

Open Acces



# Hipertensió arterial i incontinència urinària

M. Antònia Vila Coll

Especialista en medicina familiar i comunitària.  
Grup de treball en HTA i Grup d'incontinència urinària de la CAMFiC

**Adreça per a correspondència:**

M. Antònia Vila Coll

[mavilacoll@gmail.com](mailto:mavilacoll@gmail.com)**RESUM**

La incontinència urinària, malgrat no actuar sobre la mortalitat, empitjora molt la qualitat de vida del qui la pateix. De fet, moltes persones deixen de fer moltes activitats per culpa de la seva incontinència. Les persones que presenten hipertensió arterial tenen també més predisposició de tenir incontinència. En ser ambdues unes patologies tant prevalents, és freqüent que ambdues coexisteixin i de sempre se sap que tant una com l'altra empitjoren amb l'edat. Les guies ens diuen que l'ús de fàrmacs antihipertensius poden empitjorar una incontinència i fàrmacs que es donen per a la incontinència poden empitjorar les xifres tensionals. Com a metges d'atenció primària que atenem a la persona en un tot, és important que coneguem com podem influir una patologia al tractar l'altra. En aquesta revisió es fa una síntesi de l'evidència disponible sobre això.

**RESUMEN**

La incontinencia urinaria, a pesar de no actuar sobre la mortalidad, empeora mucho la calidad de vida de quien la padece. De hecho, muchas personas dejan de hacer muchas actividades por culpa de su incontinencia. Las personas que presentan hipertensión arterial tienen también más predisposición a tener incontinencia. Al ser ambas unas patologías tan prevalentes, es frecuente que ambas coexistan y de siempre se sabe que tanto una como otra empeoran con la edad. Las guías nos dicen que el uso de fármacos antihipertensivos puede empeorar una incontinencia y fármacos que se dan para la incontinencia pueden empeorar las cifras tensionales. Como médicos de atención primaria que atendemos a la persona en un todo, es importante que conozcamos cómo podemos influir una patología al tratar la otra. En esta revisión se hace una síntesis de la evidencia disponible al respecto.

**ABSTRACT**

Although not related to mortality, urinary incontinence negatively affects the quality of life, and may severely limit the activity of many patients with this condition. Hypertension may also lead to the development of incontinence. Both conditions are prevalent and can be present in the same individual and aging increases their prevalence. Indeed, clinical guidelines indicate that antihypertensive drugs may aggravate incontinence and drugs prescribed for incontinence may increase blood pressure levels. As primary care physicians, patients must be evaluated considering all the comorbidities and how each treatment will affect the patient as a whole. This review summarizes the current evidence available on the condition.

## INTRODUCCIÓ

La prevalença d'hipertensió (HTA) és de fins a un 20% en la població general i al voltant d'un 60% en persones de més de 50 anys<sup>1-3</sup>. La incontinència urinària (IU), segons els estudis, presenta una prevalença d'un 31% en persones de més de 60 anys i pot arribar a un 53% en població atesa de més de 80 anys i en estudis poblacionals es parla d'un 15% en població activa<sup>4-8</sup>. Ambdues patologies (HTA i IU) estan moltes vegades relacionades, ja que sabem que a més edat, més probabilitats de tenir ambdues malalties.

### Classificació de la IU i els seus tipus

No totes les IU són iguals, ni es produeixen per les mateixes causes. Segons la seva etiopatogènia podem classificar-les com<sup>9</sup>:

- IU d'esforç. És la incontinència que es dona després d'un augment brusc de la pressió intraabdominal (tossir, riure, saltar, esternudar, ajupir-se) que supera la pressió màxima de la uretra. Es deu a un desequilibri entre la pressió vesical i la força de tancament de la uretra. La pèrdua d'orina és previsible i generalment en poca quantitat. Pot donar-se per dos mecanismes:

- Hipermobilitat uretral. Els mecanismes de subjecció de la uretra són complexos; hi intervenen les estructures del sol pèlvic, músculs i lligaments puboureterals. Si l'estructura funciona bé, quan la bufeta està plena i hi ha un augment de la pressió abdominal aquestes estructures tanquen l'angle uretral i no s'escapa l'orina, però, quan aquests mecanismes de subjecció fallen, les estructures són incapaces de tancar l'angle uretral (hipermobilitat) i hi ha pèrdues d'orina. Això es pot produir per parts vaginals, histerectomies, cirurgies abdominals i determinats estils de vida

- Deficiència d'esfínter. La uretra és incapaç de generar suficient resistència de sortida per mantenir la uretra tancada durant el descans o amb activitat física mínima; pot ser per lesió de l'esfínter o fàrmacs que actuïn sobre ell<sup>9</sup>.

