuanto afectan su vida diaria? ¿le preocupa?

Espuña et al. Med. Clin (Barc) 2004;122(8):288-92

## Incontinència urinària: Valoració del símptoma: ICIQ- SF

Pacients: 500 dones visitades a unitat especialitzada

Qüestionari: 3 ítems

Resultats: temps mig 3,5 min.

- D'acord amb el dg clínic les dones amb con iu van puntuar 11,6(5,9) i les sense iu 4,5(6,3)  $p < 0,001$ .
- D'acord amb el dg urodinàmic , puntuaren 11,1(6,3) en front a 6,2 (6,5)  $p < 0,001$ .

Espuña et al. Med. Clin (Barc) 2004;122(8):288-92

## Característiques de les pèrdues

- Forma d' inici
- Freqüència
- Intensitat
- Valoració per qüestionari del tipus d'incontinència ICIQ / IPSS en l'home.
- Calendari miccional
- Pad-test



# Diari Miccional

**Registre dels símptomes urinaris durant un temps determinat (1-3-7 dies)**

Registre de:

- Episodis d'urgència
- Pèrdues d'orina associades a la urgència
- Número de miccions
- Volum evacuat
- Ingesta de líquids
- Utilització de compreses i altres materials absorbents, etc.

**DIARIO MICCIONAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| HORA             |  | LIQUIDOS |      | ¿CUANTAS VECES? | CANTIDAD ORINADA |      |        | PERDIDAS INVOLUNTARIAS DE ORINA |      |        | ACTIVIDAD RELACIONADA CON LAS PERDIDAS | SI UTILIZAR PAÑALES ESPECIFIQUE CANTIDAD Y TIPO |
|------------------|--|----------|------|-----------------|------------------|------|--------|---------------------------------|------|--------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                  |  | CANTIDAD | TIPO |                 | POCO             | MED. | ABUND. | POCO                            | MED. | ABUND. | Toser, reírse, fregar,                 |                                                 |
| 12 m - 1 a.m.    |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 1 a.m - 2 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 2 a.m - 3 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 3 a.m - 4 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 4 a.m - 5 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 5 a.m - 6 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 6 a.m - 7 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 7 a.m - 8 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 8 a.m - 9 a.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 9 a.m - 10 a.m.  |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 10 a.m - 11 a.m. |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 11 a.m - 12 m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 12 m - 1 p.m.    |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 1 p.m - 2 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 2 p.m - 3 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 3 p.m - 4 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 4 p.m - 5 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 5 p.m - 6 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 6 p.m - 7 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 7 p.m - 8 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 8 p.m - 9 p.m.   |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 9 p.m - 10 p.m.  |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |
| 10 p.m - 11 p.m. |  |          |      |                 |                  |      |        |                                 |      |        |                                        |                                                 |

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/diario\\_miccional.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/diario_miccional.pdf)  
<http://www.perdidasdeorina.com/Templates/diagnostico.htm#diario>

## Factors de risc

### INCONTINÈNCIA D'ESFORÇ

- Dones: Post-part, Cirurgia ginecològica, prolapses
- Homes: Prostatrectomies....-
- Obesitat, dones asidues al gimnàs (aeròbic, salts, musculació, etc.) entrenaments per alta competició
- Alteracions eix de la columna vertebral
- Restrenyiment, Vòmits freqüents, Tos crònica, Rinitis al·lèrgica, manera de vestir

