

La incontinència urinària (IU) és un símptoma d'ompliment que es defineix com la **pèrdua involuntària d'orina** produïda durant la fase d'ompliment de la bufeta. Alguns autors matisen aquesta definició, considerant que aquestes pèrdues han de tenir el grau suficient per constituir un problema social o higiènic.

Els tipus més habituals d'IU són: **IU d'esforç** (IUE), **IU d'urgència** (IUU) i **IU mixta** (IUM).

La IU associada a la discapacitat, la IU de sobreeximent i la IU extrauretral no es corresponen amb un problema a la fase d'ompliment i no es detalla l'abordatge en aquest document.

Consideracions generals sobre el diagnòstic i el tractament

- Abans d'instaurar cap tractament, cal valorar si la IU és transitòria i si és secundària a altres patologies o tractaments concomitants del pacient per modificar sempre que sigui possible la causa subjacent.
- Es recomana recollir els símptomes urinaris de forma objectiva mitjançant el diari miccional de tres dies i determinar la repercussió de la simptomatologia en la qualitat de vida emprant qüestionaris validats.
- S'han de tenir en compte les repercussions socials i psicològiques de la IU.
- Cal realitzar una exploració física per descartar altres patologies amb simptomatologia compatible o per determinar si existeix una IU complicada, i fer una anàlisi d'orina per descartar la infecció urinària o l'hematúria.
- Els **objectius del tractament** són: reduir les pèrdues involuntàries d'orina, reduir els símptomes associats com l'increment de la freqüència miccional, la urgència urinària (UU) o la nictúria i millorar la qualitat de vida.

Patologies i medicaments associats amb la incontinència urinària

Comorbiditat	Medicament
Insuficiència cardíaca congestiva; insuficiència venosa de les extremitats inferiors	Inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina*
Malaltia pulmonar obstructiva crònica*	Agonistes d'adrenoreceptors α
Apnea del son	Antagonistes dels canals de calci
Restrenyiment greu i impactació fecal	Blocadors d'adrenoreceptors β **
Diabetis <i>mellitus</i>	Antidepressius tricíclics
Depressió	Diürètics potents***
Demència	Antipsicòtics
Ictus	Hipnòtics i ansiolítics
Malaltia de Parkinson	Inhibidors de la colinesterasa
Pressió hidrocefàlica anormal	Antiparkinsonians**
Deteriorament cognitiu / de la mobilitat	Opioides
Malaltia degenerativa de les articulacions	Inhibidors del cotransportador sodi-glucosa tipus 2

*Poden produir tos que es relaciona amb la IUE.
**Teòricament podrien interferir amb la fase d'ompliment de la bufeta urinària.
***Es pot considerar adaptar l'horari d'administració a l'estil de vida del pacient.

"DIAPPERS": delirium, infection, atrophy [urethritis, vaginitis], pharmacological, psychological disorders, endocrine/excess urine output, restricted mobility, stool impaction

Qüestionaris de diagnòstic i seguiment

Qüestionaris d'ajuda per al diagnòstic de la incontinència urinària

- Qüestionaris breus per a la IUU i la IUE desenvolupats en el nostre entorn.

* Traduït i adaptat de Vila M, Fernández M, Florensa E, Orejas V, Dalfó A, Romea S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria*. 1997;1997(3):122-126.

Diari miccional de 3 dies

- Diari en el qual el pacient enregistra la freqüència miccional i els símptomes urinaris (episodis UU, episodis IU, ús absorbents).

Qüestionari de qualitat de vida en la incontinència urinària

- International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ UI-SF)*

* Traduït i adaptat d'España M, Rebollo P, Puig M. [Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence]. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(8):288-92. Versió en català no validada (validat en castellà).

Podem consultar els qüestionaris sencers als annexes de la Pauta d'harmonització del tractament farmacològic de la IU

Tractament no farmacològic

- El maneig inicial recomanat per al tractament de la IU és el tractament no farmacològic. Consisteix en l'adopció de mesures higienicodietètiques i en l'aprenentatge de tècniques conductuals.

Cal fer especial èmfasi en el compliment d'aquestes mesures i **mantenir-les durant tota l'evolució de la IU** i encara que també s'utilitzin altres estratègies de tractament.

- Les **mesures higienicodietètiques** recomanades són: mantenir un índex de massa corporal < 30 kg/m², reduir la ingesta de cafeïna i d'alcohol, mantenir uns hàbits de deposicions apropiats i tractar el restrenyiment, mantenir una ingesta de fluids adequada a les necessitats, vigilar el consum d'algunes infusions, promoure la cessació tabàquica i l'activitat física adaptada a la situació de cada pacient i incorporar la higiene postural en les activitats de la vida quotidiana. Com a mesures específiques de la micció, s'ha d'intentar mantenir uns hàbits miccionals regulars i afavorir el buidatge complet i relaxat.
- Les **tècniques conductuals** (micció pautaada i entrenament dels músculs del sòl pelvià) milloren la IU en la majoria de pacients. Han de ser supervisades per part de personal especialitzat i expert en la seva realització.



