

Tratamiento de la vejiga hiperactiva

M.A. Pascual Amorós, Y. Marco Jorge, L. González Beltrán,
R. Rodríguez Reyes, M.T. Clavijo Rodríguez

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Mensajes clave

- ▶ Detectar la vejiga hiperactiva de forma oportunista en atención primaria.
- ▶ Obtener un diagnóstico clínico claro mediante anamnesis y exploración.
- ▶ Realizar una analítica de orina para descartar la presencia de infección y hematuria.
- ▶ Derivar al especialista en casos de cirugía uroginecológica y radioterapia pélvica previa, dolor pélvico, prolapso urogenital y residuo posmiccional, así como en casos fallidos del tratamiento inicial.

La vejiga hiperactiva (VH) se define como la presencia de urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU), a menudo asociada a un aumento de la frecuencia y nocturia, en ausencia de infección de orina u otra patología demostrable. El término urgencia miccional se define como el deseo imperioso y repentino de orinar difícil de posponer. La IUU es la pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia miccional. La frecuencia urinaria es tener más de 8 micciones en 24 horas. La nocturia es la necesidad de levantarse a orinar que interrumpe el sueño.

El tratamiento conservador se basa en disminuir el peso y la ingesta de líquidos y cafeína, seguir una disciplina miccional y un reentrenamiento vesical, y realizar ejercicios del suelo pélvico. El tratamiento farmacológico consiste en prescribir un anticolinérgico o mirabegrón, en régimen de monoterapia. Los anticolinérgicos son antagonistas de los receptores muscarínicos que bloquean la contracción involuntaria del detrusor. El mirabegrón es un agonista beta-3 que produce relajación del detrusor. La terapia combinada puede mejorar el control de la urgencia miccional.

Los anticolinérgicos que han demostrado su eficacia frente a placebo y que tienen un grado de recomendación A son los siguientes: tolterodina (2-4 mg) (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,2, 1,1-1,4), trospio (IC del 95%: 1,7, 1,5-2), solifenacina (5-10 mg) (IC del 95%: 1,5, 1,4-1,6) y fesoterodina (4-8 mg) (IC del 95%: 1,3, 1,1-1,5). La oxibutinina (IC del 95%: 1,7, 1,3-2,1) tiene una acción mixta, anticolí-

nérgica y relajante. Se prescriben por vía oral, pero la oxibutinina está disponible por vía transdérmica, lo que mejora su tolerabilidad. Ningún anticolinérgico es más eficaz que otro en cuanto a la mejora de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes.

Los anticolinérgicos están contraindicados en el glaucoma de ángulo cerrado. Sus principales efectos adversos (EA) son la sequedad de boca (el más prevalente), la visión borrosa y el estreñimiento. Otros EA consisten en mareos, dispepsia, retención urinaria e infección de orina. A mayor dosis, mejor control de los síntomas con mayor riesgo de EA. Las fórmulas de liberación rápida se asocian a más EA que las de liberación prolongada. Los parches pueden ocasionar una reacción dérmica. La adherencia al tratamiento anticolinérgico suele ser baja/moderada y tiende a disminuir con el tiempo; las principales causas de abandono son la falta de eficacia (41,3%), la baja tolerabilidad (22,4%) y el coste (18,7%). La mayoría de los pacientes lo abandona en los 3 primeros meses.

Los anticolinérgicos se deben usar con precaución en las personas mayores de 65 años, así como en los pacientes con disfunción cognitiva, polimedcados y con comorbilidad, más propensos a sufrir EA. Por ejemplo, los mareos podrían contribuir a las caídas y las fracturas. El impacto cognitivo por efecto anticolinérgico derivado de la polimedcación es acumulativo y se incrementa con la exposición. Hay que considerar que el trospio y la fesoterodina no atra-

Evidencias en...

Tratamiento de la vejiga hiperactiva

viesan la barrera hematoencefálica, por lo que podrían ser más seguros en los pacientes con un déficit cognitivo.

El mirabegrón es mejor que el placebo para el tratamiento de la VH/IUU en adultos y personas mayores, con igual eficacia que los antimuscarínicos. Sus potenciales EA son la hipertensión arterial y el incremento del pulso arterial. Está contraindicado si las cifras de presión arterial son $\geq 180/110$ mmHg. Para el control de la urgencia es mejor añadir 50 mg de mirabegrón a los 5 mg de solifenacina que incrementar la dosis del anticolinérgico.

En las mujeres posmenopáusicas con VH/IUU y atrofia urogenital, la adición de estrógenos vaginales puede mejorar los síntomas. La toxina botulínica intravesical y la neuromodulación sacra son los tratamientos de segunda línea, que

deben administrarse por un especialista en urología con preparación específica en esta área.

Bibliografía

- Andersson KE, Choudhury N, Cornu JN, et al. The efficacy of mirabegron in the treatment of urgency and the potential utility of combination therapy. *Ther Adv Urol.* 2018; 10(8): 243-256. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/30034543/>
- Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar Ak, et al. Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. European Association of Urology 2018. Disponible en: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf
- Vouri SM, Kebodeaux CD, Stranges PM, Teshome BF. Adverse events and treatment discontinuations of antimuscarinics for the treatment of overactive bladder in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017; 69: 77-96 [texto completo en PMC 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516911/>

Práctica clínica

- ▶ Aplicar tratamiento farmacológico tras el fracaso del tratamiento conservador.
- ▶ Prescribir un anticolinérgico oral/transdérmico o mirabegrón.
- ▶ Establecer un seguimiento precoz al mes del inicio del tratamiento.
- ▶ Si el fármaco es inefectivo, se debe ofertar otro anticolinérgico, una escalada de dosis, mirabegrón o una terapia combinada (5 mg de solifenacina + 50 mg de mirabegrón).
- ▶ Si no se controla la urgencia miccional, se puede prescribir terapia combinada.