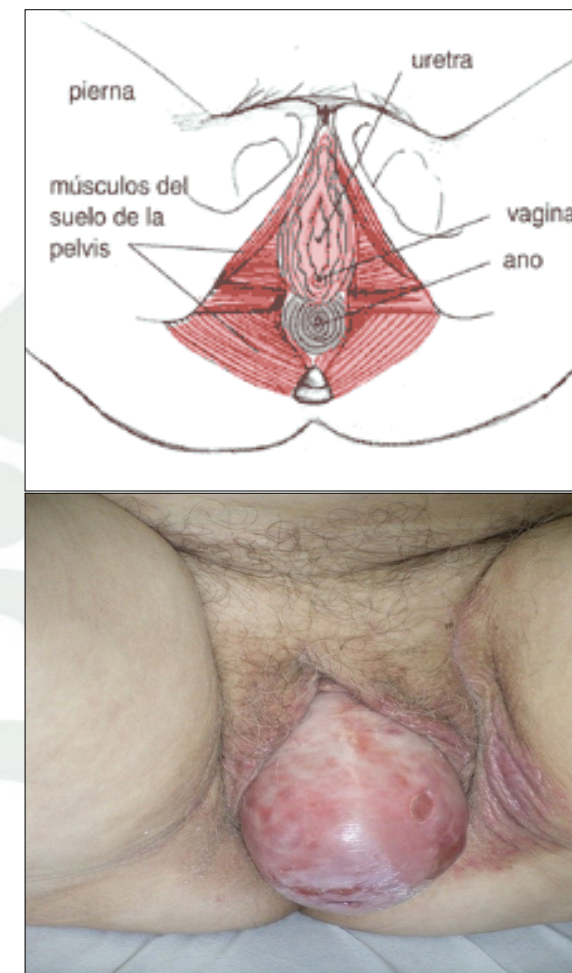
### INCONTINÈNCIA D'URGÈNCIA

- Begudes estimulants: té, café, colas, alcohol
- Herbes medicinals amb acció diürètica (farigola, romaní, poniol)
- Infeccions urinàries de repetició
- Polimedicació

Sandvik J Clin Epidemiol 1995 48:339-43  
Connolly AM Clin Obstet Gynecol 1999; 42:820-35  
Vila MA, Fortuny M AMF 2017, 13:220-225  
Billington A. Isis Medical Media Ltd 2002 65-68  
Imamura *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015

# Exploració

- Exploració física general
- Exploració ginecològica/ prostàtica
  - Regió perineal
  - testing muscular
- Exploracions complementàries
  - Analítica (Glucèmia, creatinina, tira reactiva)
  - Ecografia
  - Estudis urodinàmics



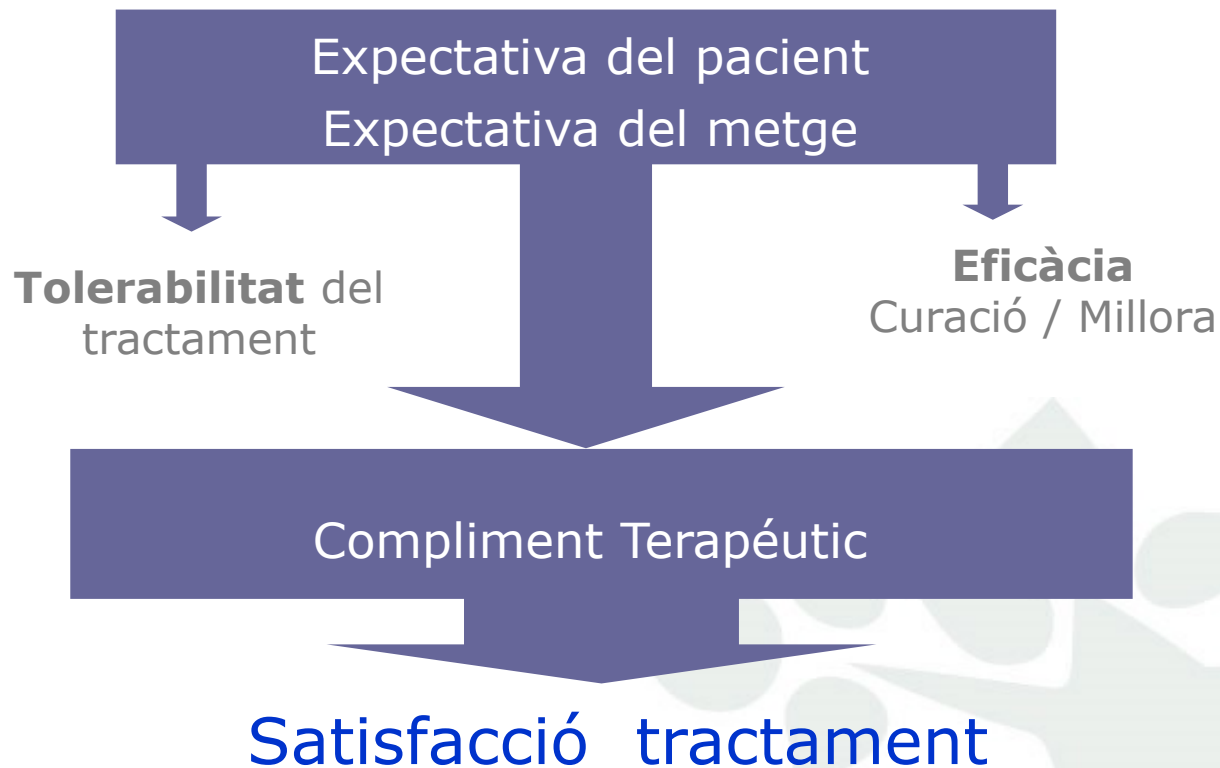
## Valoració manual: testing muscular vaginal

