

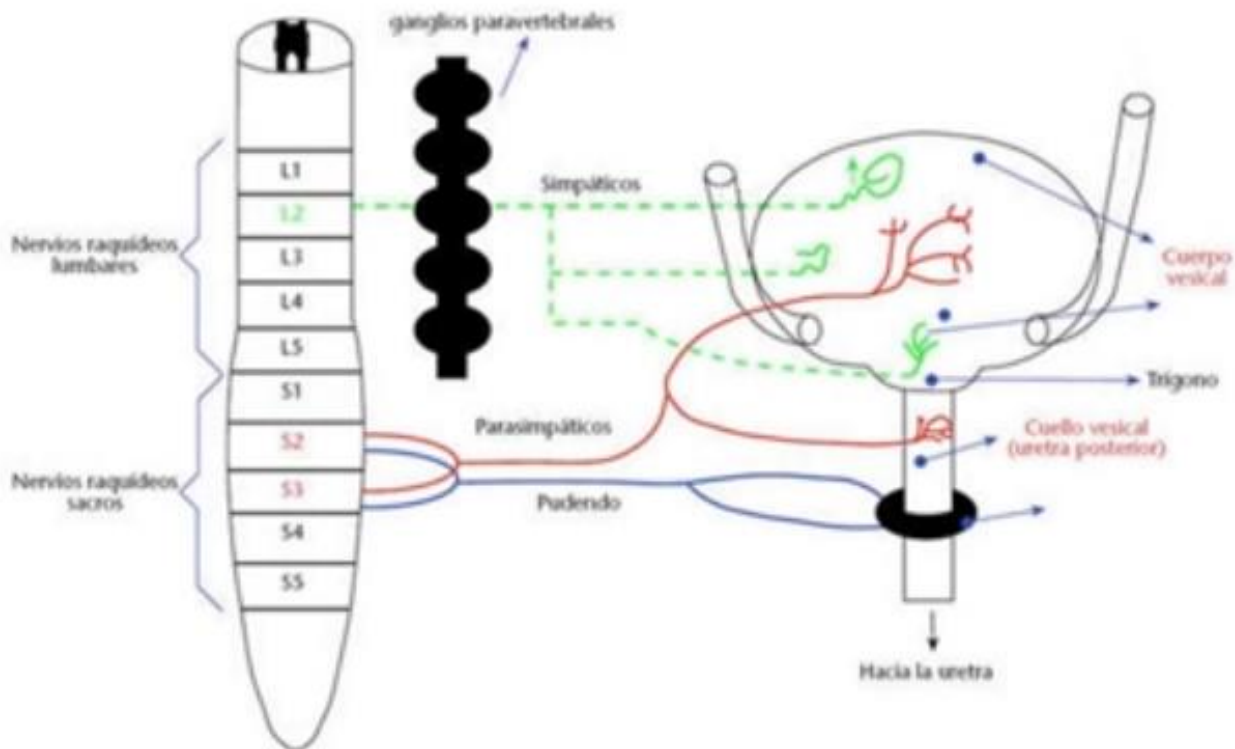


# **Tratamiento farmacológico** **de la incontinencia urinaria:** **¿conservador o innovador?**

Juliana Escobar Castaño

Facultativo especialista adjunto, Sº de Urología Hospital General Villalba y  
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

