



Vejiga hiperactiva.

Manejo en Atención Primaria

Àngela Collado Miralles R2 MFYC
Tutora: M^a José Monedero

ÍNDICE VEJIGA HIPERACTIVA

01

¿Cómo funciona la vejiga normal?

02

Definición de vejiga hiperactiva

03

Etiopatogenia

04

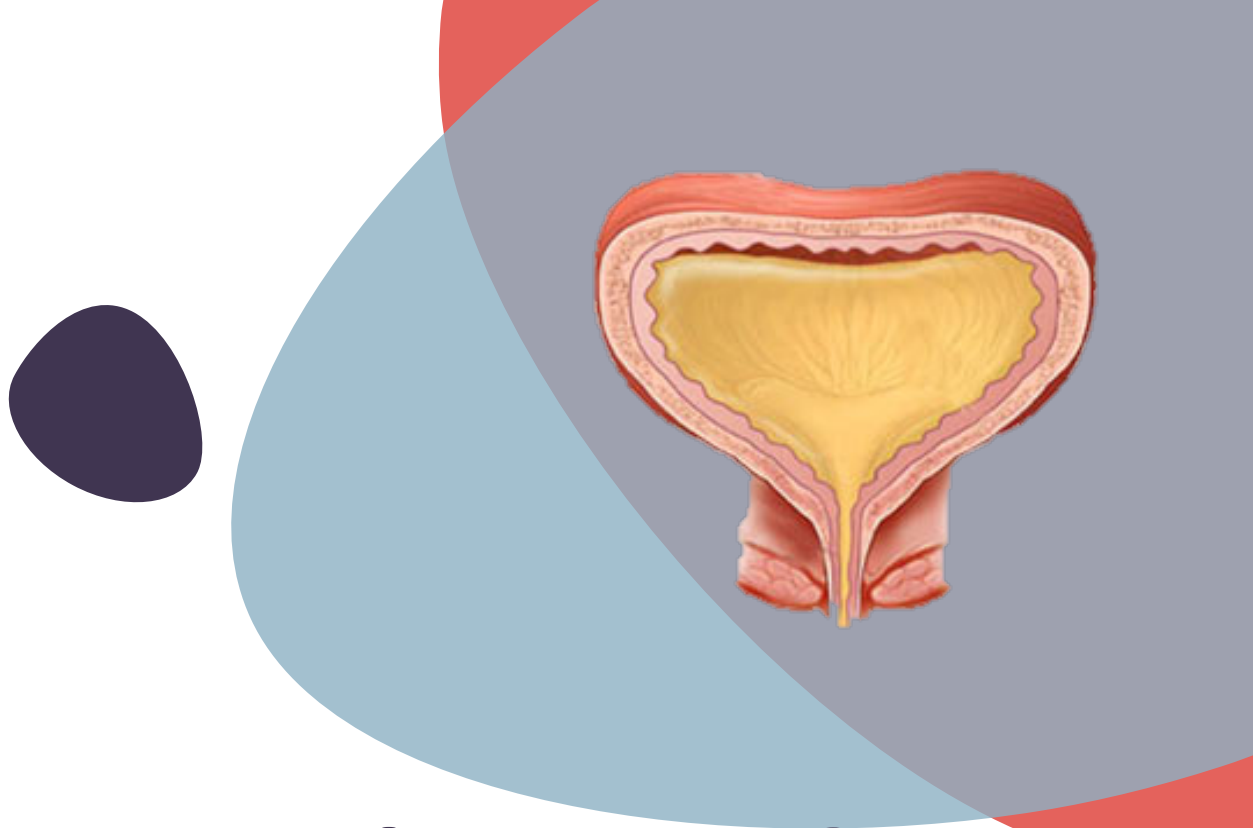
Diagnóstico

05

Tratamiento
Farmacológico y no farmacológico

06

Conclusiones



¿Cómo funciona la vejiga?