- **Grau 0** (nulo) No contracció
- **Grau 1** (indicis) Contraccions suaus < 2 segs
- **Grau 2** (dèbil) Contraccions suaus amb o sense elevació posterior dels dits > 3 segons
- **Grau 3** (moderat) Contracció moderada amb o sense elevació post dels dits 4-5 segons, repetida 3 vegades
- **Grau 4** (bo) Contracció forta 7-9 segons, amb o sense elevació post dels dits repetida 4-5 cops
- **Grau 5** (fort) Contraccions fortes amb elevació post dels dits > 10 segons, repetides 4 ó 5 cops

## Recomanació de Proves complementàries

- Proves molt recomanades
- Història clínica i qüestionari validat
  - Examen físic amb exploració ginecològica i testing muscular
  - Diari miccional
  - Analítica (tira) de orina
  - Pad test
- Proves recomanades (la majoria)
  - Funció renal
  - Ecografia amb valoració de residu post-miccional
  - Fluxometria
  - Cistomanometria
  - Urodinamia

## Orientació cap a la decisió terapèutica



*Payne CK et al. BJU Int 2007; 99(1): 101-106*  
<http://www.primeradental.com/formentera/images/portada.png>

## Tractament de la **IU D'ESFORÇ**: EXERCICIS DE KEGEL

- Rehabilitació
  - Reforçament del sol pelvià
  - Estimulació elèctrica
- Dispositius
- Estrògens
- Tractament quirúrgic



## Tractament rehabilitador de la IU: EXERCICIS DE KEGEL

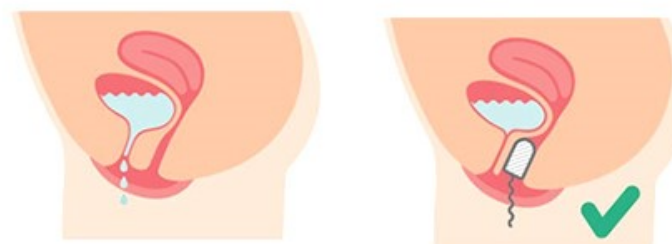
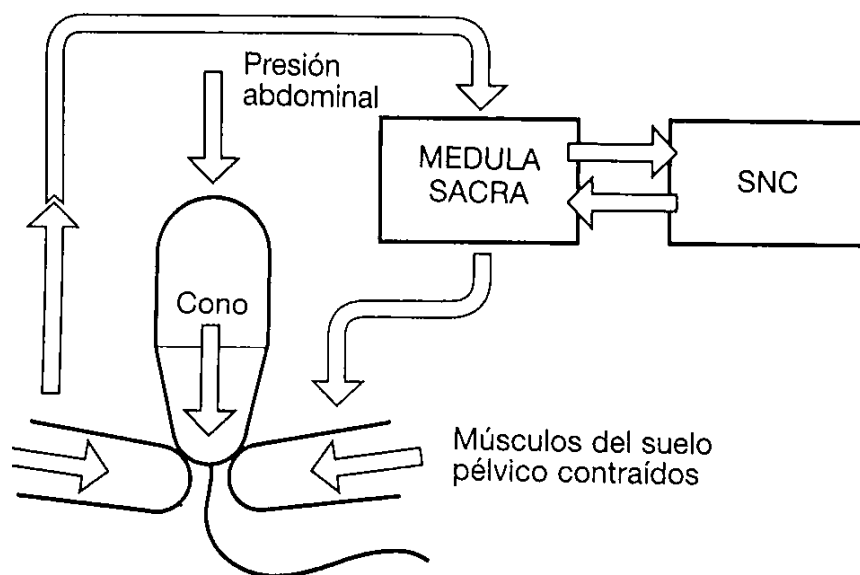
- **Entrenament:** series de 10-30 minuts, 2-3 cops al dia, 2-5 cops/setmana, 4 setmanes - 6 mesos.
- **Manteniment:** 15 minuts 2 cops al dia, 3 cops/setmana.

La millora es produeix a les 6 - 12 setmanes

Si es deixa el tractament, les millores desapareixen a partir de la 10-20 setmanes.

La contracció del sol pèlvic serveix de prevenció d'escapaments en situacions de risc.