# Inervación Vesicouretral

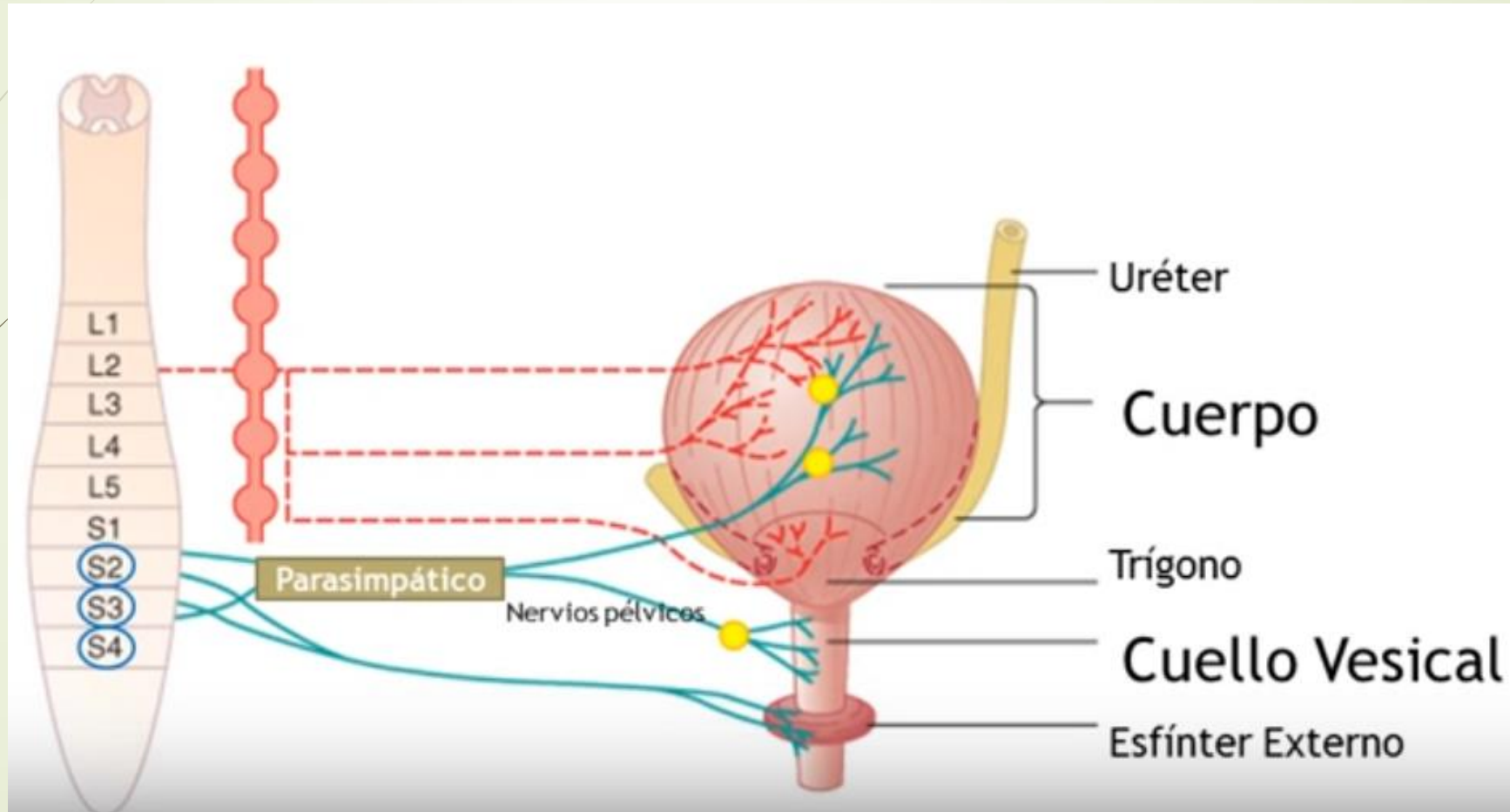


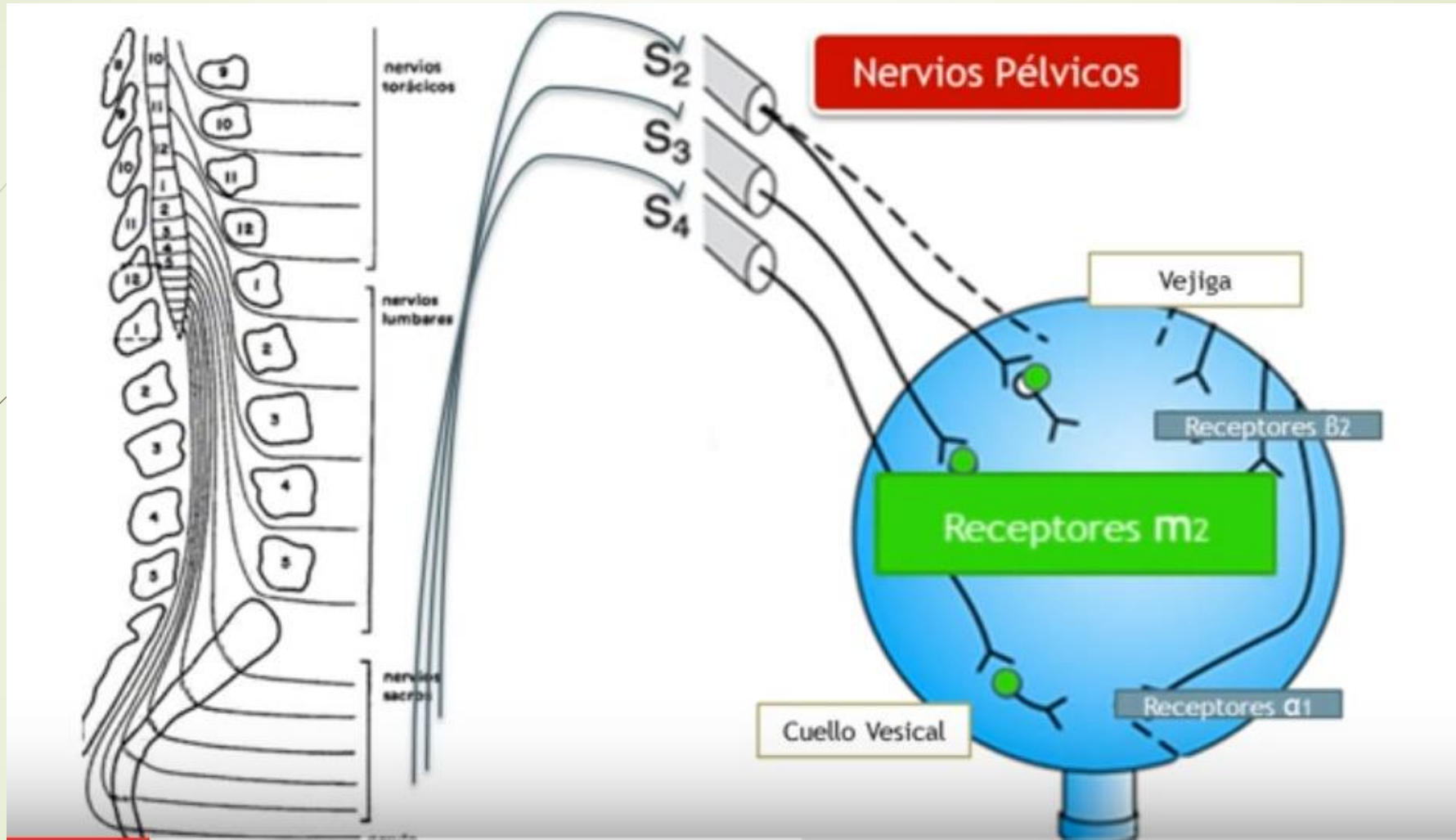
Parasimpático

Simpático

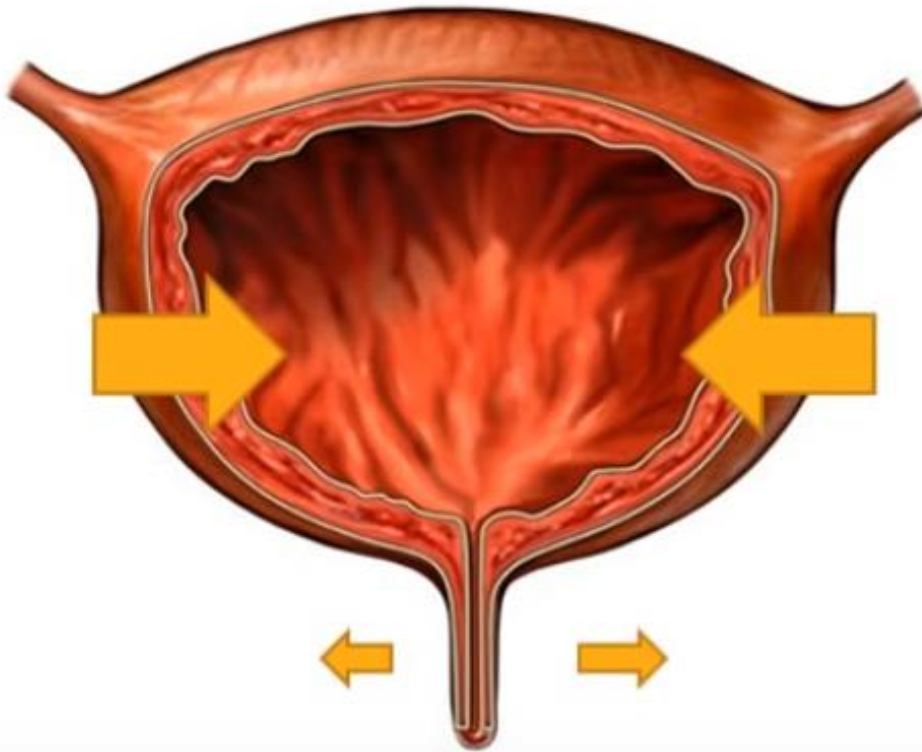
Somático

# Parasimpatico





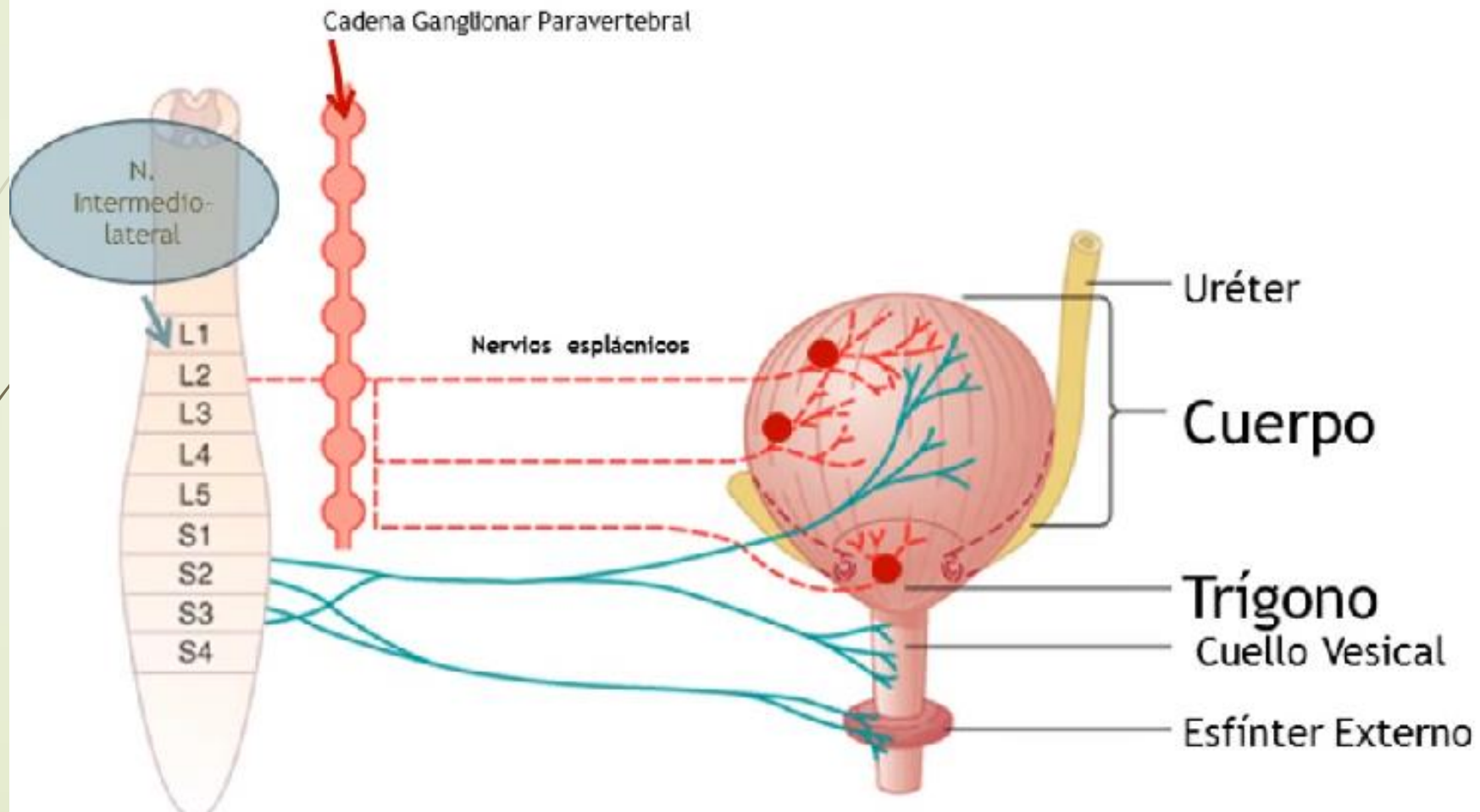
# Parasimpatico...



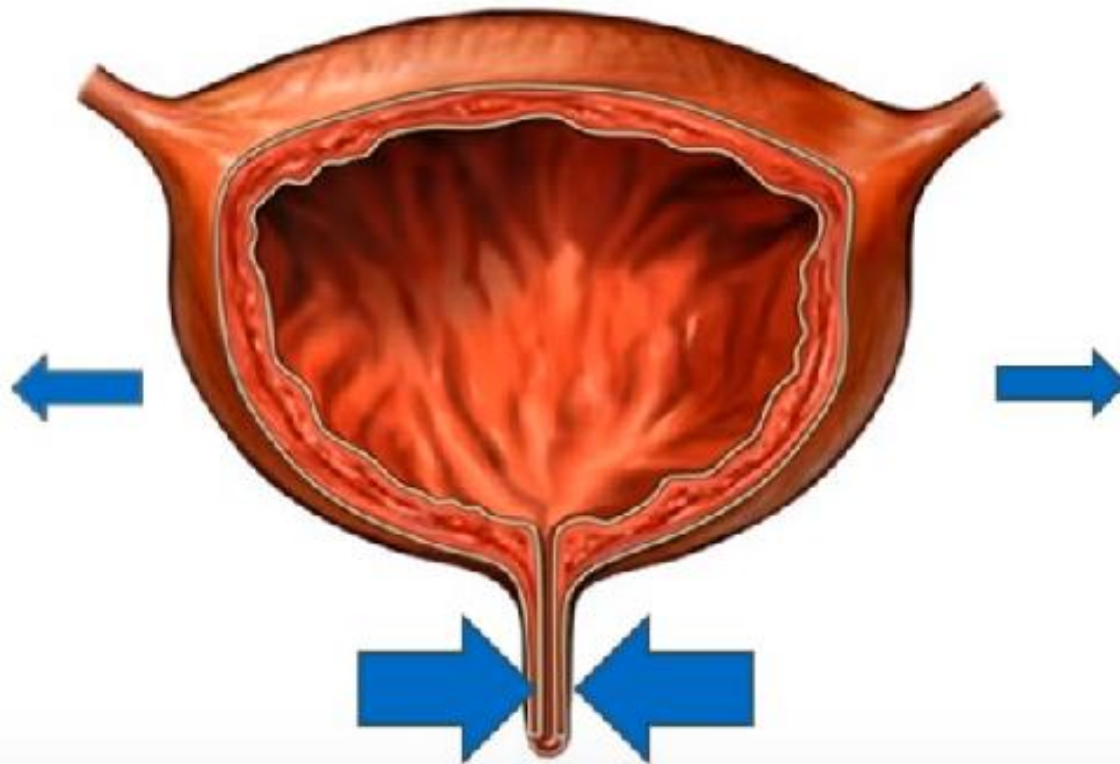
- Efecto:

- Contracción del músculo Detrusor.
- Relajación de Cuello Vesical y Uretra.