Tractament farmacològic

- No hi ha una evidència consistent que mostri que el tractament farmacològic sigui superior al tractament no farmacològic en el maneig de la IU.
- Abans d'iniciar el tractament farmacològic cal valorar que el pacient hagi estat adherent al tractament no farmacològic. En cas de detectar manca d'adherència, és important intentar identificar-ne les causes per poder dissenyar estratègies individuals ajustades a les necessitats del pacient que permetin millorar-la abans d'instaurar un tractament farmacològic.
- El tractament farmacològic és una opció de tractament en la **IUU** quan no s'ha assolit una millora adequada dels símptomes del tracte urinari inferior (STUI) i hi ha una afectació almenys moderada de la qualitat de vida tot i el tractament no farmacològic.
- Els principals fàrmacs orals disponibles són els **anticolinèrgics** i els **agonistes β3-adrenèrgics** (fàrmacs relaxants del detrusor).

El tractament oral ha mostrat una millora modesta de la simptomatologia en pacients amb IUU, amb reduccions de 0,7-1,4 episodis d'UU/dia, 0,4-0,8 episodis d'IU/dia i 0,6-1,2 miccions/dia respecte a placebo.

No s'ha demostrat una eficàcia superior d'uns fàrmacs anticolinèrgics o del mirabegró davant dels altres

- La **micció pautaada** es recomana per al tractament de la IUU, la IUM quan predomina la UU i per la gent gran. Té com a objectiu restablir el patró miccional normal mitjançant el buidatge periòdic de la bufeta.

Micció pautaada: valorar començar amb intervals de micció de 60 minuts, que s'augmenten en 10-15 minuts fins a arribar a una freqüència de cada 2-3 hores. També se solen utilitzar estratègies d'inhibició de la UU, com la distracció i la relaxació.

- L'**entrenament dels músculs del sòl pelvià (exercicis de Kegel)** està indicat per al tractament de la IUE i en la IUM si predomina la IUE, tot i que també pot ser útil en la IUU.

Entrenament dels músculs del sòl pelvià: en general, es recomana contraure el sòl pelvià durant 6-8 segons, fer 3 o 4 contraccions ràpides i relaxar la musculatura entre 6 i 8 segons. S'ha de repetir aquesta seqüència 8-12 vegades, 3 cops al dia i 5 dies a la setmana.

- És important comprovar que les condicions d'accessibilitat al bany són adequades per facilitar l'accés al lavabo (evitar barreres arquitectòniques i d'il·luminació, ús de roba i calçat còmodes i altres).
- Es recomana mantenir les mesures no farmacològiques almenys 6-12 setmanes abans d'instaurar un tractament farmacològic.

- El tractament farmacològic de la IUM s'ha de fer d'acord amb les recomanacions del tractament per a la IUU quan la UU és el símptoma amb més impacte en el pacient.
- No està indicat el tractament farmacològic en la IUE.

IUU o IU mixta amb predomini de la UU

- Abans d'iniciar qualsevol fàrmac, cal valorar la repercussió de la IU en la qualitat de vida dels pacients i/o dels cuidadors mitjançant qüestionaris validats, les expectatives del pacient amb el tractament, les comorbiditats, els tractaments concomitants i el balanç benefici-risc d'iniciar el tractament.
- Sempre que s'iniciï un tractament cal explicar al pacient el benefici esperat, el caràcter simptomàtic del tractament i les principals reaccions adverses.
- Quan es considera adequat iniciar el tractament farmacològic, es recomana utilitzar un **anticolinèrgic per via oral**. Els anticolinèrgics d'ús preferent són la **tolterodina** i la **solifenacina**. Cal tenir en compte la càrrega anticolinèrgica associada al tractament del pacient i evitar prescriure'l si la càrrega anticolinèrgica és alta o si el fet d'afegir l'anticolinèrgic urinari fa que la càrrega passi a ser alta (vegeu la pàgina 5 d'aquesta guia per a més informació).

