

INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva (VH) es un síndrome caracterizado por aumento de frecuencia miccional, urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU)¹. Este síndrome es un proceso crónico, que no supone una amenaza para la vida de los pacientes, pero sí tiene un importante impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen. La prevalencia de urgencia miccional en mujeres de la población general mayor de 18-20 años va del 1,6 al 22,8%, aumentando a medida que avanza la edad².

La detección de los síntomas de VH en las mujeres ha de formar parte de la atención integral que ha de recibir cualquier mujer que solicita ser atendida en una consulta ginecológica. De acuerdo con los protocolos de la Sección de Suelo Pélvico (SESP) de la SEGO, que están basados en la evidencia científica procedente de la *International Consultation on Incontinence* (ICI), una vez detectados los síntomas y comprobado que la mujer desea ser estudiada y tratada por su problema, se ha de iniciar un proceso diagnóstico basado en instrumentos sencillos, que permiten confirmar el diagnóstico de VH y descartar cualquier patología orgánica que pueda causar una sintomatología similar. La ICI recomienda un tratamiento inicial basado en los cambios en el estilo de vida, la reeducación vesical y los ejercicios del suelo pélvico, combinado con tratamiento farmacológico^{3,4}.

En nuestro país, hasta hace un año los únicos fármacos disponibles para tratar los síntomas de VH han sido los anticolinérgicos, que han demostrado en ensayos clínicos con placebo un beneficio clínico expresado en una disminución significativa en la intensidad de los síntomas y una mejoría en la calidad de vida⁵. En el 2014 se ha incorporado una nueva opción para el tratamiento farmacológico de la VH, los agonistas beta-3, que han demostrado también su eficacia en cuanto a la disminución de los síntomas⁶.

En un número considerable de pacientes los síntomas de VH no se pueden controlar con este tratamiento inicial basado en medidas conservadoras y tratamiento farmacológico; en estos casos se considera que se trata de una «VH refractaria». Las pacientes con VH refractaria precisan otras alternativas terapéuticas, en la mayoría de los casos será necesario derivar a la pacientes a unidades especializadas para que se les puedan ofrecer lo que se denomina tratamientos de «segunda línea». En relación a estas terapias de segunda línea, en el 2014 se aprobó en España el uso de la inyección intravesical de toxina botulínica (BTX-Q) para el tratamiento de pacientes con VH idiopática, que no han respondido al tratamiento inicial. Este tratamiento, junto con la neuromodulación sacra y la estimulación del tibial posterior, constituyen las terapias consideradas de segunda línea para el tratamiento de la VH.

Dado que este último año se han producido nuevas incorporaciones de principios activos para el tratamiento de las mujeres con VH, esta revista ha querido ofrecer un número monográfico centrado en esta patología. En esta publicación recogemos una actualización sobre las bases fisiopatológicas de este síndrome, se revisan los elementos fundamentales para el diagnóstico inicial basado en instrumentos sencillos, se presentan los nuevos datos sobre el tratamiento farmacológico de la VH y se desarrolla el abordaje específico de la VH en las mujeres mayores. ■

Director honorífico:

Xavier Iglesias Guiu (Barcelona)

Director científico:

Montserrat Espuña Pons (Barcelona)

Comité científico:

Lluís Amat Tardiu

Pere Brescó Torras

Manuel Carmona Salgado

Juan Fernando Cerezuela Requena

Manuel Filloi Crespo

Alicia Martín Martínez

Juan Carlos Martínez Escoriza

Pilar Miranda Serrano

Eloy Moral Santamarina

Francisco Muñoz Garrido

María Antonia Pascual Amorós

Antoni Pessarrodona Isern

Con el patrocinio de:



Edita:



Aribau, 168-170

08036 Barcelona

Condado de Treviño, 9

28033 Madrid

Impresión: Press Line

Depósito legal: B-27.967-05

ISSN: 1885-0642

©Ediciones Mayo, S.A.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aun citando la procedencia, sin la autorización del editor.

suelopelvico@edicionesmayo.es

www.edicionesmayo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R, Van Kerrebroeck P, Sand P; on behalf of the International Continence Society. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourol Urodyn.* 2009; 28: 287.
2. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol.* 2014; 65: 79-95.
3. Diagnóstico de la incontinencia de orina. Tratamiento de la incontinencia de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva. <http://www.prosego.com/categoria-guia-asistencia/suelo-pelvico/>
4. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al., eds. Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence, Paris, February 2012. Plymouth: Health Publication Ltd, 2013. <http://www.icud.info/index.html>
5. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2008; 54: 543-562.
6. Chapple C, Khullar V, Nitti VW, Frankel J, Herschorn S, Kaper M, Blauwet MB, Siddiqui E. Efficacy of the β 3-adrenoceptor Agonist Mirabegron for the Treatment of Overactive Bladder by Severity of Incontinence at Baseline: A Post Hoc Analysis of Pooled Data from Three Randomised Phase 3 Trials. *Eur Urol.* 2015; 67(1): 11-14. doi: 10.1016/j.eururo.2014.06.052. Epub 2014 Aug 2. PubMed PMID: 25092537

M. España Pons

Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Ginecología. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona