

# Tratamiento de la Incontinencia de Urgencia y del Síndrome de la Vejiga Hiperactiva

Protocolo publicado en 2006

## 1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La **IU de Urgencia (IUU)** es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar que se denomina "urgencia miccional". Se debe a una "contractilidad aumentada de la vejiga urinaria", que en condiciones normales sólo se contrae voluntariamente. Cuando las contracciones del detrusor se objetivan durante un estudio urodinámico, se denomina hiperactividad del detrusor (HD), que puede ser causada por enfermedad neurológica (HD de origen neurogénico) o sin causa detectable (HD idiopática). También puede ser secundaria a una obstrucción uretral (estenosis, hipercorrección quirúrgica, etc.).

La **IU Mixta (IUM)** es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos (IUE) con síntomas de IUU.

El **Síndrome de "Vejiga Hiperactiva" (VH)** se define como la presencia de "urgencia miccional", con o sin incontinencia de urgencia, a menudo asociada a aumento de frecuencia diurna y/o nocturna (nicturia). También se denomina "síndrome de urgencia" o "síndrome de urgencia-frecuencia". Esta combinación de síntomas es sugestiva de hiperactividad del músculo detrusor, demostrable por estudio urodinámico, pero puede ser debida a otras formas de disfunción uretrovesical. El término de VH sólo puede utilizarse si no hay infección probada u otra patología demostrable.

## 2. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

- Mujeres con IUU.
- Mujeres con urgencia y aumento de frecuencia miccional con o sin IUU.

## 3. DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

Es fundamental hacer el diagnóstico diferencial entre IUU e IUE. Hay que descartar en primer lugar la infección urinaria, el residuo miccional significativo y cualquier patología orgánica intravesical que pueda causar síntomas similares.

### 3.1. DIAGNÓSTICO

Siguiendo el esquema del protocolo de diagnóstico definimos a continuación las características principales de las pacientes que nos conducirán al diagnóstico de IUU/VH:

**Síntomas:** Urgencia miccional como síntoma principal, que puede ir acompañado de IUU y de aumento de frecuencia miccional. La gravedad se determina en base a la frecuencia de los episodios de urgencia y de escapes involuntarios consecutivos a la misma.

**Análisis de orina:** Su objetivo es descartar la infección de orina y la hematuria, en cuyo caso debemos completar el estudio. Si hay infección se debe tratar antes de proseguir el estudio. Si se detecta hematuria reiterada se recomienda realizar una consulta al Urólogo para descartar patología intravesical o de vías urinarias.

**Factores de riesgo** que pueden favorecer o agravar los síntomas de IUU/VH y que deben corregirse como medida terapéutica inicial: la ingesta excesiva de líquidos, excitantes (cafeína, teína etc.), y el tratamiento con diuréticos.

La **afectación de la calidad de vida** que produce la IUU/VH es muy importante. Esta disfunción, por su carácter impredecible, tiene mayor repercusión que la IUE.

El **diario miccional** es muy útil para el diagnóstico de la IUU/VH, ya que nos aporta una información objetiva de ingesta de líquidos, número de micciones y episodios de urgencia y de incontinencia.

La **exploración física** suele proporcionar pocos elementos para el diagnóstico de la IUU/VH. La objetivación de una pérdida de orina importante que se produce sin ningún esfuerzo y simultánea a una sensación de urgencia, es difícil de evidenciar durante la exploración física. La objetivación de pérdida con el esfuerzo en una paciente con síntomas de IUU/VH nos orienta hacia una IUM.

En las pacientes en las que se evidencia un prolapso genital importante y que presentan sintomatología urinaria hay que considerar que éste puede asociarse a un detrusor hiperactivo o a una disfunción del vaciado imputable a dicho prolapso. La única forma de confirmar el tipo de disfunción miccional asociado al prolapso es mediante un estudio urodinámico.

La medida de la orina residual tras una micción espontánea nos permite descartar una disfunción del vaciado que puede asociarse a síntomas de urgencia y aumento de frecuencia miccional.