- IU d'urgència. Pèrdua involuntària d'orina que s'associa a un fort desig miccional (urgència miccional). És un dels símptomes propis de la bufeta hiperactiva ensems amb la freqüència miccional i la urgència miccional. Pot donar-se per dos mecanismes:

- Hiperactivitat del múscul detrusor: idiopàtica, neurògena, secundària a obstrucció, fàrmacs<sup>9</sup>.

- Augment de l'activitat sensitiva del múscul detrusor: cistitis intersticial, lesions endocavitàries de la bufeta (poc freqüent)<sup>9</sup>.

- IU per sobreeiximent. Pèrdua d'orina quan la pressió intravesical sobrepuja la màxima pressió uretral, sense activitat del detrusor. Pot donar-se per:

- Obstrucció (pròstata, tumor).

- Fàrmacs: antidepressius, blocadors dels canals de calci, AINES<sup>9</sup>.

### Fàrmacs per al tractament de la HTA que poden produir IU

A totes les guies de pràctica clínica sobre IU es comenta que la utilització de fàrmacs antihipertensius pot empitjorar o produir IU i amb la utilització de fàrmacs per a la IU poden produir HTA com a efecte secundari. Però, sobre què hi ha més evidència?:

- Diürètics: augmenten el volum i produeixen IU d'urgència o bufeta hiperactiva, tot i que els estudis mostren que passa amb els diürètics de nansa, però no amb el tiazídics a dosis baixes<sup>10</sup>.

- Blocadors alfa-adrenèrgics: per la seva actuació a nivell d'esfínter produeixen IU d'esforç, sobretot en dones. En homes s'utilitzen en el tractament de l'IU per sobreeiximent (pròstata)<sup>11-13</sup>.

- Blocadors dels canals del calci: actuen a nivell del múscul detrusor; abans de l'aparició dels nous anticolinèrgics s'havien utilitzat per tractar la IU d'urgència. La seva acció és la relaxació del múscul detrusor produint incontinència per sobreeiximent. Els que ho produeixen són els dihidropiridínics<sup>14</sup>.

### Fàrmacs per al tractament de la IU que poden produir HTA

- Agonistes adrenèrgics (com la duloxetina): malgrat no estar comercialitzat a Espanya per aquesta indicació, sí que ho estan a Europa i als Estats Units<sup>15,16</sup>. Pel seu efecte a nivell de la recaptació de noradrenalina s'utilitzen en el tractament de la IU d'esforç, però pel seu efecte pressor poden produir HTA<sup>17</sup>. També s'havien utilitzat els agonistes alfa-adrenèrgics, com la fenilpropanolamina o la midodrina<sup>18</sup> per la seva actuació sobre el tancament de l'esfínter, però des de l'aparició dels inhibidors de la recaptació de sodi ja no s'utilitzen<sup>17</sup>.

- Anticolinèrgics, sobretot els no selectius, com l'oxibutina i el clorur de trospi, per la seva acció a nivell dels receptors M2; poden produir taquicàrdies i HTA19 (**Taula 1**).
- Agonistes dels receptors  $\beta_3$  adrenèrgics, mirabegró, recentment comercialitzat, actuen sobre la fase d'ompliment de la bufeta. Són útils en el tractament de la incontinència d'urgència. Malgrat ser  $\beta_3$  selectius, s'han descrit casos d'HTA al voltant d'un 6% a la dosi comercialitzada al nostre país, que és de 50 mg/d<sup>20-22</sup>.

### Recomanacions en una persona hipertensa amb IU

- Disminuir o retirar diürètics, si és possible, sobretot si té urgència miccional. Si s'han de donar, sempre és millor donar-los al matí o migdia i evitar els de nansa.
- Evitar els blocadors alfa-adrenèrgics en dones. L'únic paper d'aquests és en homes amb síndrome prostàtica.
- Si el pacient pren un antagonista del calci dihidropiridínic, s'hauria de reinterrogar sobre clínica d'IU per sobreeximent

(dificultat per començar a orinar, micció entretallada, amb premsa abdominal) i valorar la seva substitució per un antagonista dels canals del calci no dihidropiridínic (verapamil, diltiazem) o un altre tipus d'antihipertensiu.

- Valorar la utilització d'un antagonista dels canals del calci dihidropiridínic en persones amb IU d'urgència i HTA.
- Si s'han d'utilitzar anticolinèrgics, haurien de ser selectius sobre els receptors de bufeta M3 i M4, (tolterodina, solifenacina, fesoterodina) per evitar l'empitjorament de la HTA (**Taula 1**). Les persones tractades amb anticolinèrgics s'haurien de fer controls periòdics de tensió arterial.
- Poca experiència en l'ús d'agonistes dels receptors  $\beta_3$  adrenèrgics. Si s'han d'utilitzar els agonistes dels receptors  $\beta_3$ , les persones tractades s'haurien de fer controls periòdics de la tensió arterial. En hipertensos caldria valorar la seva indicació.
- Valorar el benefici-risc de la utilització d'inhibidors de la recaptació de noradrenalina per la IU d'esforç. Si s'han d'utilitzar, cal fer control periòdics de la tensió arterial.