## Cons vaginals



Cons vaginals de diferent pes

# Dispositius

- Intravaginals (Grau B), elevador (pessaris):
  - Aprenentatge , destresa manual, acceptació
  - No donen obstrucció significativa
  - Infeccions i erosions
- Tampons especials



## Tractament Incontinència urinària d'urgència

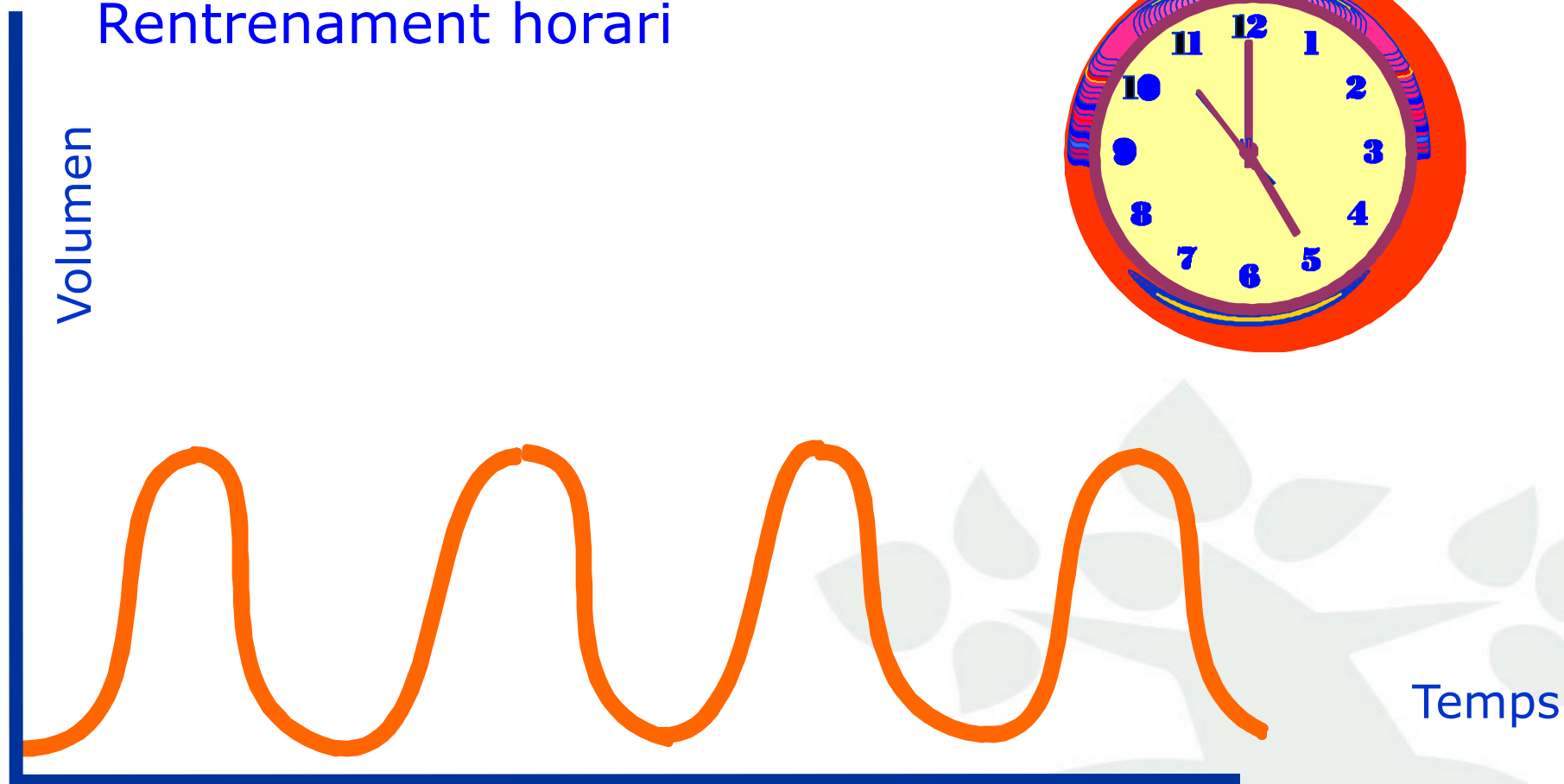
- **Mesures generals:** reduir la ingesta de líquids, evitar begudes estimulants, control del restrenyiment.