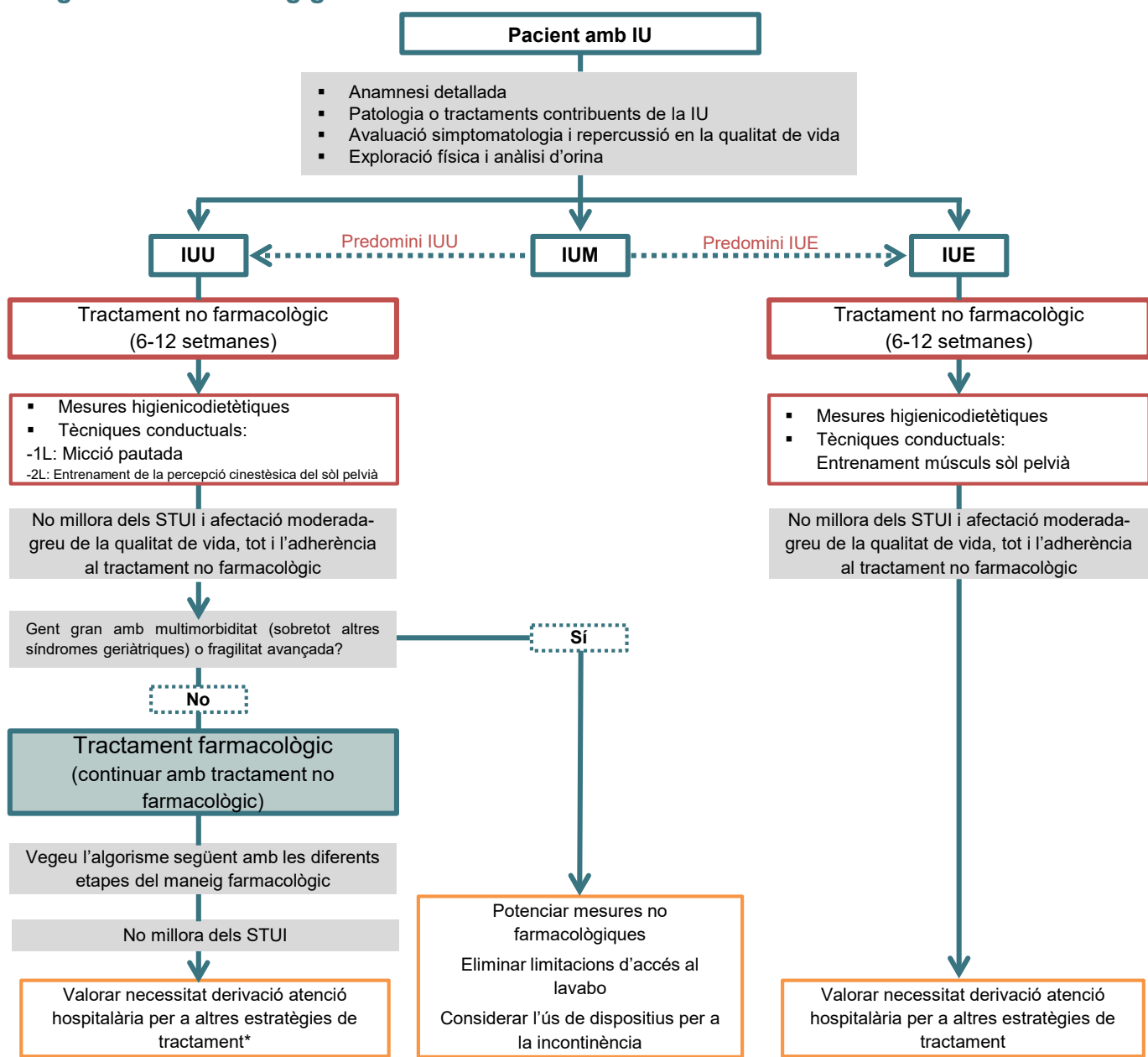


- En aquells pacients en els quals els anticolinèrgics no són adequats*, quan amb aquests es presentin reaccions adverses no tolerables o quan no s'hagi aconseguit una millora adequada dels símptomes després de rebre tractament amb dos anticolinèrgics diferents, es pot valorar utilitzar el **mirabegró** en lloc de l'anticolinèrgic.
- El mirabegró està contraindicat en hipertensió arterial greu no controlada i no es recomana utilitzar-lo en pacients hipertensos de difícil control.

*Retenció urinària, símptomes obstructius greus, glaucoma d'angle tancat no controlat, miastènia *gravis*, trastorns obstructius o de la motilitat gastrointestinal greus, megacòlon tòxic, colitis ulcerosa greu o restrenyiment pertinaç.