# Vía Simpática



## Vía Simpática

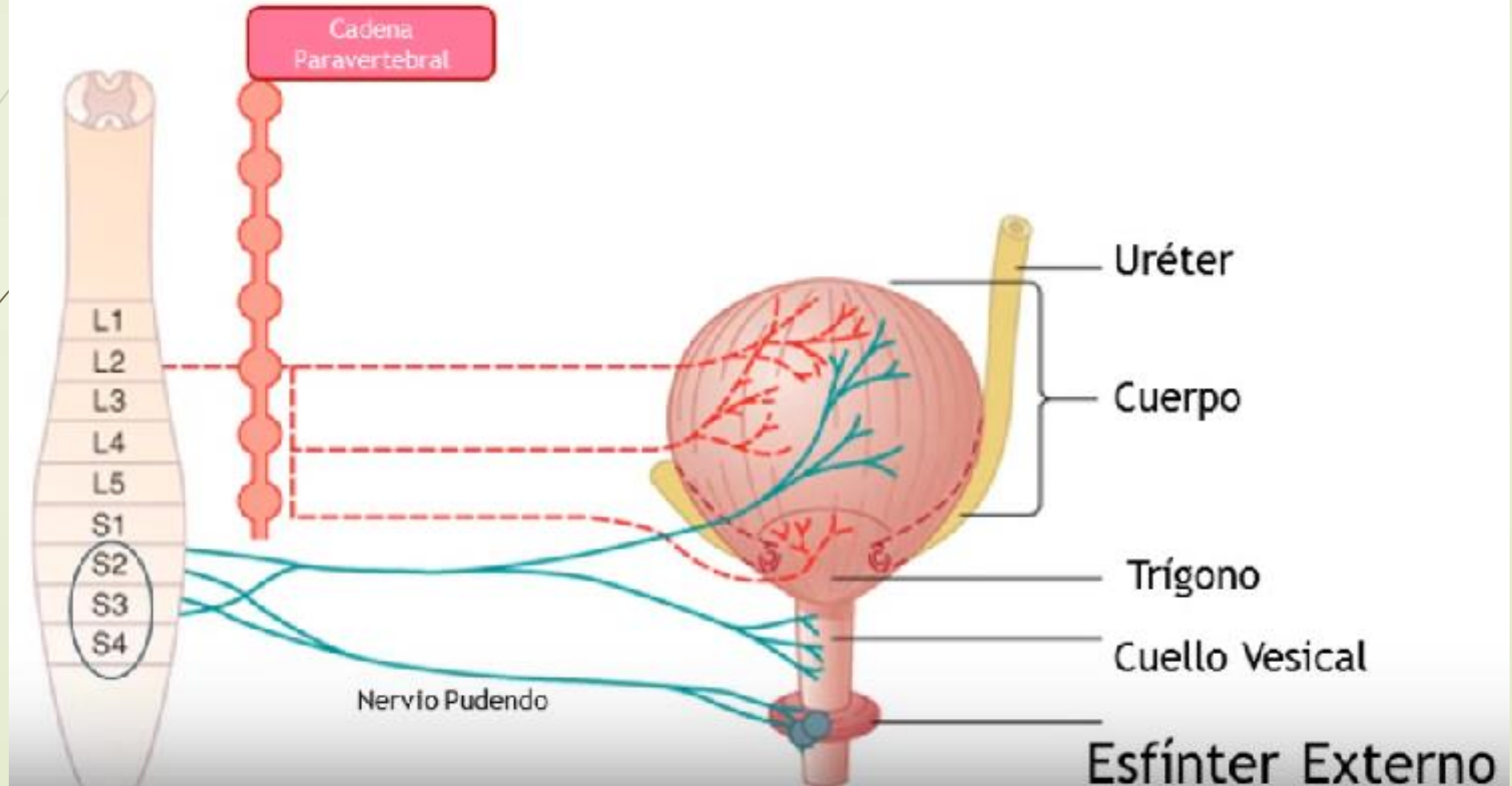


- Efecto:

- Contracción de Esfínter Uretral.
- Relajación vesical.

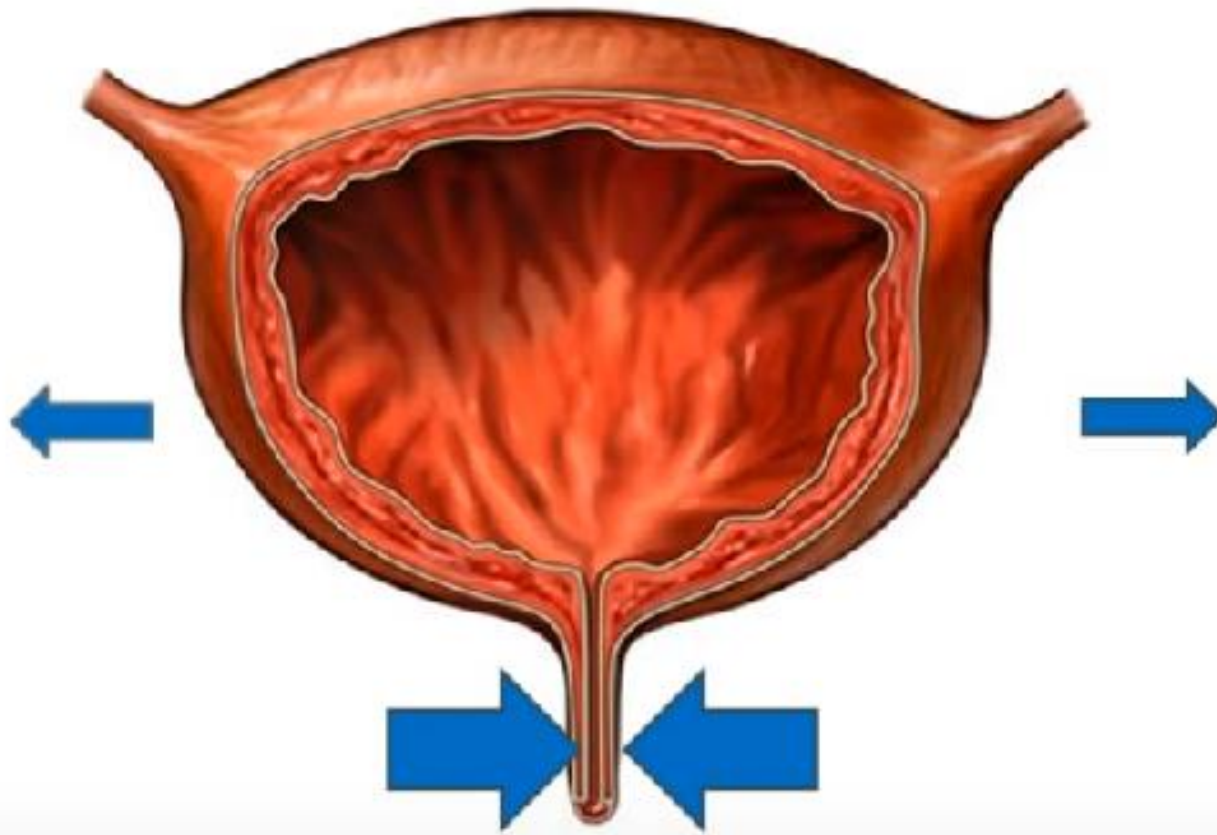
( CONTINENCIA )

# Vía Somática





# Vía Somática



- Efecto:

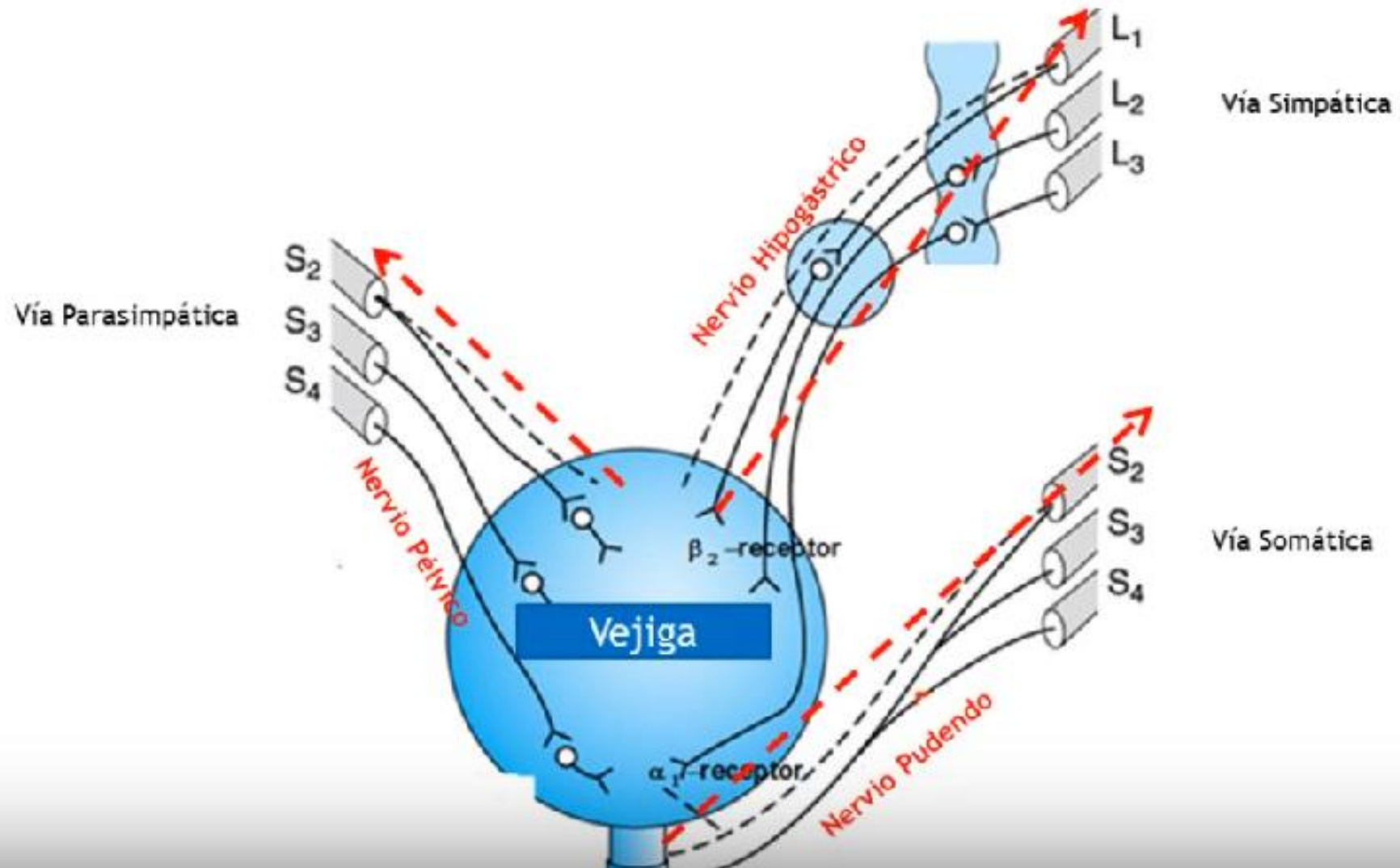
Mismo que el Sistema Nervioso Simpático.