- Reeducació vesical (miccions programades)
- Rehabilitació de la musculatura del sol pelvià(RMSP)
- Biofeedback
- Estimulació elèctrica

*Espuña M et al. Med Clin 2003; 120(12):464-72*

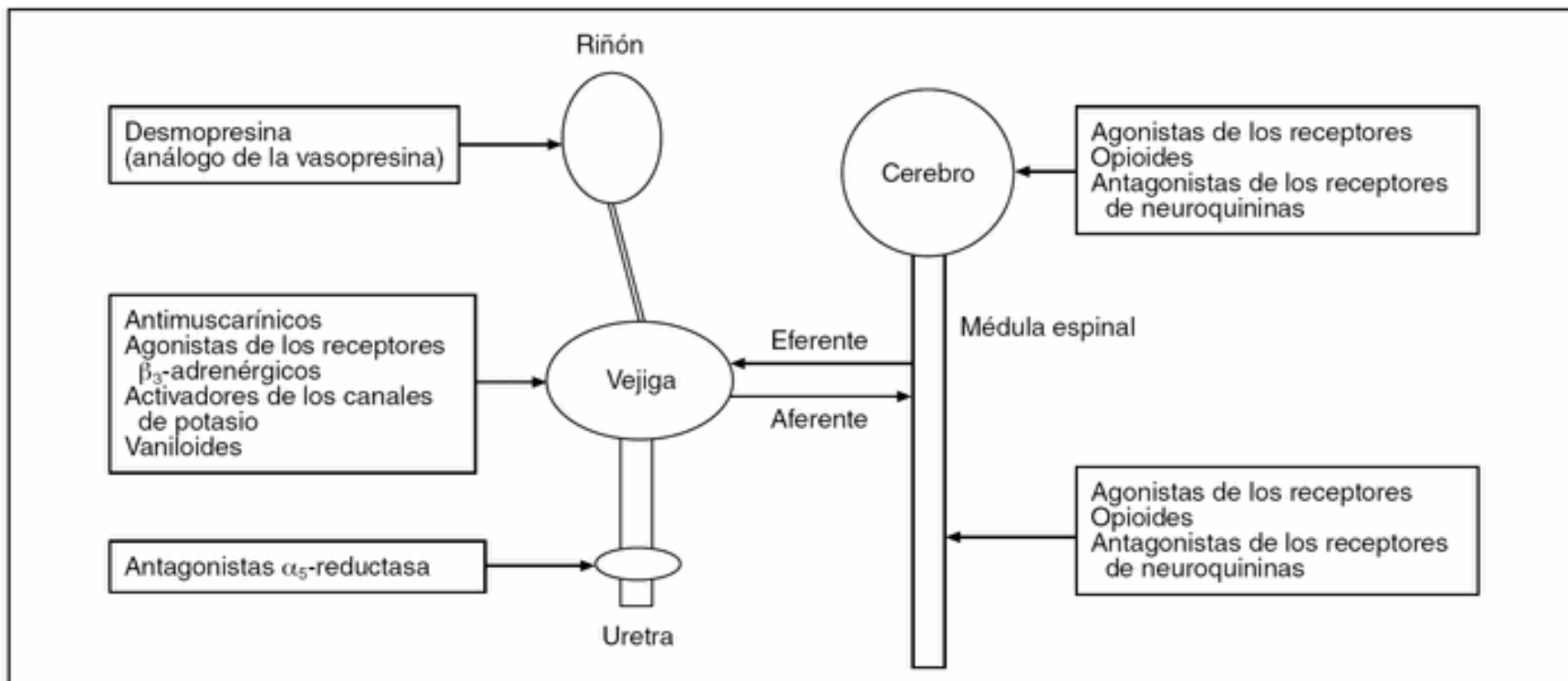
## Rentrenament horari



## Innervació de la bufeta urinària

- **S.N.PARASIMPÀTIC:** Detrusor
  - ✓ Assegura el buidament per contracció del detrusor
- **S.N.SIMPÀTIC:** Trígon i Esfínter intern
  - ✓ Assegura la continència mantenint el coll de la bufeta tancat en la fase d'ompliment
- **Nervi PUDEND:** Esfínter extern i Esfínter anal
  - ✓ Assegura la continència tancant l'esfínter

## Fàrmacs pel tractament de la incontinença urinària



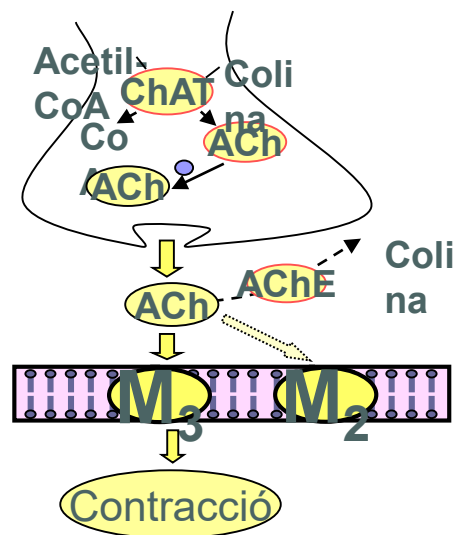
## Tractament incontinència urinària d'urgència