RECUERDO ANATÓMICO

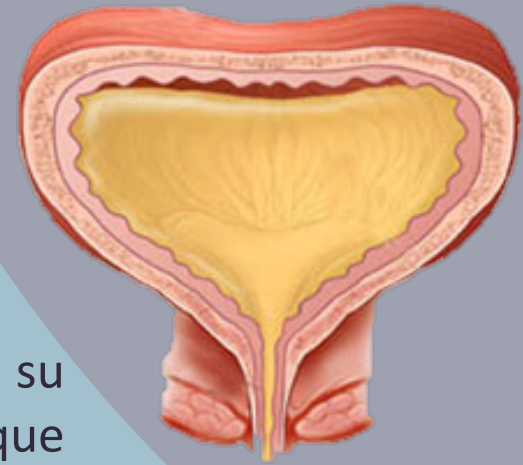
La **vejiga urinaria** es un recipiente muscular que forma parte del aparato urinario en el que se acumula la orina que llega por los uréteres desde los riñones.

Músculo liso de la vejiga → **músculo detrusor**; su contracción aumenta la presión en su interior para que se vacíe.

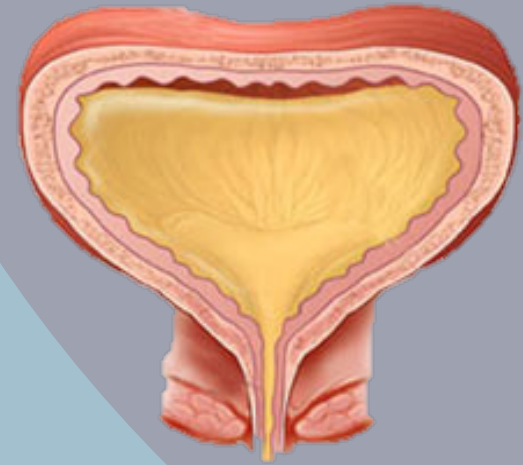
Pequeña zona triangular de pared lisa → **trígono**; contiene receptores de presión y de volumen, su musculatura facilita la evacuación de la vejiga y se opone al reflujo ureteral.

En el **cuello vesical** encontramos el **esfínter interno**.

En el **diafragma urogenital** encontramos una capa de músculo esquelético voluntario llamada **esfínter externo**.