- Contracción de Esfínter Uretral.

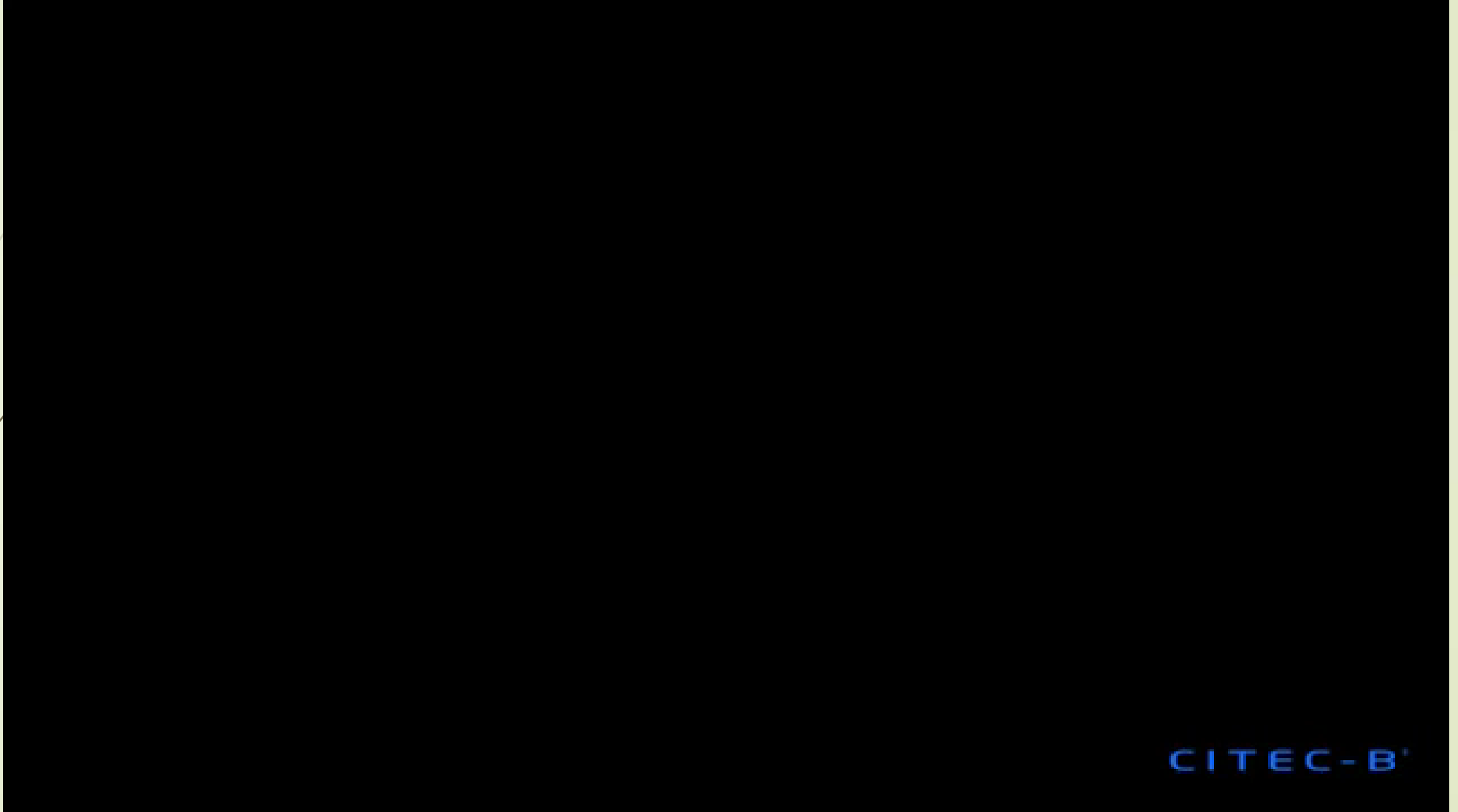
- Relajación vesical.

( CONTINENCIA )

# Vías Aferentes

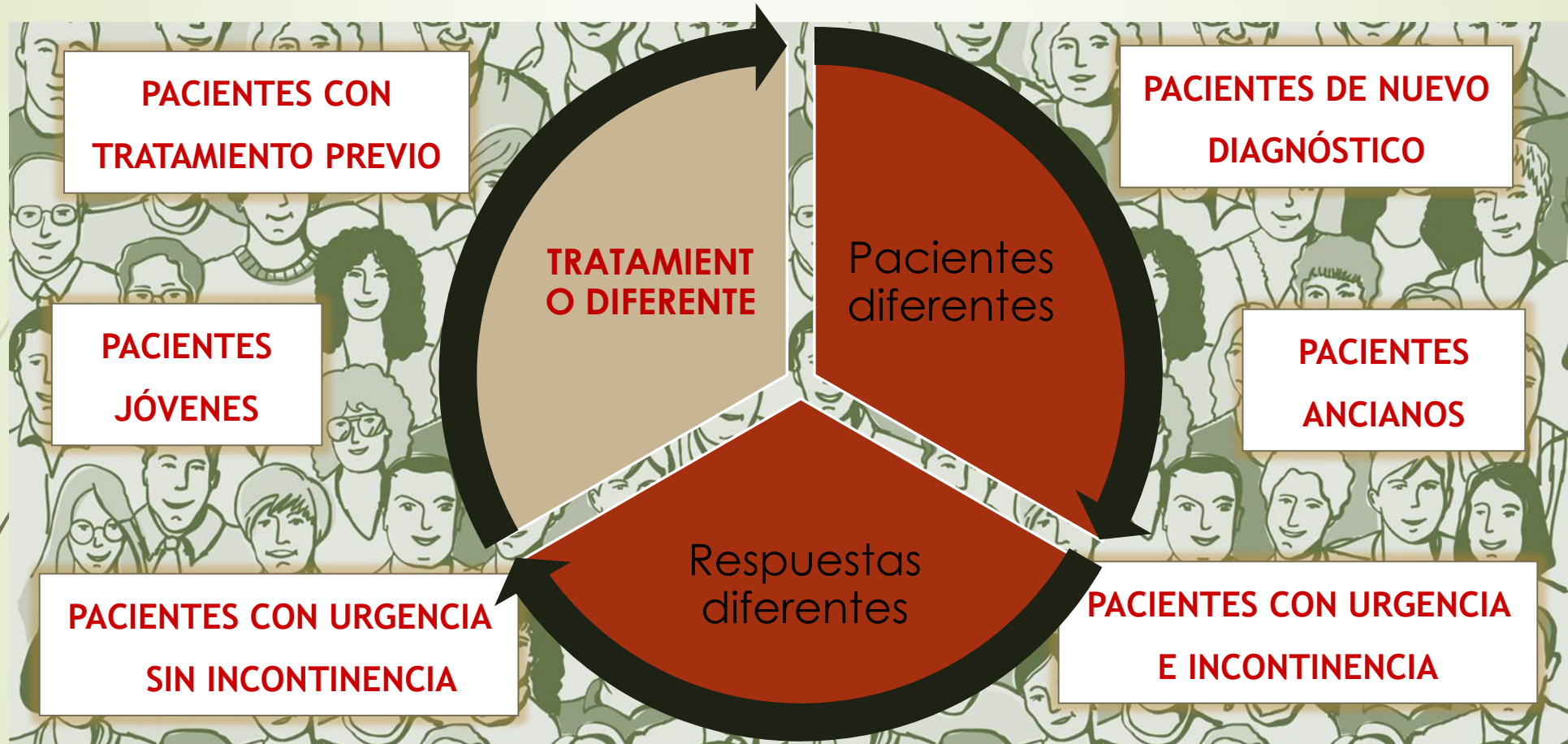


# Vejiga hiperactiva



CITEC-B<sup>®</sup>

# Tratamiento de la Vejiga Hiperactiva



Además, hay muchos factores a considerar (sexo, edad, expectativas, impacto en la actividad laboral, social, sexual, etc)

# Abordaje de la enfermedad



# Tratamiento

## Opciones de tratamiento

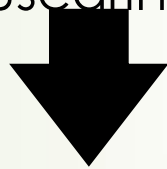


# Bases tratamiento hiperactividad vesical

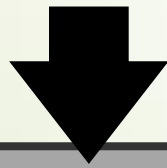
CITEC-B<sup>®</sup>

# Antimuscarínicos

Los antimuscarínicos  
bloquean los  
receptores  
muscarínicos.