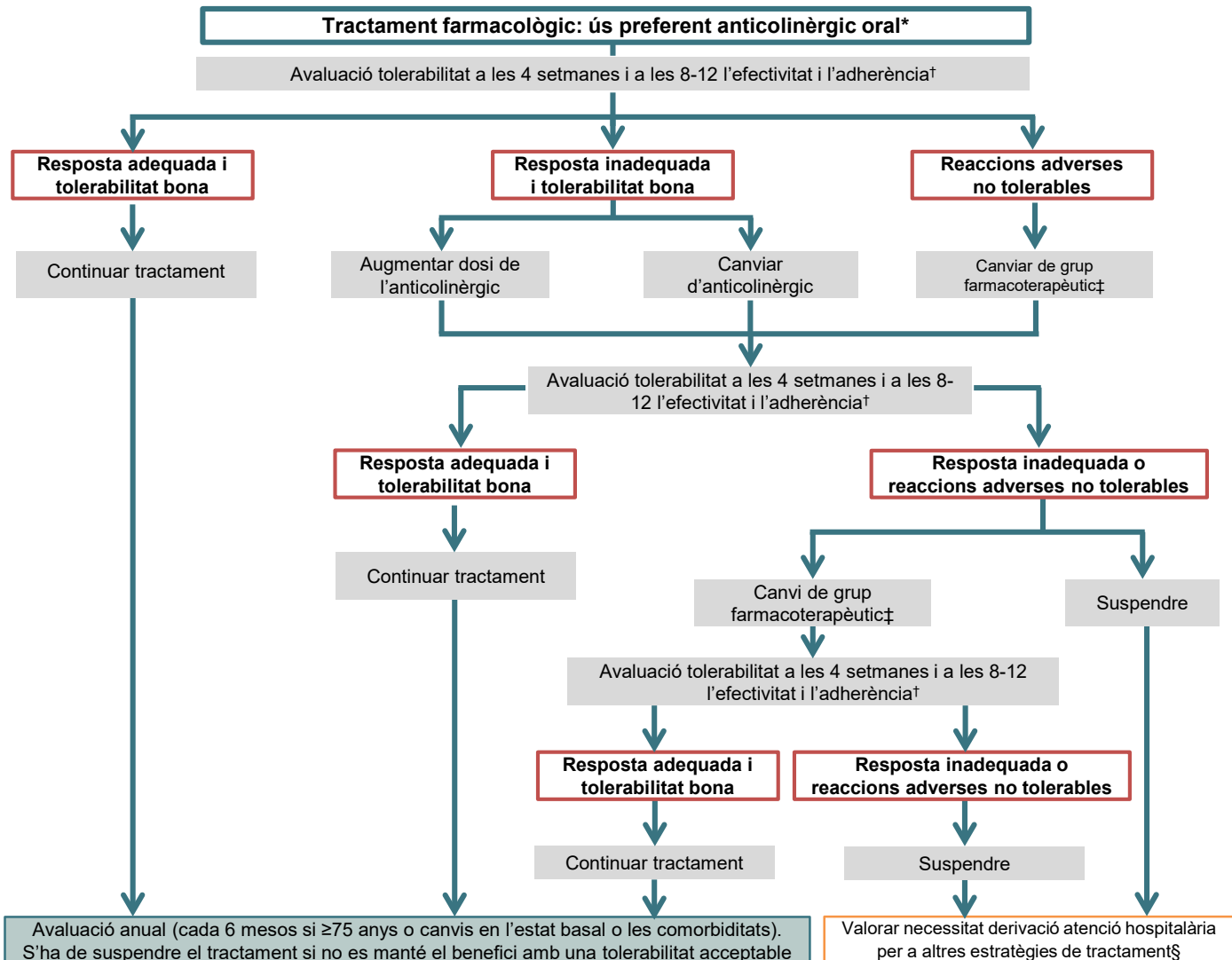
- Es recomana valorar la tolerabilitat als tractaments farmacològics a partir de les 4 setmanes d'haver-lo iniciat i, l'efectivitat, entre les 8-12 setmanes després de l'inici.
- Cal valorar l'adherència en cada visita. En cas de detectar manca d'adherència, és important intentar identificar-ne les causes per dissenyar estratègies individuals ajustades a les necessitats del pacient que permetin millorar-la. S'ha de considerar canviar o suspendre el tractament si la manca d'adherència és intencional per reaccions adverses no tolerables o per una efectivitat baixa.
- Si es continua amb el tractament, es recomana la seva revisió cada 12 mesos, i en pacients ≥ 75 anys o quan canvia la situació basal o les comorbiditats del pacient, cada 6 mesos. S'han de valorar l'adherència i les reaccions adverses a llarg termini.

Algorisme de maneig general de la incontinència urinària



*Inclou el tractament amb toxina botulínica

Algorisme de maneig farmacològic de la incontinència urinària



*Els tractaments farmacològics d'ús preferent són la tolterodina i la solifenacina. Evitar l'oxibutinina en gent gran. Abans de prescriure un anticolinèrgic s'ha de valorar la càrrega anticolinèrgica <https://www.anticolinergicscases.es>

†En pacients en els quals els anticolinèrgics no són adequats (retenció urinària, símptomes obstructius greus, glaucoma d'angle tancat no controlat, miastènia greu, trastorns obstructius o de la motilitat gastrointestinal greu, megacòlon tòxic, colitis ulcerosa greu o restrenyiment pertinaç) es pot valorar mirabegró.

‡Si la manca d'adherència és intencional per reaccions adverses no tolerables o per una efectivitat baixa, cal reavaluar les expectatives del pacient i ajustar-les o discontinuar el tractament segons el cas. Altres motius de no adherència, s'han de valorar individualment. †L'únic agonista β3 disponible és el mirabegró. §Inclou el tractament amb toxina botulínica. †Resposta adequada: disminució ≥ 4 punts en l'ICIQ-UI SF i millora dels símptomes del tracte urinari que el pacient consideri suficient.

Si en 8-12 setmanes de tractament farmacològic **no hi ha benefici clínic** o si en les successives revisions no es manté el benefici amb una tolerabilitat acceptable, **el tractament s'hauria de canviar o suspendre**.

- La discontinuació del tractament es pot considerar dins d'un procés de **desprescripció**. La manca d'efectivitat, la polimedicació, les reaccions adverses i els canvis en els objectius terapèutics són situacions en les quals s'ha de considerar la desprescripció dels relaxants del detrusor. La decisió ha de ser individualitzada, acordada i planificada amb la persona. No cal fer una retirada gradual.

