

# **Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària**

## **Servei Català de la Salut**

Programa d'harmonització farmacoterapèutica

Gerència del Medicament

Versió 1.0

04.03.2021

## Grup de treball

### Autors

**Ana María de Andrés.** Farmacèutica especialista en farmàcia hospitalària. Parc Sanitari Pere Virgili.  
**Cristina Aguilera.** Metgessa especialista en farmacologia clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.  
**Mercè Alsina.** Metgessa especialista en ginecologia. ASSIR Vilanova-Garraf.  
**Sergi Bernal.** Metge especialista en urologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol i Hospital de Mataró.  
**Gabriela Carrizo.** Metgessa especialista en medicina interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron.  
**Carlos Errando.** Metge especialista en urologia. Fundació Puigvert.  
**Eladio Fernández.** Farmacèutic d'Atenció Primària. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.  
**Agustín Franco.** Metge especialista en urologia. Hospital Clínic.  
**Miriam Gómez.** Llevadora. ASSIR Mataró Maresme.  
**María Ángeles Hortelano.** Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. CAP Chafarinas.  
**Raquel López.** Farmacèutica especialista en farmàcia hospitalària. Fundació Puigvert.  
**Núria Martínez.** Metgessa especialista en medicina interna. Parc Sanitari Pere Virgili.  
**José Luis Poza.** Metge especialista en ginecologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.  
**Maria Teresa Ros.** Infermera. Vallès Occidental.  
**Sebastià J. Santa Eugènia.** Metge especialista en medicina interna. Pla director sociosanitari.  
**Natàlia Talens.** Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. CAP La Sagrera.  
**Cristina Vedia.** Metgessa especialista en farmacologia clínica. SAP Barcelonès Nord i Maresme.  
**Maria Antònia Vila.** Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. CAP Gòtic.  
**Noemí Villén.** Farmacèutica especialista en farmàcia hospitalària. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

### Oficina tècnica del Programa d'harmonització farmacoterapèutica (PHF) del CatSalut

**Maria Giner.** Farmacèutica especialista en farmàcia hospitalària. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJGol).  
**Patricia Marrero.** Farmacèutica especialista en farmàcia hospitalària. Oficina tècnica externa de l'Institut Català de la Salut.  
**Andrea Molina.** Farmacèutica especialista en farmàcia hospitalària. Gerència del Medicament del CatSalut.  
**Roser Vives.** Metgessa especialista en farmacologia clínica. Gerència del Medicament del CatSalut.

### Direcció

**Caridad Pontes.** Metgessa especialista en farmacologia clínica. Gerència del Medicament del CatSalut.  
**Antoni Vallano.** Metge especialista en farmacologia clínica. Gerència del Medicament del CatSalut.

Tots els autors i col·laboradors han realitzat una declaració de conflicte d'interessos.

L'Associació Catalana de Llevadores, l'Associació Catalana d'Uròlegs de Comarques, la Societat Catalana de Farmàcia Clínica, la Societat Catalana de Farmacologia Clínica, la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia, la Societat Catalano-Balear d'Infermeria, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, la Societat Catalanobalear de Medicina Interna, la Societat Catalana de Medicina Física i Rehabilitació, la Societat Catalano-Balear de Fisioteràpia, la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia, i la Societat Catalana d'Urologia han tingut l'oportunitat d'enviar comentaris al document, si bé el text final és l'adoptat pel Grup de treball de les pautes i el PHF i pot no coincidir amb els plantejaments fets per les societats que han estat consultades durant el procés d'informació pública.

Suggerim que aquest document sigui citat de la manera següent: **Programa d'harmonització farmacoterapèutica. Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021.**

**Paraules clau:** incontinència urinària, anticolinèrgic, mirabegró, no farmacològic, absorbent d'orina, algorisme, pauta harmonització.

#### **Alguns drets reservats**

© 2021, Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercialSenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

#### **Edita:**

Servei Català de la Salut

#### **Assessorament lingüístic:**

Àrea de Ciutadania, Innovació i Usuari

**Índex**

1. Punts clau del tractament de la incontinència urinària.....	5
2. Algorisme de tractament .....	10
3. Introducció .....	12
4. Metodologia .....	12
5. Incontinència urinària i altres símptomes del tracte urinari .....	14
6. Objectiu del tractament .....	16
7. Tractament no farmacològic.....	16
7.1. Mesures higienicodietètiques .....	16
7.2. Tècniques conductuals.....	17
8. Tractament farmacològic.....	18
8.1. Informació general sobre els fàrmacs disponibles per al tractament de la IU .....	19
8.2. Recomanacions per al tractament farmacològic de la IUU .....	22
8.3. Recomanacions per al tractament farmacològic de la IUE .....	24
8.4. Recomanacions per al tractament farmacològic de la IUM.....	24
9. Tractament invasiu.....	25
10. Dispositius per a la incontinència .....	25
11. Maneig de la IU en poblacions especials .....	29
11.1. Homes amb símptomes del tracte urinari inferior .....	29
11.2. Gent gran amb multimorbiditat .....	32
11.3. Dones embarassades i en el postpart .....	35
12. Àrea econòmica.....	36
13. El que cal evitar .....	37
Annex 1. Patologies i medicaments associats amb la incontinència urinària .....	40
Annex 2. Diari miccional.....	42
Annex 3. Qüestionaris d'ajuda per al diagnòstic de la incontinència urinària .....	44
Annex 4. Qüestionari de qualitat de vida en incontinència urinària .....	45
Annex 5. Fàrmacs amb activitat anticolinèrgica i estratègies d'optimització del tractament .....	46
Annex 6. Taules de maneig dels medicaments per al tractament dels STUI.....	48
Annex 7. Escala de símptomes prostàtics .....	53
Annex 8. Decàleg per a una prescripció prudent de medicaments amb activitat anticolinèrgica ..	54
Annex 9. Categories dels medicaments per al tractament dels STUI.....	55
Glossari d'abreviacions .....	56
Bibliografia .....	57

## 1. Punts clau del tractament de la incontinència urinària

### ▪ Consideracions generals sobre el diagnòstic i el tractament

- Abans d'instaurar cap tractament, cal valorar si la incontinència urinària (IU) és transitòria i si és secundària a altres patologies o tractaments concomitants del pacient per modificar, sempre que sigui possible, la causa subjacent (desprescripció d'un tractament, control d'una malaltia, etc.; vegeu l'annex 1).
- 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 (vegeu els annexos 2, 3 i 4).
- S'han de tenir en compte les repercussions socials i psicològiques de la IU. Es recomana crear un ambient de confiança i comprensió que permeti al pacient expressar els seus sentiments per afavorir l'adaptació a la situació i augmentar la seva autoestima.
- 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.
- L'objectiu del tractament és reduir les pèrdues involuntàries d'orina, així com els símptomes associats, com l'increment de la freqüència miccional, la urgència o la nictúria per aconseguir millores en la qualitat de vida.

### ▪ Tractament no farmacològic

- El maneig inicial recomanat per al tractament de la IU és el tractament no farmacològic (mesures higienicodietètiques i tècniques conductuals).
- Cal fer especial èmfasi en el compliment d'aquestes mesures i mantenir-les durant tota l'evolució de la IU, encara que també s'utilitzin altres estratègies de tractament.
- Les mesures higienicodietètiques recomanades són: mantenir un índex de massa corporal (IMC)  $< 30 \text{ kg/m}^2$ , 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 personal especialitzat i expert en la seva realització.
- La micció pautaada es recomana per al tractament de la incontinència urinària d'urgència (IUU), de la incontinència urinària mixta (IUM) quan predomina la urgència urinària (UU) i per a la gent gran.
- L'entrenament dels músculs del sòl pelvià (exercicis de Kegel) està indicat per al tractament de la incontinència urinària d'esforç (IUE) i en la IUM si predomina la IUE, tot i que també pot ser útil en la IUU.
- 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 sis-dotze setmanes abans d'instaurar un tractament farmacològic.
  - **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 (o barreres de no adherència) 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 maneig no farmacològic.
- Els principals fàrmacs orals disponibles són els anticolinèrgics i els agonistes  $\beta$ 3-adrenèrgics (fàrmacs relaxants del detrusor).
- En pacients predominantment amb IUU, el tractament farmacològic oral ha mostrat una millora modesta de la simptomatologia, amb reduccions mitjanes 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.
- 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.
- Abans d'iniciar qualsevol tractament, cal valorar la repercussió de la IUU en la qualitat de vida dels pacients i/o dels cuidadors, les expectatives del pacient, les comorbiditats, els tractaments concomitants i la relació benefici-risc d'iniciar el tractament.
- 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.
- Quan es prescriu un anticolinèrgic, cal tenir en compte la càrrega anticolinèrgica associada al tractament del pacient (vegeu l'annex 5; a l'enllaç següent es pot calcular la càrrega anticolinèrgica: <https://www.anticholinergicscales.es>). S'ha d'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.
- En aquells pacients en els quals els anticolinèrgics no són adequats\*, quan amb aquests es presentin reaccions adverses no tolerables per als pacients 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.
- Si s'inicia un tractament amb mirabegró, cal vigilar la pressió arterial, sobretot en pacients hipertensos. Està contraindicat en cas d'hipertensió 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.

† Disminució  $\geq 4$  punts en el qüestionari ICIQ-UI SF acompanyada d'una millora en els símptomes que el pacient consideri suficient.

- Es recomana valorar la tolerabilitat dels tractaments farmacològics a partir de quatre setmanes després d'haver-los iniciat, i l'efectivitat, entre vuit i dotze 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 poder 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 dotze mesos, i en pacients  $\geq 75$  anys o quan canvia la situació basal o les comorbiditats del pacient, cada sis mesos. S'han de valorar l'adherència i les reaccions adverses a llarg termini.
- Si en vuit-dotze setmanes de tractament farmacològic no hi ha benefici clínic o si en les revisions successives 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 sobre la desprescripció ha de ser individualitzada, acordada i planificada amb la persona. No cal fer una retirada gradual.
- 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.
- 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.
  - **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.
  - **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'han 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.
- Els col·lectors d'orina es recomanen en homes que prefereixen no seguir un tractament actiu, en homes que no han respost al tractament o el tenen contraindicat, o com a mesura de suport temporal. També poden ser útils en alguns casos d'IU associada a la discapacitat.

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

- Els blocadors d'adrenoreceptors  $\alpha_1$  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  $\alpha_1$ , 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  $\alpha_1$  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 quatre setmanes després d'haver iniciat el tractament, i l'efectivitat, entre vuit i dotze setmanes després de l'inici.
- S'ha de fer una reavaluació periòdica de la resposta al relaxant del detrusor i, si en vuit-dotze setmanes no hi ha benefici clínic o si en les revisions successives 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, és imprescindible realitzar prèviament 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 a la qual no es recomana el tractament farmacològic.
- Cal fer tots els esforços possibles per prioritzar el tractament no farmacològic i garantir l'adherència a aquest. Com a mesures específiques, es recomana: 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 un nivell cognitiu adequat, implementar un programa de micció pautada assistida pel cuidador si hi ha un dèficit de mobilitat i/o deteriorament cognitiu i realitzar un entrenament amb exercicis funcionals per millorar les activitats de la vida quotidiana.
- 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 polimedicació.



- Atès el risc de iatrogènia, s'ha d'evitar el tractament farmacològic 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.
- 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 (vegeu l'annex 5). No s'han d'utilitzar els anticolinèrgics si la càrrega anticolinèrgica del tractament habitual del pacient és alta o si el fet d'afegir l'anticolinèrgic urinari fa que la càrrega passi a ser alta.
- 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. Així mateix, cal fer una reavaluació periòdica de la relació benefici-risc i discontinuar el tractament si no hi ha benefici o si hi ha reaccions adverses no tolerables.
- La discontinuació del tractament també es pot considerar dins d'un procés de desprescripció. La manca d'efectivitat, la polimediació, 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 en gent gran. La decisió sobre la desprescripció del tractament ha de ser individualitzada, acordada i planificada amb la persona. No cal fer una retirada gradual.
- L'edat per si mateixa no és una contraindicació per al tractament quirúrgic. S'ha d'avaluar el risc quirúrgic i tractar de minimitzar les complicacions postquirúrgiques freqüents en gent gran.
  - **Dones embarassades i en el postpart**
- S'ha d'informar sobre l'afectació dels músculs del sòl pelvià a conseqüència de l'embaràs. Cal 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.
- 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.

## 2. Algorisme de tractament

Figura 1. Algorisme de maneig general de la incontinència urinària

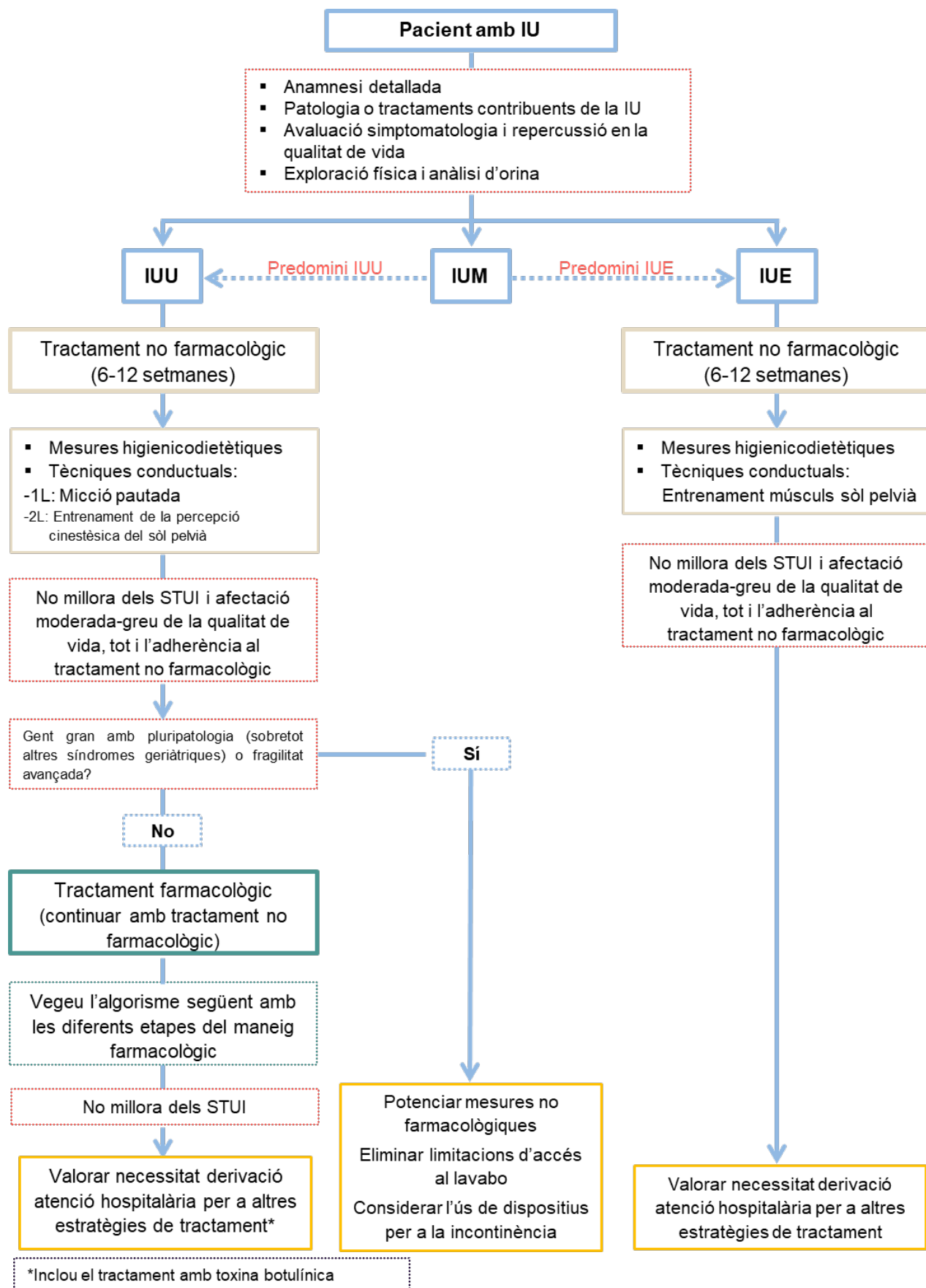
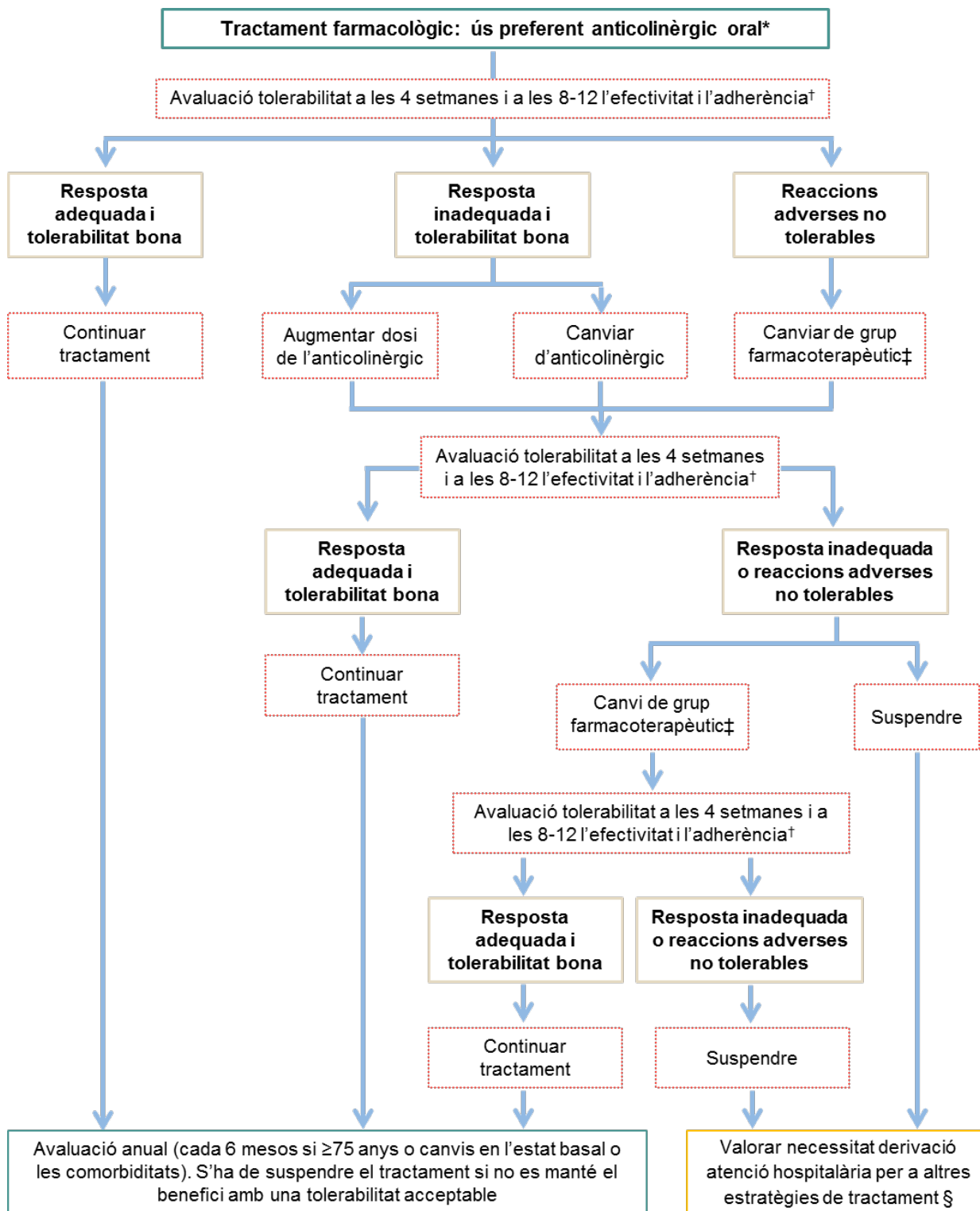


Figura 2. Algorisme de maneig farmacològic de la incontinència urinària



\*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.anticolinergicscales.es>

\*En pacients en els quals els anticolinèrgics no són adequats (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 pot valorar mirabegró.

