

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Algunas preguntas y respuestas sobre el tratamiento conservador inicial de la vejiga hiperactiva: modificaciones en el estilo de vida y reeducación vesical

S. Escura Sancho, L. López Frías

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona

Introducción

La vejiga hiperactiva (VH) es un complejo sintomático caracterizado por la presencia de urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria (IU) de urgencia, generalmente asociado a un aumento de la frecuencia miccional diurna y a nocturia¹. El tratamiento de la VH debe mejorar esta sintomatología disminuyendo la frecuencia miccional (diurna y nocturna), la sensación de urgencia y los episodios de incontinencia de urgencia².

El objetivo de esta actualización práctica es responder algunas preguntas sobre el tratamiento conservador de la VH con cambio de hábitos y reeducación vesical.

Cambios en los estilos de vida: ¿qué aconsejamos en la consulta a nuestras pacientes en cuanto a modificaciones en el estilo de vida?

Pérdida de peso y ejercicio físico moderado

Las mujeres con obesidad tienen unas presiones intra-abdominales más altas que las mujeres no obesas, y se ha sugerido que esta presión crónicamente elevada puede predisponer a IU en general y a debilitar las estructuras de soporte del suelo pélvico. Se ha demostrado que una pérdida de peso corporal del 5% tiene un impacto positivo sobre la reducción de síntomas de la IU.

La disminución de peso corporal debe recomendarse a mujeres con obesidad y/o sobrepeso. Con la evidencia aportada por un estudio aleatorizado y dos estudios de cohortes, la International Consultation on Incontinence (ICI) califica como un nivel de evidencia (NE) 1 y recomienda la pérdida de peso en mujeres con sobrepeso u obesidad con grado de recomendación (GRA)³. Datos más recientes de un análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado (ECA) demuestran que mujeres menopáusicas con incontinencia y que seguían una pauta dietética para control del peso, al año de iniciar la intervención tenían menos síntomas de IU en general y de IU de esfuerzo comparadas con el grupo control (NE2, GRA).

El impacto sobre los síntomas urinarios de una actividad física moderada ha sido evaluado en un ECA y un estudio de cohortes con un gran número de casos, y los resultados sugieren que las mujeres que son más activas físicamente tienen menos probabilidades de presentar síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en general y también específicamente de IU (NE2, GRB).

Basándonos en estos datos y considerando que una dieta equilibrada y saludable puede ayudar a mantener el peso corporal, a controlar la IU, así como también el estreñimiento, en nuestra Unidad facilitamos material de soporte a las mujeres con sobrepeso u obesidad y VH para fomentar una dieta saludable que les pueda ayudar a controlar el peso. Les proporcionamos una pirámide de alimentación, imágenes de plato saludable para que aprendan a combinar los nutrientes necesarios, información sobre recomendaciones y técnicas de estímulos, una hoja de registro periódico, una tabla semanal para

Correspondencia:

S. Escura Sancho
Correo electrónico: escura@clinic.cat

que puedan crear su dieta y sepan qué alimentos elegir en el momento de realizar la compra, y una guía de cómo adoptar una alimentación saludable. Dependiendo de su estado de salud, también les recomendaremos el tipo de ejercicio que pueden realizar (caminar, natación...). Además, realizamos una visita mensual para evaluar la pérdida de peso y la incorporación de los nuevos hábitos.

Control de la ingesta de cafeína

Estudios epidemiológicos sugieren que es probable que el consumo de cafeína contribuya a exacerbar los síntomas de la IU en general y de la urgencia, así como al aumento de la frecuencia miccional en las mujeres con VH. Ensayos clínicos aleatorizados de un número reducido de casos y un estudio transversal con muchos casos sugieren que la disminución de la ingesta de cafeína mejora los síntomas de IU (NE2). Según esta evidencia, con GRB se recomienda la reducción en la ingesta de cafeína a aquellas pacientes con IU y con otros STUI³.

No obstante, hay que tener en cuenta que la cafeína no sólo está presente en el café y en el té, sino también en diferentes alimentos y bebidas, incluidos el chocolate y los refrescos. Sin embargo, estudios recientes muestran que la asociación entre productos con cafeína y síntomas de VH sólo es significativa cuando aquellos contienen edulcorantes artificiales en su composición⁴.

En nuestra Unidad, a las mujeres con diagnóstico de VH, dentro del plan de tratamiento conservador inicial, se les recomienda evitar el consumo de cafeína y de otras sustancias estimulantes y/o irritantes vesicales, así como la teína, bebidas con gas o alcohólicas, etc., y también el de bebidas con edulcorantes artificiales. Detectaremos el consumo de estos estimulantes a través del diario miccional, y con esta información trabajaremos con la paciente para que los reduzca de manera progresiva.

