

ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
Revisión de tratamiento en polimedicados

Los antiespasmódicos urinarios se distribuyen en dos grupos: fármacos anticolinérgicos (**AC**) (fesoterodina, oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina, trospio, darifenacina (no financiado), flavoxato (no financiado)) y fármacos agonistas beta3-adrenérgico (mirabegrón). Están indicados en el tratamiento sintomático de la **incontinencia urinaria de urgencia** y/o del aumento de la frecuencia urinaria tal y como pueden ocurrir en pacientes con **vejiga inestable**. **Su prescripción se recomienda, según las guías de práctica clínica de calidad, sólo cuando tras ensayar medidas conservadoras e intervenciones de estilo de vida no se controla la incontinencia. Su uso se asocia a una alta tasa de eventos adversos.**

Seguridad clínica según ficha técnica

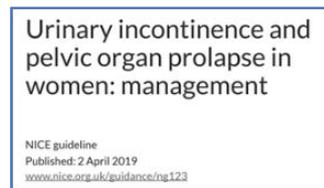
- | | |
|-------------------|--|
| AC | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar con precaución en pacientes de edad avanzada y en pacientes con trastornos obstructivos gastrointestinales, atonía intestinal y colitis ulcerativa. ✓ Empeoran los síntomas de demencia si se usan anticolinesterásicos (Alzheimer) ✓ Aumentan la carga anticolinérgica |
| Mirabegrón | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Puede aumentar la presión arterial ✓ Necesita ajuste de dosis en IR e IH |

Antes de prescribir

- Ofrecer tratamiento solo cuando las acciones no farmacológicas no han sido efectivas (después de 3 meses) o no son apropiadas y tras un correcto diagnóstico.
- La eficacia de antimuscarínicos y mirabegrón es modesta, de escasa relevancia clínica y similar en magnitud. Debido a ello, la elección del fármaco se realizará en base al perfil de efectos adversos, la comorbilidad, coste y preferencias del paciente. Las guías de práctica clínica consultadas consideran primera línea a los antimuscarínicos y mirabegrón como alternativa en caso de intolerancia.
- Explicar al paciente:
 - la probabilidad de que el tratamiento funcione
 - que los efectos adversos como boca seca o estreñimiento pueden indicar que el medicamento está empezando a hacer efecto
 - que no verá efecto hasta pasadas 4 semanas y pueden mejorar con el tiempo
 - que los efectos a largo plazo de los medicamentos anticolinérgicos sobre la vejiga urinaria y sobre la función cognitiva son muy inciertos

Medidas conservadoras para la incontinencia urinaria

- Ofrecer, de forma temporal, productos sanitarios de incontinencia hasta diagnóstico y plan de tratamiento.
- Ofrecer, cuando hay sospecha de vejiga hiperactiva, educación supervisada de entrenamiento vesical, consejo sobre ingesta de fluidos y posibilidad de uso de productos de incontinencia.
- Evitar el sedentarismo, restricción de líquidos por la noche, restricción del consumo de café, alcohol y determinados medicamentos que actúan sobre la fibra muscular lisa, así como modificar los hábitos miccionales.



- Intervenciones de estilos de vida:**
- Aconsejar modificación en la ingesta de líquidos
 - Aconsejar pérdida de peso una IMC>30

Al prescribir

- **Antimuscarínicos:** Aunque apenas existen ensayos comparativos entre ellos, se considera que su eficacia es similar. En general, en los ensayos clínicos, han mostrado **reducciones medias de 0,6-1,2 micciones/día respecto a placebo, en pacientes con 11 micciones**. Más de la mitad de los pacientes **interrumpen el tratamiento a los 3 meses** debido a la falta de eficacia y los efectos adversos comúnmente asociados.
- **Mirabegrón:** Respecto a placebo, el mirabegrón ha mostrado unos resultados en el control de los síntomas urinarios de magnitud similar a los de los antimuscarínicos (**diferencias en la reducción media de 0,7 micciones/día en pacientes con 11 micciones/día**). Es necesario **medir la presión arterial** antes de iniciar el tratamiento con mirabegrón y periódicamente durante el tratamiento, especialmente en pacientes con hipertensión. Ajustar dosis en insuficiencia renal.
- Tras instauración del tratamiento se recomienda revisarlo de forma precoz. A partir de las 4 semanas puede valorarse la tolerabilidad y entre las 8-12 semanas, la efectividad.