- Oxibutinina 5-15mg/dia (normalment repartit en 3 dosis)
- Oxibutinina en pegats 3,9mg/24h (posar-se'n dos cops /setmana)
- Clorur de Trospi 20mg/12h
- Tolterodina 2mg/12horas<sup>2</sup> o LR 4mg/dia (antagonista M3)
- Solifenacina (antagonista M3) 5-10mg/dia
- Fesoterodina 4-8mg/dia
- Mirabegron 50 mg/dia
- Propiverina 30mg/dia

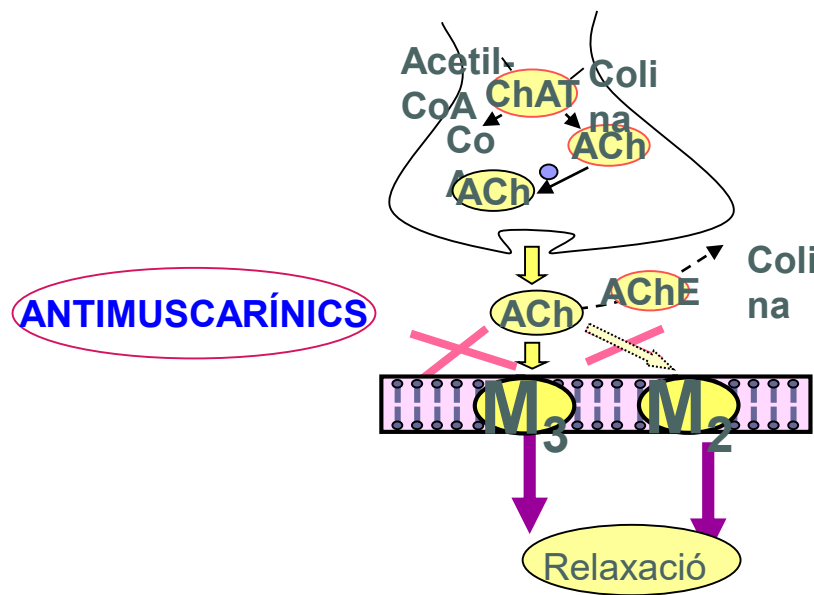
## Antimuscarínics: Mecanisme d'acció

La contracció normal :

- Alliberació d' Acetilcolina des de les terminacions neuronals presinàptiques
- Estimulació dels receptors muscarínics presents al muscle detrusor