LA MICCIÓN

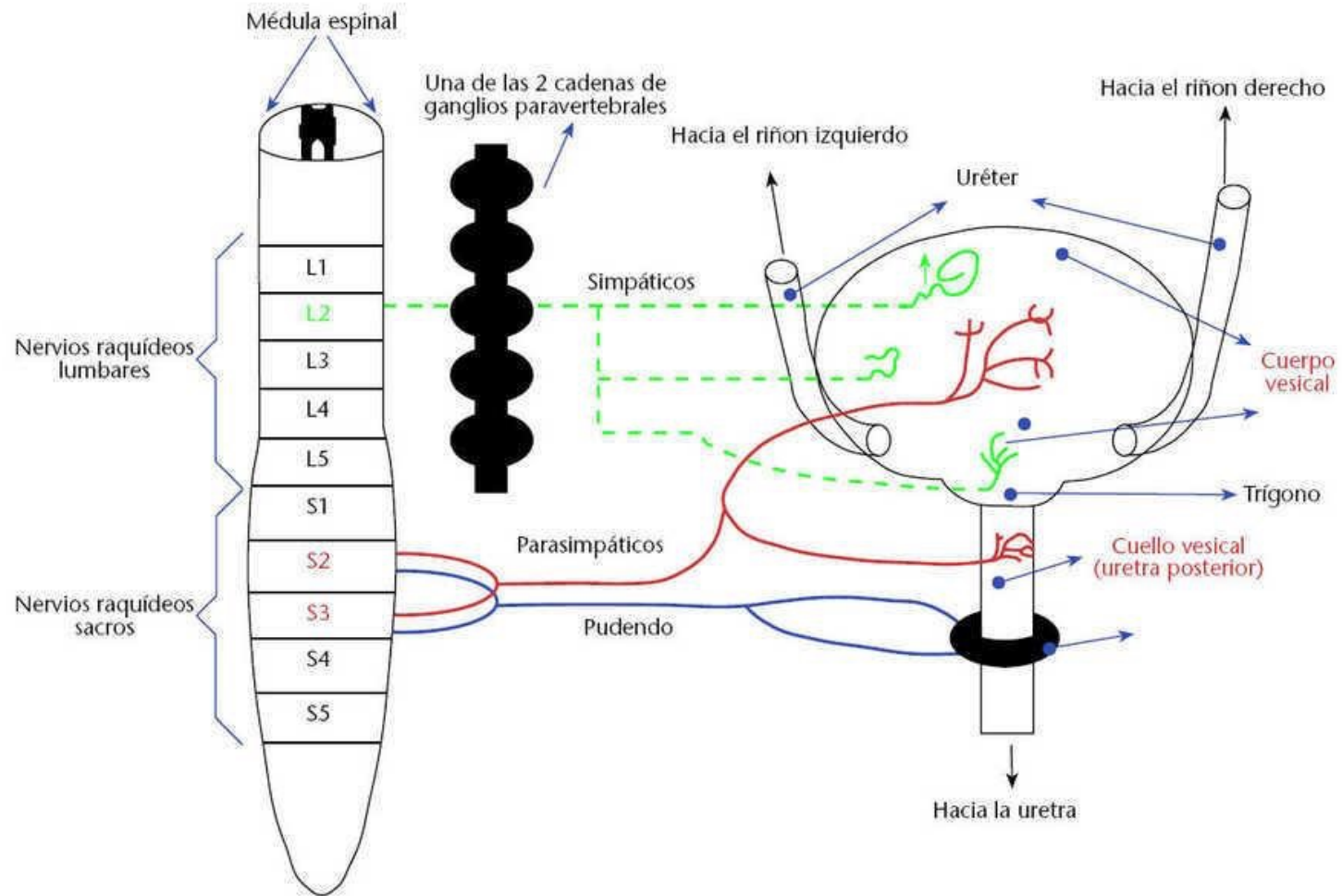


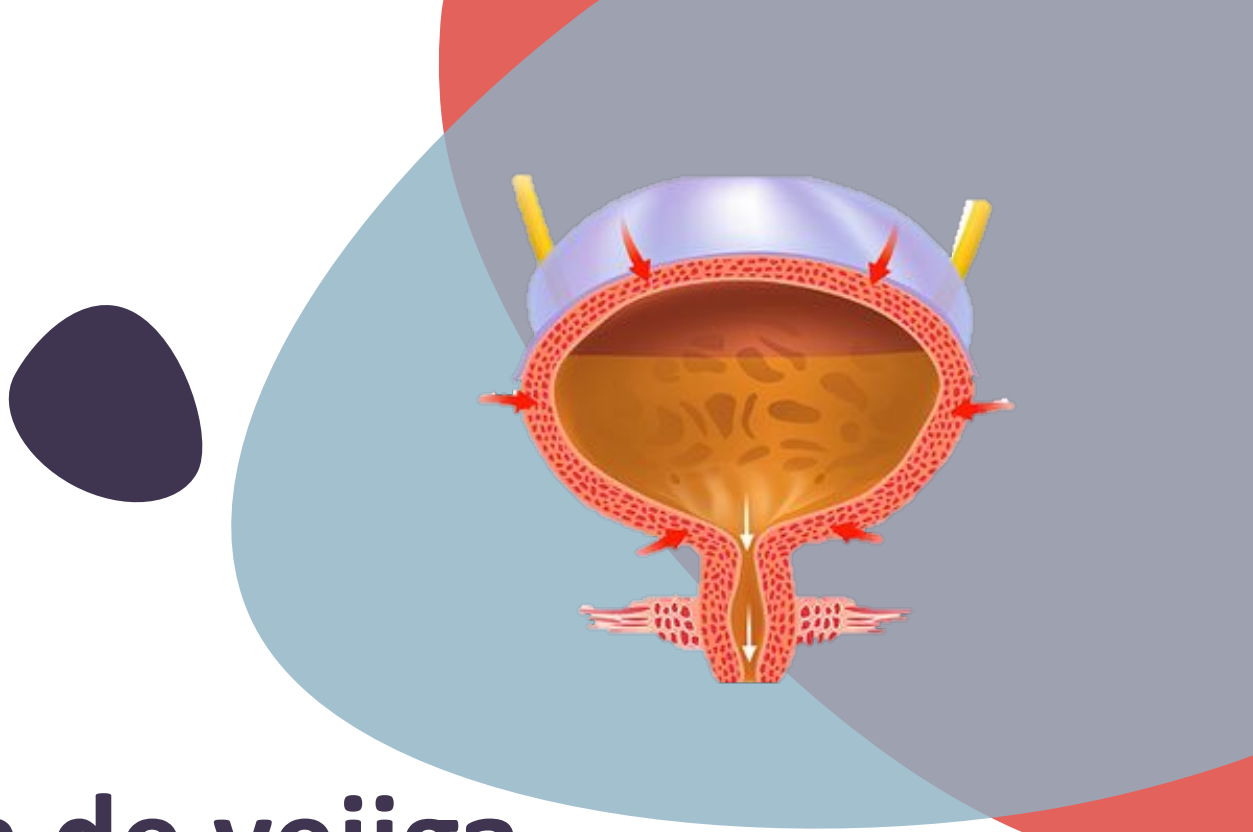
La **micción** es una función del tracto urinario inferior mediante la que se consigue el vaciado de la orina, cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y los condicionamientos sociales y el lugar son adecuados. En la micción hay dos fases claramente diferenciadas: la de **llenado** y la de **vaciado vesical**.