Control del hábito tabáquico

La asociación entre el hábito de fumar en las mujeres y los síntomas de VH se ha demostrado en diversos estudios epidemiológicos y en los distintos grupos de edad estudiados. Aunque todavía se desconoce el mecanismo detallado que subyace tras la asociación entre el

tabaquismo y los STUI, se cree que la arterioesclerosis inducida por el tabaquismo y que puede provocar una isquemia crónica de la vejiga es una vía que podría influir en el desarrollo de las anomalías funcionales de la vejiga que se manifiestan a través de los STUI⁵.

El efecto de dejar de fumar sobre los síntomas de VH se ha estudiado en un único ensayo clínico en pacientes fumadores y con síntomas de VH. En él se observó que dejar de fumar durante 12 semanas tiene un efecto positivo en los STUI en cuanto a la reducción en la frecuencia miccional diaria y también en la puntuación del cuestionario específico de VH utilizado (ICIQ OAB). Los datos de este estudio, que demuestra que el cese del hábito tabáquico tiene cierto efecto positivo (NE3), sugieren la recomendación de dejar de fumar (GRC) en pacientes con STUI sugestivos de VH³.

En la anamnesis siempre preguntamos sobre el hábito tabáquico, y si la paciente es consumidora de cigarrillos u otros productos similares le recomendamos que disminuya o elimine su consumo basándonos en las características de su consumo individual.

Control y cambios en la ingesta de líquidos

Conocer la ingesta de líquidos que realiza la paciente es un aspecto clave en la evaluación y el tratamiento de su VH. El diario miccional ha de recoger información detallada sobre las micciones (hora y volumen vaciado) en 24 horas, pérdidas involuntarias, episodios de urgencia, así como sobre el tipo y la cantidad de líquidos que ingiere. Con esta información el diario nos permite conocer el patrón miccional a lo largo del día y los hábitos de ingesta de líquidos que tiene la paciente; también nos permite identificar cuándo aparece la sensación de urgencia y/o cuándo se producen las pérdidas involuntarias de orina, además del número y tipo de dispositivos para protección que utiliza. Se recomienda cumplimentar el diario durante 3 días, que no han de ser seguidos pero sí aquellos en los que la paciente esté realizando sus actividades habituales.

Con el objetivo de que un diario miccional sea un instrumento de utilidad para el diagnóstico y también para poder establecer un plan de tratamiento personalizado, es clave que se instruya adecuadamente a la paciente sobre cómo debe cumplimentarlo correctamente. Para ello le indicamos lo siguiente:

Algunas preguntas y respuestas sobre el tratamiento conservador inicial de la vejiga hiperactiva: modificaciones en el estilo de vida y reeducación vesical

S. Escura Sancho, L. López Frías

1. En primer lugar, debe apuntar el día de realización.
2. En la primera columna (orina), deberá anotar la hora y la cantidad exacta cada vez que vaya al baño (por ejemplo, 7:00 h → 200 mL, 8:30 h → 150 mL) durante todo el día, incluido si se levanta por la noche después de haberse acostado. En el total de orina, sumará las cantidades de todas esas micciones del día en mL.
3. En la última columna (bebidas/líquido), tiene que hacer lo mismo que con la columna orina, pero añadiendo al lado de la cantidad de líquido el tipo de bebida: agua, leche, refrescos, caldo... En total de líquidos, sumará las cantidades de esas bebidas que ha tomado durante el día en mL.
4. En la segunda columna (escapes orina), anotará si se ha producido alguna pérdida de orina y si ha precisado cambio de protección.
5. En la tercera columna (gases/heces), anotará si se ha producido alguna pérdida de gases/heces.
6. Por último, anotará a qué hora se ha levantado y a qué hora se ha acostado.

Le explicamos a la paciente que para medir la cantidad de orina puede utilizar cualquier medidor de líquidos que luego pueda desechar. Para registrar el volumen de los líquidos ingeridos y anotarlo en el diario, se toma como referencia que una taza corresponde habitualmente a 250 mL y un vaso a 200 mL; si no está segura de la capacidad de los recipientes, le pediremos que los mida antes de empezar y que utilice siempre los mismos para que le resulte más cómodo.

En cuanto a las recomendaciones sobre la ingesta de líquidos, como recomendación general a una paciente con VH se le indica repartir la ingesta de líquidos a lo largo del día, ya que si toma mucho líquido en poco tiempo el aumento brusco de la diéresis podría ser el desencadenante de la sensación de urgencia miccional. En caso de nocturia (levantarse una o más veces por la noche para orinar), es recomendable reducir la ingesta de líquidos a partir de media tarde o como mínimo 2 horas antes de ir a dormir, así como eliminar aquellos alimentos con un elevado aporte de líquidos en la cena. Se recomienda siempre ir a orinar justo antes de ir a dormir para vaciar la vejiga. Estas recomendaciones se pueden personalizar mucho más a partir de la información obtenida con el diario miccional.

Entrenamiento vesical

¿Cómo ayuda a recuperar el control vesical?

El entrenamiento vesical, también conocido como reeducación vesical o reentrenamiento vesical, es un programa de educación de la paciente que, junto con un régimen de micciones programadas, permite ajustar los intervalos de tiempo entre una micción y la siguiente de forma gradual⁶.