†Si la manca d'adherència és intencional per reaccions adverses no tolerables o per una eficàcia 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  $\beta_3$  disponible és el mirabegró.

§ Inclou el tractament amb toxina botulínica.

||Resposta adequada: disminució  $\geq 4$  punts en l'ICIQ-UI SF i millora dels STUI que el pacient consideri suficient.

### 3. Introducció

Un dels objectius estratègics del Pla de salut 2016-2020 és l'abordatge de la política farmacèutica i del medicament d'una forma integral i integrada en la resta del sistema sanitari i dels sectors productius, per millorar els resultats en salut i fomentar l'ús racional, segur, eficaç i eficient dels medicaments. Així mateix, entre les prioritats d'aquest Pla de salut també hi ha la consolidació del Programa d'harmonització farmacoterapèutica (PHF) del Servei Català de la Salut (CatSalut).

Les [Pautes d'harmonització farmacoterapèutica](#), elaborades en el marc del PHF, són una eina adreçada a tots els professionals assistencials per establir unes bones pràctiques en el maneig farmacològic de diferents patologies prioritzades. Són objectius de les pautes oferir una visió integral en l'aproximació farmacoterapèutica d'una determinada patologia, establir criteris de selecció de medicaments, proporcionar eines de suport consultables en la pràctica diària, unificar la informació en un document de referència i, en definitiva, reduir la variabilitat en la pràctica clínica per tal de millorar els resultats en salut. Les pautes donen suport als professionals sanitaris en la presa de decisions farmacoterapèutiques, però no substitueixen les actuacions individuals que es puguin fer per a pacients concrets.

Aquesta pauta té l'objectiu d'harmonitzar el tractament farmacològic dels pacients amb incontinència urinària i es dirigeix, principalment, als professionals de l'àmbit de l'atenció primària, comunitària i especialitzada.

### 4. Metodologia

Per a l'elaboració de les pautes s'ha constituït un grup de treball multidisciplinari, coordinat des del CatSalut, amb l'objectiu de fer una revisió crítica de l'evidència científica, incorporar els coneixements i l'experiència clínica dels experts, i aconseguir consens sobre la millor pauta terapèutica entre els diferents professionals implicats en el procés assistencial dels pacients.

D'acord amb el grup de treball, es prioritzen les guies de pràctica clínica de referència vigents i s'identifiquen les revisions sistemàtiques i els assaigs clínics de rellevància que plantegen preguntes clíniques concretes. La pauta també incorpora la revisió de l'evidència científica generada després de la publicació de les esmentades guies i la utilització de criteris d'eficiència per a la realització de recomanacions de selecció i prioritjació de medicaments i/o grups terapèutics, d'acord amb la política farmacèutica del CatSalut.

L'equip coordinador del CatSalut analitza, sintetitza i elabora les recomanacions de les pautes, que són valorades i aprovades pel grup de treball. El procés d'elaboració d'aquestes recomanacions inclou la identificació dels punts d'acord i discrepància entre les guies, i el consens d'experts quan les recomanacions no són coincidents o quan hi ha aspectes sobre els quals no hi ha evidència científica suficient.

L'heterogeneïtat quant a la intensitat dels símptomes, l'afectació de la qualitat de vida i les opcions terapèutiques emprades prèviament en els pacients atesos en l'atenció primària i en l'atenció hospitalària dificulta fer recomanacions farmacoterapèutiques generals per a ambdós àmbits assistencials. No obstant això, durant l'elaboració d'aquest document, el grup de treball format per professionals dels diferents àmbits d'atenció ha arribat a una sèrie de punts de consens àmpliament discutits per tal d'oferir recomanacions poblacionals que donin suport als professionals sanitaris que atenen pacients amb incontinència urinària.

Amb l'objectiu de millorar la qualitat de les recomanacions i analitzar-ne la pertinença, l'aplicabilitat, la claredat i la congruència, les pautes són revisades en el Consell Assessor de la Medicació de l'Atenció Primària i Comunitària i Atenció Especialitzada (CAMAPCE) i en la Comissió Farmacoterapèutica per al SISCAT (CFT-SISCAT), que inclouen professionals de diferents àmbits i representants de pacients i dels diferents proveïdors de salut de Catalunya. Així mateix, les pautes disposen d'un període d'informació pública per a les societats científiques interessades.

Els documents prioritzats que han servit de base per a l'elaboració d'aquestes pautes han estat els següents:

- Asociación Española de Urología (AEU). Guía de atención a personas con incontinencia urinaria; 2020.<sup>1</sup>
- Institut Català de la Salut (ICS). Protocol de diagnòstic i tractament de la incontinència urinària en la dona. Coordinació entre diferents nivells assistencials. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; 2020.<sup>2</sup>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NG123); 2019.<sup>3</sup>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia práctica. Incontinencia urinaria mixta: diagnóstico y tratamiento; 2019.<sup>4</sup>
- European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO); 2019.<sup>5</sup>
- European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Urinary Incontinence; 2018.<sup>6</sup>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia práctica. Tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva; 2018.<sup>7</sup>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia práctica. Incontinencia urinaria en la anciana; 2018.<sup>8</sup>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia práctica. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo; 2017.<sup>9</sup>
- 6th International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence; 2017.<sup>10</sup>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Lower urinary tract symptoms in men: management (CG97); 2010 (actualitzat 2015).<sup>11</sup>

Paral·lelament a l'elaboració d'aquest document, s'ha redactat un argumentari dels aspectes clau de les pautes, l'objectiu del qual és clarificar les fonts bibliogràfiques i els arguments considerats per a l'elaboració de les recomanacions més rellevants. Així mateix, s'ha elaborat una guia de consulta ràpida amb els punts més importants de les pautes i una presentació per facilitar la comunicació als professionals.

## 5. Incontinència urinària i altres símptomes del tracte urinari

Els símptomes del tracte urinari inferior (STUI) són símptomes que poden originar-se a la bufeta, la pròstata, la uretra i/o el sòl pelvià o els òrgans pelvians adjacents, o bé, a vegades, referir-se a estructures adjacents innervades de forma similar com, per exemple, l'urèter distal. Els STUI es divideixen en símptomes d'ompliment, de buidatge i postmiccionals. 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. Així mateix, la IU pot ser un signe detectat pel diari miccional, l'exploració física o l'estudi urodinàmic. La IU, com a símptoma percebut pels pacients, no sempre es detecta amb les diferents eines diagnòstiques.<sup>12,13</sup>

La IU és freqüent, sobretot en persones grans. A Espanya, l'estudi EPICC va estimar la prevalença en el 9,9 % i el 5,1 % de les dones i dels homes < 65 anys, respectivament, i en el 53,7 % dels ≥ 65 anys.<sup>14</sup> A més, la IU és una de les denominades síndromes geriàtriques‡, les quals són síndromes amb prevalença i incidència alta en població geriàtrica, que s'associen entre si i que originen incapacitat física, psíquica i social, així com un deteriorament en la qualitat de vida.<sup>15</sup>

Hi ha diferents tipus d'IU. Les més habituals són:<sup>12</sup>

- Incontinència urinària d'esforç (IUE): pèrdua involuntària d'orina per un esforç físic (esport, tos, esternut, etc.).
- Incontinència urinària d'urgència (IUU): pèrdua involuntària d'orina associada a la urgència urinària (UU). La UU és el desig miccional sobtat i imperiós que fa difícil diferir la micció.  
La síndrome de bufeta hiperactiva (SBH) es caracteritza per la presència d'UU, generalment acompanyada d'un augment de la freqüència miccional diürna i/o de nictúria, amb IU o sense, en absència d'infecció de les vies urinàries o d'una altra malaltia detectable.
- Incontinència urinària mixta (IUM): pèrdua d'orina associada a la urgència i també a l'esforç físic.
- Incontinència associada a la discapacitat§: IU causada per la incapacitat funcional d'arribar a un lavabo a temps a causa de problemes físics (per exemple, ortopèdics o neurològics) i/o mentals.
- Incontinència de sobreeiximents: IU per la presència simptomàtica d'una bufeta excessivament plena, sense una causa identificada.
- Incontinència extrauretral§: pèrdua d'orina per canals diferents del meat uretral, per exemple, per una fístula.

A banda de la IU i la UU, altres símptomes d'ompliment són l'increment de la freqüència miccional (el pacient o el cuidador considera que les seves miccions són més freqüents que el que es considera normal); l'increment de la freqüència miccional diürna (el pacient o el cuidador considera que les seves miccions són més freqüents que el que es considera normal durant el període en el qual la persona està desperta), i la nictúria (el pacient es desperta una vegada o més per orinar i això li causa molèsties, ja que després ha de reprendre el son).

‡Grans síndromes geriàtriques: immobilitat, caigudes, incontinència, deteriorament cognitiu. Altres síndromes geriàtriques: úlceres per pressió, deprivació sensorial, malnutrició, deshidratació, insomni, restrenyiment o impactació fecal, depressió, hipotèrmia, fragilitat i iatrogènia.<sup>69</sup>

§ No es corresponen amb un problema en la fase d'ompliment i no se'n detalla l'abordatge en aquest document.

Així mateix, la IU té repercussions socials i psicològiques, ja que afecta a l'autoestima i afavoreix el distanciament social. Les persones amb IU presenten solitud, aïllament, depressió i ansietat amb més freqüència que les persones sense IU.<sup>1</sup>

El diagnòstic de la IU es basa en:<sup>16</sup>

– Entrevista clínica:

- Fer una anamnesi dels antecedents personals (inclòs l'embaràs i el tipus de part) i quirúrgics (sobretot del tracte genitourinari), de l'estat funcional, les comorbiditats i el tractament farmacològic actual del pacient.
- Valorar si la IU és transitòria i si pot estar motivada per altres patologies o tractaments que puguin associar-se al desenvolupament o empitjorament de la IU (vegeu l'annex 1). També s'ha de valorar si la IU és conseqüència d'una cirurgia. En aquests casos s'ha de fer una intervenció dirigida a modificar la causa subjacent (desprescripció d'un tractament, control d'una malaltia, etc.) abans d'instaurar cap tractament.
- Avaluar detalladament la simptomatologia que presenta el pacient. Per recollir els símptomes de forma objectiva, es disposa del **diari miccional** de tres dies (DM3d, vegeu l'annex 2), que recull informació sobre el volum de cada micció, la freqüència miccional, el nombre d'episodis d'UU, el nombre d'episodis d'IU i la utilització d'absorbents. A més de l'avaluació inicial de la simptomatologia en el moment del diagnòstic, és útil recórrer al diari miccional per fer el seguiment dels símptomes i valorar l'efecte d'un tractament en comparació amb la situació basal. El diari miccional també permet identificar altres causes dels STUI, com una ingesta excessiva o desequilibrada de begudes al llarg del dia i la poliúria nocturna, en la qual està molt augmentada la diuresi nocturna. Així mateix, pot ser útil emprar qüestionaris d'ajuda per al diagnòstic dels diferents tipus d'IU com el de Vila Coll *et al.* (vegeu l'annex 3).
- Determinar la gravetat de la simptomatologia i la repercussió en la qualitat de vida mitjançant diferents qüestionaris validats en castellà (no en català), com l'*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form* \*\* (ICIQ-UI SF; vegeu l'annex 4).<sup>16,17</sup>

– Exploració física:

- Descartar altres patologies amb simptomatologia compatible o determinar si existeix una IU complicada. Ha d'incloure la valoració de la mobilitat, l'estat nutricional o la presència d'edemes.
- Valorar si existeix prolapse genital, globus vesical, estenosi del meat urinari, masses pelvianes, atrofia vaginal o fístula urinària, entre d'altres.
- També es pot realitzar un test d'esforç per determinar si hi ha fugues d'orina amb la tos.

---

\*\*S'ha seleccionat aquest qüestionari per valorar l'afectació de la qualitat de vida per la simplicitat i facilitat d'administració en la consulta. No obstant això, hi ha altres eines disponibles.

- Proves complementàries:
  - Realitzar una anàlisi d'orina per descartar la infecció urinària o l'hematúria.
  - En alguns pacients, pot ser necessari realitzar altres proves complementàries, com la determinació del volum residual postmiccional, l'estudi urodinàmic o l'estudi ecogràfic de les vies urinàries.

## 6. Objectiu del tractament

L'objectiu del tractament és reduir les pèrdues involuntàries d'orina, així com els símptomes associats, com l'increment de la freqüència miccional, la urgència o la nictúria, per aconseguir millores en la qualitat de vida.

## 7. Tractament no farmacològic

- El maneig inicial recomanat per al tractament de la IU és el tractament no farmacològic. Cal fer especial èmfasi en aquesta fase del maneig i continuar-lo durant tota l'evolució de la IU i encara que també s'utilitzin altres estratègies de tractament. <sup>1-4,7,9,16,18</sup>
- El tractament no farmacològic consisteix en l'adopció de mesures higienicodietètiques i en l'aprenentatge de tècniques conductuals (micció pautada i entrenament dels músculs del sòl pelvià). <sup>1-4,7,9,16,18,1,3,4,7,9,16,18</sup>
- 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). <sup>1,2,8</sup>
- Els dispositius per a la incontinència (absorbents i col·lectors d'orina, principalment) són útils per al maneig de la IU en determinats pacients (vegeu l'apartat 10).

### 7.1. Mesures higienicodietètiques

- Les mesures higienicodietètiques recomanades per millorar la IU són: <sup>1-4,7,9,16,18</sup>

#### Generals

- Reduir el pes en persones amb índex de massa corporal (IMC) > 30 kg/m<sup>2</sup>.
- Reduir la ingesta de cafeïna (cafè, te, cola, xocolata) i d'alcohol, ja que podrien empitjorar la freqüència miccional i la urgència.
- Mantenir uns hàbits de deposicions apropiats i tractar el restrenyiment, si cal.
- Mantenir una ingesta de fluids adequada a les necessitats (≈ 1.500 - 2.000 mL), amb una distribució al llarg del dia proporcionada i adaptada a l'estil de vida del pacient. En gent gran, cal vigilar que la restricció en la ingesta de fluids no produeixi deshidratació, atès que es relaciona amb un increment de la morbiditat.
- S'ha de vigilar amb la ingesta d'infusions††, sobretot el poliol d'aigua i la til·la, ja que en un estudi s'ha relacionat amb un augment de la IU.<sup>19</sup>

---

††Tot i que no és una recomanació recollida en les guies de pràctica clínica prioritzades, en un estudi en el nostre entorn es va relacionar el consum d'infusions amb un augment de la IU [OR = 2,7; IC 95 % (1,69 a 4,40)]. El poliol d'aigua i la til·la es van associar amb IU, mentre que la sàlvia va disminuir-ne el risc.



- Promoure la cessació tabàquica mitjançant el consell sanitari breu.
- Realitzar activitat física regular<sup>‡‡</sup> i adaptada a les necessitats de cada pacient.
- Incorporar higiene postural en les activitats de la vida quotidiana.

#### **Específiques de la micció**

- Intentar mantenir uns hàbits miccionals regulars.
- Afavorir el buidatge complet, que sigui de manera relaxada, mantenint una bona posició durant la micció, deixant que el raig surti fins a l'última gota i evitant empènyer.

## **7.2. Tècniques conductuals**

- Les tècniques conductuals són la primera opció de tractament i el pilar fonamental sobre el qual s'ha de basar el tractament de la IU. Milloren la IU en la major part dels pacients, normalment no presenten reaccions adverses i poden utilitzar-se juntament amb altres tractaments. <sup>1,3,4,7,9,16,18</sup>
- La micció pautaada i l'entrenament dels músculs del sòl pelvià (exercicis de Kegel) són les tècniques recomanades. Aquestes tècniques són educacionals i s'han d'utilitzar en pacients amb un estat cognitiu i motor que permeti el reforç positiu, és a dir, en pacients motivats que volen mantenir la independència de dispositius protectors externs o que volen evitar o endarrerir la necessitat de tractaments farmacològics o invasius. La micció pautaada també pot ser una tècnica dependent del cuidador recomanada per a pacients amb deteriorament cognitiu i/o motor. <sup>1,3,4,7,9,16,18</sup>
- Aquestes tècniques han de ser supervisades per personal especialitzat i expert en la seva realització.
- Si el maneig de la IU amb tècniques conductuals és efectiu, aquestes s'han de mantenir independentment de l'àmbit assistencial o residencial en el qual es trobi el pacient, o independentment que s'emprin altres opcions de maneig.
  - Micció pautaada<sup>1,3,7,16</sup>
- La micció pautaada és la primera línia de tractament en la IUU; en la IUM, si el símptoma principal és la UU, i en gent gran amb IU.
- La micció pautaada té com a objectiu restablir el patró miccional normal mitjançant el buidament periòdic de la bufeta. Es pretén augmentar la capacitat vesical i reduir tant la UU com els episodis d'IU. D'aquesta manera, millora la confiança del pacient pel que fa al control de la bufeta.
- En pacients amb bon estat cognitiu i motor, es recomana establir un règim progressiu d'almenys sis setmanes de durada. S'ha de planificar un entrenament individualitzat i adaptat a cada pacient a partir dels resultats del diari miccional previ. Encara que depèn de la situació basal de cada pacient, una pauta habitual és començar amb intervals de micció de 60 minuts, que s'augmenten en 10-15 minuts fins a arribar a una freqüència de cada dues-tres hores.