- No es recomana el tractament combinat amb un anticolinèrgic i mirabegró, atès que el benefici respecte a la monoteràpia és molt limitat i augmenta el risc de patir reaccions adverses. La prescripció d'aquesta combinació ha de ser excepcional.
- S'ha d'avaluar la situació global del pacient, el benefici obtingut amb el tractament, l'impacte de les reaccions adverses i les seves preferències i considerar la discontinuació del tractament farmacològic si el pacient requereix la utilització habitual de dispositius per a la IU amb l'objectiu de disminuir els riscos associats a la polimedicació.

Consideracions sobre el maneig dels relaxants del detrusor

ANTICOLINÈRGICS

- Hi ha disponibles set anticolinèrgics **orals**: tolterodina, solifenacina, clorur de trosipi, oxibutinina, propiverina, fesoterodina i desfesoterodina. També hi ha pegats transdèrmics d'oxibutinina.
- Les reaccions adverses més freqüents són la **sequedat de boca** i el restrenyiment. També poden aparèixer visió borrosa, mareig, nàusees i dispèpsia.
- Les reaccions adverses centrals més freqüents són la confusió i la desorientació, tot i que també s'han comunicat casos d'agitació, al·lucinació o deliri. El risc de patir-les s'incrementa amb l'edat.
- El tractament a llarg termini s'ha associat amb un increment del **risc de caigudes** i de **deteriorament cognitiu**, especialment quan s'utilitza més d'un fàrmac amb activitat anticolinèrgica en persones grans.
- La majoria interaccionen amb inhibidors del CYP3A4 i, en alguns casos, pot ser necessari ajustar la dosi de l'anticolinèrgic.

- Molts d'ells requereixen ajustament de la dosi o estan contraindicats en pacients amb insuficiència renal o hepàtica greu (vegeu l'annex 6 de la pauta).

MIRABEGRÓ

- El mirabegró és l'únic agonista β_3 -adrenèrgic disponible.
- Les principals reaccions adverses són les infeccions urinàries, la taquicàrdia, les nàusees, la diarrea, la cefalea, el mareig i el restrenyiment. Com a greus s'han identificat la fibril·lació auricular i la crisi hipertensiva, de forma poc freqüent i rara, respectivament. S'han notificat casos de **crisis hipertensives** i esdeveniments cerebrovasculars i cardíacs associats a l'increment de la pressió arterial.
- Requereix ajustament de la dosi, sobretot si tractament concomitant amb inhibidors del CYP3A4, en pacients amb insuficiència renal i hepàtica (vegeu l'annex 6 de la pauta).
- Les **dades d'adherència i persistència** al tractament amb anticolinèrgics i mirabegró són **baixes**.

Càrrega anticolinèrgica

De forma orientativa es proposa considerar que existeix una càrrega anticolinèrgica alta quan:

- Puntuació ≥ 4 , considerant que els fàrmacs amb activitat anticolinèrgica baixa puntuen 1 i els d'activitat alta puntuen 2 (vegeu la taula) o
- Risc alt calculat amb la calculadora de càrrega anticolinèrgica <https://www.anticolinergicscales.es>



Grup farmacològic	Fàrmacs	Activitat	Puntuació
Relaxants musculars	Tizanidina	Alta	2
	Metocarbamol, baclofèn, ciclobenzaprina, pridinol	Baixa	1
Analgèsics opioides*	Morfina, oxicodona, meperidina (petidina), fentanil, tramadol, codeïna, metadona	Baixa	1
Benzodiazepines*	Clonazepam, diazepam, clordiazepòxid, triazolam	Baixa	1
Antiepilèptics	Carbamazepina, oxcarbazepina	Baixa	1
Antiparkinsonians	Biperidèn, prociclidina, trihexifenidil	Alta	2
	Bromocriptina, entacapona, opicapona, tolcapona	Baixa	1
Antipsicòtics primera generació	Clorpromazina, flufenazina, levomepromazina	Alta	2
	Perfenazina, haloperidol, pimozida	Baixa	1
Antipsicòtics segona generació	Clozapina	Alta	2
	Olanzapina, quetiapina, risperidona, paliperidona	Baixa	1
Altres psicofàrmacs	Liti	Baixa	1
ATC*	Imipramina, clomipramina, trimipramina, amitriptilina, nortriptilina, doxepina	Alta	2
ISRS	Fluoxetina, citalopram, paroxetina†, fluvoxamina	Baixa	1
Altres antidepressius	Flupentixol/melitracèn	Alta	2
	Trazodona, mirtazapina	Baixa	1
Antihistamínic primera generació	Difenhidramina, dimenhidrinat, meclozina, hidroxizina, clorfeniramina, dexclorfeniramina, ciproheptadina, bromfeniramina, mepiramina	Alta	2
Antihistamínic segona generació	Alimemazina, cetirizina, loratadina, fexofenadina, desloratadina, doxilamina, ketotifèn, clocinizina/fenilpropanolamina	Baixa	1
Agents gastrointestinals	Prometazina	Alta	2
	Domperidona, loperamida	Baixa	1
Espasmolítics	Atropina, butilescopolamina, escopolamina, dicloverina	Alta	2
Agents cardiovasculars	Disopiramida	Baixa	1
Altres	Amantadina, teofil·lina, ranitidina‡, ketorolac	Baixa	1

*Cal retirada gradual. †Activitat moderada/elevada en algunes escales. ‡ Només disponible via intravenosa.