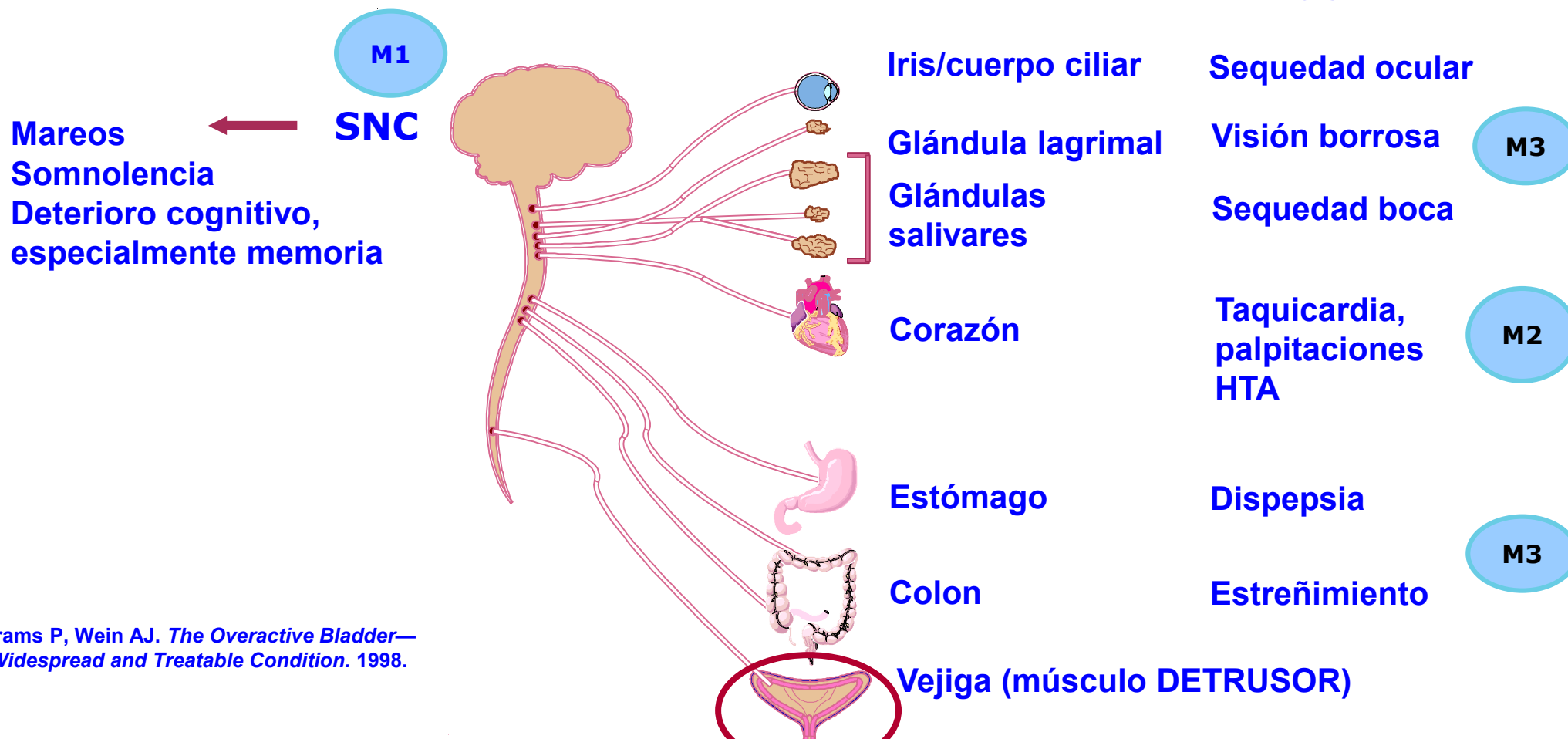


- Inhibició de las contracciones involuntàries de la bufeta
- Augment de la capacitat vesical



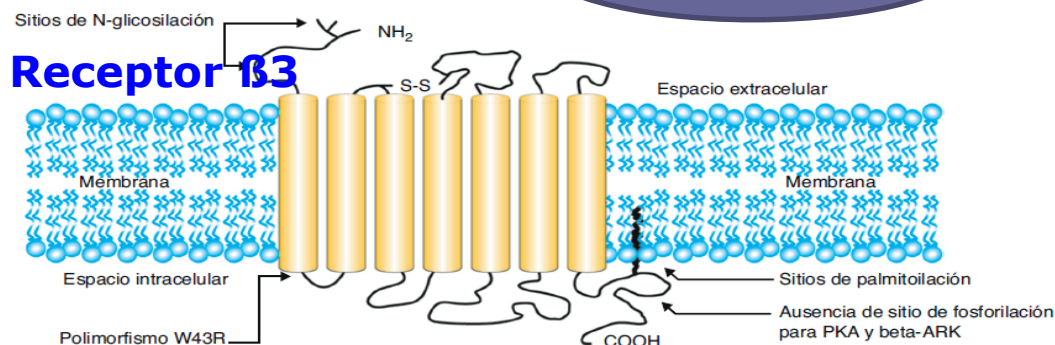
Adaptado de Abrams P et al. Br J Pharmacol 2006; 148: 565-578

## Efectes secundaris: Resultan de la no selectivitat per la vejiga



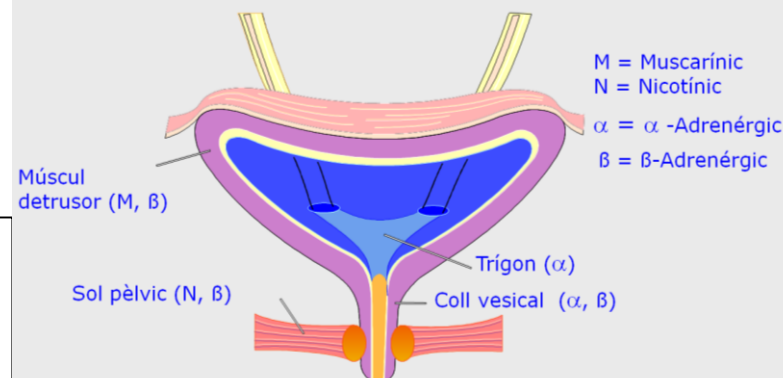
Abrams P, Wein AJ. *The Overactive Bladder—A Widespread and Treatable Condition*. 1998.