---

<sup>‡‡</sup>L'activitat física d'intensitat alta pot augmentar la probabilitat d'IUE durant l'activitat física.

- Com a part de l'entrenament, i conjuntament amb la planificació de les miccions, se solen utilitzar estratègies d'inhibició de la UU, com la distracció i la relaxació.
- En pacients amb deteriorament cognitiu i/o motor, s'han d'incloure les miccions en la rutina diària i cal que el cuidador les suggereixi en intervals de temps regulars prèviament a l'escapament d'orina. Els recordatoris de les miccions han de ser cada dues-tres hores. També es pot incloure el reconeixement positiu cap al pacient davant de conductes de buidament adequades.
- Si en quatre-vuit setmanes no s'aconsegueix una continència superior a dues hores, es pot plantejar la suspensió de la teràpia.
  - Entrenament dels músculs del sòl pelvià<sup>1,3,7,9,16,20</sup>
- L'entrenament dels músculs del sòl pelvià (exercicis de Kegel) és el tractament de primera línia en la IUE (incloses les dones grans i després del part) i en la IUM, si predominen les pèrdues d'orina davant d'un esforç. També pot ser útil en la IUU per millorar la percepció cinestèsica de la contracció i relaxació dels músculs del sòl pelvià.
- També es recomana aquest entrenament per disminuir el temps per arribar a la continència en homes amb cirurgia radical de pròstata.
- L'entrenament dels músculs del sòl pelvià consisteix a contraure repetidament la musculatura del sòl pelvià per enfortir-lo progressivament; aquestes contraccions han d'estar acompanyades pel treball postural i de la respiració adequat. L'entrenament ha de ser supervisat per personal expert.
- En general, es recomana contraure el sòl pelvià durant sis-vuit segons, fer tres o quatre contraccions ràpides i relaxar la musculatura entre sis i vuit segons. S'ha de repetir aquesta seqüència de vuit a dotze vegades, tres cops al dia i durant cinc dies a la setmana.
- Es recomana realitzar els exercicis almenys vuit-dotze setmanes i continuar-los fent amb regularitat per mantenir-ne l'efecte.
- Es recomana adquirir l'hàbit de la contracció dels músculs del sòl pelvià davant l'esforç.
- En pacients amb dificultat per aïllar la contracció de la musculatura pelviana, es poden utilitzar tècniques de retroalimentació (*biofeedback*) i d'electroestimulació, o cons vaginals perquè la pacient sigui conscient de la seva fisiologia.
- No es recomanen els exercicis abdominals hipopressius com a substitució d'un programa d'entrenament dels músculs del sòl pelvià.

## 8. Tractament farmacològic

- No hi ha una evidència consistent que mostri que el tractament farmacològic sigui superior al tractament no farmacològic (mesures higienicodietètiques i tècniques conductuals) en el maneig de la IU.<sup>1,3,4,7,16</sup>
- 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 (o barreres de no adherència) per poder dissenyar estratègies individuals ajustades a les necessitats del pacient que permetin millorar-la abans d'instaurar un tractament farmacològic.

- El tractament farmacològic ha mostrat millorar de forma modesta alguns dels STUI i, en alguns assaigs clínics, la qualitat de vida. És una opció de tractament quan no s'ha assolit una millora adequada dels STUI amb les mesures higienicodietètiques i les tècniques conductuals, i hi ha una afectació almenys moderada de la qualitat de vida.<sup>1,3,4,7,16</sup>
- Els principals fàrmacs orals disponibles són els anticolinèrgics i els agonistes  $\beta$ 3-adrenèrgics (fàrmacs relaxants del detrusor). Com a medicament injectable, es disposa de la toxina botulínica.

### 8.1. Informació general sobre els fàrmacs disponibles per al tractament de la IU

- **Anticolinèrgics**<sup>1,3,4,7,16,21</sup>

- Actualment hi ha comercialitzats a Espanya set anticolinèrgics orals: tolterodina, solifenacina, clorur de trospi, oxibutinina, propiverina, fesoterodina i desfesoterodina. L'oxibutinina també està disponible com a pegats d'administració transdèrmica.
- Estan autoritzats per al tractament dels símptomes urinaris que poden produir-se en la SBH en adults (UU i/o augment de la freqüència miccional i/o IUU).
- Actuen disminuint les contraccions involuntàries del múscul detrusor de la bufeta urinària mitjançant la inhibició dels receptors muscarínics.
- Els anticolinèrgics són els fàrmacs amb més experiència d'ús. En assaigs clínics han mostrat reduccions mitjanes 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.<sup>22</sup>
- En alguns assaigs clínics s'han observat millores modestes en la qualitat de vida mesurada amb l'escala OAB-q<sup>§§</sup> respecte a placebo, però es desconeix la rellevància clínica dels resultats observats.<sup>23</sup>
- Les dades d'eficàcia disponibles per als diferents fàrmacs anticolinèrgics no permeten establir de forma consistent la superioritat d'uns respecte dels altres.
- Les reaccions adverses més freqüents són les de tipus perifèric, sobretot la sequedat de boca i el restrenyiment. També poden aparèixer visió borrosa, mareig, nàusees i dispèpsia, entre d'altres. Quant a la sequedat de boca, és menys freqüent amb les formulacions d'alliberació prolongada.
- Les reaccions adverses a nivell central 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, ja que aquestes reaccions són més freqüents a mesura que augmenta la permeabilitat de la barrera hematoencefàlica
- El tractament a llarg termini amb anticolinèrgics 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.<sup>24,25</sup> S'ha de tenir en compte la càrrega anticolinèrgica de cada pacient (vegeu l'annex 5).

---

§§ *Overactive Bladder Questionnaire* (OAB-q) és un qüestionari amb dues subescales: molèstia dels símptomes i qualitat de vida, amb puntuació de 0 a 100. Puntuacions més altes indiquen més gravetat en la subescala dels símptomes o millor qualitat de vida en l'altra subescala. La diferència mínima clínicament important és de 10 punts en cada subescala. Molt utilitzada en assaigs clínics, però poc emprada a la pràctica clínica.

- D'acord amb les fitxes tècniques, estan contraindicats en cas de retenció urinària, símptomes obstructius greus, glaucoma d'angle tancat no controlat, miastènia *gravis*, trastorns obstructius o de la motilitat gastrointestinal greus, megacòlon tòxic o colitis ulcerosa greu.
- En els estudis d'utilització tant internacionals com del nostre entorn s'ha observat que l'adherència i la persistència al tractament amb anticolinèrgics són baixes<sup>\*\*\*</sup>, la qual cosa s'explica principalment per l'eficàcia limitada i les reaccions adverses del tractament, però també s'han identificat com a causes d'adherència baixa les expectatives no realistes sobre l'efecte del tractament i els tractaments d'administració diversos cops al dia (vegeu l'estudi d'utilització de medicaments per a la IU).<sup>16,26</sup>
  - **Agonistes  $\beta$ 3-adrenèrgics**<sup>1,3,4,7,16,21</sup>
- Actualment, el mirabegró és l'únic agonista  $\beta$ 3-adrenèrgic disponible. Està autoritzat per al tractament dels símptomes urinaris que poden produir-se en la SBH en adults (UU i/o augment de la freqüència miccional i/o IUU). És la mateixa indicació que la dels anticolinèrgics.
- El mirabegró produeix la relaxació del múscul llis de la bufeta urinària per activació dels receptors  $\beta$ 3 i en disminueix les contraccions.
- Respecte a placebo, el mirabegró ha mostrat uns resultats en el control dels símptomes urinaris de magnitud similar a la dels anticolinèrgics (diferències en la reducció mitjana de 0,9 episodis d'UU/dia, 0,6 episodis d'IU/dia i 0,7 miccions/dia), tot i que en un assaig clínic no es va poder demostrar la no inferioritat del mirabegró respecte a la solifenacina en la variable de reducció del nombre de miccions diàries.<sup>27</sup>
- En alguns assaigs clínics s'han observat millores modestes en la qualitat de vida mesurada amb l'escala OAB-q<sup>SS</sup> respecte a placebo, però es desconeix la rellevància clínica dels resultats observats.<sup>23</sup>
- Les principals reaccions adverses són les infeccions del tracte urinari, la taquicàrdia, les nàusees, la diarrea, la cefalea, el mareig i el restrenyiment. Com a reaccions adverses 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.<sup>28</sup>
- Cal mesurar la pressió arterial abans d'iniciar el tractament amb mirabegró i anar-la mesurant periòdicament durant aquest, especialment en pacients hipertensos. Està contraindicat en cas d'hipertensió greu no controlada (pressió arterial sistòlica  $\geq$  180 mmHg i/o pressió arterial diastòlica  $\geq$  110 mmHg) i no es recomana utilitzar-lo en pacients hipertensos de difícil control.
- En els estudis d'utilització tant internacionals com del nostre entorn s'ha observat que l'adherència i persistència al tractament amb mirabegró són baixes<sup>\*\*\*</sup>, la qual cosa s'explica principalment per l'eficàcia limitada i les reaccions adverses del tractament, però també s'han identificat com a causes d'adherència baixa les expectatives no realistes sobre l'efecte del tractament (vegeu l'estudi d'utilització de medicaments per a la IU).<sup>16,26</sup>

---

\*\*\* En estudis internacionals s'ha estimat una adherència del 22 % al 35 % per als anticolinèrgics i del 43 % per al mirabegró. En un estudi realitzat a Catalunya, l'adherència va ser del 66,5 % quan el primer tractament es va fer amb un anticolinèrgic i del 69 % quan es va fer amb mirabegró (vegeu l'argumentari i l'estudi d'utilització per a més informació).

- **Toxina botulínica**<sup>1,3,4,7,16,21</sup>

- La toxina botulínica tipus A és un medicament d'ús hospitalari d'administració intravesical que bloqueja temporalment l'alliberació d'acetilcolina en les terminacions nervioses colinèrgiques perifèriques. L'administració intradetrusor es realitza mitjançant un procediment quirúrgic amb un cistoscopi i requereix anestèsia local.
- Està autoritzada per al tractament de pacients amb SBH i símptomes d'UU, augment de la freqüència miccional i IU que no han respost adequadament al tractament farmacològic o que hi són intolerants.
- En pacients amb resposta inadequada als anticolinèrgics o que no els havien tolerat, la toxina botulínica va produir una disminució mitjana d'1,7-2,4 episodis d'UU/dia, 1,8-1,9 episodis d'IU/dia i 1,2-1,7 miccions/dia respecte a placebo.<sup>29,30</sup>
- Les reaccions adverses són principalment les infeccions del tracte urinari, la disúria i un residu postmiccional elevat que pot necessitar temporalment autosondatge net intermitent.
- Està contraindicada en pacients amb infecció del tracte urinari en el moment del tractament, pacients amb retenció aguda d'orina en el moment del tractament i pacients que no volen o no poden sondar-se després del tractament si és necessari.
- El tractament es pot repetir quan apareguin de nou els símptomes de la IUU, però no abans de dotze setmanes.

- **Altres estratègies de tractament farmacològic**

- Les dades sobre l'ús combinat d'anticolinèrgics i mirabegró són escasses. En un assaig clínic, el tractament combinat amb solifenacina i mirabegró ha mostrat una reducció de 0,3 i 0,1 episodis d'IU davant de solifenacina 5 mg i 10 mg en monoteràpia, respectivament. En un altre estudi, els resultats van ser similars. El perfil de seguretat és concordant amb el conegut per a cada un dels dos fàrmacs. A banda d'això, es van produir més discontinuacions per esdeveniments adversos i més esdeveniments adversos greus amb la combinació.<sup>31,32</sup>
- La utilització d'**estrògens vaginals** en dones postmenopàusiques i amb IU ha mostrat una millora de la IU (RR = 0,7 [IC 95 % de 0,6 a 0,9]), una reducció d'1,8 miccions/dia i millores en altres STUI. Les reaccions adverses habituals són la infecció vaginal, la disúria, la pruija genital i el dolor a les mames, però es desconeixen els efectes a llarg termini. Amb la presentació en anell vaginal s'ha descrit com a freqüent la infecció del tracte urinari. A més, tot i que es tracta d'una administració local, no es pot descartar la possibilitat d'augment de les concentracions sistèmiques d'estrògens.<sup>21,33</sup> Els estrògens vaginals estan finançats††† només en determinades circumstàncies.
- La **desmopressina** és un anàleg sintètic de la vasopressina autoritzada per al tractament de l'enuresi nocturna primària. No ha demostrat la disminució dels episodis d'IU més enllà de les quatre hores posteriors a la dosi en pacients amb IUU i no se'n recomana l'ús.<sup>34</sup>
- La **duloxetina** és un antidepressiu inhibidor de la recaptació de la serotonina i de la noradrenalina que augmenta el to del múscul estriat de l'esfínter urinari. Tot i que es

---

†††Gelistol® (estriol) està finançat per al tractament local de la sequedat vaginal en dones postmenopàusiques amb atròfia vaginal greu causada per: síndrome de Sjögren, radioteràpia, càncer de cèrvix, radioteràpia pelviana, tractament amb quimioteràpia i malaltia autoimmunitària.<sup>70</sup>

comercialitza en alguns països per al tractament de la IUE, la presentació disponible en el nostre entorn no està autoritzada amb aquesta indicació i no se'n recomana l'ús.

## 8.2. Recomanacions per al tractament farmacològic de la IUU

- Abans d'iniciar qualsevol tractament farmacològic, s'ha de valorar la repercussió de la IU en la qualitat de vida dels pacients i/o dels cuidadors mitjançant l'ús de qüestionaris validats, així com la relació benefici-risc d'iniciar el tractament. També cal valorar si el pacient ha estat adherent al tractament no farmacològic.
- S'ha de realitzar una anamnesi detallada, valorar les expectatives del pacient, les comorbiditats i els tractaments concomitants per poder seleccionar els pacients que es poden beneficiar del tractament farmacològic.
- En gent gran s'ha de tenir en compte el diagnòstic situacional per adequar els objectius terapèutics (vegeu l'apartat 11.2).
- Sempre que s'iniciï un tractament, s'han d'explicar al pacient el benefici esperat i el caràcter simptomàtic del tractament, així com les reaccions adverses més freqüents.<sup>1,3,4,7,16</sup>
- Quan es considera adequat iniciar el tractament farmacològic en el maneig de la IUU, es recomana utilitzar un **anticolinèrgic per via oral**. Els anticolinèrgics d'ús preferent són la tolterodina i la solifenacina. Quan es prescriu un anticolinèrgic, cal tenir en compte la càrrega anticolinèrgica associada al tractament del pacient. S'ha d'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 l'annex 5).
- No es recomana la utilització d'oxibutinina en gent gran, atès que s'ha associat a un risc més alt de deteriorament cognitiu.
- En aquells pacients en els quals els anticolinèrgics no són adequats<sup>†††</sup>, quan amb aquests es presentin reaccions adverses no tolerables per als pacients o quan no s'hagi aconseguit una millora adequada dels símptomes després d'haver rebut tractament amb dos anticolinèrgics diferents, es pot valorar utilitzar el mirabegró en lloc de l'anticolinèrgic (vegeu l'apartat sobre seguiment i discontinuació dels tractaments). S'ha de monitorar la pressió arterial abans d'iniciar el tractament amb mirabegró i seguir-ho fent periòdicament durant el tractament, especialment en pacients hipertensos.
- 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.
- El tractament amb toxina botulínica tipus A es pot considerar en pacients amb IUU en els quals ha fracassat el tractament conservador, inclòs el tractament farmacològic oral. Aquest tractament l'ha de realitzar un especialista en el maneig d'aquests pacients, amb entrenament en la tècnica i en el maneig de les possibles complicacions.
- En dones amb síndrome genitourinària de la postmenopausa i IU, es podria considerar la utilització d'estrògens vaginals. Tot i que no s'espera un augment de les concentracions sistèmiques d'estrògens, en dones amb antecedents de càncer de mama s'ha de valorar el tractament conjuntament amb l'especialista en oncologia.

---

<sup>†††</sup>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.

- S'ha de valorar el benefici i la seguretat dels estrògens vaginals regularment, atès que no hi ha dades d'eficàcia i seguretat a llarg termini. S'han d'evitar les dosis elevades d'estrògens vaginals i limitar la durada del tractament a quatre setmanes quan s'utilitzen cremes vaginals amb dosis d'estradiol  $\geq 100 \mu\text{g/g}$ .<sup>35</sup>
- Per a informació sobre la posologia i seguretat dels fàrmacs emprats en el tractament de la IU, vegeu l'annex 6.
  - **Consideracions sobre el seguiment i la discontinuació dels tractaments**
- Després d'instaurar un tractament, es recomana revisar-lo de forma precoç. A partir de les quatre setmanes se'n pot valorar la tolerabilitat i, entre les vuit i les dotze setmanes, l'efectivitat.
- S'ha de preguntar per l'adherència al tractament en cada visita (per a més informació, vegeu l'apartat d'adherència al tractament).
- Si s'aconsegueix una resposta adequada i la tolerabilitat és bona, es recomana continuar el tractament. Es considera una resposta adequada una disminució d'almenys quatre punts en el qüestionari ICIQ-UI SF (vegeu l'annex 4), acompanyada d'una millora de la simptomatologia que el pacient consideri suficient.
- Si no hi ha hagut millora dels STUI o si el pacient considera que la millora és insuficient i la tolerabilitat és bona, es pot considerar augmentar la dosi de l'anticolinèrgic en els casos en què sigui possible. Cal informar el pacient que hi ha un risc més gran que apareguin reaccions adverses.
- Davant d'una resposta inadequada a un fàrmac anticolinèrgic, i si no hi ha l'opció d'augmentar-ne la dosi, es pot considerar canviar de medicament. Sempre que sigui possible, s'ha de considerar un segon fàrmac anticolinèrgic abans de canviar de grup farmacoterapèutic.
- Si apareixen reaccions adverses no tolerables amb els anticolinèrgics, es pot valorar l'ús de mirabegró en comptes de l'anticolinèrgic.
- Quan s'augmenta la dosi o es canvia de medicament, s'ha de tornar a avaluar la tolerabilitat a les quatre setmanes i l'efectivitat i l'adherència a les vuit-dotze setmanes.
- Si en vuit-dotze setmanes de tractament no hi ha benefici clínic, el tractament s'hauria de suspendre o canviar, ja que no és esperable que es produeixi un efecte beneficiós per al pacient.
- Si es continua amb el tractament, es recomana la seva revisió cada dotze mesos i, en pacients  $\geq 75$  anys o quan canvien la situació basal o les comorbiditats del pacient, cada sis mesos. S'han de valorar l'adherència i les reaccions adverses a llarg termini, ja que poden modificar la relació benefici-risc del tractament.
  - Si hi ha una millora important, es pot considerar la disminució de la dosi i reforçar, si escau, les mesures no farmacològiques.
  - S'ha de discontinuar el tractament si en les revisions successives no es manté el benefici obtingut amb el tractament amb una tolerabilitat acceptable.
  - Cal 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 polimediació.