Para **retener la orina** → presión uretral > vesical. En reposo, el tono natural de los músculos uretrales mantiene una presión favorable respecto de la vejiga → impide el vaciamiento.

Cuando la vejiga ha alcanzado su capacidad y el sujeto no tiene ningún impedimento social → fase de **vaciado vesical** = el esfínter externo se relaja de forma voluntaria, la uretra se abre y el detrusor se contrae al tiempo que se relaja el cuello vesical.

INERVACIÓN VESICAL





Definición de vejiga hiperactiva

DEFINICIÓN DE VEJIGA HIPERACTIVA



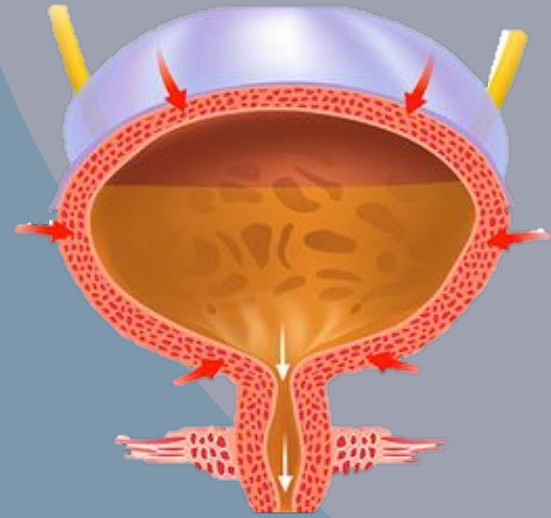
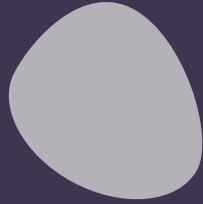
La vejiga hiperactiva (VH) se define como un síndrome clínico caracterizado por la presencia de **urgencia miccional**, aislada o en combinación con **incontinencia urinaria de urgencia**, junto con un **aumento de la frecuencia miccional y nicturia**, en ausencia de otra enfermedad demostrable.

La VH puede tener un **impacto negativo sobre la calidad de vida** de los pacientes y sus familiares o cuidadores.



Ambigüedad en la definición:

- Cifras de prevalencia variables.
- Amplio espectro de síntomas (cuyas causas subyacentes son poco conocidas) → **diagnostico por exclusión.**
- Riesgo de etiquetar como enfermas a personas con síntomas leves o no patológicos, con altas tasas de remisión y que a menudo son susceptibles de tratamiento expectante → **riesgo innecesario de medicalización.**



Etiopatogenia




ETIOPATOGENIA

- Diferentes teorías → **origen neurógeno** y **origen miogénico**, aunque la gran mayoría de las veces su etiopatogenia es **multifactorial**.
- El aumento de la contractilidad del detrusor en la VH se debe a la hipersensibilidad de los receptores muscarínicos (vía parasimpática).
- El riesgo de VH aumenta con la edad y, a menudo, aparece junto con otros síntomas del tracto urinario inferior.