ATC: antidepressius tricíclics; ISRS: inhibidors selectius de la recaptació de serotonina

Tractament invasiu

- L'estimulació percutània del nervi tibial posterior, la neuromodulació del sacre, l'administració intravesical de toxina botulínica o la cirurgia són diferents estratègies terapèutiques invasives que poden ser una opció terapèutica en pacients amb IUU o IUE que no han respost adequadament al tractament conservador.
- La **toxina botulínica tipus A** és un medicament d'ús hospitalari d'administració intravesical. El tractament l'ha de realitzar un especialista en el maneig d'aquests pacients, amb entrenament en la tècnica i el maneig de les possibles complicacions.
- S'han de valorar els beneficis i els riscos associats a cada procediment invasiu.

Dispositius per a la incontinència

- Els **absorbents** són imprescindibles en el maneig de la IU associada a la discapacitat. A més, es recomanen en pacients que prefereixen no seguir un tractament actiu, en pacients que no han respost o tenen contraindicat el tractament, o com a mesura de suport temporal fins que altres tractaments produeixen el seu efecte.
- La capacitat d'absorció del bolquer s'ha de seleccionar segons la quantitat de les pèrdues. La forma i el tipus de subjecció s'ha de triar segons el grau de mobilitat i l'estat cognitiu del pacient. Pel que fa a la comoditat i a la discreció dels absorbents, s'han de tenir en compte les preferències del pacient.
- La prescripció dels absorbents l'ha de realitzar personal expert i coneixedor dels diferents tipus de dispositius disponibles. Per seleccionar l'absorbent més apropiat, s'ha de fer una valoració biològica, psicològica i social del pacient.

Recomanacions per a la prescripció d'absorbents

Persona capaç d'arribar sola al lavabo i utilitzar-lo		Persona que no és capaç d'arribar sola al lavabo i utilitzar-lo	Freqüència i quantitat de les fugues					
Mobilitat	Deteriorament cognitiu	Suport familiar	Incontinència lleu* (< 60 mL/dia; absorbent tacat, però no amarat)	Incontinència moderada** (60-1.500 mL/dia; absorbent amarat)		Incontinència greu*** (>1.500 mL/dia; hi ha fugues i la roba de llit pot estar amarada)		
Autònom	No	-	Compreses (no finançat)	Anatòmic / Anatòmic elàstic†		Anatòmic / Anatòmic elàstic†		
				PD	Dia: 2 unitats/dia	PD	Dia: 3 unitats/dia	
				PN	Nit: 1 unitat/dia	PN	Nit: 1 unitat/dia	
Autònom	Lleu-moderat	Sí	Compreses (no finançat)	Anatòmic / Anatòmic elàstic†		Anatòmic / Anatòmic elàstic†		
				PD	Dia: 2 unitats/dia	PD	Dia: 3 unitats/dia	
				PN	Nit: 1 unitat/dia	PN	Nit: 1 unitat/dia	
Reduïda	No	No	Anatòmic / Anatòmic elàstic†	Anatòmic / Anatòmic elàstic†		Anatòmic / Anatòmic elàstic†		
			PDN	Dia: 1-2 unitats/dia	PD	Dia: 3 unitats/dia	PD	Dia: 3-4 unitats/dia
					PN	Nit: 1 unitat/dia	PN	Nit: 1 unitat/dia
Enllitat	Greu	Sí	Anatòmic elàstic	Anatòmic elàstic		Anatòmic elàstic		
			PD	Dia: 2 unitats/dia	PD	Dia: 3 unitats/dia	PD	Dia: 4 unitats/dia
			PN	Nit: 1 unitat/dia	PN	Nit: 1 unitat/dia	PN	Nit / Súpernit: 1 unitat/dia

PD: període diürn, PDN: període diürn i nocturn; PN: període nocturn.

*Una o diverses vegades al mes; **diària o diverses vegades a la setmana; ***totes les miccions; †segons les preferències del pacient i/o el cuidador.

Adaptat de Recomanacions per a l'ús de bolquers en la incontinència urinària. Guies de Pràctica Clínica i material docent. Institut Català de la Salut (ICS). 2002.



Tipus d'absorbents segons la forma: d'esquerra a dreta a les imatges, rectangular, anatòmic i anatòmic elàstic.

Tipus d'absorbents segons la capacitat d'absorció: dia (600-900 mL), nit (900-1.200 mL) i súper nit (> 1.200 mL).