## Agonista $\beta_3$



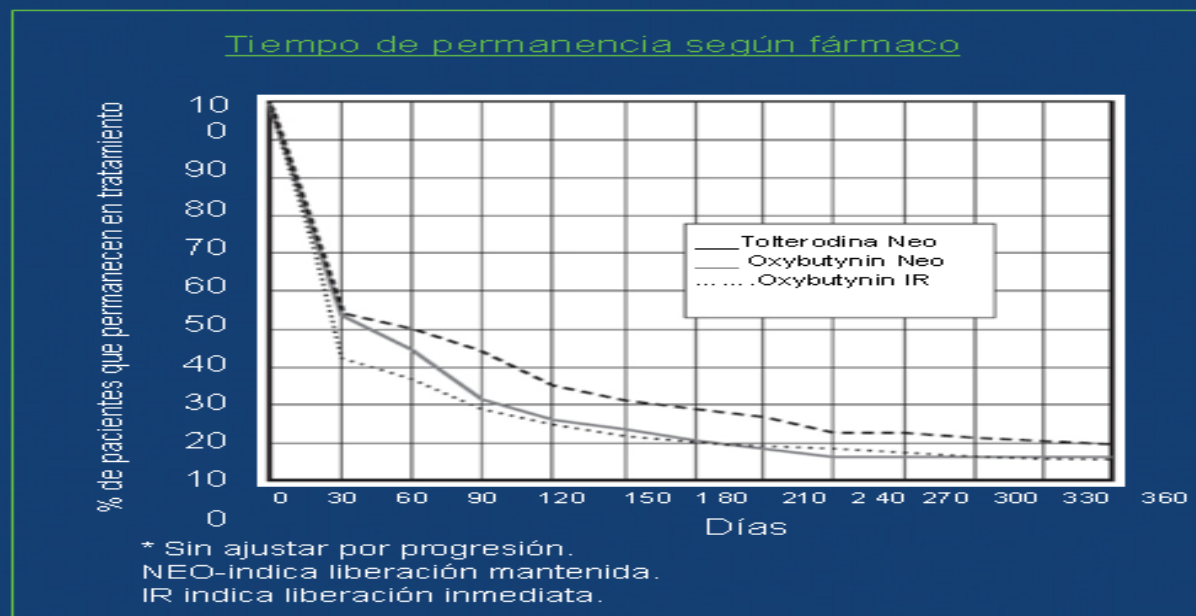
- Relajan el **músculo liso vesical** a través de la activación de los receptores adrenérgicos  $\beta_3$
- Aumentan el **volumen medio miccional** y **disminuye la frecuencia** de las contracciones no miccionales sin afectar a la presión miccional
- Mejoran la **capacidad de llenado** por estimulación de los receptores  $\beta_3$  vesicales.

Distribució dels receptors colinèrgics i adrenérgics en el tracte urinari inferior



Angulo et al. Actas Urol 2013  
Tyag P. IDrugs. 2010; 13(10):713-722

## Adherència al tractament Oxibutinina versus tolterodina en Bufeta hiperactiva. Anàlisi poblacional



19. Shaya, et al. Am J Manag Care 2005.

## Tractament de la Incontinència urinària Mixta

### REHABILITACIÓ

- Reentrenament d'hàbits (bladder training)
- Estimulació elèctrica

### ANTICOLINÉRGICS

- Oxibutinina
- Cloruro de trospi
- Tolterodina
- Solifenacina
- Fesoterodina
- Mirabegron
- Propiverina



## Tractament de la patologia urinària en l'home

- Bloq  $\alpha$ -Adrenergics:
  - Doxazosina
  - Alfuzosina
  - Terazosina
  - Tamsulosina...
- *Anticolinèrgics*
- Inhb  $5\alpha$  reductasa
- Sondatge
- Cirurgia

| Suïtípo de RA    | Localizaci3n tisular      |
|------------------|---------------------------|
| RA $\alpha_{1A}$ | Pr3stata                  |
| RA $\alpha_{1B}$ | Vasos sanguíneos          |
| RA $\alpha_{1D}$ | Músculo detrusor (Vejiga) |

## MANEIG DE LA INCÒNTINÈNCIA URINÀRIA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Cerca activa.
- Història clínica dirigida.
- Mínimes proves complementàries.
- Tractament conservador.
- Valorar derivació.

## Criteris de derivació

- Persistència de la clínica després de tractament conservador.
- Diagnòstic difícil o dubtós que necessiti proves diagnòstiques no disponibles a primària.
- Hematúria, infeccions d'orina de repetició.
- Prolapse genital simptomàtic, HBP obstructiva (residu postmiccional)

M<sup>a</sup> A Vila - M Fortuny

## Criteris de derivació (2)

- Transformació de cop de una IUE pura en una IUU.
- Bufeta neurògena.
- Antecedents de cirurgia o radioteràpia en los 6 mesos previs.

M<sup>a</sup> A Vila - M Fortuny