### **3.2. TRATAMIENTO de la IU de URGENCIA y del síndrome de VEJIGA HIPERACTIVA**

Tiene como objetivo aliviar los síntomas de aumento de frecuencia miccional, urgencia y de incontinencia de urgencia. En el momento actual se basa fundamentalmente en el tratamiento conservador y farmacológico.

#### **3.2.1. TRATAMIENTO CONSERVADOR**

Cualquier terapia que no sea quirúrgica ni farmacológica: Cambios del estilo de vida, Fisioterapia y Reeducción vesical.

##### **3.2.1.1. Cambio del estilo de vida**

**Pérdida de peso:** La obesidad es un factor de riesgo independiente de la IU en la mujer. Existe evidencia de mejoría de la IU después de una pérdida importante de peso en mujeres con obesidad mórbida (Nivel 2). Las mujeres con IU moderadamente obesas que pierden peso mejoran más que las que no lo pierden. (Nivel 1)

**Cambios en la dieta:** Como la reducción de la ingesta excesiva de líquidos y excitantes. Los datos sobre la ingesta de cafeína y la IU son contradictorios, ensayos clínicos de muestra pequeña sugieren que la reducción de cafeína mejora la continencia. (Nivel 1)

### **3.2.1.2. Fisioterapia**

Existe evidencia de la eficacia de la reeducación de los músculos del suelo pélvico (RMSP) para la IUU e IUM (Nivel 1), aunque no está claramente establecido el tipo de rehabilitación que se debe realizar en estas pacientes. Con la electroestimulación se consiguen mejores resultados que con el placebo.

### **3.2.1.3. Reeducción vesical**

Incluye todas las pautas de control de la micción que tienen por objeto la educación de los hábitos miccionales y la recuperación del control.

La forma más habitual consiste en realizar micciones programadas. Para ello el intervalo inicial entre las mismas se determina de acuerdo con la información aportada por la paciente (a poder ser basado en un diario miccional), para lo cual se debe establecer uno cuya duración sea fácilmente alcanzable por ella. En ese momento debe orinar tanto si tiene ganas como sino. Cuando la paciente ha sido capaz de mantener los intervalos entre micciones durante una semana se indica un incremento del tiempo entre micciones de unos 15-30 minutos. El objetivo final es llegar a intervalos entre micciones de 3-4 horas (Grado de Recomendación A). El tratamiento conservador debería ofrecerse como tratamiento de primera línea.

## **3.2.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Los fármacos empleados para tratar la IUU/VH tienen como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. La contracción vesical se produce como consecuencia de la activación del sistema nervioso parasimpático cuyos receptores son muscarínicos y se activan mediante la acetilcolina. Por este motivo el tratamiento se basa en el bloqueo de dichos receptores mediante fármacos antimuscarínicos-anticolinérgicos.

La indicación de estos fármacos se considera adecuada para mujeres con diagnóstico clínico de IUU/VH.

La lista de fármacos con efectos anticolinérgicos disponibles en España (junio 2005) se muestra en la Tabla1.

La oxibutinina, cloruro de trospio, tolterodina y solifenacina son los fármacos disponibles actualmente en nuestro medio, que ofrecen una tasa aceptable de curación o mejoría de los síntomas. (Nivel 1 de Evidencia y Grado de Recomendación A)

## **3.2.3. TRATAMIENTO DE LA ATROFIA UROGENITAL**

Las mujeres menopáusicas con síntomas de VH pueden notar una mejoría de sus síntomas urinarios al tratar el componente de atrofia urogenital. (Evidencia nivel 2)

Es recomendable el tratamiento adyuvante con estrógenos vaginales en la mujeres con VH o IUU. (Grado de recomendación C)

## **3.2.4. TRATAMIENTO IU MIXTA**

El tratamiento inicial de la IUM con predominio del componente de urgencia debe ser conservador y farmacológico con la combinación de anticolinérgicos y reeducación vesical. La RMSP puede mejorar la respuesta al tratamiento.

Si tras el tratamiento de la IUM remite el componente de urgencia y persiste el de esfuerzo debe tratarse según el Protocolo de IUE.

En la IUM con predominio del componente de esfuerzo puede plantearse de entrada el tratamiento de la IUE. El tratamiento quirúrgico de estos casos puede mejorar la clínica de urgencia.

