

## Vejiga hiperactiva

Francesc Bobé Armant<sup>a,\*</sup>, M.<sup>a</sup> Eugenia Buil Arasanz<sup>b</sup>, Griselda Trubat Muñoz<sup>c</sup>, Sílvia Hernández Anadón<sup>a</sup> y Olga Calviño Domínguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de familia. EAP Jaume I. Tarragona. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

<sup>b</sup>Médico de familia. EAP Dr. Lluís Sayé. Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Josep Trueta. Girona. Institut Català de la Salut. Girona. España.

\*Correo electrónico: fbobe.tgn.ics@gencat.cat

### Puntos clave

- La sintomatología del tracto urinario inferior es inespecífica de patología y de género. Patología urológica, neurológica, fármacos y otras entidades pueden ser su causa.
- La vejiga hiperactiva presenta una elevada prevalencia y genera un gran impacto en la calidad de vida, sobre todo cuando se presenta con incontinencia de urgencia.
- Se define vejiga hiperactiva como la presencia de urgencia miccional (síntoma cardinal), con o sin incontinencia urinaria de urgencia, frecuentemente asociada a aumento de la frecuencia.
- El tratamiento debe ser escalonado. El médico de atención primaria debe ofrecer como primera opción terapéutica el tratamiento no farmacológico (cambios de estilo de vida y métodos conductuales).
- En la incontinencia urinaria de urgencia el tratamiento recomendado es el entrenamiento de la vejiga y los ejercicios para el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico; ambos pueden complementarse con fármacos anticolinérgicos.
- Antes de prescribir antimuscarínicos es necesario valorar el riesgo de obstrucción (aumento de volumen prostático o presencia de signos obstructivos) en pacientes con hiperplasia benigna de próstata, vejiga hiperactiva o incontinencia de orina, ya que tienen un riesgo de empeorar la sintomatología obstructiva.
- La eficacia de los diferentes anticolinérgicos utilizados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia es modesta y similar; tampoco existen diferencias relevantes en cuanto a la tolerabilidad, que puede limitar su uso.
- Los anticolinérgicos están contraindicados en pacientes afectados de glaucoma de ángulo estrecho, colitis ulcerosa grave, íleo intestinal, estenosis pilórica, insuficiencia renal grave, hepatopatía grave, lactancia y miastenia grave.
- El efecto secundario más frecuente de los antimuscarínicos es la boca seca.
- Mirabegrón es un agonista de los receptores  $\beta_3$ -adrenérgicos. Tiene efectos similares a los anticolinérgicos. La incidencia de boca seca es menor que con antimuscarínicos. Está contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada.

**Palabras clave:** Vejiga hiperactiva • Incontinencia urinaria • Atención primaria.

La sintomatología del trato urinario inferior (STUI) es inespecífica de patología y género. Tanto patología urológica como neurológica, fármacos y otras entidades pueden ser causa de STUI<sup>1</sup>.

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar que se denomina urgencia miccional (UM). Se debe a una contractilidad aumentada de la vejiga urinaria, que en condiciones normales solo se contrae voluntariamente. Cuando las contracciones del detrusor se objetivan mediante estudio

urodinámico, se denomina hiperactividad del detrusor (HD), que puede ser causada por enfermedad neurológica o sin causa detectable, o secundaria a una obstrucción uretral (estenosis, cirugía, etc.)<sup>2</sup>.

La vejiga hiperactiva (VH) presenta una elevada prevalencia y genera un gran impacto en la calidad de vida, sobre todo cuando se presenta con IUU. El diagnóstico es clínico, y en la gran mayoría de casos, su diagnóstico y orientación etiopatogénica se puede establecer sin necesidad de utilizar procedimientos diagnósticos complejos<sup>3</sup>.

El tratamiento debe ser individualizado. Las distintas guías de práctica clínica aconsejan un tratamiento escalonado.

## Definición y concepto

Se define VH como la presencia de UM, con o sin IUU, a menudo asociada a aumento de la frecuencia diurna y/o nocturna. Esta combinación es sugestiva de hiperactividad del músculo detrusor, demostrable por estudio urodinámico, pero puede ser debida a otras formas de disfunción uretrovesical. El término VH solo puede utilizarse si no hay infección probada u otra enfermedad demostrable. Hay que descartar, en primer lugar, la infección urinaria, el residuo posmiccional (RPM) significativo y cualquier enfermedad orgánica intravesical que pueda causar síntomas similares<sup>2</sup>.