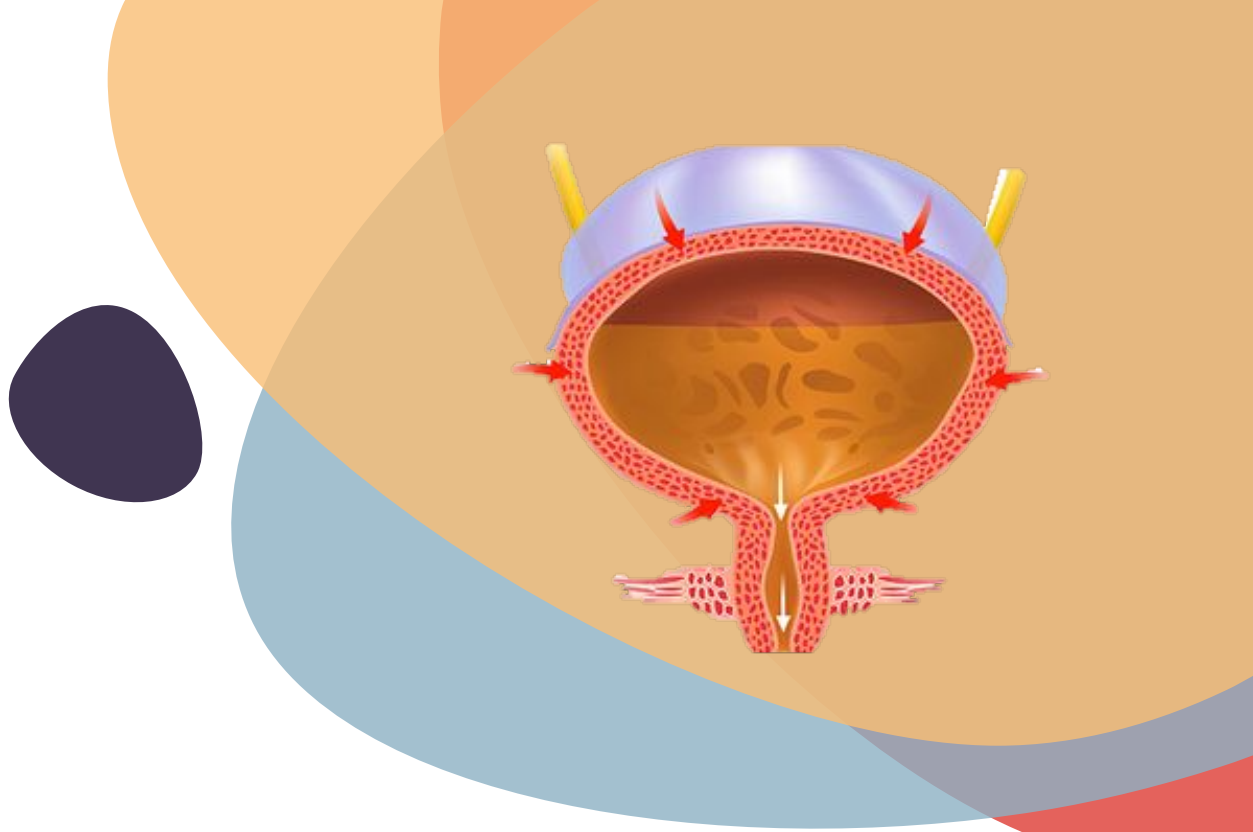


ETIOPATOGENIA

FACTORES DE RIESGO:

El riesgo de VH  con la **edad** y, a menudo, aparece junto con otros síntomas del tracto urinario inferior.

Además, otros procesos como depresión, diabetes mellitus, parto vaginal, obesidad, estreñimiento, trastornos neurológicos y disfunción eréctil, se han asociado de manera significativa a su aparición.



Diagnóstico

DIAGNÓSTICO

La VH es un síndrome cuya definición es exclusivamente **clínica**, por lo que no existen exploraciones o pruebas para su diagnóstico.