- **Adherència al tractament**

- S'ha de preguntar per l'adherència al tractament en cada visita. Per identificar pacients amb problemes d'adherència, pot ser útil la consulta dels registres de dispensació de medicaments per tal de conèixer si el pacient acut a la farmàcia a recollir periòdicament la medicació.
- En cas de detectar manca d'adherència, és important intentar identificar-ne les causes (o barreres de no adherència) per poder dissenyar estratègies individuals ajustades a les necessitats del pacient que permetin millorar-la.
- Si la manca d'adherència és intencional per reaccions adverses no tolerables o per una efectivitat baixa, s'ha de valorar canviar o suspendre el tractament.
- Algunes de les estratègies per millorar l'adherència són disminuir la complexitat terapèutica, ajustar les expectatives dels pacients al tractament, facilitar informació verbal i escrita amb instruccions clares i utilitzar recordatoris, com ara els sistemes personalitzats de dosificació (SPD) o les aplicacions mòbils que alerten el pacient sobre la presa de la medicació. Per millorar l'adherència en tractaments crònics, habitualment cal utilitzar diferents estratègies simultànies.<sup>36</sup>

- **Desprescripció del tractament**

- La discontinuació del tractament es pot considerar dins d'un procés de desprescripció. La desprescripció és una retirada planificada i estandarditzada de la medicació crònica.
- La decisió sobre la desprescripció del tractament ha de ser individualitzada, acordada i planificada amb la persona.
- La manca d'efectivitat dels tractaments, la polimediació, les reaccions adverses associades als medicaments i els canvis en els objectius terapèutics són situacions en les quals s'ha de considerar la desprescripció. Sovint, aquestes situacions es donen en pacients en tractament amb relaxants del detrusor.
- No cal fer una retirada gradual. Tot i això, es recomana fer un seguiment després de la retirada de la medicació per avaluar si s'ha produït algun problema (síndrome de retirada, efecte rebot, desemmascament d'interaccions, etc.). Aquests problemes no són freqüents quan es desprescriuen fàrmacs relaxants del detrusor.<sup>38-40</sup>

### 8.3. Recomanacions per al tractament farmacològic de la IUE

- No està indicat el tractament farmacològic per a la IUE.

### 8.4. Recomanacions per al tractament farmacològic de la IUM

- 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 la qualitat de vida del pacient. Si l'impacte de la UU és baix, no es recomana el tractament farmacològic.<sup>4,16</sup>



## 9. Tractament invasiu

- L'estimulació percutània del nervi tibial posterior pot ser una opció terapèutica en pacients amb IUU que no han respost adequadament al tractament, inclòs el farmacològic. Així mateix, en pacients amb IUU sense resposta al tractament conservador, és una opció de tractament la toxina botulínica (vegeu l'apartat 8.1) o la neuromodulació del sacre.<sup>3,7,16</sup>
- La cirurgia pot ser una opció de tractament en la IUE quan no hi ha resposta al tractament conservador.<sup>3,7,16</sup>
- S'han de valorar els beneficis i els riscos associats a cada procediment invasiu.

## 10. Dispositius per a la incontinència

- Els principals dispositius per a la incontinència són els absorbents (bolquers) i els col·lectors d'orina.
- La prescripció dels dispositius per a la incontinència l'ha de realitzar personal expert en el maneig de la IU i coneixedor dels diferents tipus de dispositius disponibles.
  - Absorbents d'orina<sup>1,18,40</sup>
- Els absorbents són productes sanitaris classe I§§§ d'un sol ús que s'ajusten al cos per absorbir i retenir l'orina en el seu interior amb la finalitat de mantenir la pell seca i sense humitat, i evitar l'aparició d'irritacions cutànies, escanes i infeccions.
- 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 o en pacients que no han respost al tractament o el tenen contraindicat, o també com a mesura de suport temporal fins que altres tractaments produeixen el seu efecte.
- Els absorbents no s'han d'utilitzar en substitució a l'acompanyament del pacient al lavabo en intervals de temps periòdics, independentment de l'àmbit assistencial o residencial en el qual es trobi.
- Els absorbents es classifiquen segons la capacitat d'absorció, la forma de subjecció i la talla (vegeu la taula 1).
- La capacitat d'absorció del bolquer s'ha de seleccionar segons la quantitat de les pèrdues. Es recomana el de tipus «dia» durant el dia per afavorir el recanvi i evitar les lesions dermatològiques per humitat i el de tipus «nit» durant el període nocturn. El de tipus «súper nit» es diferencia poc del tipus «nit», i només s'hauria de considerar el seu ús en pacients amb incontinència greu que estiguin enllitats i presentin deteriorament cognitiu. Aquestes recomanacions són aplicables a qualsevol àmbit assistencial o residencial.
- La forma (vegeu la figura 1) i el tipus de subjecció de l'absorbent 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.

---

§§§Productes que no entren en contacte amb el pacient o que entren en contacte només amb la pell intacta. Productes que penetren per un orifici corporal com la boca o el nas i són d'ús passatger.

- Els absorbents anatòmics són els indicats per a pacients que deambulen o que requereixen cadira de rodes i que tenen un bon estat cognitiu. En aquests pacients, també es podrien utilitzar, en casos molt concrets, els absorbents rectangulars.
- Els absorbents anatòmics elàstics estan indicats per a pacients enllitats o amb mobilitat reduïda, quan hi ha incontinència fecal associada, en pacients amb trastorns mentals que habitualment es retiren els absorbents anatòmics o quan és impossible la col·locació dels anatòmics (pacients obesos o molt agitats). Són menys discrets que els absorbents anatòmics. Es poden considerar una opció en altres situacions per preferències dels pacients i/o els cuidadors.
- En el cas dels absorbents anatòmics elàstics, s'ha de seleccionar la talla segons el diàmetre cintura-maluc. L'ús de talles més grans no proporciona l'ajust adequat, amb el consegüent risc de fugues.
- Per seleccionar l'absorbent més apropiat, s'ha de fer una valoració biològica, psicològica i social del pacient. A la taula 2 es recullen les recomanacions per a la selecció d'absorbents segons les característiques dels pacients.

Figura 3. Tipus d'absorbents segons la forma



D'esquerra a dreta: rectangular, anatòmic i anatòmic elàstic.<sup>1</sup>

- Col·lectors d'orina<sup>1,18,40</sup>

- Els col·lectors d'orina són fundes de silicona flexibles que es fixen al penis i que tenen l'extrem inferior obert i connectat a un sistema de conducció (tub) i de recollida de l'orina (bossa).
- Els col·lectors d'orina es recomanen en homes que prefereixen no seguir un tractament actiu o en homes que no han respost al tractament o el tenen contraindicat, també com a mesura de suport temporal fins que altres tractaments produeixin el seu efecte o per mantenir l'àrea seca si s'està tractant un èczema per bolquer. També poden ser útils en alguns casos d'IU associada a la discapacitat.

Taula 1. Tipus d'absorbents disponibles<sup>1</sup>

Capacitat d'absorció	Forma	Subjecció	Talla*
Dia (600-900 mL)	Rectangular	Malles elàstiques	Única
	Anatòmic	Malles elàstiques	Única
	Anatòmic elàstic	Tires adhesives	Extrapetita (< 50 cm) Petita (50-80 cm) Mitjana (80-125 cm) Gran (110-150 cm) Extragran (>150 cm)
		Tipus calces	Petita (60-90 cm) Mitjana (75-125 cm) Gran (95-145 cm) Extragran (130-170 cm)
Nit (900-1.200 mL)	Rectangular	Malles elàstiques	Única
	Anatòmic	Malles elàstiques	Única
	Anatòmic elàstic	Tires adhesives	Petita (50-80 cm) Mitjana (80-125 cm) Gran (110-150 cm) Extragran (>150 cm)
		Amb cinturó	Mitjana (71-102 cm) Gran (83-120 cm)
Tipus calces		Petita (60-90 cm) Mitjana (75-125 cm) Gran (95-145 cm) Extragran (130-170 cm)	
Súper nit (>1.200 mL)	Rectangular	Malles elàstiques	Única
	Anatòmic	Malles elàstiques	Única
	Anatòmic elàstic	Tires adhesives	Petita (50-80 cm) Mitjana (80-125 cm) Gran (110-150 cm) Extragran (>150 cm)
		Amb cinturó	Mitjana (71-102 cm) Gran (83-120 cm)
Tipus calces		Petita (60-90 cm) Mitjana (75-125 cm) Gran (95-145 cm) Extragran (130-170 cm)	

\*Perímetre cintura-maluc.

Taula 2. 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 / Súper nit: 1 unitat/dia

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

\*Una o diverses vegades al mes; \*\*diari 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.

## 11. Maneig de la IU en poblacions especials

### 11.1. Homes amb símptomes del tracte urinari inferior

Els STUI són molt freqüents en homes, i la seva prevalença augmenta amb l'edat. Solen manifestar-se de forma mixta, de manera que és habitual que coexisteixin diferents tipus de símptomes. L'obstrucció a la sortida de l'orina de la bufeta provocada per l'engrandiment de la pròstata pot ocasionar símptomes de buidament (retard en l'inici de la micció, raig urinari flux i intermitent, esforç miccional, micció en regadora i degoteig terminal), mentre que els símptomes d'ompliment podrien estar causats per canvis a nivell vesical amb aparició d'hiperactivitat del múscul detrusor secundària al sobreesforç provocat per l'obstrucció. Les complicacions que es poden produir són les infeccions recurrents, la litiasi vesical, la disfunció vesical irreversible, la insuficiència renal, l'hematúria, la retenció aguda d'orina (RAO) i la necessitat de cirurgia per l'empitjorament clínic.<sup>5,11</sup>

Davant d'STUI, cal identificar-ne la causa i valorar-ne la gravetat i el risc de progressió. Es consideren factors de progressió clínica el volum prostàtic > 40 mL (o > 30 g o grau III-IV) i l'antigen prostàtic específic (PSA) elevat no sospitós de neoplàsia.

En el moment del diagnòstic s'ha de realitzar:

- Entrevista clínica, amb l'anamnesi dels antecedents personals, quirúrgics, l'estat funcional, les comorbiditats i el tractament actual del pacient.
- Exploració física completa, incloent-hi tacte rectal amb l'objectiu de fer una estimació del volum i la consistència de la pròstata.
- Anàlisi d'orina.

Així mateix, es recomana:

- Fer una avaluació detallada de la simptomatologia que presenta el pacient:
  - Per determinar la intensitat dels STUI i l'afectació de la qualitat de vida, s'ha d'emprar un qüestionari validat, com l'*International Prostate Symptom Score* (vegeu l'annex 7). Aquesta escala permet graduar els símptomes en lleus (1-7 punts), moderats (8-19 punts) i importants (20-35 punts). També permet identificar quin tipus de símptomes predominen (ompliment o buidament).
  - Per recollir els símptomes d'ompliment de forma objectiva, s'ha d'utilitzar el diari miccional (vegeu l'annex 2).
- Determinació del PSA.
- Determinació de la funció renal.
- Determinació del residu postmiccional mitjançant ecografia.
- Ecografia renovesicoprostàtica.

Segons les necessitats i la situació de cada pacient, es poden realitzar una fluxometria i una valoració de la funció sexual mitjançant qüestionaris validats.

Els objectius del tractament són millorar els símptomes, la qualitat de vida i la satisfacció del pacient; evitar la progressió clínica, i disminuir el risc de complicacions i/o la necessitat de cirurgia.

Les opcions de tractament en homes amb STUI causats per un procés obstructiu infravesical d'origen prostàtic amb clínica de buidament són l'espera vigilada, el tractament farmacològic i el tractament quirúrgic.

- **Espera vigilada**<sup>5,11</sup>

- Es recomana una conducta expectant d'espera vigilada en homes amb STUI lleus i moderats, i poca afectació de la qualitat de vida.
- L'espera vigilada ha d'incloure informació al pacient sobre la seva simptomatologia i consell sobre mesures higienicodietètiques (vegeu l'apartat 7.1) i tècniques conductuals:
  - Micció pautaada per al maneig de la UU (vegeu l'apartat 7.2).
  - Buidament doble, per al qual el pacient ha d'esperar uns minuts després de la micció i intentar una nova micció.
  - Utilització de tècniques de distracció i de relaxació per controlar els símptomes d'ompliment.
- Cal realitzar una supervisió clínica periòdica als sis mesos del diagnòstic i després anualment si no hi ha un empitjorament dels STUI (increment en l'escala IPSS > 4 punts).

- **Tractament farmacològic**<sup>5,11,21</sup>

- Es recomana oferir el tractament farmacològic a homes amb STUI amb repercussió en la qualitat de vida quan el maneig conservador ha estat insuficient o no és apropiat i quan no està indicada la cirurgia.
- S'han de considerar les comorbiditats dels pacients abans d'iniciar el tractament.
- Els **blocadors d'adrenoreceptors  $\alpha 1$**  són el tractament d'elecció en els homes amb STUI moderats o greus:
  - Tenen un efecte ràpid i han demostrat millorar la simptomatologia i augmentar el flux urinari. No redueixen la mida de la pròstata, el risc de RAO i la necessitat de cirurgia.
  - Les reaccions adverses més freqüents són l'astènia, el mareig i la hipotensió ortostàtica. També s'ha observat disfunció en l'ejaculació.
  - No es recomana iniciar el tractament abans d'una cirurgia de cataractes i s'ha d'informar del tractament a l'oftalmòleg, atès el risc de síndrome de l'iris flàccid.
  - S'han d'avaluar la resposta i la tolerabilitat a les quatre-sis setmanes. Posteriorment, es recomana una revisió als sis mesos i després anualment mentre no hi hagi un empitjorament simptomàtic o reaccions adverses no tolerables.
- En pacients amb STUI moderats o greus i amb factors de risc de progressió de la malaltia, es recomana el tractament amb **inhibidors del 5 $\alpha$ -reductasa**:
  - Disminueixen la mida de la pròstata, els valors del PSA, el risc de RAO i la probabilitat de cirurgia.
  - S'ha d'informar els pacients que l'efecte sobre els símptomes no apareix fins als sis-dotze mesos de tractament i que només són adequats per a tractaments a llarg termini (més de dotze mesos).

- Les reaccions adverses més importants són la disminució de la libido, la disfunció erèctil i també, tot i que amb menys freqüència, les disfuncions en les ejaculacions o la ginecomàstia.
  - S'ha d'avaluar la tolerabilitat a les quatre setmanes i la resposta als sis mesos. Posteriorment, es recomana una revisió als sis mesos i després anualment mentre no hi hagi un empitjorament simptomàtic o reaccions adverses no tolerables.
- El tractament combinat d'un blocador d'adrenoreceptors  $\alpha_1$  amb un inhibidor de la 5 $\alpha$ -reductasa s'hauria de reservar per a pacients amb STUI moderats o greus i risc alt de progressió. Si els STUI són moderats, es pot plantejar la retirada del blocador d'adrenoreceptors  $\alpha_1$  després de sis-nou mesos de tractament combinat.
- 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  $\alpha_1$ , es pot considerar provar d'afegir al tractament un **fàrmac relaxant del detrusor** (anticolinèrgic o mirabegró):
- Respecte al tractament amb un blocador d'adrenoreceptors  $\alpha_1$  en monoteràpia, el tractament combinat amb un relaxant del detrusor ha mostrat una reducció estadísticament significativa en els símptomes d'ompliment (nombre de miccions diàries, episodis d'UU/dia, etc.). La magnitud de les diferències és petita i de difícil interpretació clínica, ja que en general, no s'ha observat que millorin la puntuació de l'escala IPSS o la qualitat de vida.<sup>42-49</sup>
  - Els fàrmacs relaxants del detrusor d'ús preferent per al tractament combinat amb blocadors d'adrenoreceptors  $\alpha_1$  són els mateixos que quan s'utilitzen com a monoteràpia (vegeu l'apartat 8.1 i 8.2). Els anticolinèrgics disposen de més evidència en aquesta població que el mirabegró.
  - A banda de les situacions descrites anteriorment en les quals no es considera adequat†††† el tractament, els anticolinèrgics no s'han d'utilitzar si hi ha antecedents d'episodis de RAO de repetició, retenció urinària crònica o diagnòstic urodinàmic de detrusor hipoactiu. D'acord amb la fitxa tècnica, el mirabegró s'ha d'utilitzar amb precaució en pacients amb obstrucció clínicament significativa de la sortida de la bufeta.
  - Es recomana determinar el residu postmiccional mitjançant ecografia abans d'iniciar el tractament amb un fàrmac relaxant del detrusor. No es recomana utilitzar-los en pacients amb residu postmiccional elevat (> 150-200 mL).
  - En gent gran hi ha un risc més elevat de reaccions adverses. Abans d'instaurar un tractament combinat, cal valorar la repercussió de la IU en la qualitat de vida dels pacients i/o dels cuidadors, el diagnòstic situacional, els valors i preferències del pacient i la relació benefici-risc d'iniciar el tractament, atesa la seva eficàcia limitada (vegeu l'apartat 11.2).

---

††††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. Els anticolinèrgics no estan recomanats en pacients amb càrrega anticolinèrgica alta (vegeu l'annex 5 per a més informació).

- Si es considera adequat utilitzar el tractament amb un relaxant del detrusor, es recomana afegir-lo per separat per facilitar el maneig i la reavaluació periòdica de la relació benefici-risc de mantenir-lo. ††††
- Pel que fa a les recomanacions de l'inici, el seguiment, l'adherència i la discontinuació del tractament, vegeu l'apartat 8.2. És important fer una reavaluació periòdica de la resposta al tractament amb el relaxant del detrusor i suspendre'l quan no hi hagi benefici o si la tolerabilitat no és acceptable.
- No es recomana el tractament amb inhibidors de la fosfodiesterasa-5. §§§§
  - **Tractament quirúrgic**<sup>5,11</sup>
- El tractament quirúrgic se sol reservar per als pacients amb indicació de cirurgia o quan les mesures no farmacològiques i el tractament amb fàrmacs no han estat efectius o no es consideren adequats.
- Es recomana l'entrenament dels músculs del sòl pelvià per disminuir el temps per arribar a la continència en homes amb cirurgia radical de pròstata.

