

La vejiga hiperactiva (VH) se define como la presencia de urgencia miccional aislada, normalmente acompañada de frecuencia miccional aumentada y nocturia, con o sin con incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de una infección del tracto urinario o de otras patologías. En España, el estudio EPICC estimó la prevalencia de la vejiga hiperactiva en el 5,9% en mujeres y el 4,6% en hombres menores de 65 años; en personas mayores de 65 años institucionalizadas esta cifra se eleva al 38,6%. En la Comunitat Valenciana, aproximadamente 48.900 personas están en tratamiento con algún fármaco para la incontinencia urinaria, de las cuales un 22,2% (10.845 personas) tienen además prescritos absorbentes de incontinencia.

Los objetivos del tratamiento son reducir las pérdidas involuntarias de orina, reducir los síntomas asociados como el incremento de la frecuencia miccional, la urgencia urinaria o la nicturia y mejorar la calidad de vida. Antes de iniciar tratamiento, es importante descartar la presencia de patologías que puedan provocar clínica de urgencia (procesos infecciosos, inflamatorios, tumorales...etc.) así como identificar si existen prescripciones de fármacos que puedan desencadenar o empeorar la incontinencia (sedantes, neurolépticos, antidepresivos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, diuréticos...etc.).

1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Constituye el primer paso que debe contemplarse en todos los pacientes. Consiste en la adopción de [medidas higiénico-dietéticas y en el aprendizaje de técnicas conductuales](#).

Las medidas higiénico-dietéticas recomendadas son reducir el sobrepeso si el índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, reducir el consumo de alimentos y bebidas que se asocian con estimulación vesical como cafeína, alcohol, té y comidas picantes, evitar el estreñimiento, abandonar el hábito tabáquico y la realización de ejercicio físico adaptado a cada paciente.

Las técnicas conductuales como el entrenamiento vesical y la pauta miccional programada, han demostrado mejorar la sintomatología en la mayoría de los pacientes. También está recomendada la realización de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel), dado que han demostrado ser seguros y eficaces.

Se recomienda mantener las medidas no farmacológicas un mínimo de 6 a 12 semanas y valorar la instauración de un tratamiento farmacológico, si la afectación de la calidad de vida continúa siendo moderada o grave pese al cumplimiento de dichas medidas no farmacológicas.

2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No se dispone de evidencia consistente que haya mostrado que el tratamiento farmacológico sea superior al no farmacológico en el tratamiento de la VH. Si las personas con VH no han mejorado su sintomatología pese al cumplimiento de las medidas no farmacológicas, pueden iniciar tratamiento con medicamentos, pero manteniendo dichas medidas. Antes de pautar un medicamento para la VH es necesario evaluar el riesgo de efectos adversos, especialmente en personas mayores.

Los medicamentos disponibles son los **antimuscarínicos** (tolterodina, solifenacina, trospio cloruro, oxibutinina, propiverina, fesoterodina, desfesoterodina y flavoxato (no financiado)) que actúan relajando el detrusor de la vejiga, y los **agonistas $\beta 3$ -adrenérgicos** (mirabegrón) que actúan disminuyendo las contracciones involuntarias de la vejiga causante de la sensación de urgencia miccional.

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.

2.1. EFICACIA CLÍNICA

- **Antimuscarínicos:** son los medicamentos con los que se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico, por ser los que presentan mayor experiencia de uso. Varias revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados muestran que la eficacia de los antimuscarínicos en el alivio de los síntomas de incontinencia es modesta con respecto al placebo. Aunque apenas existen ensayos comparativos entre los distintos antimuscarínicos, se considera que su eficacia es similar. En general, en los ensayos clínicos, los antimuscarínicos han mostrado reducciones medias de 0,6-1,2 micciones/día respecto a placebo.
- **Agonistas β 3-adrenérgicos** (mirabegrón). Respecto a placebo, el mirabegrón ha mostrado unos resultados en el control de los síntomas urinarios de magnitud similar a la de los antimuscarínicos (diferencias en la reducción media de 0,7 micciones/día).

2.2. EFECTOS ADVERSOS

Tanto los antimuscarínicos como el mirabegrón presentan un perfil de efectos adversos que pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas.

Los antimuscarínicos provocan frecuentemente efectos anticolinérgicos periféricos como sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa y con menor frecuencia, mareos, náuseas o dispepsia. Las reacciones adversas más frecuentes a nivel central son la confusión y la desorientación. El riesgo de padecerlas aumenta con la edad, debido a que aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. El tratamiento a largo plazo se asocia con un incremento del riesgo de caídas y de deterioro cognitivo, especialmente cuando se utiliza conjuntamente con [otros fármacos de actividad anticolinérgica en personas mayores](#). El balance riesgo-beneficio es desfavorable en los pacientes ancianos con demencia y no se recomienda su uso concomitante con inhibidores de la acetilcolinesterasa debido a sus efectos antagónicos.

Es necesario medir la presión arterial antes de iniciar el tratamiento con mirabegrón y periódicamente durante el tratamiento, especialmente en pacientes con hipertensión. Mirabegrón está contraindicado en casos de hipertensión grave no controlada (presión arterial sistólica (PAS) \geq 180 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) \geq 110 mmHg). Las principales reacciones adversas son las infecciones del tracto urinario, la taquicardia, las náuseas, la diarrea, el mareo y el estreñimiento. Como reacciones adversas graves se han identificado la fibrilación auricular y la crisis hipertensiva.

2.3. RECOMENDACIONES DE ADECUACIÓN TERAPÉUTICA

Dada la limitada eficacia, se propone la deprescripción de estos fármacos cuando el paciente:

- Tenga prescritos \geq 3 absorbentes de incontinencia urinaria, debido a que no han presentado el beneficio esperado del medicamento y mantienen innecesariamente los efectos adversos.
- Presente alta carga anticolinérgica y esté en tratamiento con antimuscarínicos.
- Tenga prescritos inhibidores de la acetilcolinesterasa y antimuscarínicos debido a sus efectos antagónicos.
- Tenga hipertensión grave no controlada o hipertensión en estadio 2 (PAS \geq 160 mmHg y PAD \geq 100 mmHg) y esté en tratamiento con mirabegrón.

Bibliografía:

1. Asociación Española de Urología (AEU): Guía de atención a personas con incontinencia urinaria [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/send/19-documentos-de-interes/908-guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria>
2. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. Actas Urológicas Españolas. 2009;33(2):159–66. <https://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v33n2/v33n2a11.pdf>
3. Servei Català de la Salut. Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària. Programa d'harmonització farmacoterapèutica. 2021.
4. Manejo de la vejiga hiperactiva. INFAC. 2018; Vol 26 (10): 87-93.
5. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública. Guía para la adecuación de las prescripciones en personas mayores. Programa de Optimización e Integración. 2021.