Historia clínica
y
farmacológica

Examen físico y
completo

Análisis de
orina

Diario
miccional de
3 días

Cuestionario
de síntomas

En algunos casos , medición de
residuo miccional y urocultivo

Medicamentos

Derivación a uro si precisa

Descartar patología clínica obstructiva

DIAGNÓSTICO

Historia clínica
y
farmacológica

- Tipo, tiempo y gravedad de síntomas y la presencia/ no de IU
- Diferenciar la IUU de la IU de esfuerzo y de la IU mixta
- Detectar posibles síntomas y/o antecedentes que sugieran que es necesario derivación
- Patología previa y tratamientos actuales

**Es preferible reflejar los síntomas de forma clara: frecuencia miccional diurna (horas entre micciones), y frecuencia miccional nocturna (número de veces que se levanta el paciente a orinar).*

Examen físico y
completo

- Exploración abdominal = detectar aumento del volumen de la vejiga o presencia de otras masas abdominales
- En varones = tacto rectal
- En mujeres = evaluar estatus estrogénico y la posible presencia de prolapso de órganos pélvicos

DIAGNÓSTICO

Debe descartarse la presencia de otras patologías que pueden provocar clínica de urgencia como procesos obstructivos, infecciosos, inflamatorios, tumorales, etc.

Además, existen medicamentos que pueden desencadenar o empeorar la incontinencia urinaria y que a menudo se prescriben a pacientes ancianos, como: fármacos de acción sedante, neurolépticos, antidepresivos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, diuréticos, alfa-bloqueantes, tratamiento hormonal sustitutivo, etc.

DIAGNÓSTICO

Análisis de orina

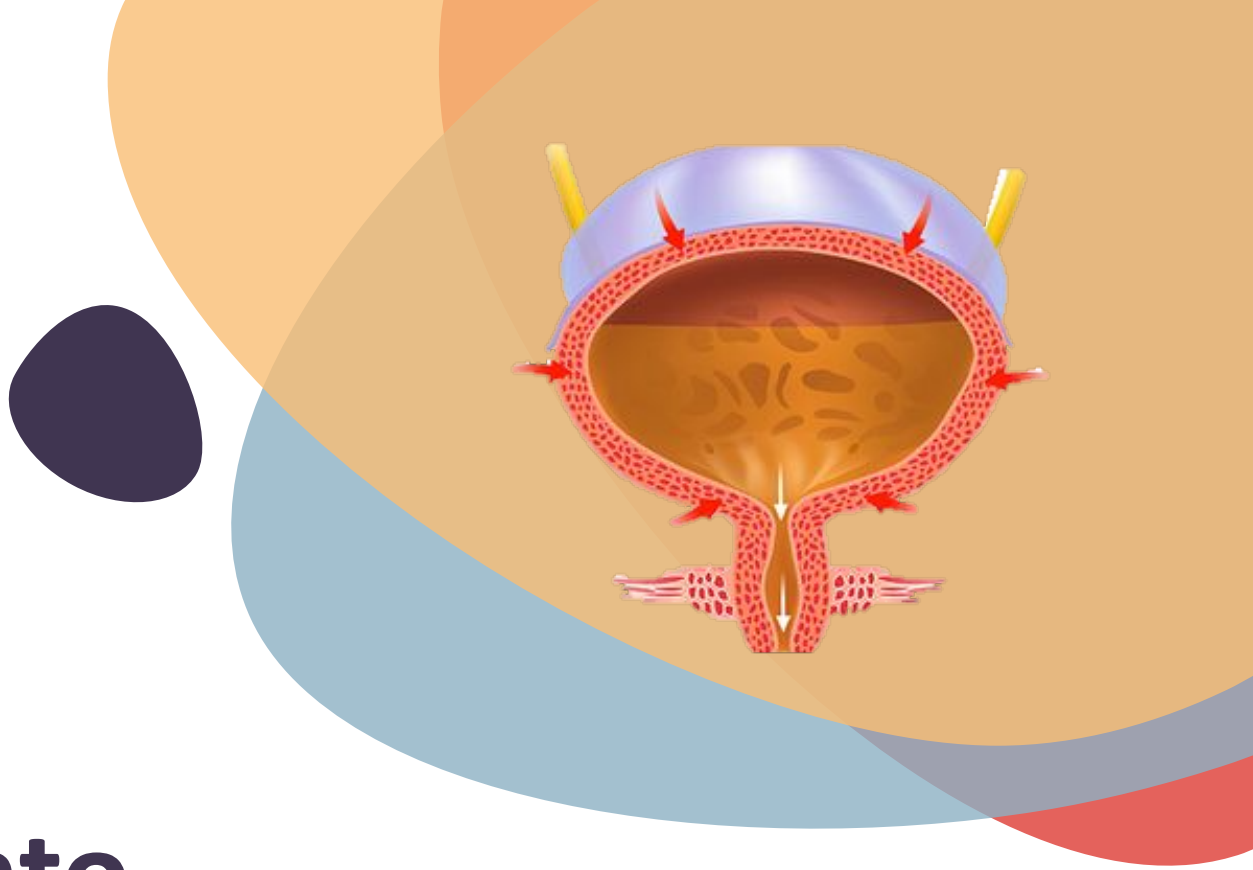
El sedimento de orina debe realizarse para descartar una alteración orgánica en la vejiga que causa los síntomas (infección urinaria, hematuria, leucocituria, sospecha de litiasis vesical).