Tipus d'absorbents segons la talla: talla única per als rectangulars i anatòmics. Diferents talles per als anatòmics elàstics (extrapefita, petita, mitjana, gran i extragran).

Maneig de la IU en poblacions especials

Homes amb STUI de buidament i persistència de símptomes d'ompliment

- Els blocadors d'adrenoreceptors α_1 són el tractament d'elecció en els homes amb STUI moderats o greus causats per un procés obstructiu infravesical d'origen prostàtic amb clínica de buidament.
- En pacients en els quals persisteixen els **símptomes d'ompliment** (almenys dos episodis d'UU/dia) en grau suficient per afectar la qualitat de vida tot i el tractament amb un blocador d'adrenoreceptors α_1 , es pot considerar provar d'afegir al tractament un fàrmac relaxant del detrusor, malgrat que l'eficàcia és limitada.
- Es recomana determinar el **residu postmiccional** abans d'iniciar el tractament amb un fàrmac relaxant del detrusor.
- Els fàrmacs d'ús preferent per al tractament combinat amb els blocadors d'adrenoreceptors α_1 són els mateixos que quan s'utilitzen com a monoteràpia.

Els anticolinèrgics disposen de més evidència en aquesta població que el mirabegró.

- Si s'utilitza un relaxant del detrusor, es recomana valorar-ne la tolerabilitat a partir de les 4 setmanes d'haver iniciat el tractament, i l'efectivitat, entre les 8-12 setmanes després de l'inici.
- S'ha de fer una **reavaluació periòdica** de la resposta al relaxant del detrusor i, si en 8-12 setmanes no hi ha benefici clínic o si en les successives revisions no es manté el benefici amb una tolerabilitat acceptable, s'hauria de suspendre el tractament. En aquest context, afegir el relaxant del detrusor per separat facilita el maneig.



Gent gran i amb multimorbiditat

- És especialment important valorar en aquest grup de població si la IU és transitòria o si està motivada per altres patologies o tractaments concomitants, o bé si és conseqüència d'una cirurgia.
- Per valorar adequadament la situació de la persona gran i adequar els objectius terapèutics a la realitat de la persona, és imprescindible realitzar periòdicament una **avaluació geriàtrica integral** per obtenir un diagnòstic situacional correcte de la persona.
- En aquesta població és freqüent la IU associada a la discapacitat, per la qual no es recomana el tractament farmacològic.
- **Mesures no farmacològiques:** eliminar les limitacions d'accés al lavabo, vigilar que la restricció en la ingesta de fluids no produeixi deshidratació, realitzar l'entrenament dels músculs del sòl pelvià en gent gran amb nivell cognitiu adequat, implementar un programa de micció pautaada assistida pel cuidador si existeix un dèficit de mobilitat i/o deteriorament cognitiu i realitzar un entrenament amb exercicis funcionals per millorar les activitats diàries.
- L'evidència d'ús dels fàrmacs en gent gran és molt limitada. L'eficàcia d'aquests és modesta i similar a la de la població general. No obstant això, la **incidència** de reaccions adverses i de discontinuacions per **reaccions adverses és més alta**.
- S'ha de tenir en compte que els tractaments farmacològics per a la IU, especialment els anticolinèrgics, poden produir reaccions adverses, com restrenyiment, caigudes, deliri, confusió i demència -les quals també són síndromes geriàtriques, com la IU-, i afavorir la cascada terapèutica i la polimediació.

Cal fer tots els esforços possibles per **prioritzar el tractament no farmacològic** i garantir l'adherència a aquest.

Atès el risc de iatrogènia, **s'ha d'evitar el tractament farmacològic en persones grans sense un diagnòstic situacional correcte** i en aquells **amb fragilitat avançada o amb multimorbiditat i necessitats d'atenció complexes**, sobretot si coexisteixen altres síndromes geriàtriques.

- Cal avaluar l'**estat cognitiu** del pacient abans d'iniciar el tractament i valorar-lo novament en cada visita de seguiment. Els anticolinèrgics s'han d'evitar en pacients amb deteriorament cognitiu. No es recomana el tractament amb oxibutinina en gent gran.
- Quan es prescriu un anticolinèrgic, cal tenir en compte la càrrega anticolinèrgica associada al tractament del pacient. No s'han d'utilitzar els anticolinèrgics si la càrrega anticolinèrgica és alta o si el fet d'afegir l'anticolinèrgic urinari fa que la càrrega passi a ser alta (vegeu la pàgina 5 d'aquesta guia per a més informació).
- Les persones grans sovint presenten **comorbiditats cardiovasculars** com la hipertensió. Cal tenir especial precaució amb l'ús de mirabegró.
- Si es decideix realitzar tractament farmacològic, es recomana iniciar-lo a la menor dosi possible i anar-la incrementant lentament si és necessari.
- Cal fer una **reavaluació periòdica de la relació benefici-risc** i discontinuar el tractament si no hi ha benefici o existeixen reaccions adverses no tolerables.
- La discontinuació del tractament també es pot considerar dins d'un procés de desprescripció. La decisió sobre la desprescripció ha de ser individualitzada, acordada i planificada amb la persona i no cal fer una retirada gradual.