## 11.2. Gent gran amb multimorbiditat

- L'edat és un factor de risc per patir IU, i aquesta constitueix una de les denominades síndromes geriàtriques.<sup>15</sup> A més, s'ha vist que la gent gran amb SBH tenen més comorbiditats i més afectació per realitzar les activitats de la vida diària que els pacients de la mateixa edat que no presenten aquesta síndrome.<sup>8,49</sup>
- El diagnòstic en aquests pacients s'ha de fer d'acord amb els criteris generals (vegeu l'apartat 4) i en el context d'un diagnòstic situacional mitjançant l'avaluació geriàtrica integral per detectar els problemes en l'esfera clínica, funcional, cognitiva i social del pacient i, així, poder adequar els objectius terapèutics a la realitat del pacient.<sup>50</sup>
- Atesos els canvis freqüents en la situació clínica d'aquests pacients, tan important és tenir en compte la valoració en un moment concret del temps com la seva reavaluació dinàmica.
- És especialment important valorar en aquest grup de població si la IU és transitòria i està motivada per altres patologies o tractaments que poden associar-se al seu desenvolupament o empitjorament (vegeu l'annex 1), o si és conseqüència d'una cirurgia. En aquests casos, sempre que es pugui, s'ha de fer una intervenció dirigida a modificar la causa subjacent.<sup>1,8</sup>
- S'ha de tenir en compte que en aquesta població és freqüent la IU associada a la discapacitat o IU funcional, en la qual no es recomana el tractament farmacològic. En aquests pacients s'han de realitzar accions adaptades al grau de discapacitat per intentar millorar la condició física i/o cognitiva i facilitar el desplaçament al lavabo.<sup>1,8</sup>

---

††††Es pot consultar l'avaluació del Programa d'harmonització de la combinació a dosis fixes de solifenacina/tamsulosina en el [web del CatSalut](#).

§§§§L'únic inhibidor de la fosfodiesterasa-5 autoritzat per al tractament dels STUI és el tadalafil, però aquesta indicació no està finançada a Espanya.



- **Tractament no farmacològic**<sup>1,8</sup>

- S'han de fer tots els esforços possibles per prioritzar el tractament no farmacològic en aquesta població. Cal fer èmfasi en la importància d'aquest tipus de mesures i continuar aplicant-les, sempre que sigui possible, durant tota l'evolució de la IU i encara que també s'utilitzin altres estratègies de tractament.
- Les mesures higienicodietètiques, les tècniques conductuals i els dispositius per a la IU són fonamentals en el maneig de la IU en aquesta població (vegeu les recomanacions dels apartats 7 i 10).
- Té especial importància eliminar les limitacions d'accés al lavabo (barreres arquitectòniques i d'il·luminació, roba i calçat inadequats).
- Pel que fa a les mesures higienicodietètiques, cal vigilar que la restricció en la ingesta de fluids no produeixi deshidratació, perquè es relaciona amb un increment de la morbiditat.
- S'ha de tenir en compte que la gent gran pot produir volums nocturns majors deguts als edemes, si pateixen insuficiència cardíaca o insuficiència venosa perifèrica, i a la síndrome metabòlica. Mantenir les cames aixecades durant les últimes hores vespertines pot estimular la diüresi natural.
- Quant a les tècniques conductuals, cal remarcar que l'entrenament dels músculs del sòl pelvià es pot realitzar també en persones grans amb un nivell cognitiu adequat, ja que els beneficis no disminueixen amb l'edat.
- En pacients amb dèficits de mobilitat i/o amb deteriorament cognitiu, es recomana implementar un programa de micció pautaada (vegeu l'apartat 7.2) assistida pel cuidador.
- També es recomana l'entrenament amb exercicis funcionals orientats a millorar les habilitats de la neteja personal i altres activitats de la vida quotidiana.
- Si el maneig de la IU amb tècniques conductuals és efectiu, aquestes s'han de mantenir independentment de l'àmbit assistencial o residencial en el qual es trobi el pacient i independentment que s'emprin altres opcions de maneig, inclosos els absorbents.
- Cal mantenir les mesures no farmacològiques almenys sis-dotze setmanes.

- **Tractament farmacològic**<sup>8</sup>

- En el cas de la IUU, el tractament farmacològic és una opció de tractament a considerar quan les mesures higienicodietètiques i les tècniques conductuals no han aconseguit una millora adequada dels STUI i hi ha una afectació almenys moderada de la qualitat de vida.
- 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 (o barreres de no adherència) per poder dissenyar estratègies individuals ajustades a les necessitats del pacient que permetin millorar-la abans d'instaurar un tractament farmacològic.
- L'evidència d'ús dels fàrmacs en gent gran és molt limitada. En els assaigs clínics, els resultats en la millora dels STUI són modestos i semblants als de la població general. No obstant això, la incidència de reaccions adverses i de discontinuacions per reaccions adverses és més alta en gent gran que en la de menor edat.<sup>51–54</sup>
- Abans d'instaurar qualsevol tractament farmacològic, s'ha de valorar la repercussió de la IU en la qualitat de vida dels pacients i/o dels cuidadors, el diagnòstic situacional, els valors i les preferències del pacient, i la relació benefici-risc d'iniciar el tractament.

- S'ha de tenir en compte que els tractaments farmacològics per al maneig de la IU, especialment els anticolinèrgics, poden produir reaccions adverses, com restrenyiment, caigudes, deliri, confusió i demència —les quals també són síndromes geriàtriques— i afavorir la cascada terapèutica i la polimedicació.
- Atès el risc de iatrogènia, s'ha d'evitar el tractament farmacològic 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.
- Si es considera adequat el tractament farmacològic de la IUU en una persona gran, vegeu l'apartat 8.2, amb les recomanacions generals sobre l'inici, el seguiment i la discontinuació del tractament. Addicionalment:
  - Quan es prescriu un anticolinèrgic, cal tenir en compte la càrrega anticolinèrgica associada al tractament del pacient (vegeu l'annex 5). No s'han d'utilitzar els anticolinèrgics si la càrrega anticolinèrgica del tractament habitual del pacient és alta o si el fet d'afegir l'anticolinèrgic urinari fa que la càrrega passi a ser alta. Pot ser útil emprar el decàleg per a una prescripció prudent de medicaments amb activitat anticolinèrgica del document del Butlletí d'informació terapèutica «Càrrega anticolinèrgica: pensem-hi» (vegeu l'annex 8).<sup>55</sup>
  - Cal avaluar l'estat cognitiu del pacient abans d'iniciar el tractament i valorar-lo novament en cada visita de seguiment. A més, cal explicar al pacient que els efectes cognitius del tractament anticolinèrgic a llarg termini són incerts. Els anticolinèrgics s'han d'evitar en pacients amb deteriorament cognitiu i no es recomana el tractament amb oxibutinina en gent gran.
  - La gent gran sovint presenta comorbiditats cardiovasculars com la hipertensió. Cal tenir especial precaució amb l'ús de mirabegró.
  - Cal tenir en compte els canvis associats a l'edat que poden afectar a la farmacocinètica i a la farmacodinàmica dels fàrmacs, i provocar que els pacients siguin més sensibles a les reaccions adverses. Així mateix, la gent gran és més susceptible als efectes anticolinèrgics centrals. Es recomana iniciar el tractament a la menor dosi possible i anar incrementant-la lentament si és necessari.
  - S'ha de fer una reavaluació periòdica de la relació benefici-risc i discontinuar el tractament si no hi ha benefici o si hi ha reaccions adverses no tolerables.
  - La discontinuació del tractament es pot considerar dins d'un procés de desprescripció. El procés de desprescripció és àmpliament recomanat en gent gran (vegeu el punt de desprescripció a l'apartat 8.2).<sup>38-40</sup>
  - **Tractament quirúrgic<sup>8</sup>**
- L'edat per si mateixa no és una contraindicació per al tractament quirúrgic.
- Cal tenir en compte que els resultats de la cirurgia es poden veure afectats per les comorbiditats i el deteriorament de la funció vesical i dels músculs del sòl pelvià.
- S'ha d'avaluar el risc quirúrgic i tractar de minimitzar les complicacions postquirúrgiques freqüents en gent gran, com són la confusió, les alteracions de la conducta, la infecció, la deshidratació i les caigudes.

### 11.3. Dones embarassades i en el postpart

La IU és un símptoma comú durant l'embaràs i després del part. Diferents estudis situen la prevalença entre les dones en un 35 % al final de l'embaràs i un 29 % als sis mesos del part. La IUE és el tipus d'IU predominant en aquesta població. Es caracteritza per una reducció de la força dels músculs del sòl pelvià i de la funció de suport i d'esfínter, i es deu a l'increment de la pressió tant de l'úter com del pes fetal sobre els músculs del sòl pelvià i als canvis hormonals relacionats amb l'embaràs.<sup>20,57-60</sup>

S'han identificat diferents factors de risc per al desenvolupament de la IU entre els quals destaquen:

- El part, específicament el primer part vaginal.
- El nombre de parts previs.
- L'edat de la mare, amb més risc a major edat.
- Els antecedents familiars d'IU en dones de primer grau.
- L'ètnia, amb més risc en dones caucàsiques que en dones negres.
- L'obesitat.

Durant l'embaràs<sup>20,56,59</sup>, es recomana implementar mesures per a la prevenció i el tractament de la IU en les diferents visites de control de la gestació:

- Valorar els factors de risc d'IU, els antecedents obstètrics i personals, i els hàbits de vida que es puguin relacionar amb la IU.
- Informar sobre l'afectació dels músculs del sòl pelvià a conseqüència de l'embaràs.
- Recomana les mesures higienicodietètiques de l'apartat 7.1. Algunes de les mesures, com la cessació tabàquica i mantenir un pes normal s'haurien d'implementar abans de l'embaràs.
- Realitzar una exploració dels músculs del sòl pelvià i indicar l'entrenament d'aquests (vegeu l'apartat 7.2). En totes les visites cal recordar la pauta d'aquests exercicis i valorar si la dona els està realitzant adequadament.
- Pot ser útil el qüestionari ICIQ-UI SF (vegeu l'annex 4) per valorar la simptomatologia.
- Iniciar un programa de micció pautaada en el cas d'aparició d'IUU (vegeu l'apartat 7.2). El tractament farmacològic (anticolinèrgics i mirabegró) està contraindicat.

Posteriorment, en el postpart<sup>20,56,59</sup>, es recomana:

- Valorar els factors de risc d'IU associats a l'embaràs i al part.
- Valorar la simptomatologia, per exemple, mitjançant el qüestionari ICIQ-UI SF (vegeu l'annex 4).
- Continuar amb les mesures higienicodietètiques recomanades durant l'embaràs i intentar recuperar el pes habitual d'abans de l'embaràs (o assolir un pes normal si hi havia sobrepès abans de l'embaràs).
- Valorar l'estat del perineu.
- Recordar el programa d'exercicis dels músculs del sòl pelvià i continuar recomanant-ne la pràctica.
- Iniciar un programa de micció pautaada en el cas d'aparició d'IUU (vegeu l'apartat 7.2).

## 12. Àrea econòmica

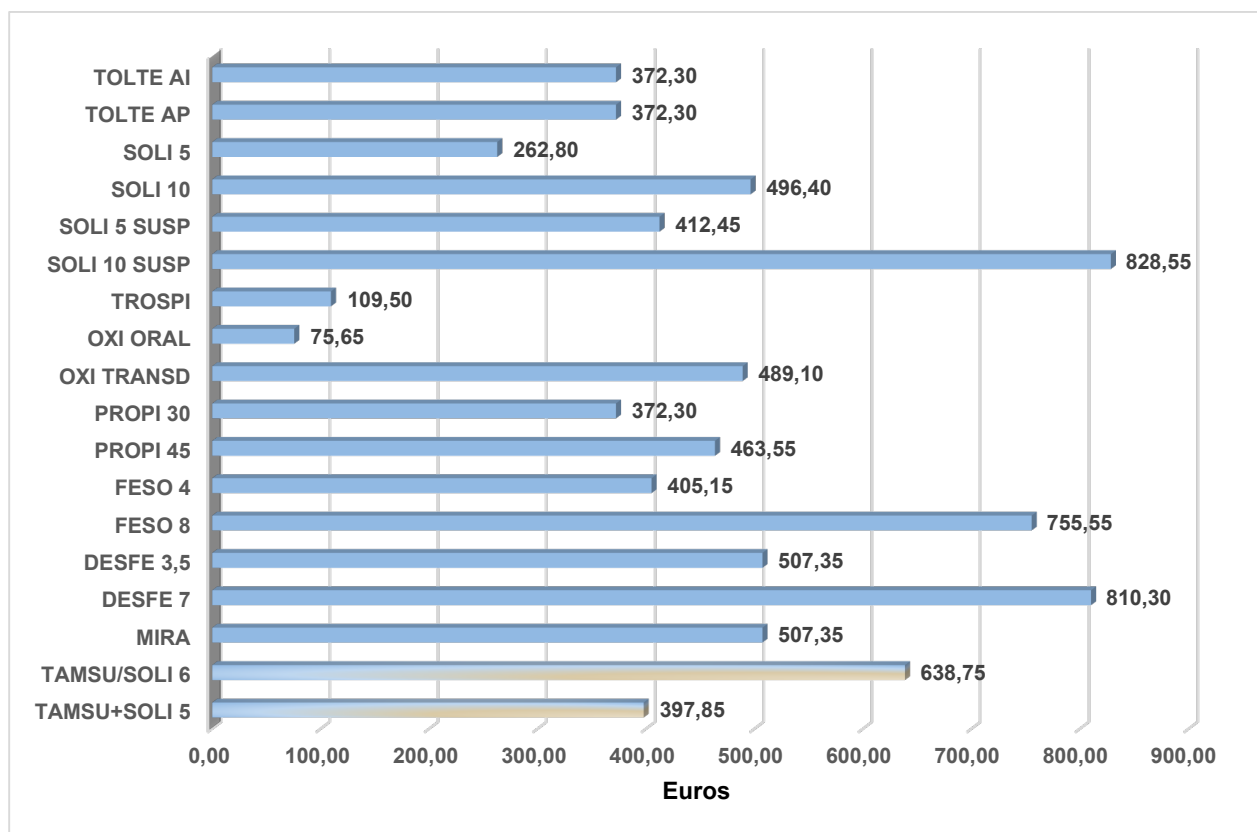
Segons dades provinents del Registre de prestació farmacèutica del CatSalut, la despesa (import íntegre dispensat) del grup dels relaxants del detrusor (ATC G04BD) va ser de 20,9 M € (15,4 corresponen a anticolinèrgics i 5,5 a mirabegró) l'any 2018 i 18,4 M € (12,3 d'anticolinèrgics i 6,1 de mirabegró) l'any 2019. Això va suposar un 1,2 % de la despesa total de medicaments amb recepta mèdica (1.731 M €) el 2018 i un 1,0 % (1.789 M €) el 2019.

La disminució en la despesa és a causa de la disminució del preu d'alguns fàrmacs del grup, ja que el nombre d'envasos dispensats va augmentar lleugerament (+14.243 envasos, +3 %). Els anticolinèrgics amb més despesa van ser la solifenacina (7,3 i 4,7 M € el 2018 i el 2019, respectivament) i la fesoterodina (5,0 i 3,9 M € el 2018 i el 2019, respectivament). Per a aquests dos fàrmacs, la dosi alta va suposar al voltant d'un 31 % i un 46 % dels envasos dispensats de solifenacina i fesoterodina, respectivament. El total de pacients als quals se'ls va dispensar un relaxant del detrusor va ser de 64.087 l'any 2018 i 66.508 l'any 2019.

D'altra banda, en un tall transversal amb data d'agost del 2020 hi havia 15.309 pacients amb prescripció concomitant d'un relaxant del detrusor i un blocador d'adrenoreceptors  $\alpha 1$ . El 53 % dels pacients tenien prescrita una combinació a dosis fixes.

En el gràfic 1 es mostra el cost del tractament per pacient i any.

Gràfic 1. Cost del tractament anual (€)<sup>†</sup> dels relaxants del detrusor i de la combinació anticolinèrgic i blocador d'adrenoreceptors  $\alpha 1$



**DESFE:** desfesoterodina; **FESO:** fesoterodina; **MIRA:** mirabegró; **OXI:** oxibutinina; **PROPI:** propiverina; **SOLI:** solifenacina; **SUSP:** suspensió; **TAMSU:** tamsulosina; **TRANSD:** transdèrmica; **TAMSU:** tamsulosina; **TOLTE:** tolterodina

<sup>†</sup>PVP + IVA – RDL 8/2010 en €, consultat al Catàleg de productes farmacèutics del CatSalut, agost de 2020.

### 13. El que cal evitar

- X 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.
- X 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 sis-dotze setmanes.
- X S'ha d'evitar iniciar un tractament farmacològic si el pacient no té una afectació almenys moderada de la qualitat de vida.
- X No s'ha d'utilitzar el tractament farmacològic per a la IUE o la IU associada a la discapacitat.
- X 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.
- X S'ha d'evitar el tractament amb fàrmacs relaxants del detrusor en homes amb STUI i residu postmiccional elevat (> 150-200 mL).
- X 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 (vegeu l'annex 5).
- X No s'han d'utilitzar fàrmacs anticolinèrgics en pacients amb deteriorament cognitiu.
- X 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.
- X No s'ha d'utilitzar l'oxibutinina en gent gran.
- X No s'ha d'utilitzar el mirabegró en pacients amb hipertensió arterial no controlada.
- X No s'ha de mantenir el tractament farmacològic si no s'obté un benefici en la simptomatologia rellevant per al pacient.
- X 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 sis mesos).
- X S'ha d'evitar combinar de forma sistemàtica un anticolinèrgic i el mirabegró.
- X No s'ha de substituir l'entrenament dels músculs del sòl pelvià per un entrenament abdominal hipopressiu.
- X 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.
- X 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.
- X No s'ha d'utilitzar un absorbent tipus «súper nit» durant el període diürn per reduir el nombre de recanvis diaris.
- X No s'han d'utilitzar dos absorbents a la vegada, ja que augmenta el risc d'escapaments i d'infecció.
- X 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.