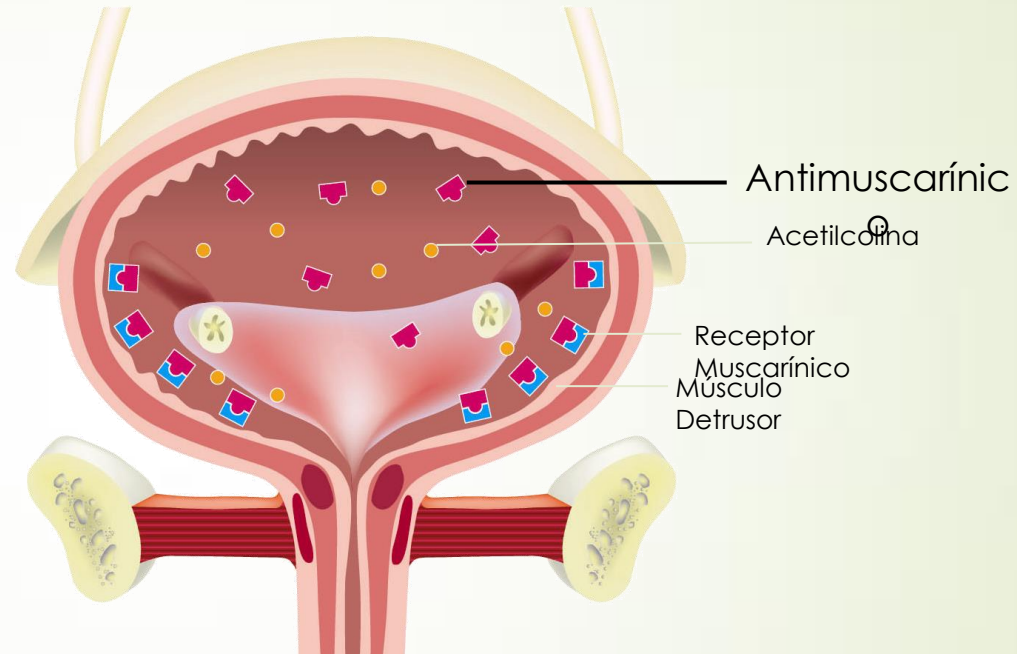


Esto evita la unión  
de acetilcolina



ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS MICCIONALES

(urgencia, incontinencia de urgencia, frecuencia miccional,  
nocturia)







# Anticolinergicos

- Afinidad del receptor muscarínico y otros modos de acción, en sus propiedades farmacocinéticas, como: Solubilidad lipídica y semivida, y en su formulación.
- La boca seca es el efecto secundario más común, aunque puede ocurrir estreñimiento, visión borrosa, fatiga y disfunción cognitiva



¿Son mejores los antimuscarínicos que el placebo para mejorar o curar la IUU?

- La evidencia revisada fue consistente, lo que indica que los antimuscarínicos ofrecen una mejoría clínicamente significativa de la IUU a corto plazo en comparación con placebo.



## Summary of evidence

**LE**

All formulations of fesoterodine, oxybutynin, propiverine, solifenacin, tolterodine, darifenacin and trospium, provide a significantly better rate of cure or improvement of UUI compared to placebo.


1a

All formulations of fesoterodine, oxybutynin, propiverine, solifenacin, tolterodine, darifenacin and trospium, result in higher rates of side effects compared to placebo.

1b

Hay un antimuscarínico que tenga las mejores tasas de curación o mejoría de IUU y/o una mejor calidad de vida, y / o una menor probabilidad de efectos adversos?

Summary of evidence	LE
There is no consistent evidence that one antimuscarinic drug is superior to an alternative antimuscarinic drug for cure or improvement of UUI.	1a
The ER formulation of oxybutynin is superior to the ER and IR formulations of tolterodine for improvement of UUI.	1b
Solifenacin is more effective than tolterodine IR for improvement of UUI.	1b
Fesoterodine, 8 mg daily, is more effective than tolterodine ER, 4 mg daily, for cure and improvement of UUI, but with a higher risk of side effects.	1b



ER formulations and once-daily antimuscarinic drugs are generally associated with lower rates of dry mouth than IR preparations, although trial discontinuation rates are similar.	1b
Transdermal oxybutynin (patch) is associated with lower rates of dry mouth than oral antimuscarinic drugs, but has a high rate of withdrawal due to skin reaction.	1b
Oxybutynin IR or ER shows higher rates of dry mouth than the equivalent formulation of tolterodine.	1a
There is no evidence that any particular antimuscarinic agent is superior to another for improvement in QoL.	1a



# Recomendaciones uso de Anticolinérgicos

<b>Recommendations</b>	<b>GR</b>
Offer IR or ER formulations of antimuscarinic drugs for adults with urgency urinary incontinence.	A
If IR formulations of antimuscarinic drugs are unsuccessful for adults with urgency urinary incontinence, offer ER formulations or longer-acting antimuscarinic agents.	A
Consider using transdermal oxybutynin if oral antimuscarinic agents cannot be tolerated due to dry mouth.	B
Offer and encourage early review (of efficacy and side effects) of patients on antimuscarinic medication for urgency urinary incontinence (< 30 days).	A

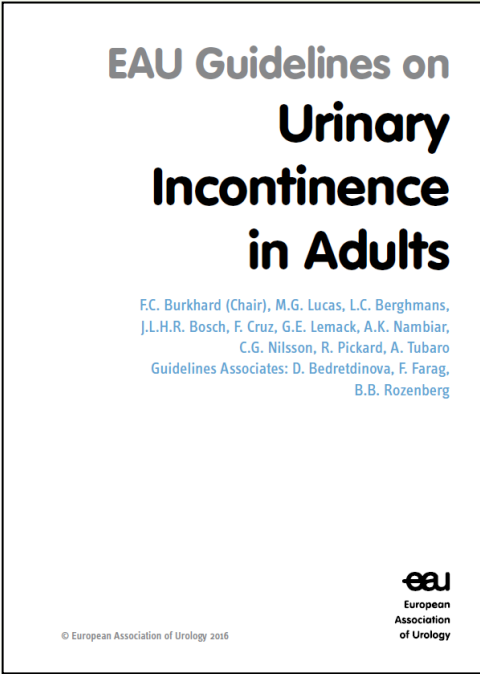


# Adherencia del tratamiento

- Bajo nivel de eficacia (41,3%);
- Eventos adversos (22,4%);
- Costo (18,7%), se observaron mayores tasas de adherencia cuando los fármacos se proporcionaron sin costo para el paciente [207].
- Otras razones de la mala adherencia incluyeron:
  - Formulaciones IR vs. ER;
  - Edad (menor persistencia entre los adultos más jóvenes);
  - Expectativas poco realistas de tratamiento;
  - Distribución de género (mejor adherencia / persistencia en mujeres);
  - (Los afroamericanos y otras minorías tienen más probabilidades de interrumpir o cambiar de tratamiento)

# Adherencia y persistencia

## Motivos abandono al tratamiento AM



Más de la mitad de los pacientes abandonarán su tratamiento con antimuscarínicos antes de los 3 meses debido a falta de eficacia, efectos adversos y costes

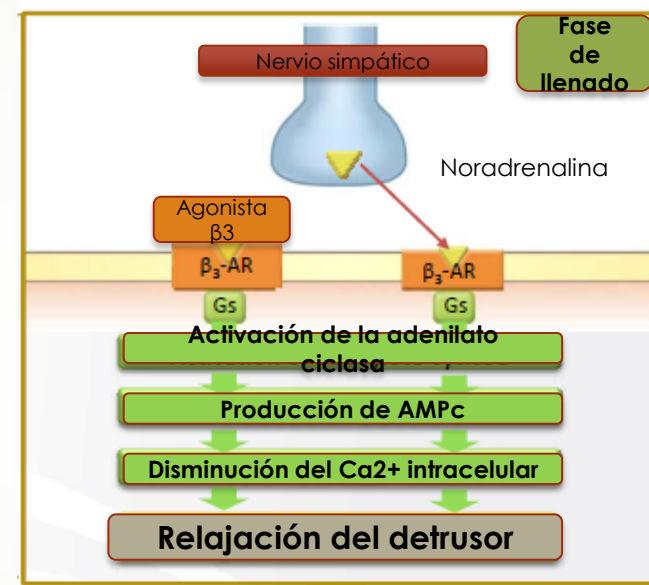
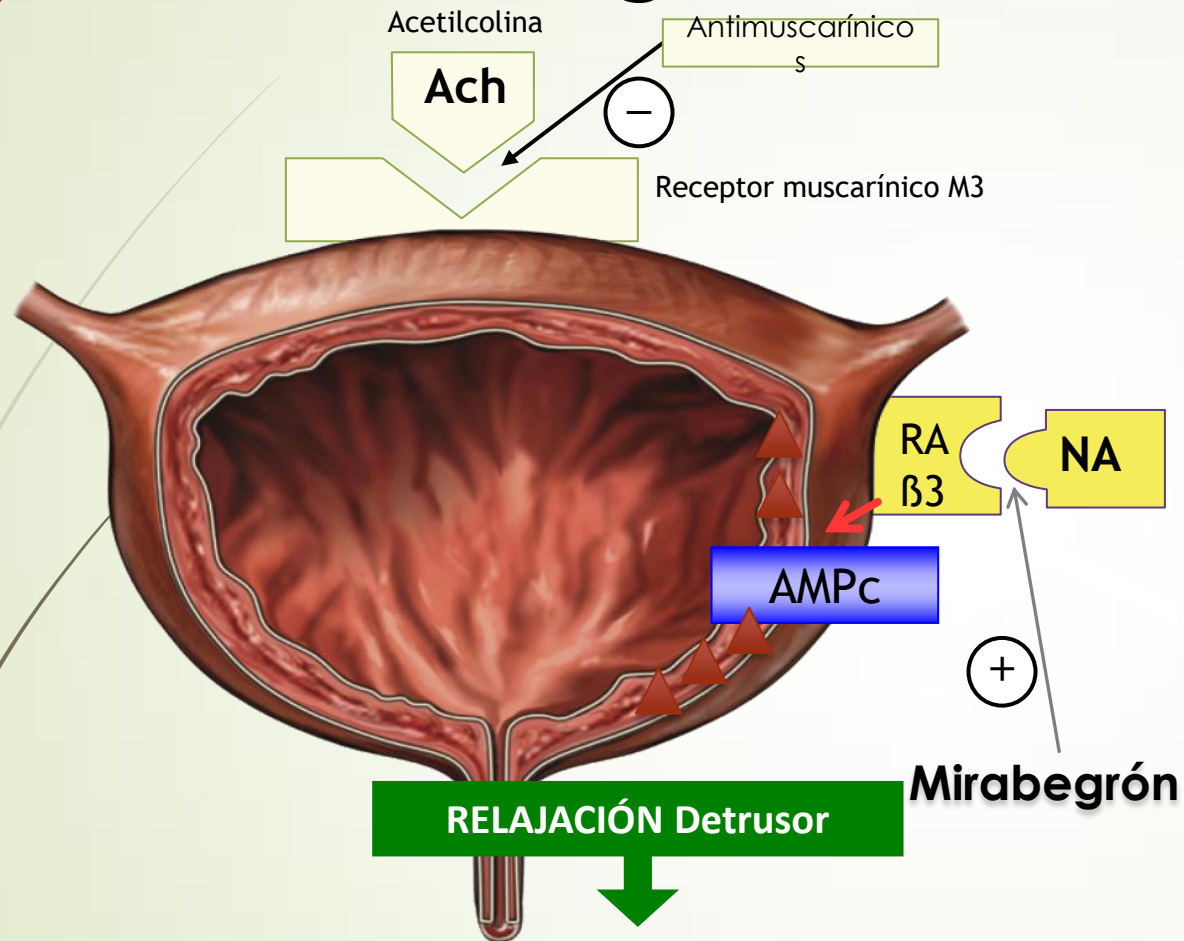
Nivel de evidencia 2