Cuestionario de síntomas

Los cuestionarios de síntomas pueden ser utilizados en el cribado y clasificación de la IU para medir la gravedad de los síntomas y ayudar a determinar la necesidad de cambio del tratamiento. Debido a que el diagnóstico de la VH se basa principalmente en los síntomas, el impacto de los mismos en la CdV es un aspecto fundamental en su manejo.

Criterios de derivación

- Afectación de calidad de vida y limitaciones.
- Dificultad para establecer diagnóstico de certeza.
- Falta de correlación entre síntomas y anamnesis o exploración física.
- Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático y visible por debajo del introito vaginal.
- Asociación a dolor vesical/uretral persistente.
- Hematuria (macroscópica o microscópica) persistente.
- Dificultad de vaciado o residuo posmiccional anormal (>200 ml).
- Enfermedad neurológica con posible afectación medular y antecedentes de irradiación o cirugía pélvicas radical.
- Si durante el seguimiento incremento de síntomas o aparición de nuevos síntomas o ausencia de respuesta al tratamiento conservador y farmacológico (2 meses).



Tratamiento

El **objetivo** del tratamiento de la VH es mejorar la calidad de vida, reduciendo la gravedad de la incontinencia o el número de escapes y, cuando sea posible, recuperando la continencia. Ello puede requerir la combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Tratamiento no farmacológico

a) Medidas higiénico-dietéticas y cambio de estilo de vida:

- Comidas y líquidos. Suprimir alimentos y bebidas que puedan exacerbar la irritación vesical y el aumento de formación de orina.
- Evitar malos hábitos miccionales, como demorar el tiempo entre micciones o micciones en intervalos muy cortos de tiempo.
- Evitar el estreñimiento crónico y aumentar la fibra en la dieta.
- Control del peso.
- Ejercicio físico adaptado.
- Abandono hábito tabáquico
- Ropa y entorno.

Tratamiento no farmacológico

b) Técnicas de modificación de conducta:

Deben adaptarse a las necesidades y las capacidades de los pacientes.

- Entrenamiento vesical y pauta miccional programada.
- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel).
- Biofeedback (biorretroalimentación).

No mejoría con las medidas no farmacológicas = candidatos a iniciar tratamiento con medicamentos (sin abandonar dichas medidas).

Tratamiento farmacológico

- **Antimuscarínicos:** los + prescritos.

Bloquean los r. muscarínicos de la vejiga → inhiben contracciones involuntarias del detrusor.

Efectos adversos → acción anticolinérgica (sequeda boca, visión borrosa, taquicardia, somnolencia... a largo plazo deterioro cognitivo).

Iniciar con mínima dosis posible y evaluar en 4-6 semanas.

>1/2 pacientes abandonan en 3 meses

- **Agonistas selectivos del receptor beta-3 adrenérgico (mirabegrón)**

Induce la relajación del músculo liso de la vejiga, consiguiendo aumentar su capacidad y disminuir la frecuencia de las contracciones.

Efectos adversos → ITU, taquicardia, FA. Puede aumentar la TA.

Seguimiento a las 4-6 semanas.

Tratamiento farmacológico

- **Terapia combinada (antimuscrínicos + mirabegrón):**

Efecto modesto de la combinación frente a la monoterapia en la reducción del número de episodios de incontinencia urinaria y del número de micciones/24 h.