#### 14. Informació per a pacients i/o cuidadors

- Cal completar el diari miccional per quantificar els símptomes urinaris i permetre que el metge o metgessa valori quin és el tractament més adequat i pugui fer el seguiment de l'efectivitat dels tractaments instaurats.
- Les mesures no farmacològiques són fonamentals en el tractament de la IU i s'han de continuar aplicant malgrat que s'emprin altres tractaments.
- L'efecte del tractament (no farmacològic i farmacològic) pot trigar fins a vuit-dotze setmanes a observar-se.
- S'ha d'intentar anar al lavabo cada dues-tres hores. Es poden emprar recordatoris.
- Cal saber que el tractament farmacològic té un objectiu simptomàtic i no curatiu, i que el benefici esperat és limitat.
- El tractament farmacològic pot provocar reaccions adverses. Les més freqüents són:
  - Anticolinèrgics: sequedat de boca i restrenyiment. També poden aparèixer visió borrosa, mareig, nàusees, dispèpsia, confusió i desorientació.
  - Mirabegró: infeccions del tracte urinari, taquicàrdia, nàusees, restrenyiment, diarrea, cefalea i mareig. S'ha de controlar periòdicament la pressió arterial, sobretot en pacients hipertensos.
- Si no s'obté un benefici rellevant amb el tractament, el metge o metgessa pot considerar-ne la retirada.
- En pacients amb absorbents, s'ha d'informar el pacient i/o el cuidador que:
  - Cal mantenir el pacient net i sec, i revisar els absorbents amb freqüència.
  - S'ha de canviar l'absorbent quan calgui (cal comprovar l'indicador d'humitat, amb revisió visual, mitjançant palpació i valoració de l'increment del pes, o si hi ha femta).
  - Abans de realitzar el canvi d'absorbent, s'han de rentar bé les mans.
  - S'ha de treure l'absorbent per la part posterior del cos del pacient.
  - S'ha de fer una higiene adequada de la zona de l'absorbent, procurar que quedi ben seca i comprovar que no hi hagi enrogiment o irritació de la pell. En tal cas, s'ha de comunicar al professional sanitari de referència.
  - S'ha de col·locar l'absorbent per la part anterior del cos del pacient.
  - S'ha de comprovar que les costures de les malles que subjecten l'absorbent estiguin cap a fora, per evitar que facin pressió sobre la pell.
  - Cal rentar-se les mans després de realitzar el canvi de l'absorbent.
  - S'ha d'afavorir un vestuari còmode, amb robes fluixes i fàcils d'obrir i manipular.
  - Els adhesius dels absorbents elàstics permeten obrir-los i tancar-los diverses vegades, amb la qual cosa es pot anar al lavabo sense haver de canviar l'absorbent.

Taula 3. Enllaços d'interès per a pacients i/o cuidadors

Descripció	Idioma	Enllaç
<b>Canal medicaments i farmàcia. Departament de Salut</b>		
Informació sobre els símptomes, el diagnòstic i el tractament de la IU	Català	<a href="https://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/Incontinencia_urinaria">https://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/Incontinencia_urinaria</a>
Informació sobre el tractament farmacològic de la IU	Català	<a href="http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/incontinencia-urinaria/">http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/incontinencia-urinaria/</a>
<b>CAMFIC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària)</b>		
Full d'informació sobre la IU i mesures generals per al seu maneig I	Català, castellà, anglès, francès i àrab	<a href="http://www.camfic.cat/Fullspacients.aspx?id=2667">http://www.camfic.cat/Fullspacients.aspx?id=2667</a>
Full d'informació sobre el sòl pelvià i com realitzar els exercicis de Kegel	Català, castellà, francès, àrab, xinès i romanès	<a href="http://www.camfic.cat/Fullspacients.aspx?id=2716">http://www.camfic.cat/Fullspacients.aspx?id=2716</a>
<b>AEU (Asociación Española de Urología)</b>		
Descripció i classificació dels STUI	Castellà	<a href="https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/signos-y-sintomas/sintomas-del-tracto-urinario-inferior/">https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/signos-y-sintomas/sintomas-del-tracto-urinario-inferior/</a>
Descripció dels diferents tipus d'IU	Castellà	<a href="https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/signos-y-sintomas/incontinencia-urinaria/">https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/signos-y-sintomas/incontinencia-urinaria/</a>
Descripció dels símptomes i les complicacions de l'HBP	Castellà	<a href="https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/prostata/hiperplasia-benigna-de-prostata-hbp/">https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/prostata/hiperplasia-benigna-de-prostata-hbp/</a>
Descripció del diagnòstic i el tractament de l'HBP	Castellà	<a href="https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/prostata/hiperplasia-benigna-de-prostata-hbp-diagnostico-y-tratamiento/">https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/prostata/hiperplasia-benigna-de-prostata-hbp-diagnostico-y-tratamiento/</a>
<b>Hospital Clínic de Barcelona</b>		
Sèrie de vídeos curts amb preguntes freqüents sobre la IU en la dona	Castellà	<a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PL6JHr3EeRES426VvqI2wtuC99U9QVKtm2">https://www.youtube.com/playlist?list=PL6JHr3EeRES426VvqI2wtuC99U9QVKtm2</a>
Vídeo amb consells per realitzar un canvi de bolquer adequat	Castellà	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=nH6-gKjL7_c">https://www.youtube.com/watch?v=nH6-gKjL7_c</a>
<b>ICS (Institut Català de la Salut)</b>		
Sèrie de vídeos amb instruccions per a la realització d'exercicis del sòl pelvià	Castellà	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=OoM_9WO2d9M&amp;list=PLRgnlsj8RdJmKwfkpQ64OUHwW1CVHmN">https://www.youtube.com/watch?v=OoM_9WO2d9M&amp;list=PLRgnlsj8RdJmKwfkpQ64OUHwW1CVHmN</a>
<b>EAU (European Association of Urology)</b>		
Full d'informació sobre els símptomes, el diagnòstic i el tractament de la IU	Anglès	<a href="https://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/2018/12/PI_Urinary_Incontinence-EN-Q1-2020.pdf">https://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/2018/12/PI_Urinary_Incontinence-EN-Q1-2020.pdf</a>
Full d'informació sobre els símptomes, el diagnòstic i el tractament de l'SBH	Anglès	<a href="https://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/2019/02/Final_Overactive_Bladder.pdf">https://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/2019/02/Final_Overactive_Bladder.pdf</a>
Full d'informació sobre els símptomes, el diagnòstic i el tractament de l'HBP	Anglès	<a href="https://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/2018/12/PI_Benign-Prostatic-Enlargement-EN-Q1-2020.pdf">https://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/2018/12/PI_Benign-Prostatic-Enlargement-EN-Q1-2020.pdf</a>
Informació sobre les opcions de tractament (no farmacològiques i farmacològiques) de la IU	Anglès	<a href="https://patients.uroweb.org/treatments/urinary-incontinence/">https://patients.uroweb.org/treatments/urinary-incontinence/</a>
Informació sobre el tractament farmacològic de l'SBH	Anglès	<a href="https://patients.uroweb.org/treatments/drug-therapy-overactive-bladder/">https://patients.uroweb.org/treatments/drug-therapy-overactive-bladder/</a>
Informació sobre l'espera vigilada en homes amb STUI	Anglès	<a href="https://patients.uroweb.org/treatments/watchful-waiting/">https://patients.uroweb.org/treatments/watchful-waiting/</a>
Informació sobre el tractament farmacològic en homes amb STUI	Anglès	<a href="https://patients.uroweb.org/treatments/drug-treatment-luts-men-bpe/">https://patients.uroweb.org/treatments/drug-treatment-luts-men-bpe/</a>
<b>IUGA (International Urogynecological Association)</b>		
Recull d'aplicacions per a la realització dels exercicis del sòl pelvià	Anglès	<a href="https://www.yourpelvicfloor.org/media/PFE-Apps-Rev201804-1.pdf">https://www.yourpelvicfloor.org/media/PFE-Apps-Rev201804-1.pdf</a>

**HBP:** hiperplàsia benigna de pròstata; **IU:** incontinència urinària; **SBH:** síndrome de bufeta hiperactiva; **STUI:** símptomes del tracte urinari inferior.

## Annex 1. Patologies i medicaments associats amb la incontinència urinària

Habitualment s'utilitza l'acrònim DIAPPERS\*\*\*\*\* (deliri, infecció, atrofia vaginal, uretritis, fàrmacs, afeccions psicològiques o endocrines, increment de la diüresi, restricció de la mobilitat, impactació fecal) per reconèixer causes d'IU transitòria i reversible, i que, per tant, s'han d'excloure abans d'iniciar tractaments per a la IU.<sup>8</sup>

Així doncs, algunes patologies i tractaments crònics poden contribuir a la IU (vegeu les taules 4 i 5). La IU derivada d'altres patologies o que és conseqüència d'un tractament farmacològic no és tractable amb els fàrmacs emprats per a la IUU.

Taula 4. Patologies associades amb el desenvolupament o agreujament de la IU<sup>60</sup>

Comorbiditat	Comentaris
Insuficiència cardíaca congestiva Insuficiència venosa de les extremitats inferiors	Pot augmentar la producció nocturna d'orina i contribuir a la IU i la nictúria.
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	La tos associada pot agreujar la IUE.
Apnea del son	Pot augmentar la producció nocturna d'orina per l'increment de la producció de pèptid atrial natriurètic i contribuir a la IU i la nictúria.
Restrenyiment greu i impactació fecal	S'associa amb incontinència doble (urinària i fecal).
Diabetis <i>mellitus</i>	Els pacients amb mal control glucèmic poden presentar poliúria, que pot precipitar o exacerbar la IU. També està associada amb un increment de la probabilitat d'IUU i bufeta neuropàtica diabètica.
Depressió	Pot afectar la motivació per ser continent i també ser conseqüència de la IU.
Demència	S'associa amb la IU, ja que interfereix en l'assistència al lavabo i la higiene.
Ictus	Pot precipitar la IU i, menys freqüentment, la retenció urinària. També hi pot haver un deteriorament de la mobilitat.
Malaltia de Parkinson	S'associa amb la IU. També causa deteriorament cognitiu i de la mobilitat en estadis avançats.
Pressió hidrocefàlica anormal	Es presenta amb IU, juntament amb deteriorament cognitiu i de la marxa.
Deteriorament cognitiu / de la mobilitat	Pot interferir en la capacitat d'arribar al lavabo de forma independent i precipitar la IU.
Malaltia degenerativa de les articulacions	Pot deteriorar la mobilitat i precipitar la IU.

**IU:** incontinència urinària; **IUE:** incontinència urinària d'esforç; **IUU:** incontinència urinària d'urgència.

\*\*\*\*\* De l'anglès: *delirium, infection, atrophia [urethritis, vaginitis], pharmacological, psychological disorders, endocrine/excess urine output, restricted mobility, stool impaction.*



L'evidència disponible quant a fàrmacs que puguin contribuir a la IU és limitada. A la taula 5 es recullen els medicaments que podrien desencadenar o agreujar la IU (llista no exhaustiva). Es recomana valorar la relació benefici-risc abans de la retirada o la reducció de la dosi d'aquests fàrmacs.<sup>60,61</sup>

Taula 5. Medicaments associats amb el desenvolupament o agreujament de la IU

Medicament
Inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina*
Agonistes d'adrenoreceptors $\alpha$
Antagonistes dels canals de calci
Blocadors d'adrenoreceptors $\beta^{**}$
Antidepressius tricíclics
Diürètics potents***
Antipsicòtics
Hipnòtics i ansiolítics
Inhibidors de la colinesterasa
Antiparkinsonians**
Opioides
Inhibidors del cotransportador sodi-glucosa tipus 2

\*Pot produir tos i 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.



**Full d'avaluació del diari miccional per part del professional sanitari: resultats de 24 h****Dades del pacient**

Diari miccional		Dia 1	Dia 2	Dia 3	Mitjana
Freqüència miccional	Freqüència miccional diürna (episodis/dia)				
	Freqüència miccional nocturna (episodis/dia)				
	Freqüència miccional / 24 hores (episodis/dia)				
Volum miccional	Volum miccional màxim diürn (mL)				
	Volum miccional màxim nocturn (mL)				
	Volum miccional mitjà (mL)				
Urgència i grau màxim	Urgència (episodis/dia)				
	Grau d'urgència (0-4)				
Incontinència	IUU (episodis/dia)				
	IUE (episodis/dia)				
	Canvis (nombre/dia)				
Diüresi	Ingesta 24 hores (mL)				
	Diüresi 24 hores (mL)				
	Diüresi nocturna (mL)				

**IUE:** incontinència urinària d'esforç; **IUU:** incontinència urinària d'urgència.

### **Annex 3. Qüestionaris d'ajuda per al diagnòstic de la incontinència urinària**

#### **Incontinència urinària d'urgència (IUU)<sup>62</sup>**

- Quan és al carrer i té ganes d'orinar, entra en un bar i, si el lavabo està ocupat, se li escapa l'orina?
- Quan obre la porta de casa, ha de córrer per anar al lavabo?
- Si té ganes d'orinar, té la sensació que és urgent i ha d'anar al lavabo corrent?
- Quan surt de l'ascensor, ha d'anar de pressa al lavabo perquè si no se li escapa l'orina?

Es considera que el diagnòstic és positiu amb tres o més respostes afirmatives.

#### **Incontinència urinària d'esforç (IUE)<sup>62</sup>**

- Té sensació de pes a la zona genital?
- Quan puja o baixa escales, se li escapa l'orina?
- Quan riu, se li escapa l'orina?
- Quan esternuda, se li escapa l'orina?
- Quan té tos, se li escapa l'orina?

Es considera que el diagnòstic és positiu amb quatre o més respostes afirmatives.

**Annex 4. Qüestionari de qualitat de vida en incontinència urinària***International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ UI-SF)§§§§§*

Data d'avui: __ __ __	
Li estariem molt agraïts si ens contestés les preguntes següents, pensant en com s'ha sentit en les quatre últimes setmanes:	
1. Si us plau, escrigui la seva data de naixement:	Dia __ Mes __ Any __
2. Indiqui el seu sexe:	Dona __ Home __
3. Amb quina freqüència perd orina? (Marqui una resposta.)	
	Mai. __ 0 Un cop a la setmana o menys. __ 1 Dos o tres cops a la setmana. __ 2 Un cop al dia. __ 3 Diversos cops al dia. __ 4 Contínuament. __ 5
4. Ens agradaria saber la seva impressió sobre la quantitat d'orina que creu que se li escapa. Quantitat d'orina que perd habitualment (tant si porta protecció com si no). (Marqui una resposta.)	
	Res. __ 0 Molt poca quantitat. __ 2 Una quantitat moderada. __ 4 Molta quantitat. __ 6
5. Aquests escapaments d'orina que té, en quina mesura afecten la seva vida diària? (Encercli un nombre entre 0 —no m'afecten gens— i 10 —m'afecten molt—.)	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Gens Molt
<b>Puntuació d'ICIQ: sumi les puntuacions de les preguntes 3 + 4 + 5 = __</b>	
6. Quan perd orina? (Assenyali tot el que li passa.)	
6.1	Mai perd orina. __
6.2	Perd orina abans d'arribar al lavabo. __
6.3	Perd orina quan tus o esternuda. __
6.4	Perd orina quan dorm. __
6.5	Perd orina quan fa esforços físics o exercici. __
6.6	Perd orina quan acaba d'orinar i ja s'ha vestit. __
6.7	Perd orina sense un motiu evident. __
6.8	Perd orina de forma contínua. __

Es considera diagnòstic d'IU qualsevol puntuació superior a zero. Segons la puntuació, l'afectació de la qualitat de vida es considera lleu si el total és d'1-5 punts, moderada si és de 6-12 punts, greu si és de 13-18 punts i molt greu si és de 19-21 punts.

§§§§§ Traduït i adaptat d'España Pons, M.; Rebollo Álvarez, P.; Puig Clota, 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).

## Annex 5. Fàrmacs amb activitat anticolinèrgica i estratègies d'optimització del tractament

La toxicitat anticolinèrgica és un problema freqüent que s'associa a reaccions adverses tant perifèriques (sequedat de boca, restrenyiment, retenció urinària, sequedat ocular, problemes per acomodar la visió, sequedat cutània, etc.) com centrals (confusió, desorientació, deliri, deteriorament cognitiu, demència, risc de caigudes, etc.). És fonamental avaluar periòdicament la relació benefici-risc dels medicaments amb activitat anticolinèrgica, especialment en gent gran.

La toxicitat és el resultat de la càrrega anticolinèrgica, que es defineix com l'efecte acumulatiu de prendre un medicament o més amb capacitat per desencadenar reaccions adverses anticolinèrgiques. Hi ha, principalment, tres factors que influeixen en la càrrega global associada al tractament: el nombre de medicaments amb activitat anticolinèrgica que pren el pacient, la potència anticolinèrgica de cada medicament i la dosi administrada de cada medicament.

Els **anticolinèrgics** utilitzats per al tractament de la IU són medicaments amb **activitat anticolinèrgica alta**. En general, són medicaments desaconsellats en gent gran i s'han d'evitar 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.

Si es considera adequat prescriure un anticolinèrgic urinari, cal valorar la càrrega anticolinèrgica global associada al tractament dels pacients i minimitzar la prescripció d'altres medicaments amb efectes anticolinèrgics abans d'iniciar el tractament (vegeu la taula 6). No s'ha de prescriure un anticolinèrgic urinari en pacients amb càrrega anticolinèrgica alta o en pacients que tenen un tractament amb càrrega baixa però en els quals el fet d'afegir l'anticolinèrgic urinari faria que la càrrega passés a ser alta.

Pot ser útil emprar el decàleg per a una prescripció prudent de medicaments amb activitat anticolinèrgica del document del Butlletí d'informació terapèutica «Càrrega anticolinèrgica: pensem-hi» (vegeu l'annex 8).

A banda de la informació sobre l'activitat anticolinèrgica dels diferents medicaments descrita a la taula 6, es pot consultar l'eina «Calculadora de càrrega anticolinèrgica», que està basada en una revisió sistemàtica d'escales anticolinèrgiques en pacients amb multimorbiditat. Aquesta eina permet incloure tota la llista de medicaments d'un determinat pacient i calcula de forma simultània la càrrega anticolinèrgica amb deu escales. Amb un codi de colors, indica, per a cada escala, si el risc és alt, moderat, baix o inexistent.<sup>63</sup> La calculadora és d'accés lliure, però cal registre: <https://www.anticholinergicscales.es>

Tot i que no hi ha consens sobre com quantificar la càrrega anticolinèrgica, de forma orientativa es proposa considerar que hi ha una càrrega anticolinèrgica alta quan:

Puntuació  $\geq 4$ , considerant que els fàrmacs amb activitat anticolinèrgica baixa puntuen 1 i els fàrmacs amb activitat alta puntuen 2 (vegeu la taula 6)

o

Risc alt calculat amb la calculadora de càrrega anticolinèrgica

Taula 6. Fàrmacs amb activitat anticolinèrgica<sup>55,64</sup>

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

\* Cal retirada gradual.

† Activitat moderada/elevada en algunes escales.

‡ Només disponible via intravenosa.