# Consideraciones para el tratamiento anticolinérgico en mayores

Recommendations	GR
In older people being treated for urinary incontinence, every effort should be made to employ non-pharmacological treatments first.	C
Use antimuscarinic drugs with caution in elderly patients who are at risk of, or have, cognitive dysfunction.	B
Do not use oxybutynin in elderly patients who are at risk of cognitive dysfunction.	A*
In elderly patients with urinary incontinence, avoid anticholinergic load. <b>4.2.5.2.8 Mirabegron</b> No trials of mirabegron have yet been reported in the elderly population with UI.	C

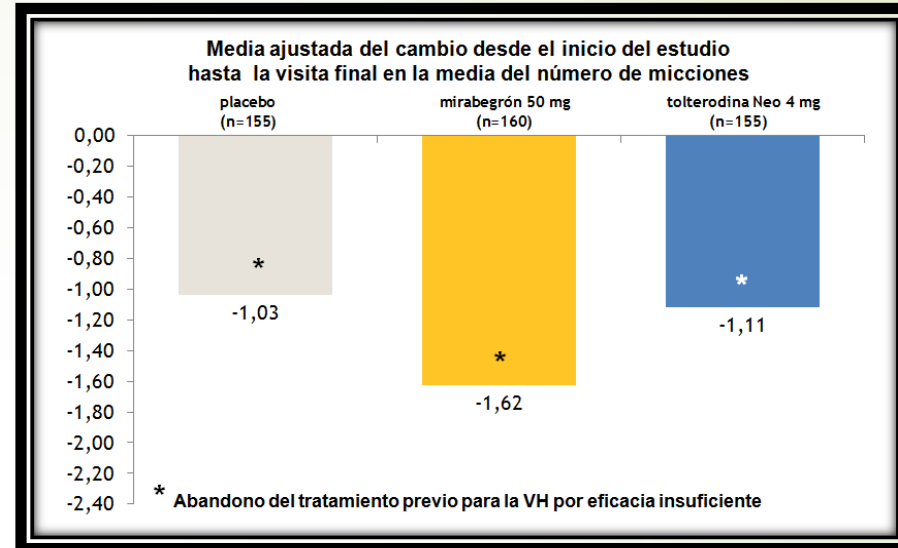
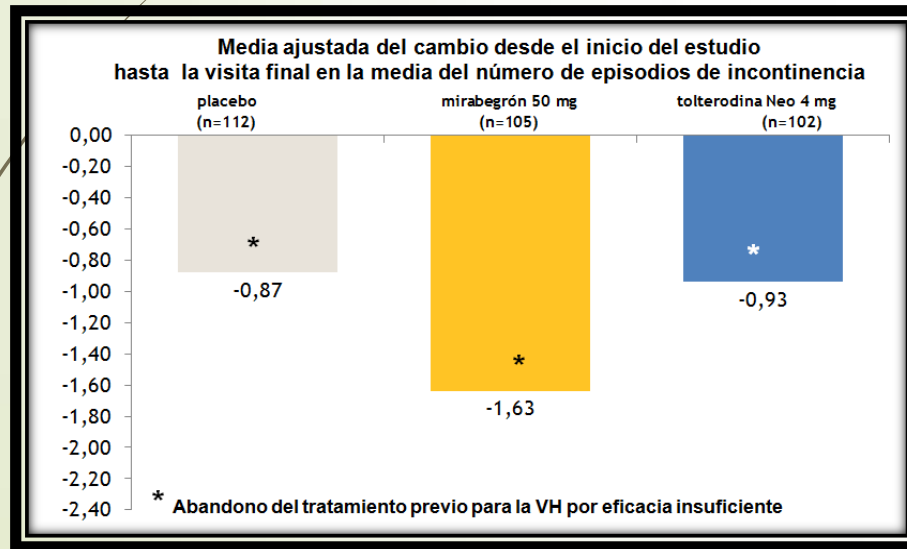
# Mirabegrón: mecanismo de acción



La estimulación de los receptores  $\beta_3$  inhibe las contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado y por ello mejora los síntomas de VH

# Eficacia de Mirabegrón en pacientes tratados previamente que abandonaron por falta de eficacia

## Análisis post-hoc estudio SCORPIO



❖ El tamaño del efecto con mirabegrón 50mg en la mejora de las variables co-primarias fue mayor que con placebo

❖ El tamaño del efecto de Tolterodina Neo fue similar a placebo

# Eficacia y seguridad de mirabegrón

## Población mayor ( $\geq 65$ años)

**Población de análisis (FAS):**  
 36-39%  $\geq 65$  años  
 7-12%  $\geq 75$  años

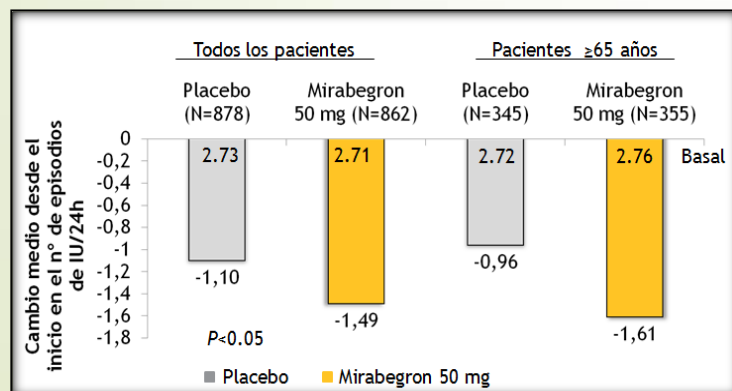
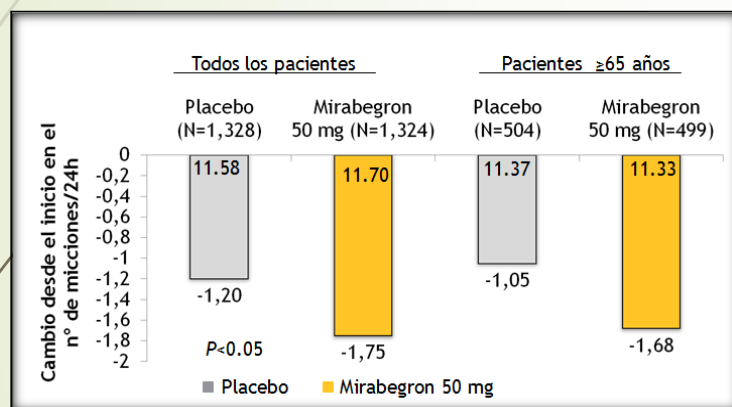


Table 2. TEAEs by preferred term; 12-week and 1-year analyses (SAF)

Age category	$\geq 65$ years			Tolterodine ER 4 mg (n = 192)
	Placebo <sup>a</sup> (n = 521)	Mirabegron		
	25 mg (n = 154)	50 mg (n = 514)		
Studies	046, 047, 074	074	046, 047, 074	046
Any TEAE, n (%)	254 (48.8)	84 (54.5)	258 (50.2)	95 (49.5)
TEAEs reported by $\geq 3\%$ of patients in any treatment group in the $\geq 65$ -year subgroup (by preferred term), n (%)				
Hypertension	44 (8.4)	21 (13.6)	51 (9.9)	23 (12.0)
Nasopharyngitis	13 (2.5)	7 (4.5)	21 (4.1)	7 (3.6)
UTI	15 (2.9)	10 (6.5)	16 (3.1)	3 (1.6)
Headache	9 (1.7)	4 (2.6)	14 (2.7)	9 (4.7)
Dry mouth	8 (1.5)	3 (1.9)	9 (1.8)	21 (10.9)
Dizziness	8 (1.5)	7 (4.5)	9 (1.8)	3 (1.6)
Constipation	8 (1.5)	4 (2.6)	7 (1.4)	6 (3.1)
Pain in extremity	8 (1.5)	5 (3.2)	7 (1.4)	0
Any TEAE leading to discontinuation, n (%)	26 (5.0)	7 (4.5)	29 (5.6)	14 (7.3)
Any SAE, n (%)	15 (2.9)	2 (1.3)	14 (2.7)	8 (4.2)

1 year study	$\geq 65$ years	
	(n = 289)	(n = 303)
Any TEAE, n (%)	188 (65.1)	195 (64.4)
TEAEs reported by $\geq 3\%$ of patients in any treatment group in the $\geq 65$ -year subgroup (by preferred term), n (%)		
Hypertension	30 (10.4)	39 (12.9)
UTI	23 (8.0)	25 (8.3)
Dizziness	14 (4.8)	11 (3.6)
Constipation	12 (4.2)	10 (3.3)
Influenza	12 (4.2)	7 (2.3)
Back pain	10 (3.5)	5 (1.7)
Nasopharyngitis	9 (3.1)	6 (2.0)
Dry mouth	9 (3.1)	31 (10.2)
Bronchitis	9 (3.1)	10 (3.3)
Diarrhoea	8 (2.8)	9 (3.0)
Cystitis	8 (2.8)	14 (4.6)
Fatigue	5 (1.7)	9 (3.0)
Headache	4 (1.4)	9 (3.0)
Any TEAE leading to discontinuation, n (%)	20 (6.9)	23 (7.6)
Any SAE, n (%)	18 (6.2)	22 (7.3)

En ambos grupos la **hipertensión** y las **infecciones del tracto urinario** fueron los AAAT más comunes, y la incidencia de **sequedad de boca** fue hasta seis veces superior entre los pacientes aleatorizados al grupo de tolterodina vs mirabegrón.