> incidencia de retención urinaria y de efectos anticolinérgicos con la combinación que con la monoterapia.

Puede utilizarse cuando persistan síntomas de la incontinencia urinaria y no se pueda aumentar la dosis de antimuscarínicos debido a los efectos adversos.

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	EFFECTOS ADVERSOS	COSTE/ DDD	OBSERVACIONES
ANTIMUSCARÍNICOS				
Fesoterodina	4-8 mg/24 h Liberación prolongada	Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, visión borrosa, taquicardia, somnolencia, confusión, agitación, hipotensión postural, estreñimiento y retención urinaria	1,70€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal, hepática y uso concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4. No se ha observado prolongación del intervalo QT.
Oxibutinina	5 mg/8 h o 15 mg por la noche para nicturia Liberación inmediata		0,21€	Ajuste de dosis en ancianos. Precaución en insuficiencia renal y hepática. No se ha observado prolongación del intervalo QT.
	1 parche /3-4 días Vía transdérmica		1,45€	Precaución en ancianos. Precaución en insuficiencia renal y hepática. No se ha observado prolongación del intervalo QT.
Propiverina	30 mg/24 h Liberación modificada	Prolongación intervalo QT	1,10€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal y hepática. No se ha observado prolongación del intervalo QT.
Solifenacina	5-10 mg/24 h		1,00€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal grave, hepática moderada-grave y uso concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4.
Tolterodina	4 mg/24 h Liberación prolongada		1,02€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal y hepática. No se recomienda el uso concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4.
Trospio cloruro	20 mg/12 h Liberación inmediata		0,36€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal, precaución en insuficiencia hepática.
AGONISTAS SELECTIVOS DEL RECEPTOR BETA-3 ADRENÉRGICO				
Mirabegrón	50 mg/24 h Liberación prolongada	Infecciones del tracto urinario, náuseas, cefalea, taquicardia, hipertensión, fibrilación auricular	1,50€	Puede aumentar la presión arterial. Contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada (PAS ≥ 180 mm Hg y/o PAD ≥ 110 mm Hg). Ajuste de dosis en insuficiencia renal, hepática y uso concomitante con inhibidores del CYP3A.

Otras alternativas

- **Toxina botulínica:** administrada vía intravesical mediante cistoscopia y con anestesia local.
- **Neuromodulación eléctrica:** por vía sacra o por estimulación del nervio tibial posterior. Es una alternativa terapéutica válida a considerar cuando fallan las medidas no farmacológicas y farmacológicas.
- **Medidas paliativas:** estas técnicas no son excluyentes con otras intervenciones y se utilizan de forma complementaria. Están dirigidas a ofrecer alivio sin perseguir la recuperación de la continencia. Las más comunes son los absorbentes, los colectores externos, sistemas oclusivos uretrales y catéter vesical.

CONCLUSIONES

- Ambigüedad de la definición: riesgo de etiquetar como enfermas a personas con síntomas leves o no patológicos, con altas tasas de remisión → **riesgo innecesario de medicalización.**

- En el manejo de la VH hay que descartar otras causas que puedan producir sintomatología similar.

- La eficacia de los fármacos es muy modesta y de relevancia clínica discutible.



- La constante aparición de nuevos medicamentos para la incontinencia urinaria nos indica que existe un nicho de mercado para la industria farmacéutica, con el **riesgo de sobremedicalizar situaciones que en algunos casos podrían entrar dentro de la normalidad.** Por otro lado, la eficacia de los fármacos más recientes sigue siendo limitada, como ocurre con la propiverina.

BIBLIOGRAFÍA

- INFAC. Manejo de la vejiga hiperactiva. Volumen 26. Número 10. 2018.
- Cómo funciona la vejiga. Josep Maria Vigatà Reig. AMF 2013;9(11):644-645.
- Nicturia. María José Muñoz Ballester. AMF 2019;15(9):542-547
- Guía de la vejiga hiperactiva de la AEU 2014.
- Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. Adela-Emilia Gómez Ayala. Offarm. Vol. 27. Núm. 3. páginas 60-71 (Marzo 2008)
- UpToDate. Urgency urinary incontinence/overactive bladder (OAB) in females: Treatment. Jan 2022.

THANK **Y**OU!

For your attention!