## Annex 6. Taules de maneig dels medicaments per al tractament dels STUI

Taula 7. Característiques generals dels fàrmacs relaxants del detrusor<sup>21,66-69</sup>

Medicament	Posologia habitual	Forma d'administració	Altres consideracions
<b>Anticolinèrgics</b>			
<b>Tolterodina AP★</b> (4 mg càpsules d'AP)	4 mg/dia	Amb aliments o sense. Les càpsules s'han d'empassar senceres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Precaució en pacients tractats amb inhibidors potents del CYP3A4.</li> <li>– Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.</li> <li>– Algunes especialitats contenen lactosa.*</li> </ul>
<b>Tolterodina AI★</b> (2 mg comprimits d'AI)	2 mg / 12 h	Amb aliments o sense. Es pot triturar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Precaució en pacients tractats amb inhibidors potents del CYP3A4.</li> <li>– Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.</li> <li>– Algunes especialitats contenen lactosa.*</li> </ul>
<b>Solifenacina★</b> (5 mg i 10 mg, comprimits recoberts amb pel·lícula)	5 mg/dia Dosi màxima: 10 mg/dia	Amb aliments o sense. No es recomana triturar els comprimits, però, si és necessari, s'ha de polvoritzar dins d'una bossa hermètica, ja que té toxicitat ocular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Interacció amb inhibidors potents del CYP3A4: dosi màxima 5 mg/dia.</li> <li>– Possible interacció amb inductors del CYP3A4.</li> <li>– Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.</li> <li>– Els EA poden trigar a desaparèixer quan es retira el fàrmac, atès que aquest té una semivida plasmàtica llarga.</li> <li>– Algunes especialitats contenen lactosa.*</li> </ul>
<b>Solifenacina</b> (1 mg/mL, suspensió oral)	5 mg/dia Dosi màxima: 10 mg/dia	No s'ha d'administrar amb aliments o líquids i s'ha de prendre un got d'aigua immediatament després de la presa, per evitar el sabor amarg i l'entumiment de la boca.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Interacció amb inhibidors potents del CYP3A4: dosi màxima 5 mg/dia.</li> <li>– Possible interacció amb inductors del CYP3A4.</li> <li>– Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.</li> <li>– Els EA poden trigar a desaparèixer quan es retira el fàrmac, atès que aquest té una semivida plasmàtica llarga.</li> <li>– Autoritzat també en hiperactivitat neurògena del detrusor entre 2 i 18 anys.</li> </ul>



<b>Clorur de trospi</b> (20 mg, comprimits recoberts)	20 mg / 12 h	Abans dels àpats i amb l'estomac buit. Els comprimits es poden triturar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– No presenta interaccions farmacocinètiques amb el citocrom.</li> <li>– Té estructura d'amoni quaternari i es considera de forma teòrica que la capacitat de travessar la BHE és reduïda, però les dades en humans són molt limitades.</li> <li>– No hi ha evidència suficient per descartar la prolongació de l'interval QT en pacients amb factors de risc.</li> <li>– Conté lactosa.*</li> </ul>
<b>Oxibutinina AI</b> (5 mg comprimits d'AI)	5 mg / 8 h Dosi màxima: 5 mg / 6 h	Amb aliments o sense. Cal administrar-lo amb una quantitat abundant de líquid per assegurar el trànsit GI. Els comprimits es poden triturar, tot i que el sabor no és agradable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Precaució amb inhibidors potents del CYP3A4.</li> <li>– No hi ha evidència suficient per descartar la prolongació de l'interval QT en pacients amb factors de risc.</li> <li>– Es prefereix en cas de lactància materna, atesa la seva semivida d'eliminació curta (s'han d'evitar els de semivida llarga). Cal monitorar els efectes anticolinèrgics en l'infant.</li> <li>– Autoritzat també en bufeta hiperactiva idiopàtica o neurogènica i en enuresi nocturna a partir dels cinc anys.</li> <li>– Conté lactosa.*</li> </ul>
<b>Oxibutinina transdèrmica</b> (3,9 mg pegats)	Un pegat cada tres-quatre dies	S'ha d'aplicar en una zona seca, sense lesions a la pell (abdomen, maluc o gluti), i canviar rotativament el lloc d'aplicació (no s'ha repetir el mateix lloc en un període de set dies).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Si s'oblida de canviar el pegat, cal retirar-lo i aplicar-ne un de nou. S'ha de continuar amb la mateixa pauta de dos cops per setmana per al pròxim canvi (tot i que el canvi sigui abans de tres-quatre dies).</li> <li>– Precaució amb inhibidors potents del CYP3A4.</li> <li>– No hi ha evidència suficient per descartar la prolongació de l'interval QT en pacients amb factors de risc.</li> <li>– Menys incidència d'EA anticolinèrgics, sobretot de la sequedat de boca. Les reaccions en el lloc d'aplicació del pegat són molt freqüents.</li> </ul>
<b>Propiverina</b> (30 mg i 45 mg càpsules d'AP)	30 o 45 mg/dia Dosi màxima: 45 mg/dia	Amb aliments o sense. Les càpsules s'han d'empassar senceres amb líquids.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– S'ha d'iniciar a 15 mg/dia en els pacients en tractament concomitant amb inhibidors potents del CYP3A4 i inhibidors de la FMO (com el metimazole) Se'n pot augmentar la dosi posteriorment amb precaució i monitoratge estret dels pacients.</li> <li>– No hi ha evidència suficient per descartar la prolongació de l'interval QT en pacients amb factors de risc.</li> <li>– Conté lactosa.*</li> </ul>

<b>Fesoterodina</b> (4 mg i 8 mg, comprimits d'AP)	4 mg/dia Dosi màxima: 8 mg/dia	Amb aliments o sense. Els comprimits s'han d'empassar sencers amb líquids.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evitar amb inductors del CYP3A4.</li> <li>– Precaució amb inhibidors potents del CYP3A4, dosi màxima: 4 mg/dia.</li> <li>– Precaució i valorar ajustar la dosi a 4 mg/dia amb inhibidors potents del CYP2D6 (fluoxetina, paroxetina).</li> <li>– Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.</li> <li>– Conté lactosa.*</li> </ul>
<b>Desfesoterodina</b> (3,5 mg i 7 mg, comprimits d'AP)	3,5 mg/dia Dosi màxima: 7 mg/dia	Amb aliments o sense. Els comprimits s'han d'empassar sencers amb líquids.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– És el principal metabòlit actiu de la fesoterodina.</li> <li>– Cal evitar-lo amb inductors del CYP3A4.</li> <li>– Precaució amb inhibidors potents del CYP3A4, dosi màxima: 3,5 mg/dia.</li> <li>– Precaució i valorar ajustar la dosi a 4 mg/dia amb inhibidors potents del CYP2D6 (fluoxetina, paroxetina).</li> <li>– Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.</li> <li>– Conté lactosa.*</li> </ul>
<b>Agonistes <math>\beta</math>3-adrenèrgics</b>			
<b>Mirabegró</b> (50 mg comprimits d'AP)	50 mg/dia	Amb aliments o sense. Els comprimits s'han d'empassar sencers amb líquids.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Precaució amb medicaments de marge terapèutic estret que són substrats del CYP2D6 (flecainida, propafenona). Augment del risc d'EA dels antiarrítmics.</li> <li>– Inhibició de la glicoproteïna p. Augment lleuger de les concentracions plasmàtiques de digoxina (cal monitorar i ajustar la dosi) i interacció potencial amb altres substrats de la glicoproteïna p, com el dabigatran.</li> <li>– Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.</li> <li>– Els EA poden trigar a desaparèixer quan es retira el fàrmac, atès que aquest té una semivida plasmàtica llarga.</li> </ul>

**AI:** alliberació immediata; **AP:** alliberació prolongada; **BHE:** barrera hematoencefàlica; **EA:** efectes adversos; **FMO:** flavina monooxigenasa; **GI:** gastrointestinal; **h:** hores.

Consulteu les [fitxes tècniques](#) per a més informació sobre els medicaments, incloses les reaccions adverses més freqüents i les contraindicacions, ja recollides en els apartats 8.1.

\*És poc probable que la quantitat habitual de lactosa dels medicaments provoqui molèsties gastrointestinals, excepte en el cas de les persones amb intolerància greu.

★Fàrmacs d'ús preferent. Solifenacina suspensió no és d'ús preferent, atès que el seu cost és molt superior al dels comprimits.

Inhibidors potents del CYP3A4: claritromicina, cobicistat, idelalisib, itraconazole, posaconazole, ritonavir, telitromicina i voriconazole.

Inductors del CYP3A4: apalutamida, carbamazepina, enzalutamida, fenitoïna, fenobarbital, ivacaftor, lumacaftor, mitotà, primidona, rifabutina i rifampicina.

Taula 8. Ajustament de dosi en insuficiència renal dels relaxants del detrusor<sup>21</sup>

Filtrat glomerular	≥ 50 mL/min*	30-49 mL/min	15-29 mL/min	< 15 mL/min†
<b>Anticolinèrgics</b>				
<b>Tolterodina</b>	No cal ajustar la dosi.	No cal ajustar la dosi.	Precaució: dosi 1 mg /12 h o 2 mg /d.	Precaució: dosi 1 mg / 12 h o 2 mg/d.
<b>Solifenacina</b>	No cal ajustar la dosi.	No cal ajustar la dosi.	Precaució: dosi 5 mg/d.	Precaució: dosi 5 mg/d.
			Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.
<b>Clorur de trospi</b>	Precaució: monitorar EA.	Precaució: monitorar EA.	Precaució: dosi 20 mg/d o a dies alterns.	Precaució: dosi 20 mg/d o a dies alterns.
<b>Oxibutinina</b>	Precaució: monitorar EA.	Precaució: monitorar EA.	Precaució: monitorar EA.	Precaució: monitorar EA.
<b>Oxibutinina transdèrmica</b>	Precaució: monitorar EA.	Precaució: monitorar EA.	Precaució: monitorar EA.	Precaució: monitorar EA.
<b>Propiverina</b>	No cal ajustar la dosi.	No cal ajustar la dosi.	Precaució: dosi 30 mg / d.	Precaució: dosi 30 mg / d.
<b>Fesoterodina</b>	Començar amb 4 mg/d i precaució si s'augmenta la dosi.	Començar amb 4 mg/d i precaució si s'augmenta la dosi.	Precaució: dosi 4 mg/d.	Precaució: dosi 4 mg/d.
	Precaució si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4: dosi 4 mg/ d.	Precaució si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4: dosi 4 mg/d.	No recomanat si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4.
	No recomanat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.
<b>Desfesoterodina</b>	Començar amb 3,5 mg/d i precaució si s'augmenta la dosi.	Començar amb 3,5 mg/d i precaució si s'augmenta la dosi.	Precaució: dosi 3,5 mg/d.	Precaució: dosi 3,5 mg/d.
	Precaució si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4: dosi 3,5 mg/d.	Precaució si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4: dosi 3,5 mg/d.	No recomanat si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4.
	No recomanat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidors <u>potents</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4.	Contraïndicat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4.
<b>Agonistes β3-adrenèrgics</b>				
<b>Mirabegró</b>	Precaució si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4: dosi 25 mg/d.	Precaució si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4: dosi 25 mg/d.	Precaució: dosi 25 mg/d.	No recomanat.
			No recomanat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4.	

D: dia; EA: efectes adversos; h: hores.

\*Fins a 80 mL/min per a desfesoterodina i fesoterodina i fins a 89 mL/min per a mirabegró. †Fins a 10 mL/min per a clorur de trospi. Informació sobre utilització en hemodiàlisi només disponible per a mirabegró (no recomanat).

Inhibidors moderats del CYP3A4: aprepitant, crizotinib, diltiazem, dronedarona, eritromicina, fluconazole, fluvoxamina, fosamprenaviar, imatinib, isavuconazole, netupitant/palonosetron, nilotinib, ribociclib, i verapamil.

Inhibidors potents del CYP3A4: claritromicina, cobicistat, idelalisib, itraconazole, posaconazole, ritonavir, telitromicina i voriconazole.

Taula 9. Ajustament de dosi en insuficiència hepàtica dels fàrmacs relaxants del detrusor<sup>21</sup>

Grau d'afectació hepàtica	Lleu Child-Pugh* A (5-6 punts)	Moderada Child-Pugh B* (7-9 punts)	Greu Child-Pugh C* (10-15 punts)
<b>Anticolinèrgics</b>			
<b>Tolterodina</b>	Precaució: dosi 1 mg / 12 h o 2 mg/d.	Precaució: dosi 1 mg / 12 h o 2 mg/d.	Precaució: dosi 1 mg / 12 h o 2 mg/d.
<b>Solifenacina</b>	No cal ajustar la dosi.	Precaució: dosi 5 mg/d. Contraindicat si tractament amb inhibidors potents CYP3A4.	Contraindicat.
<b>Clorur de trospi</b>	Precaució: cal monitorar EA.	Precaució: cal monitorar EA.	No recomanat.
<b>Oxibutinina</b>	Precaució: cal monitorar EA.	Precaució: cal monitorar EA.	Precaució: cal monitorar EA.
<b>Oxibutinina transdèrmica</b>	Precaució: cal monitorar EA.	Precaució: cal monitorar EA.	Precaució: cal monitorar EA.
<b>Propiverina</b>	Precaució: cal monitorar EA.	Precaució: dosi 30 mg/dia.	No recomanat.
<b>Fesoterodina</b>	Començar amb 4 mg/d i precaució si s'augmenta la dosi.	Precaució: dosi 4mg/d.	Contraindicat.
	Precaució si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4: dosi 4 mg/d.	No recomanat si tractament amb inhibidor <u>moderat</u> CYP3A4.	
	No recomanat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4.	Contraindicat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4.	
<b>Desfesoterodina</b>	Començar amb 3,5 mg/d i precaució si s'augmenta la dosi.	Precaució: dosi 3,5 mg/d.	Contraindicat.
	Precaució si tractament amb inhibidors <u>moderats</u> CYP3A4: dosi 3,5 mg/d.	No recomanat si tractament amb inhibidor <u>moderat</u> CYP3A4.	
	No recomanat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4.	Contraindicat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A4.	
<b>Agonistes β3-adrenèrgics</b>			
<b>Mirabegró</b>	Precaució si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A: dosi 25 mg/d.	Precaució: dosi 25 mg/d.	No recomanat.
		No recomanat si tractament amb inhibidor <u>potent</u> CYP3A.	

D: dia; EA: efectes adversos; h: hores.

\*L'escala Child-Pugh és un sistema d'estadificació utilitzat per avaluar el pronòstic de les malalties hepàtiques. Té en compte cinc paràmetres: l'encefalopatia, l'ascites, la bilirubina, l'albúmina i l'INR.

Inhibidors moderats del CYP3A4: aprepitant, crizotinib, diltiazem, dronedarona, eritromicina, fluconazole, fluvoxamina, fosamprenaviar, imatinib, isavuconazole, netupitant/palonosetron, nilotinib, ribociclib, i verapamil.

Inhibidors potents del CYP3A4: claritromicina, cobicistat, idelalisib, itraconazole, posaconazole, ritonavir, telitromicina i voriconazole.

## Annex 7. Escala de símptomes prostàtics

International Prostate Symptom Score\*

Preguntes	Cap	Menys d'un cop de cada cinc	Menys de la meitat dels cops	Aproximadament la meitat dels cops	Més de la meitat dels cops	Gairebé sempre
1. Durant més o menys els últims trenta dies, quants cops ha tingut la sensació de no buidar completament la bufeta en orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Durant més o menys els últims trenta dies, quants cops ha hagut de tornar a orinar en les dues hores següents després d'haver orinat?	0	1	2	3	4	5
3. Durant més o menys els últims trenta dies, quants cops ha notat que, en orinar, s'aturava i començava de nou diversos cops?	0	1	2	3	4	5
<b>Puntuació subescala d'ompliment</b> <input type="text"/>						
4. Durant més o menys els últims trenta dies, quants cops ha tingut dificultat per aguantar-se les ganes d'orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durant més o menys els últims trenta dies, quants cops ha observat que el flux d'orina és poc fort?	0	1	2	3	4	5
6. Durant més o menys els últims trenta dies, quants cops ha hagut d'estrènyer o fer força per començar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Cap	Un cop	Dos cops	Tres cops	Quatre cops	Cinc cops o més
7. Durant més o menys els últims trenta dies, quants cops sol haver de llevar-se per orinar des que se'n va al llit a la nit fins que es lleva al matí?	0	1	2	3	4	5
<b>Puntuació subescala de buidament</b> <input type="text"/>						
<b>Puntuació total</b> <input type="text"/>						

Qualitat de vida	Encantat	Molt satisfet	Més aviat satisfet	Tan satisfet com insatisfet	Més aviat insatisfet	Molt insatisfet	Total
8. Com se sentiria si hagués de passar la resta de la seva vida amb símptomes prostàtics tal i com els sent ara?	0	1	2	3	4	5	6

\*Traduït i adaptat de Badia, X.; García-Losa, M.; Dal-Ré, R. Ten-language translation and harmonization of International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinacional clinical trials. Eur Urol. 1997; 31: 129-40. Versió en català no validada (validat en castellà).

**Annex 8. Decàleg per a una prescripció prudent de medicaments amb activitat anticolinèrgica**

1. Valorar la càrrega anticolinèrgica global del pacient tenint en compte tots els medicaments, la seva potència i la dosi.<sup>55</sup>
2. Preguntar activament al pacient per tota la medicació que pren, incloent-hi la que es compra a la farmàcia, ja que una gran quantitat dels anticolinèrgics, com la doxilamina (Dormidina®), no es prescriuen a través de recepta electrònica.<sup>55</sup>
3. Minimitzar la prescripció de medicaments amb acció anticolinèrgica, especialment els d'alta potència, i tenir especial precaució en els pacients d'edat avançada, fràgils o complexos i polimedicats.<sup>55</sup>
4. Valorar periòdicament la presència i la tolerància d'efectes adversos anticolinèrgics, revisar la medicació i retirar aquells fàrmacs que no es considerin essencials.<sup>55</sup>
5. Prioritzar el canvi a medicaments de baixa potència, a un altre grup terapèutic i valorar mesures no farmacològiques.<sup>55</sup>
6. Valorar reduir la dosi, la freqüència o la durada del tractament si no és possible canviar de principi actiu.<sup>55</sup>
7. Considerar la medicació com a part de la valoració multifactorial del risc de caigudes en pacients amb risc elevat de patir-ne.<sup>55</sup>
8. Tenir present l'estat mental, les comorbiditats i els efectes adversos dels medicaments, i valorar canviar o suspendre el medicament si es considera clínicament apropiat en pacients amb signes de deteriorament cognitiu. En els pacients amb signes de deteriorament cognitiu, no s'ha d'assumir directament que es tracta d'un procés neurodegeneratiu.<sup>55</sup>
9. Revisar la medicació i identificar i minimitzar aquells medicaments que poden afectar negativament la funció cognitiva en pacients amb diagnòstic de demència.<sup>55</sup>
10. No prescriure concomitantment un inhibidor de l'acetilcolinesterasa (donepezil, rivastigmina o galantamina) amb un medicament amb activitat anticolinèrgica. Aquesta recomanació es basa en la interacció entre els dos grups terapèutics que presenten accions antagòniques i poden disminuir la modesta eficàcia dels inhibidors de l'acetilcolinesterasa.<sup>55</sup>

## Annex 9. Categories dels medicaments per al tractament dels STUI

A efectes de qualificació segons el seu valor i el grau d'aportació terapèutica i d'inclusió en l'Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica (IQF) del CatSalut, el Programa d'harmonització farmacoterapèutica ha assignat als medicaments autoritzats en el tractament dels símptomes urinaris associats a la SBH o a la hiperplàsia benigna de pròstata les categories que es mostren en la taula 11.