# Evidencia de Mirabegrón en el paciente mayor

CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION, 2016  
http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2016.1149806  
Article RT-0512.R1/1149806  
All rights reserved: reproduction in whole or part not permitted

Taylor & Francis  
Taylor & Francis Group

BRIEF REVIEW

**Oral pharmacotherapy for overactive bladder in older patients: mirabegron as a potential alternative to antimuscarinics**

Adrian Wagg<sup>a</sup>, Victor W. Nitti<sup>b</sup>, Con Kelleher<sup>c</sup>, David Castro-Díaz<sup>d</sup>, Emad Siddiqui<sup>e</sup> and Todd Berner<sup>f</sup>

<sup>a</sup>University of Alberta, Edmonton, Canada; <sup>b</sup>New York University, USA; <sup>c</sup>Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, UK; <sup>d</sup>University Hospital of the Canary Islands, Spain; <sup>e</sup>Astellas Pharma Europe Ltd, Chertsey, Surrey, UK; <sup>f</sup>Formerly of Astellas Scientific and Medical Affairs, Northbrook, IL, USA

## Conclusions

OAB is a widespread problem with potentially far-reaching adverse consequences, particularly in older patients, and even more so in frail or vulnerable older patients. However, older OAB patients can and should be treated. The successful treatment of OAB is dependent on medication adherence, which is affected by inadequate efficacy, bothersome side effects and cost of treatment. Antimuscarinics and the  $\beta_3$ -adrenoceptor agonist, mirabegron, are efficacious in the treatment of older OAB patients. However, antimuscarinics are associated with low persistence rates due to bothersome AEs including dry mouth and constipation; mirabegron has a low incidence of these particular AEs. In addition, studies report a low incidence of CNS effects with mirabegron, a particular benefit in older patients at risk of cognitive decline. No evidence for an excess of CV events at therapeutic doses has been demonstrated with mirabegron or antimuscarinics; however, regular blood pressure monitoring is advised in older patients where CV risk may be cumulative due to comorbidities or comedication. Compared with antimuscarinics, mirabegron may provide an improved benefit-to-risk ratio in older patients.

Balance  
eficacia-seguridad  
mejorado respecto a AMs

Baja incidencia de AA  
de tipo SNC con mirabegrón

Seguridad CV similar  
(Mirabegrón y AMs)

*“comparado con los AMs,  
mirabegrón podría proporcionar  
un **balance beneficio-riesgo**  
**mejorado en paciente mayor**”*

# Subanálisis seguridad y tolerabilidad – Estudios Fase III y TAURUS

**Table 2** Exposure to study drug and incidence of treatment-emergent adverse events [number of patients reporting event (as % of total number in treatment group)] by preferred term; SAF

	Pooled 12-week Phase III studies (046, 047 and 074)					1-year Phase III study (049)				
	Placebo (n = 1380)	Mirabegron			Total (n = 2736)	Tolterodine ER 4 mg (n = 495)	Mirabegron			Tolterodine ER 4 mg (n = 812)
		25 mg (n = 432)	50 mg (n = 1375)	100 mg (n = 929)			50 mg (n = 812)	100 mg (n = 820)	Total (n = 1632)	
Exposure to study drug (days), mean (SD)	78.7 (18.9)	79.1 (19.0)	79.3 (18.8)	80.0 (18.5)	79.5 (18.7)	80.6 (17.3)	311.3 (109.9)	313.6 (108.2)	312.4 (109.0)	308.7 (111.5)
Any TEAE, n (%)	658 (47.7)	210 (48.6)	647 (47.1)	402 (43.3)	1259 (46.0)	231 (46.7)	485 (59.7)	503 (61.3)	988 (60.5)	508 (62.6)
Most common (reported by ≥ 3% of total mirabegron group in either the pooled 12-week analysis or the 1-year study by preferred term), n (%)										
Hypertension	105 (7.6)	49 (11.3)	103 (7.5)	48 (5.2)	200 (7.3)	40 (8.1)	75 (9.2)	80 (9.8)	155 (9.5)	78 (9.6)
Nasopharyngitis	25 (2.5)	15 (3.5)	54 (3.9)	25 (2.7)	94 (3.4)	14 (2.8)	22 (3.0)	25 (4.3)	67 (4.1)	25 (3.1)
Urinary tract infection										4
Headache										5
Back pain										5
Drug-related* TEAE, n (%)	232 (16.8)	87 (20.1)	256 (18.6)	172 (18.5)	515 (18.8)	131 (26.5)	213 (26.2)	192 (23.4)	405 (24.8)	224 (27.6)
Most common drug-related TEAE (reported by ≥ 2% in any group by preferred term), n (%)										
Hypertension	63 (4.6)	30 (6.9)	65 (4.7)	32 (3.4)	127 (4.6)	30 (6.1)	43 (5.3)	50 (6.1)	93 (5.7)	42 (5.2)
Headache	18 (1.3)	4 (0.9)	28 (2.0)	12 (1.3)	44 (1.6)	11 (2.2)	18 (2.2)	14 (1.7)	32 (2.0)	14 (1.7)
Dry mouth	22 (1.6)	7 (1.6)	13 (0.9)	20 (2.2)	40 (1.5)	47 (9.5)	20 (2.5)	18 (2.2)	38 (2.3)	67 (8.3)
Constipation	17 (1.2)	7 (1.6)	11 (0.8)	13 (1.4)	31 (1.1)	7 (1.4)	18 (2.2)	17 (2.1)	35 (2.1)	19 (2.3)

La mayoría de los AAs fueron de caracter leve o moderado

Perfil de tolerabilidad de mirabegrón similar a placebo y tolterodina ER, a excepción de la boca seca

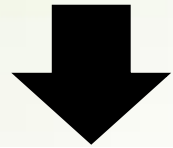
Este perfil favorable de tolerabilidad puede **aumentar el cumplimiento** vs AM, con importantes implicaciones en los resultados para el paciente.

discontinuation, n (%)

SAE, serious adverse event; SAF, safety analysis set; TEAE, treatment-emergent adverse event. \*Treatment relatedness was based on investigator assessment. †Includes any death that occurred at any time after the first dose of study drug, regardless of time after the last dose of study drug.

Tolterodina Neo es un control activo en el estudio SCORPIO 046 Y TAURUS 049.

# Mirabegrón - Frecuencia de AAATs en 1 año



MedDRA (v.9.1) preferred term, n (%)	Mirabegron 50 mg (n = 812)	Mirabegron 100 mg (n = 820)	Tolterodine ER 4 mg (n = 812)
Any AE	485 (59.7)	503 (61.3)	508 (62.6)
Hypertension	75 (9.2)	80 (9.8)	78 (9.6)
Urinary tract infection	48 (5.9)	45 (5.5)	52 (6.4)
Dry mouth	23 (2.8)	19 (2.3)	70 (8.6)
Nasopharyngitis	32 (3.9)	35 (4.3)	25 (3.1)
Headache	33 (4.1)	26 (3.2)	20 (2.5)
Influenza	21 (2.6)	25 (3.0)	28 (3.4)
Constipation	23 (2.8)	25 (3.0)	22 (2.7)
Back pain	23 (2.8)	29 (3.5)	13 (1.6)
Dizziness	22 (2.7)	13 (1.6)	21 (2.6)
Diarrhea	15 (1.8)	24 (2.9)	16 (2.0)
Sinusitis	22 (2.7)	18 (2.2)	12 (1.5)
Arthralgia	17 (2.1)	19 (2.3)	16 (2.0)
Tachycardia	8 (1.0)	19 (2.3)	25 (3.1)
Cystitis	17 (2.1)	11 (1.3)	19 (2.3)
Adverse events of interest, n (%)			
Corrected QT interval prolongation <sup>†</sup>	3 (0.4)	2 (0.2)	3 (0.4)
Hypertension <sup>†</sup>	89 (11.0)	83 (10.1)	86 (10.6)
Cardiac arrhythmia <sup>†</sup>	32 (3.9)	34 (4.1)	49 (6.0)
Urinary retention	1 (0.1)	1 (0.1)	3 (0.4)
Acute urinary retention	0	1 (0.1)	1 (0.1)
Hypersensitivity	45 (5.5)	44 (5.4)	42 (5.2)
Syncope/seizure	1 (0.1)	0	1 (0.1)
Hepatotoxicity <sup>†</sup>	17 (2.1)	19 (2.3)	15 (1.8)

AE = adverse event; ER = extended release; MedDRA = Medical Dictionary for Regulatory Activities.  
<sup>\*</sup> In the safety analysis set.  
<sup>†</sup> Definition based on standardized MedDRA query. Adverse events not based on standardized MedDRA queries were predefined.

## Hipertensión

- Incrementos <1 mmHg vs placebo y sin aumento exponencial a 1 año
- Tasas de AA HTA similares a placebo y Tolterodina Neo 4mg


## Frecuencia cardiaca

- Incrementos <1 lpm vs placebo
- Sin aumento exponencial a largo plazo y similar a lo observado con Tolterodina Neo 4mg

TOLTERODINA ES UN CONTROL ACTIVO. EL ESTUDIO NO ESTABA DISEÑADO PARA HACER COMPARACIONES ENTRE LOS BRAZOS DE TRATAMIENTO

LA DOSIS DE 100 MG DE MIRABEGRÓN NO ESTÁ AUTORIZADA

Rosa GM et al. Eur Urol. 2016;69:311-323  
 Chapple C et al. Eur Urol 2013;63:296-305

- 
- **Mirabegrón, primer agonista  $\beta_3$**  para el tratamiento de los síntomas de VH, presenta un **balance eficacia/tolerabilidad mejorado**
  - La eficacia y tolerabilidad de mirabegrón ha sido estudiada en **diferentes perfiles de pacientes**
  - La **seguridad CV** de mirabegrón parece ser aceptable a dosis terapéuticas y comparable con antimuscarínicos
  - Se han llevado a cabo estudios de práctica clínica real en los que la **persistencia observada con mirabegrón ha sido mayor** que la observada con antimuscarínicos



# B3 agonistas Mirabegron

Summary of evidence	LE
Mirabegron is better than placebo for improvement of UUI symptoms.	1a
There is no evidence that mirabegron is better than placebo for curing incontinence.	1b
Mirabegron is no more effective than tolterodine.	1b
Adrenergic-mediated side effects of mirabegron appear mild and not clinically significant in a trial setting.	1a
Discontinuation rates from mirabegron are similar to tolterodine in a trial setting.	1b