### 3.3. SEGUIMIENTO

Las pacientes diagnosticadas de IUU/VH en las que se instaura un tratamiento farmacológico y de reeducación vesical deben ser evaluadas a los 3-6 meses. El objetivo es analizar la eficacia en el control de los síntomas y la tolerancia. La eficacia se ha de medir con instrumentos validados de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento. En caso de mejoría se debe seguir con la disciplina miccional y reducir progresivamente el tratamiento farmacológico.

<b>Tabla 1. Evaluación ICI 2004 de los fármacos con efecto anticolinérgico para el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia y /o vejiga hiperactiva</b>		
<b>Fármaco anticolinérgicos</b>	<b>Nivel evidencia</b>	<b>Grado recomendación</b>
Tolterodina	1	A
Trospio	1	A
Solifenacina	1	A
<b><i>Fármacos con acciones mixtas</i></b>		
Oxibutinina	1	A

### 4. RECOMENDACIONES AL PACIENTE (educación para la salud)

Deben favorecerse las dietas equilibradas, para conseguir el peso adecuado puesto que se ha demostrado que el sobrepeso es un factor de riesgo para la incontinencia.

Es aconsejable evitar el consumo excesivo de bebidas irritantes vesicales que contengan gas, cafeína, teína, etc. Hay una serie de alimentos que aumentan la producción de orina (sandía, espárragos, melón, ensaladas, etc.), pero no es necesario excluirlos de la dieta sólo controlar la cantidad que se consuma. La ingesta de líquido ha de adaptarse a las necesidades de la mujer.

Debe tenerse especial cuidado en evitar malos hábitos miccionales, tanto el demorar el tiempo entre micción y micción como las micciones en intervalos muy cortos de tiempo.

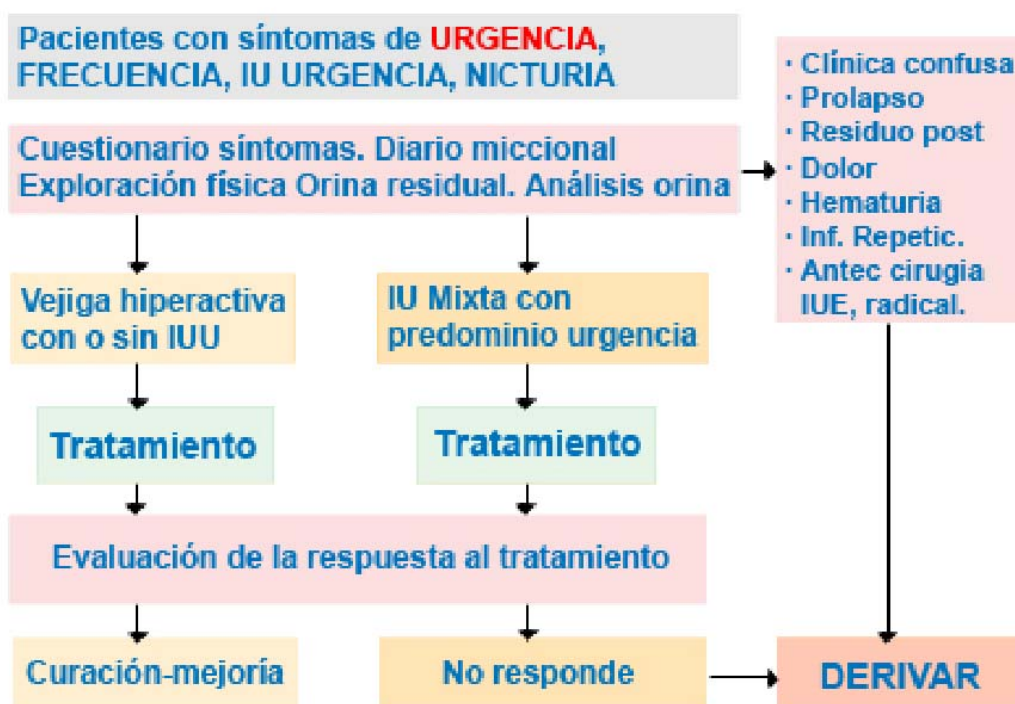
La misma actitud debe tenerse con los hábitos defecatorios, que han de conseguir mantener un correcto ritmo deposicional, evitando el estreñimiento crónico a través de la modulación dietética con una dieta rica en fibra y evitando la toma de laxantes.