Taula 10. [Categories dels fàrmacs en recepta](#)

Categoria	Descripció
<b>A</b>	Medicament d'elecció en primera línia
<b>B</b>	Medicaments d'elecció en segona línia o recomanats en un subgrup de pacients
<b>C</b>	Medicament per a pacients que han exhaurit altres alternatives
<b>D</b>	Medicament sense valor terapèutic afegit

Taula 11. Categories dels medicaments autoritzats per al tractament dels símptomes urinaris en la SBH

Medicament	Categoria
<b>Anticolinèrgics</b>	
Tolterodina	<b>C*</b>
Solifenacina	<b>C*</b>
Clorur de trospi	<b>D</b>
Oxibutinina	<b>D</b>
Propiverina	<b>D</b>
Fesoterodina	<b>D</b>
Desfesoterodina	<b>D</b>
<b>Agonistes <math>\beta</math>3-adrenèrgics</b>	
Mirabegró	<b>C**</b>
<b>Anticolinèrgics / blocadors d'adrenoreceptors <math>\alpha</math>1</b>	
Solifenacina/tamsulosina	<b>D</b>

\*Quan es considera adequat el tractament farmacològic, els anticolinèrgics tolterodina i solifenacina són els fàrmacs de primera elecció.

\*\*El mirabegró és un fàrmac de segona elecció recomanat només per a pacients en els quals els anticolinèrgics no són adequats (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), quan amb aquests es presentin reaccions adverses no tolerables per als pacients o quan no s'hagi aconseguit una millora adequada dels símptomes després d'haver rebut tractament amb dos anticolinèrgics diferents.

**Glossari d'abreviacions**

ATC.....	De l'anglès <i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification</i>
CAMAPCE .....	Consell Assessor de la Medicació de l'Atenció Primària i Comunitària i Atenció Especialitzada
CFT-SISCAT .....	Comissió Farmacoterapèutica per al SISCAT
DIAPPERS .....	De l'anglès <i>delirium, infection, atrophia [urethritis, vaginitis], pharmacological, psychological disorders, endocrine/excess urine output, restricted mobility, stool impaction.</i>
DM3d .....	diari miccional de tres dies
ICIQ-UI SF .....	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form</i>
IC 95 % .....	interval de confiança del 95 %
IQF .....	Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica
IMC .....	índex de massa corporal
IU .....	incontinència urinària
IUU.....	incontinència urinària d'urgència
IUE.....	incontinència urinària d'esforç
IUM .....	incontinència urinària mixta
IPSS.....	<i>International Prostate Symptom Score</i>
OAB-q .....	<i>Overactive Bladder Questionnaire</i>
OR .....	oportunitat relativa (de l'anglès <i>odds ratio</i> )
PHF.....	Programa d'harmonització farmacoterapèutica
PSA.....	antigen prostàtic específic (de l'anglès <i>prostate-specific antigen</i> )
RAO .....	Retenció aguda d'orina
RR.....	risc relatiu
SBH.....	síndrome de bufeta hiperactiva
STUI.....	síntomes del tracte urinari inferior
UU.....	urgència urinària



## Bibliografia

1. Asociación Española de Urología (AEU): Guía de atención a personas con incontinencia urinaria [Internet]. 2019 [citado 15 febrero 2020]. Disponible a: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/send/19-documentos-de-interes/908-guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria>
2. Institut Català de la Salut (ICS). Protocol de diagnòstic i tractament de la incontinència urinària en la dona. Coordinació entre diferents nivells assistencials. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; 2020.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NG123) [Internet]. 2019 [citado 15 octubre 2020]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123>
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia práctica. Incontinencia urinaria mixta: diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2019. Disponible a: <https://sego.es/gapSEGO>
5. European Association of Urology (EAU): EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) 2019. [Internet]. 2019 [citado 15 gener 2020]. Disponible a: <https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>
6. European Association of Urology (EAU): EAU Guidelines on Urinary Incontinence 2018. [Internet]. [citado 29 juny 2018]. Disponible a: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de Asistencia Práctica. Tratamiento de la incontinencia de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva. Prog Obs Ginecol. 2018;61(6):630-5.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de Asistencia Práctica. Incontinencia urinaria en la anciana. Prog Obs Ginecol. 2019;62(2):198-203.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia práctica. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo [Internet]. 2017. Disponible a: <https://sego.es/gapSEGO>
10. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L. Recommendations of the International scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence. 6th ed. Tokyo; 2017. p. 2549-619.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Lower urinary tract symptoms in men: management (CG97). [Internet]. 2015 [citado 1 març 2020]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg97>
12. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. Neurourol Urodyn. 2019;38(2):433-77.
13. Abrams P, Blaivas J, Stanton S, Andersen J. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. Scand J Urol Nephrol Suppl. 1988;114:5-19.
14. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. [Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: results of the EPICC study]. Actas Urol Esp. 2009;33(2):159-66.
15. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG): Guía de buena práctica clínica en geriatría. Incontinencia urinaria. [Internet]. 2012 [citado 10 març 2020]. Disponible a: <https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG INCONTINENCIA URINARIA.pdf>
16. European Association of Urology (EAU): EAU Guidelines on Urinary Incontinence 2018. [Internet]. 2018 [citado 15 gener 2020]. Disponible a: <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/#1>
17. España Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota 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.
18. Institut Català de la Salut (ICS): Recomanacions per a l'ús de bolquers en la incontinència urinària. Guies de Pràctica Clínica i material docent [Internet]. 2002 [citado 15 febrero 2020]. Disponible a: [http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/guia\\_bolquers.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/guia_bolquers.pdf)
19. Vila Coll M, Gallardo Guerra M, Fortuny Roger M, Pou Vila M, Forés Chacorra M, Viñas Vidal R, et al. Consumo de infusiones y su relación con la incontinencia urinaria. Rev Fitoter. 2013;13(2):163-70.
20. Associació catalana de llevadores (ACL): document de consens per a la prevenció, valoració i detecció de les disfuncions del sòl pelvià. 2013.
21. Centro de información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) - Buscador para profesionales sanitarios [Internet]. Disponible a: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/buscadoravanzado.html>
22. Drake MJ, Nitti VW, Ginsberg DA, Brucker BM, Hepp Z, McCool R, et al. Comparative assessment of the efficacy of onabotulinumtoxinA and oral therapies (anticholinergics and mirabegron) for overactive bladder: a systematic review and network meta-analysis. BJU Int. 2017;120(5):611-22.
23. Johnston KM, Walker DR, Lakzadeh P. Characterizing the Health-Related Quality of Life Burden of Overactive Bladder Using Disease-Specific Patient-Reported Outcome Measures: A Systematic Literature Review. Adv Ther. 2019;36(3):548-62.
24. Risacher SL, McDonald BC, Tallman EF, West JD, Farlow MR, Unverzagt FW, et al. Association Between Anticholinergic Medication Use and Cognition, Brain Metabolism, and Brain Atrophy in Cognitively Normal Older Adults. JAMA Neurol. 2016;73(6):721-32.
25. Coupland CAC, Hill T, Dening T, Morriss R, Moore M, Hippisley-Cox J. Anticholinergic Drug Exposure and the Risk of Dementia: A Nested Case-Control Study. JAMA Intern Med. 2019;179(8):1084-93.

26. Yeowell G, Smith P, Nazir J, Hakimi Z, Siddiqui E, Fatoye F. Real-world persistence and adherence to oral antimuscarinics and mirabegron in patients with overactive bladder (OAB): A systematic literature review. *BMJ Open*. 2018;8(11):e021889.
27. Batista JE, Kölbl H, Herschorn S, Rechberger T, Cambroner J, Halaska M, et al. The efficacy and safety of mirabegron compared with solifenacin in overactive bladder patients dissatisfied with previous antimuscarinic treatment due to lack of efficacy: results of a noninferiority, randomized, phase IIIb trial. *Ther Adv Urol*. 2015;7(4):167-79.
28. Comunicación dirigida a profesionales sanitarios. Betmiga (mirabegron): nuevas recomendaciones sobre el riesgo del aumento de la presión arterial. Madrid (España): Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [Internet]. 2015 [citad 29 setembre 2020]. Disponible a: <https://sinaem.agemed.es/CartasFarmacovigilanciaDoc/2015/DHCP-Betmiga-07-septiembre-2015.pdf>
29. Chapple C, Sievert KD, Macdiarmid S, Khullar V, Radziszewski P, Nardo C, et al. OnabotulinumtoxinA 100 U significantly improves all idiopathic overactive bladder symptoms and quality of life in patients with overactive bladder and urinary incontinence: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol*. 2013;64(2):249-56.
30. Nitti VW, Dmochowski R, Herschorn S, Sand P, Thompson C, Nardo C, et al. OnabotulinumtoxinA for the Treatment of Patients with Overactive Bladder and Urinary Incontinence: Results of a Phase 3, Randomized, Placebo Controlled Trial. *J Urol*. 2017;197(2):S216-23.
31. Herschorn S, Chapple CR, Abrams P, Arlandis S, Mitcheson D, Lee KS, et al. Efficacy and safety of combinations of mirabegron and solifenacin compared with monotherapy and placebo in patients with overactive bladder (SYNERGY study). *BJU Int*. 2017;120(4):562-75.
32. Drake MJ, Chapple C, Esen AA, Athanasiou S, Cambroner J, Mitcheson D, et al. Efficacy and Safety of Mirabegron Add-on Therapy to Solifenacin in Incontinent Overactive Bladder Patients with an Inadequate Response to Initial 4-Week Solifenacin Monotherapy: A Randomised Double-blind Multicentre Phase 3B Study (BESIDE). *Eur Urol*. 2016;70(1):136-45.
33. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(10):CD001405.
34. Robinson D, Cardozo L, Akeson M, Hvistendahl G, Riis A, Norgaard JP. Antidiuresis: A new concept in managing female daytime urinary incontinence. *BJU Int*. 2004;93(7):996-1000.
35. Co-ordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures – Human (CMDh). Four-week limit for use of high-strength estradiol creams confirmed. EMA/48567/2020. Amsterdam (The Netherlands): European Medicines Agency (EMA) [Internet]. 2020 [citad 5 juny 2020]. Disponible a: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/estradiol-containing-001-ww-medicinal-products-topical-use>
36. Bonafont X, Costa J. Adherència al tractament farmacològic. *Butlletí d'informació Ter*. 2004;16(3):9-14.
37. No hay medicamentos «para toda la vida». *INFAC*. 2013;21(2):10-7.
38. Northern Sydney Local Health District, NSW Therapeutic Advisory Group Inc. Deprescribing guide for anticholinergic drugs for urinary incontinence (antimuscarinic) [Internet]. 2018 [citad 24 agost 2018]. Disponible a: <http://www.nswtag.org.au/wp-content/uploads/2018/06/1.6-Deprescribing-Guide-for-Anticholinergic-drugs-for-Urinary-Incontinence-Antimuscarinics.pdf>
39. Ús racional de medicaments: maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència. Barcelona: Departament de Salut; 2014 [Internet]. [citad 19 gener 2021]. Disponible a: <https://hdl.handle.net/11351/1477>
40. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid: Guía Farmacogeriátrica. Actualización 2017 [Internet]. 2018 [citad 15 febrer 2020]. Disponible a: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20224>
41. Chapple C, Herschorn S, Abrams P, Sun F, Brodsky M, Guan Z. Tolterodine Treatment Improves Storage Symptoms Suggestive of Overactive Bladder in Men Treated With  $\alpha$ -Blockers. *Eur Urol*. 2009;56(3):534-43.
42. Kaplan SA, McCammon K, Fincher R, Fakhoury A, He W. Safety and Tolerability of Solifenacin Add-on Therapy to  $\alpha$ -Blocker Treated Men With Residual Urgency and Frequency. *J Urol*. 2009;182(6):2825-30.
43. Kaplan SA, Roehrborn CG, Gong J, Sun F, Guan Z. Add-on fesoterodine for residual storage symptoms suggestive of overactive bladder in men receiving  $\alpha$ -blocker treatment for lower urinary tract symptoms. *BJU Int*. 2012;109(12):1831-40.
44. Kaplan SA, Herschorn S, McVary KT, Staskin D, Chapple C, Foley S, et al. Efficacy and Safety of Mirabegron versus Placebo Add-On Therapy in Men with Overactive Bladder Symptoms Receiving Tamsulosin for Underlying Benign Prostatic Hyperplasia: A Randomized, Phase 4 Study (PLUS). *J Urol*. 2020;203(6):1163-71.
45. Kaplan SA, Roehrborn CG, Rovner ES, Carlsson M, Bavendam T, Guan Z. Tolterodine and tamsulosin for treatment of men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*. 2006;296(19):2319-28.
46. Lee SH, Chung BH, Kim SJ, Kim JH, Kim JC, Lee JY. Initial combined treatment with anticholinergics and  $\alpha$ -blockers for men with lower urinary tract symptoms related to BPH and overactive bladder: A prospective, randomized, multi-center, double-blind, placebo-controlled study. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2011;14(4):320-5.
47. Van Kerrebroeck P, Haab F, Angulo JC, Vik V, Katona F, García-Hernández A, et al. Efficacy and Safety of Solifenacin Plus Tamsulosin OCAS in Men with Voiding and Storage Lower Urinary Tract Symptoms: Results from a Phase 2, Dose-finding Study (SATURN). *Eur Urol*. 2013;64(3):398-407.

48. Van Kerrebroeck P, Chapple C, Drogendijk T, Klaver M, Sokol R, Speakman M, et al. Combination therapy with solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in a single tablet for lower urinary tract symptoms in men: Efficacy and safety results from the randomised controlled NEPTUNE trial. *Eur Urol*. 2013;64(6):1003-12.
49. Ganz ML, Liu J, Zou KH, Bhagnani T, Luo X. Real-world characteristics of elderly patients with overactive bladder in the United States. *Curr Med Res Opin*. 2016;32(12):1997-2005.
50. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(2):189-94.
51. Samuelsson E, Odeberg J, Stenzelius K, Molander U, Hammarström M, Franzen K, et al. Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):521-34.
52. Wagg A, Cardozo L, Nitti VW, Castro-Díaz D, Auerbach S, Blauwet MB, et al. The efficacy and tolerability of the  $\beta$ 3-adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of symptoms of overactive bladder in older patients. *Age Ageing*. 2014;43(5):666-75.
53. Vouri SM, Kebodeaux CD, Stranges PM, Teshome BF. Adverse events and treatment discontinuations of antimuscarinics for the treatment of overactive bladder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;69:77-96.
54. Usmani SA, Reckenberg K, Johnson O, Stranges PM, Teshome BF, Kebodeaux CD, et al. Relative Risk of Adverse Events and Treatment Discontinuations Between Older and Non-Older Adults Treated with Antimuscarinics for Overactive Bladder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs and Aging*. 2019;36(7):639-45.
55. Robert L, Diego L, Casanovas M, Pellicer À, Ribes E, Rodríguez G. Càrrega anticolinèrgica: pensem-hi! Aspectes de seguretat més enllà de la visió borrosa i la sequedat de boca. *Butlletí d'informació Ter*. 2018;29:52.
56. Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A review. *Int Urogynecol J*. 2013;24(6):889-99.
57. Palmer MH, Cockerell R, Griebing TL, Rantell A, van Houten P, Newman DK. Review of the 6th International Consultation on Incontinence: Primary prevention of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2020;39(1):66-72.
58. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(12):CD007471.
59. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, 3a edició [Internet]. 2018 [citad 24 agost 2020]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/embaras\\_part\\_puerperi/protocol\\_seguiment\\_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf)
60. Wagg A, Chen LK, Johnson II T, Kirschner-Hermanns R. Incontinence in frail older persons. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence*. 6th ed. Tokyo; 2017. p. 1309-442.
61. Tsakiris P, Oelke M, Michel MC. Drug-induced urinary incontinence. *Drugs and Aging*. 2008;25(7):541-9.
62. Vila Coll M, Fernández Parcés M, Florensa Claramunt E, Orejas López V, Dalfó Baqué A, Romea Lecumberri S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria*. 1997;1997(3):122-126.
63. Villalba-Moreno À, Alfaro-Lara ER, Sánchez-Fidalgo S, Nieto-Martín MD, Santos-Ramos B. Development of the anticholinergic burden calculator web tool. *Farm Hosp*. 2017;41(5):647-8.
64. Gerència del Medicament. Seguretat en l'ús dels medicaments. Taxa de potencials incidències de prescripció. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020 [Internet]. [citad 25 agost 2020]. Disponible a: [https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/medicaments\\_farmacia/catsalut-entitats/transversals/seguretat-us-med-incid-prescripcio-v2020.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/catsalut-entitats/transversals/seguretat-us-med-incid-prescripcio-v2020.pdf)
65. Safety in Lactation: Drugs for urinary frequency, enuresis, and incontinence. Specialist Pharmacy Service. National Health Service (NHS). [Internet]. 2020 [citad 27 octubre 2020]. Disponible a: <https://www.sps.nhs.uk/articles/safety-in-lactation-drugs-for-urinary-frequency-enuresis-and-incontinence/>
66. British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary*. 78th ed. (September 2019 – March 2020).UK: BMJ Publishing Group.
67. Villa Alcázar L. *Medimecum. Guía de Terapia Farmacológica*. 25a ed. Springer Healthcare, editor. 2020.
68. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Thésaurus des interactions médicamenteuses [Internet]. 2019 [citad 26 octubre 2020]. Disponible a: [https://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/0002510e4ab3a9c13793a1fdc0d4c955.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0002510e4ab3a9c13793a1fdc0d4c955.pdf)
69. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2003;8(108):5778-85.
70. BIFIMED: Buscador de la Información sobre la situación de financiación de los medicamentos [Internet]. Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/medicamentos.do>