**Taula 1. Receptors muscarínics**

| Receptor | Localització                                                                                |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1       | Glàndules salivals, sistema nerviós central                                                 |
| M2       | Cor, sistema nerviós central, múscul llis (bufeta, intestí)                                 |
| M3       | Múscul llis (bufeta, intestí), glàndules salivals i lacrimals, sistema nerviós central, cor |
| M4       | Sistema nerviós central, glàndules secretores i múscul llis                                 |
| M5       | Ulls (múscul ciliar), sistema nerviós central                                               |

### BIBLIOGRAFIA

1. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR Giampoli S, Hense HW, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the USA. JAMA 2003;289:2363-9.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntherp, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365:217-23.

3. Banegas JR. Epidemiología e la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectiva. Hipertensión 2005;22:353-62.
4. Milson I, Abrams P, Cardoso L, Roberts J. Thüroff P, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population based prevalence study. BJU International 2001;87:760-6.
5. Damian J, Martin-Moreno J, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L, Martínez Agulló E. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living home at home. Eur Urol 1998;34:333-8.

6. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Pulme A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en hombres y mujeres mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2003;32:337-42.
7. Abrams P. Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse. A: *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence* 4th ed. Paris: Health Publications LTD, 2009:46-63.
8. Espuña-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2009;133:702-5.
9. Thüroff JW, Abrams P, Andersson EW, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* 2011;35:373-88.
10. Chen JMH, Heran BS, Wright JM. Blood pressure lowering efficacy of diuretics as second-line therapy for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD007187.
11. Camarasa García F, García Herola A, de Teresa Parreño L. Doxazosina e incontinencia urinaria. *An Med Interna* 2002;19:549-50.
12. Chapman N, Chang CL, Dahlöf B, Sever PS, Wedel H, Poulter NR, on behalf of the ASCO T Investigators. Effect of doxazosin gastrointestinal therapeutic system as third-line antihypertensive therapy on blood pressure and lipids in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. *Circulation* 2008;118:42-8.
13. Menefee SA, Cheson R, Wall LL. Stress urinary incontinence due to prescription medications: alpha-blockers and angiotensin converting enzyme inhibitors. *Obstet Gynecol* 1998;91:853-4.
14. Granados Loarca EA. Uso de antagonistas del calcio en el tratamiento del síndrome uretral en las mujeres con urgencia e incontinencia urinaria *Actas Urol Esp* 2006;30:406-8.
15. Onwude JL. Stress incontinence. *BMJ Clin Evid* 2009;pii:0808.
16. Millard RJ, Moore K, Rencken R, Yalcin I, Bump RC; Duloxetine UI Study Group. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial. *BJU Int* 2004;93:311-8.
17. Alhasso A, Glazener CMA, Pickard R, N'Dow JMO. Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD001842.
18. Blue DR, Daniels DV, Gever JR, Jeft MF, O'Yang C, Williams TJ, et al. Pharmacological characteristics of Ro 115-1240, a selective alpha 1A adrenoreceptor partial agonist: a potential therapy for stress urinary incontinence. *BJU Int* 2004;93:162-70.
19. Shamliyan T, Wyman JF, Ramakrishnan R, Sainfort, F, Kane RL. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women. A systematic review. *Ann Intern Med* 2012;156:861-74.
20. Nitti VW, Khullar V, Van Kerrebroeck P, Herschorn S, Cambroner J, Angulo JC et al. Mirabegron for the treatment of overactive bladder: a prespecified pooled efficacy analysis and pooled safety analysis of three randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III studies. *Int J Clin Pract* 2013;67:619-32.
21. Chapple CR, Kaplan SA, Mitcheson D, Klecka J, Cummings J, Drogendijk T, et al. Randomized double-blind, active-controlled phase 3 study to assess 12-month safety and efficacy of mirabegron, a  $\beta$ 3-adrenoceptor agonist in overactive bladder. *Eur Urol* 2013;63:296-305.
22. Maman K, Aballea S, Nazir J, Desrozières K, Neine ME, Siddiqui E, et al. Comparative efficacy and safety of medical treatments for the management of overactive bladder: A systematic literature review and mixed treatment comparison. *Eur Urol* 2014;65:755-65.

**Com citar l'article:** Vila Coll MA. Hipertensió arterial i incontinència urinària. *But At Prim Cat* 2016;34:18.