¿Cuándo desprescribir?

- **Indicación inapropiada o no efectividad:** ¿está documentada en la HC la indicación o la continuación de síntomas que justifique la continuación de uso? Se considera **indicación no apropiada** para continuación de uso:
 - Uso continuado sin mejoría en los síntomas (revisar pacientes que con prescripción de medicamento y necesidad de 2 o más absorbentes de incontinencia/día)
 - Uso conjunto con múltiples medicamentos con efecto anticolinérgico
 - Uso conjunto con inhibidores de la acetilcolinesterasa para la demencia
- Presencia o **riesgo de eventos adversos:** caídas, visión borrosa, retención de orina, boca seca, estreñimiento, aumento del intervalo QT, mareo, confusión, somnolencia.
- **Interacción farmacológica:** prescripción conjunta de inhibidores de la acetilcolinesterasa y antimuscarínicos debido a sus efectos antagónicos.
- **Alta carga anticolinérgica**
- Cumplimiento terapéutico bajo
- Preferencia del paciente: no desprescribir si la incontinencia urinaria de urgencia ha mejorado o no se detectan efectos adversos en el paciente.

¿Cómo desprescribir?

- En general, retirar gradualmente el 25-50% de la dosis cada semana, durante 1-4 semanas. Considerar ralentizar la retirada (por ejemplo a 12.5 % de reducción) cuando se llegue a las dosis más bajas. Terminar el tratamiento 2 semanas después de administrar la dosis más baja posible.
- Considerar administrar en días alternos si no existen formas farmacéuticas que faciliten las dosis bajas necesarias.
- Si la razón para desprescribir es la aparición de efectos secundarios, considerar hacerlo más rápido. En caso de aparición de confusión, interrumpir el tratamiento.
- Aconsejar al paciente sobre cómo monitorizar posibles síntomas de retirada y sobre qué hacer si reaparecen los síntomas. Los síntomas de retirada pueden aparecer a las 1-3 días de la reducción de dosis. Puede ser leves (nauseas, sudoración, irritabilidad) o graves (síndrome de discontinuación de anticolinérgicos que incluye ansiedad, taquicardia, hipotensión ortostática, insomnio). La recurrencia o nuevos síntomas (por ej. incontinencia o urgencia urinaria) puede ocurrir dentro de 1-2 semanas de la reducción de dosis.
- Programar visita de seguimiento para monitorizar la deprescripción.
- Ajuste en caso de reaparición de síntomas: revertir a la dosis previa más baja tolerada. Reiniciar la retirada tras 6-12 semanas, de forma más lenta (5-12.5% de la dosis diaria cada mes).

Referencias: *Lower urinary tract symptoms in men: management. Clinical guideline [CG97]Published: 23 May 2010 Last updated: 03 June 2015. *Mirabegron for treating symptoms of overactive bladder. Technology appraisal guidance [TAG290]. Published: 26 June 2013. *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guidelinePublished: 2 April 2019. *Deprescribing guide for anticholinergic drugs for urinary incontinence (antimuscarinics). 2019. Northern Sydney Local Health District, NSW Therapeutic Advisory Group Inc., Sydney Local Health District, the University of Sydney and Macquarie University. * Seguridad en el manejo del tratamiento farmacológico de la vejiga hiperactiva. Píldora informativa nº 10. Mayo 2022. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *CADIME: ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE VEJIGA HIPERACTIVA. 2018. En: https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/ALGORITMOS/2018/CADIME_ALGORITMO_VEJIGA.pdf