Dones embarassades i en el postpart

- S'ha d'informar sobre l'afectació dels músculs del sòl pelvià a conseqüència de l'embaràs. S'ha de realitzar una exploració dels músculs del sòl pelvià i indicar l'entrenament d'aquests (exercicis de Kegel) durant l'embaràs i la continuació de l'entrenament en el postpart.



El que cal evitar

Tractament farmacològic

- ✗ No s'ha d'iniciar tractament per a la IU sense avaluar prèviament si hi ha causes subjacents o fàrmacs que puguin explicar la simptomatologia.
- ✗ No es recomana iniciar el tractament farmacològic si no s'han instaurat les mesures no farmacològiques apropiades i si no s'ha comprovat l'adherència a aquestes durant almenys 6-12 setmanes.
- ✗ S'ha d'evitar iniciar un tractament farmacològic si el pacient no té una afectació almenys moderada de la qualitat de vida.
- ✗ No s'ha d'utilitzar el tractament farmacològic per a la IUE o la IU associada a la discapacitat.
- ✗ S'ha d'evitar l'ús dels fàrmacs relaxants del detrusor en persones grans sense un diagnòstic situacional correcte i en aquelles amb fragilitat avançada o amb multimorbiditat i necessitats d'atenció complexes, sobretot si coexisteixen altres síndromes geriàtriques.
- ✗ S'ha d'evitar el tractament amb fàrmacs relaxants del detrusor en homes amb STUI i residu postmiccional elevat (> 150-200 mL).
- ✗ S'ha d'evitar utilitzar fàrmacs anticolinèrgics en pacients amb càrrega anticolinèrgica alta associada al tractament o si, quan s'afegeix l'anticolinèrgic urinari, la càrrega passa a ser alta.
- ✗ No s'han d'utilitzar fàrmacs anticolinèrgics en pacients amb deteriorament cognitiu.
- ✗ No s'han d'utilitzar fàrmacs anticolinèrgics en pacients tractats amb inhibidors de l'acetilcolinesterasa (donepezil, rivastigmina i galantamina), atès que tenen una activitat farmacològica antagònica i poden disminuir l'eficàcia del tractament per a la malaltia d'Alzheimer.
- ✗ No s'ha d'utilitzar l'oxibutinina en gent gran.
- ✗ No s'ha d'utilitzar el mirabegró en pacients amb hipertensió arterial no controlada.
- ✗ No s'ha de mantenir el tractament farmacològic si no s'obté un benefici en la simptomatologia rellevant per al pacient.
- ✗ No s'ha de mantenir un tractament anticolinèrgic a llarg termini en gent gran sense un seguiment habitual de l'estat cognitiu (per exemple, cada 6 mesos).
- ✗ S'ha d'evitar combinar de forma sistemàtica un anticolinèrgic i el mirabegró.

- S'han de recomanar les mesures higienicodietètiques generals.
- S'ha d'iniciar un programa de micció pautaada en el cas d'aparició d'IUU.
- Els tractaments farmacològics per a la IUU i la IUM estan contraindicats durant l'embaràs.

Absorbents

- ✗ No s'han d'utilitzar els absorbents en substitució de l'acompanyament del pacient al lavabo en intervals de temps periòdics, independentment de l'àmbit assistencial o residencial en el qual es trobi.
- ✗ No s'ha d'utilitzar una talla d'absorbents d'orina més gran amb la finalitat d'obtenir una millor absorció ja que, si no hi ha un bon ajustament, s'afavoreixen els escapaments.
- ✗ No s'ha d'utilitzar un absorbent tipus "súper nit" durant el període diürn per reduir el nombre de recanvis diaris.
- ✗ No s'han d'utilitzar dos absorbents a la vegada, ja que augmenta el risc d'escapaments i d'infecció.
- ✗ S'ha d'evitar mantenir el tractament farmacològic en pacients en els quals és necessari l'ús habitual i freqüent de diversos absorbents d'orina al dia.

Altres

- ✗ No s'ha de substituir l'entrenament dels músculs del sòl pelvià per un entrenament abdominal hipopressiu.

S'ha d'evitar el tractament farmacològic en:

- ✗ Pacients en els quals no s'han implementat mesures no farmacològiques prèviament.
- ✗ Pacients sense afectació almenys moderada de la qualitat de vida.
- ✗ Pacients amb IUE o IU associada a la discapacitat.
- ✗ Persones grans sense un correcte diagnòstic situacional o amb multimorbiditat i necessitats d'atenció complexes, sobretot si coexisteixen altres síndromes geriàtriques.
- ✗ Quan no s'obté un benefici rellevant en la simptomatologia i la qualitat de vida amb el tractament.

Autors o redactors: Grup de treball de les Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària. Programa d'harmonització farmacoterapèutica. Servei Català de la Salut. Departament de Salut

Paraules clau: incontinència urinària, anticolinèrgic, mirabegró, no farmacològic, absorbent d'orina, algorisme, pauta harmonització. Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>