La urgencia es el síntoma cardinal y necesario para que se pueda pensar que un paciente presenta una VH. Aunque no es preciso que presente IUU, este síntoma es el más molesto e incapacitante, pero solo un tercio de los pacientes lo presentan, y es más elevada en las mujeres<sup>3</sup>. La gravedad se determina en función de la frecuencia de los episodios de urgencia y de escapes involuntarios secundarios<sup>2</sup>.

## Epidemiología

A pesar de su elevada prevalencia, el impacto en la calidad de vida no se conoce por completo. La prevalencia oscila entre el 16% y el 22%, es superior en mujeres y aumenta progresivamente con la edad<sup>3</sup>.

El Estudio cooperativo epidemiológico para determinar la Prevalencia, carga y coste de la vejiga hiperactiva e Incontinencia Urinaria en España (EPICC), de la Asociación Española de Urología, situó la prevalencia de VH y/o incontinencia urinaria (IU) cerca del 10% para mujeres laboralmente activas de 25 a 64 años, alrededor del 5% para varones laboralmente activos de 50 a 65 años y más del 50% en personas de ambos sexos mayores de 65 años ingresadas en establecimientos sanitarios<sup>4-6</sup>.

La gravedad de la IUU, según el número diario de episodios de IU, tiene una relación lineal significativa con el uso más frecuente de recursos sanitarios y disminución de la productividad laboral en pacientes con VH<sup>7</sup>. Los factores de riesgo para desarrollar una VH se enumeran en la tabla 1.

La VH y la IU deterioran de forma significativa la calidad de vida, con impacto negativo sobre el bienestar emocional y las actividades sociales. Los pacientes presentan pérdida de autoestima, sienten vergüenza y se aíslan, y buscan alternativas conductuales de evitación. Presentan mayor tasa de depresión y ansiedad<sup>3</sup>.

El pronóstico depende de la gravedad del trastorno y del cumplimiento del paciente. El 50-80% responde a la asocia-

**TABLA 1. Factores de riesgo para desarrollar una vejiga hiperactiva**

Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raza blanca</li> <li>• Diabetes insulínica dependiente</li> <li>• Depresión</li> <li>• Edad mayor de 75 años</li> <li>• Artritis</li> <li>• IMC aumentado: sobrepeso-obesidad</li> <li>• Ingesta excesiva de líquidos</li> </ul>
Prevención general
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta con alto contenido en fibra</li> <li>• Limitar el consumo de cafeína y alcohol</li> </ul>
Fuente: adaptada de Gomella LG, et al <sup>8</sup> .

ción de modificación de la conducta, ejercicios del suelo pélvico y fármacos. Se han descrito mayores tasas de fracturas de cadera y de hospitalizaciones en pacientes con VH<sup>8-10</sup>.

## Fisiología y etiopatogenia de la vejiga hiperactiva<sup>3</sup>

La micción presenta dos fases: *de llenado y de vaciado vesical*, que deben ocurrir de forma secuencial y estar controladas por el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso vegetativo (simpático y parasimpático).

En la *fase de llenado* predomina la acción del simpático por estimulación de los nervios hipogástricos que dependen de los núcleos medulares simpáticos de las metámeras D10-L2, produciendo relajación del detrusor por efecto de neuroreceptores  $\beta$ -adrenérgicos y el cierre del cuello vesical por efecto de los neuroreceptores  $\alpha_1$ -adrenérgicos, inhibiéndose, en esta fase, el sistema nervioso parasimpático.

En la *fase de vaciado* predomina la acción del parasimpático por estimulación de los nervios pélvicos que dependen de los núcleos parasimpáticos medulares de las metámeras S2-S4; el detrusor se contrae por estímulos de neuroreceptores colinérgicos muscarínicos del cuerpo vesical, sobre todo de tipo 2 y 3 (este último, menos frecuente pero más importante en la contracción vesical), junto con la relajación del cuello vesical y de la uretra por inhibición del sistema nervioso simpático.

El esfínter uretral externo, que depende del SNC, es voluntario y está inervado por el nervio pudendo por estimulación de receptores colinérgicos nicotínicos. Las neuronas motoras del esfínter uretral externo se encuentran en el borde lateral externo del asta anterior de las metámeras S2-S4 (núcleo de Onuf).

Para que la continencia se mantenga debe existir una buena coordinación entre vejiga y uretra, para lo que se requiere de una integridad orgánica y una adecuada inervación del tracto urinario inferior (fig. 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758351>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758351>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)