### 5. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Se deberá evaluar el protocolo cada cuatro años.

## Algoritmo Vejiga Hiperactiva: Diagnóstico y Tratamiento

### VEJIGA HIPERACTIVA: diagnóstico clínico y tratamiento



## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol and Urodyn* 2002; 21: 167-78.
2. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. Recommendations of International Scientific Committee. Evaluation and treatment of urinary incontinence, Pelvic organ Prolapse and Faecal incontinence. Second International Consultation on Incontinence. Edition 2002. Plymbridge Distributors Ltd. United Kingdom, 2002: 1079-1117.
3. Abrams P, Malone-Lee J, Jacquetin B, Wyndaele JJ, Tammela T, Jonas U, et al. Twelve-month treatment of overactive bladder: efficacy and tolerability of tolterodine. *Drugs Aging* 2001; 18: 551-60.
4. Andersson KE, Appel R, Award S, Chapple C, Drutz H, Finkbeiner A, Fourcroy J, Haab F, Wein A. Pharmacological treatment of urinary incontinence. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. Second International Consultation on Incontinence. Edition 2002. Ply,bridge Distributors Ltd. United Kingdom, 2002: 479-512.
5. Appell RA, Abrams P, Drutz HP, Van Kerrebroeck PE, Millard R, Wein A. Tolterodine: superior tolerability than and comparable efficacy to oxybutynin in individuals 50 years old or older with overactive bladder: a randomized controlled trial. *J Urol* 2001;165:1452-6.
6. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 1995-2000.
7. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG, Roth DL, Richter HE, Varner RE, Lloyd LK. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2293-9.
8. Cardozo L, Chapple CR, Toozs-Hobson P, Grosse-Freese M, Bulitta M, Lehmacher W, et al. Efficacy of tiroprium chloride in patients with detrusor instability: a placebo-controlled, randomized, double-blind, multicentre clinical trial. *BJU Int* 2000; 85: 659-64.
9. Cardozo L, Lisek M, Millard R, van Vierssen Trip O, Kuzmin I, Drogendijk TE, Huang M, Ridder AM. Randomized, double-blind placebo controlled trial of the once daily antimuscarinic agent solifenacin succinate in patients with overactive bladder. *J Urol*. 2004;172:1919-24.
10. Chapple CR, Arano P, Bosch JL, De Ridder D, Kramer AE, Ridder AM. Solifenacin appears effective and well tolerated in patients with symptomatic idiopathic detrusor overactivity in a placebo- and tolterodine-controlled phase 2 dose-finding study. *BJU Int*. 2004 ;93(1):71-7. Erratum in: *BJU Int*. 2004 ;93:1135.
11. Chapple CR, Rechberger T, Al-Shukri S, Meffan P, Everaert K, Huang M, Ridder A; Randomized, double-blind placebo- and tolterodine-controlled trial of the once-daily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder. *BJU Int*. 2004;93:303-10.