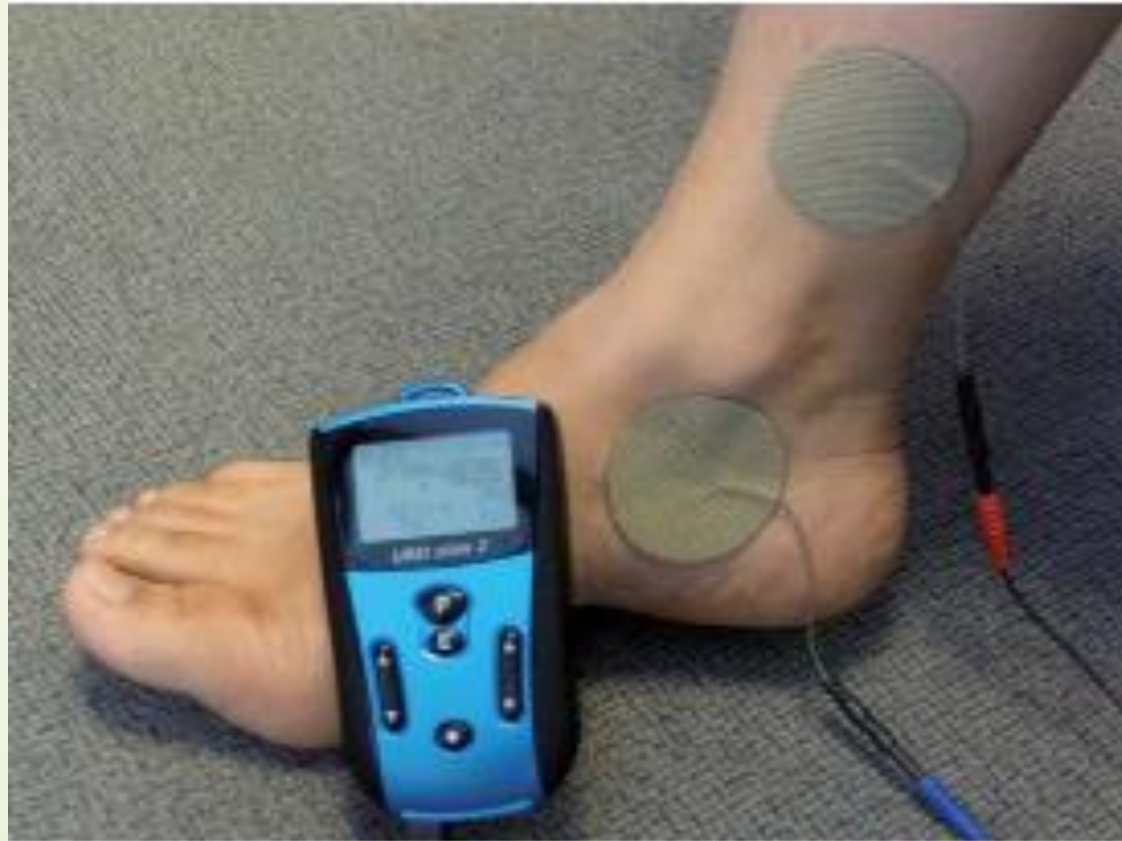


Recommendation	GR
Offer mirabegron to people with urgency urinary incontinence, but inform patients receiving mirabegron that the possible long-term side effects remain uncertain.	B



OTROS TRATAMIENTOS.....

# Neuromodulación y estimulación del Tibial posterior





# Tratamiento farmacológico vs terapia conductual

- ▶ En un Ensayo Clínico se mostró un beneficio sustancial para la neuromodulación sacra en comparación con la terapia médica.
- ▶ En los hombres con LUTS de almacenamiento no se encontró diferencia en la eficacia entre la oxibutinina y la terapia conductual.
- ▶ La combinación de Terapia conductual y solifenacina en mujeres con Hiperactividad vesical no confería ningún beneficio adicional en términos de continencia



## Summary of evidence

**LE**

There is no consistent evidence to show superiority of drug therapy over behavioural therapy for treatment of UUI.

1b

Behavioural treatment has higher patient satisfaction than drug treatment.

1b

There is no consistent evidence to show superiority of drug therapy over PFMT for treatment of UUI.

1b



# Duloxetina para IUE

- ▶ Todos los estudios tuvieron una alta tasa de retirada de pacientes de aproximadamente 20-40% en estudios a corto plazo y hasta 90% en estudios a largo plazo. La falta de eficacia y la alta incidencia de eventos adversos incluyen náuseas y vómitos (40% o más de los pacientes), sequedad de boca, estreñimiento, mareos, insomnio, somnolencia y fatiga.

# Terapia con estrógenos

Recommendations	GR
Offer post-menopausal women with urinary incontinence vaginal oestrogen therapy particularly if other symptoms of vulvovaginal atrophy are present.	A
Vaginal oestrogen therapy should be long-term and in an appropriate dose.	C
For women taking oral conjugated equine oestrogen as hormone replacement therapy who develop or experience worsening urinary incontinence, discuss alternative hormone replacement therapies.	A
Advise women who are taking systemic oestradiol who suffer from urinary incontinence, that stopping the oestradiol is unlikely to improve their incontinence.	A



# IUU/IUM/VH

Medidas higiénico dietéticas, intervenciones en el estilo de vida y control en factores agravantes y desencadenantes

Ejercicios del suelo pélvico  
Entrenamiento vesical

Tratamiento farmacológico (IU, VH, IM): antimuscarínicos  
B3 agonistas

¿Efectos secundarios a las 4-6 sem.?

SÍ

NO

Considerar tratamientos farmacológicos: estrógenos intravaginales (posmenopáusicas), duloxetina<sup>1</sup>

Mantener tratamiento conservador intensivo sin fármacos

¿Mejora a los 3 meses desde inicio?

NO

SÍ

¿Mejora en 3 meses?

NO

SÍ

Reforzar y mantener

Revisión anual

REMITIR AL URÓLOGO





# CONCLUSIONES

- ▶ El tratamiento inicial de la incontinencia debe ir encaminado a las medidas higienico-dietéticas, intervenciones en el estilo de vida y modificar factores agravantes y desencadenantes.
- ▶ Los ejercicios del suelo pélvico y el entrenamiento vesical son opciones que deben considerarse antes del inicio del tratamiento farmacológico.
- ▶ Considerar uso de terapia estrogénica tópica en mujeres postmenopáusicas.
- ▶ Iniciar tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con VH que lo precisen valorando riesgos y beneficios.
- ▶ Valorar con el propio paciente las expectativas que tienen con el tratamiento farmacológico y establecer las realidades con respecto a el.
- ▶ Valorar otras alternativas para el tratamiento de VH sino hay mejoría con el tratamiento farmacológico.

# CASO CLINICO

- ▶ Mujer de 60 años que acude a la consulta del médico de familia en el Centro de Salud refiriendo escapes de orina involuntarios desde hace 7-8 meses.
- ▶ En la anamnesis la paciente refiere urgencia miccional con escapes de orina cuando no tiene un servicio cerca, lo que limita su calidad de vida al no poder salir con tranquilidad a la calle.
- ▶ Refiere además nicturia de 3 veces, FMD cada hora, sensación de vaciado incompleto y escapes leves de orina con la tos y grandes esfuerzos. No disuria.
- ▶ Usa 4 compresas al día que empapa medianamente y una en la noche porque en ocasiones no alcanza a ir al servicio.
- ▶ No estreñimiento.
- ▶ Cuando orina no ha percibido una disminución de la fuerza del flujo urinario.

- 
- 
- No refiere ITUs de repetición ni hematuria.
  - Hábitos dietéticos: dieta rica en fibras, Ingesta de líquidos disminuida para evitar las pérdidas de orina y levantarse en la noche. Toma un café al día y a veces un refresco de cola bajo en calorías.
  - No refiere sequedad vaginal importante tras la menopausia.



# Antecedentes personales

- Fue diagnosticada de HTA no complicada a los 55 años y desde entonces está en tratamiento con enalapril 20 mg/día con hidroclorotiazida 12,5 mg/día. Con esta medicación esta bien controlada
- Antecedentes gineco-obstétricos: tres embarazos a término con partos por vía vaginal, el primero distócico y precisó fórceps. Última menstruación hace 10 años.
- No destaca ningún otro antecedente personal médico y/o quirúrgico patológico y no patológico.
- Fumadora de 10 cigarrillos al día desde los 25 años, aunque lo interrumpió durante los embarazos. Consume alcohol de forma ocasional.



# Exploración física

- TA: 125/80, FC: 68 lpm, FR: 18 rpm, peso: 75 kg, talla: 1,64 m, perímetro abdominal: 98 cm.
- Auscultación cardiopulmonar: normal.
- Exploración del abdomen: no se observan hernias ni cicatrices de cirugía previa. No se palpa globo vesical, masas abdominales ni pélvicas. Puño percusión lumbar bilateral negativa.
- Tacto rectal: buen tono del esfínter anal y contracción voluntaria normal. Ocupación de la ampolla rectal con materia fecal.
- Exploración abdominopélvica: los genitales externos y el meato uretral son normales. No presenta cistocele ni rectocele. No se evidencia escape de orina con la tos forzada en decúbito, pero sí los presenta en bipedestación.
- El resto de la exploración general es normal.



# Pruebas complementarias

- Pruebas complementarias de laboratorio:
  - Tira reactiva de orina: normal, sin hematuria.
  - Glucemia: 98 mg/dl; creatinina: 0,98 mg/dl; sodio: 146 mEq/l; potasio: 4,86 mEq/l.
- Ecografía renovesical (realizada en el Centro de Salud): no se objetivan alteraciones estructurales del tracto urinario y el residuo miccional medido era de 60 ml.


# Diagnóstico

IUM PREDOMINIO URGENCIA








¿Cuál sería el tratamiento inicial en este caso?



No han funcionado las medidas conservadoras, ¿Cuál sería el siguiente paso?



- 
- 
- El inicio de la terapia farmacológica ha mejorado en un 80% los síntomas miccionales.
  - Actualmente sólo usa 1 salva-slip al día y por la noche sólo se levanta una vez. Aun presenta perdidas con el esfuerzo pero estas son leves y no desea un tratamiento para estas.



MUCHAS GRACIAS!!