12. De Wachter S, Wyndaela JJ. Intravesical oxybutynin: a local anesthetic effect on bladder C afferents. *J Urol*. 2003 ; 169: 1892-5.
13. Diokno A, Sand P, Labasky R, Sieber P, Antoci J, Leach G, Atkinson L, Albrecht D. Long-term safety of extended-release oxybutynin chloride in a community-dwelling population of participants with overactive bladder: a one-year study. *Int Urol Nephrol*. 2002; 34: 43-9.
14. Frohlich G, Bulitta M, Strosser W. Trosipium chloride in patients with detrusor overactivity: meta-analysis of placebo-controlled, randomized, double-blind, multi-center clinical trials on the efficacy and safety of 20 mg trosipium chloride twice daily. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2002 ; 40: 295-303.
15. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991; 265: 609-13.
16. Halaska M, Ralph G, Wiedemann A, Primus G, Ballering-Bruhl B, Hofner K, Jonas U. Controlled, double-blind, multicentre clinical trial to investigate long-term tolerability and efficacy of trosipium chloride in patients with detrusor instability. *World J Urol*. 2003; 20:392-9.
17. Hay-Smith EJC, Bø K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Oxford, 2001, Issue 1.
18. Kelleher CJ, Cardozo L, Chapple CR, Haab F, Ridder AM. Improved quality of life in patients with overactive bladder symptoms treated with solifenacin. *BJU Int*. 2005; 95:81-5.
19. Khullar V, Hill S, Laval KU, Schiotz HA, Jonas U, Versi E. Treatment of urge-predominant mixed urinary incontinence with tolterodine extended release: a randomized, placebo-controlled trial. *Urology*. 2004;64:269-74.
20. Landis JR, Kaplan S, Swift S, Versi E .Efficacy of Antimuscarinic Therapy for Overactive Bladder With Varying Degrees of Incontinence Severity. *J Urol*. 2004 ; 171: 752-756.
21. Madersbacher H, Stohrer M, Richter R, Burgdorfer H, Hachen HJ, Murtz G. Trosipium chloride versus oxybutynin: a randomized, double-blind, multicentre trial in the treatment of detrusor hyper-reflexia. *Br J Urol* 1995; 75: 452-6.
22. Millard RJ; Asia Pacific Tolterodine Study Group .Clinical efficacy of tolterodine with or without a simplified pelvic floor exercise regimen. *Neurourol Urodyn*. 2004; 23: 48-53.
23. Malone-Lee JG, Walsh JB, Maugourd MF. Tolterodine: a safe and effective treatment for older patients with overactive bladder. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 700-5.
24. Moore KH, Hay DM, Imrie AE, Watson A, Goldstein M. Oxybutynin hydrochloride (3 mg) in the treatment of women with idiopathic detrusor instability. *Br J Urol* 1990; 66: 479-85.
25. Nilvebrant L, Andersson KE, Gillerg PG, Stahl M, Sparf B. Tolterodine--a new bladder-selective antimuscarinic agent. *Eur J Pharmacol*. 1997; 327: 195-207.
26. Swift S, Garely A, Dimpfl T, Payne C; Tolterodine Study Group. A new once-daily formulation of tolterodine provides superior efficacy and is well tolerated in women with overactive bladder. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003 ;14:50-4; discussion 54-5.



27. Nijman RJ, Borgstein NG, Ellsworth P, Djurhuus JC. Tolterodine treatment for children with symptoms of urinary urge incontinence suggestive of detrusor overactivity: results from 2 randomized, placebo controlled trials. J Urol. 2005; 173:1334-9.

28. Wein AJ. Treatment of urge-predominant mixed urinary incontinence with tolterodine extended release: a randomized, placebo-controlled trial. J Urol. 2005; 173:2056-7.

## ANEXO 1. TABLA DE NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

<b>NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN</b>	
Referencia: "2nd International Consultation on Incontinence. Paris 2004". Adaptación de la clasificación producida por "The Oxford Centre for Evidence Based Medicine".	
<b>Niveles de Evidencia</b>	
<b>Nivel 1</b>	Incluye uno o más estudios randomizados controlados o " todos o ninguno" de los que hacen referencia a los tratamientos en que la opción de no tratar no existe (ejemplo: fístulas vesico-urinarias).
<b>Nivel 2</b>	Incluye estudios prospectivos de cohorte de buena calidad.
<b>Nivel 3</b>	Incluye estudios retrospectivos caso-control de buena calidad.
<b>Nivel 4</b>	Incluye series de casos de buena calidad.
<b>Nivel 5</b>	Incluye opinión de expertos, cuando no se basa en la evidencia sino en principios básicos (anatómicos o fisiológicos).
<b>Grados de Recomendación</b>	
Se utilizan los cuatro grados del sistema de Oxford:	
<b>Grado A</b>	Depende de un nivel 1 de evidencia.
<b>Grado B</b>	Se basa en un nivel 2 y 3 de evidencia.
<b>Grado C</b>	Depende de un nivel 4 o se basa en la opinión de expertos fundamentada en un proceso analítico.
<b>Grado D</b>	Se da cuando la evidencia es inexistente o poco concluyente o se basa en la opinión de expertos no fundamentada en un proceso analítico.

*«Los Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente de los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios».*