¿En qué consiste este tipo de terapia?

La reeducación vesical tiene como objetivo principal corregir patrones de hábitos incorrectos relacionados con la función miccional. El resultado esperado será aumentar el intervalo entre micciones para así reducir una frecuencia miccional aumentada y/o la sensación de urgencia y de episodios de IU de urgencia. Esto se puede conseguir evitando llegar a volúmenes de orina en la vejiga que en el diario miccional se ha evidenciado que desencadenan la sensación de urgencia. Para controlar el aumento de la frecuencia miccional, se entrenará a la paciente a identificar el deseo miccional y a ir alargando poco a poco el tiempo entre micción y micción de forma voluntaria. Esto supondrá un aumento de la capacidad funcional de la vejiga, que es la base para la mejoría de la urgencia y de la frecuencia miccional. Existe evidencia de buena calidad que demuestra que esta terapia reduce la frecuencia y los episodios de IU en mujeres con VH (NE1). La ICI y las guías NICE recomiendan la reeducación vesical como tratamiento inicial de las mujeres con VH, IU de urgencia e IU mixtas (GRA)³.

¿Cómo se realizará el programa?

La paciente ha de seguir las instrucciones del terapeuta, que partiendo de la información obtenida con el diario miccional le hará un plan personalizado para el control de las micciones. El diario nos ayuda tanto en el establecimiento del plan terapéutico como en el seguimiento. Una parte esencial de esta terapia es la información que se le da a la paciente sobre su funcionamiento vesical; la clave del éxito es que cada paciente «entienda a su vejiga», que sepa identificar el tipo de mensajes que ésta le envía, y luego poco a poco ya irá encontrando las claves para el control. Lo más importante del programa de reeducación vesical es que la paciente aprenda a reconocer cuándo su vejiga está llena y cuándo no lo está.

¿Cuánto tiempo dura este tipo de programa?

A la vejiga le cuesta tiempo adquirir los malos hábitos; por tanto, deshacerlos y recuperar el control tampoco puede ser algo inmediato. Según el compromiso y la dedicación de la paciente a seguir las instrucciones que le indique el terapeuta, el control vesical se recuperará con un tiempo de terapia mayor o menor. Si la mujer sigue el programa correctamente, las primeras señales de mejoría pueden notarse ya a las dos semanas de haber iniciado la terapia, aunque lo más habitual es que sea a los tres meses cuando la paciente empiece a notar que controla mejor su vejiga y que el tratamiento ha sido efectivo. No obstante, es importante informarla de que la duración exacta no está preestablecida y de que siempre requiere tiempo, paciencia y compromiso por su parte.

¿Cómo mejorar los síntomas de aumento de la frecuencia miccional?

Se considera una frecuencia miccional normal ir a orinar cada 2-3 horas. Las pacientes que consultan por aumento de la frecuencia miccional se refieren siempre a una mayor frecuencia en relación con el patrón previo que ellas consideraban normal.

Analizando el diario miccional y partiendo del intervalo de frecuencia miccional, empezaremos con pequeños objetivos semanales. Valoramos conjuntamente con la paciente el diario miccional para que ella pueda observar y comprender qué está sucediendo. Habitualmente, se indica un incremento del tiempo entre micciones de unos 15-30 minutos; cuando se consigue mantenerlo una semana, se incrementará otros 15-30 minutos, y así progresivamente hasta alcanzar un patrón miccional normal. Si, por ejemplo, la paciente orina cada 45 minutos, le pediremos que durante la primera semana, cuando tenga deseo miccional, intente no ir al baño hasta 15 minutos después. Esto en la práctica no siempre es posible, pero quizá sí que pueda aguantar 5 minutos y, según evolucione, iremos ampliando los intervalos de micción en cada visita hasta lograr una frecuencia miccional normal. También es importante que la paciente evite las micciones «preventivas»; por ejemplo, no debe ir al baño antes de salir de casa si ha orinado hace 10 minutos.

Es imprescindible que un profesional sanitario supervise el progreso, ajuste los intervalos miccionales y ofrezca el soporte necesario a la paciente durante el periodo

que dure el tratamiento y también en el seguimiento. Lo idóneo es que inicialmente los controles se realicen como mínimo semanalmente. Si no hay ningún tipo de mejoría transcurridas tres o cuatro semanas, sería razonable replantear las opciones terapéuticas para la VH.

Medidas adicionales para intentar controlar la sensación de urgencia miccional y/o la IU de urgencia

1. Utilizar técnicas de distracción y/o relajación como leer, contar de forma regresiva o hacer ejercicios de respiración.
2. Cambiar de posición si así disminuye la sensación de urgencia; por ejemplo, pasar de bipedestación a sedestación.
3. Explicar a la paciente la importancia de quedarse quieta cuando sienta el deseo intenso y repentino de ganas de orinar (urgencia). Es muy probable que si la paciente siente urgencia y corre sin control al baño, se produzca un episodio de incontinencia de urgencia; en cambio, si se para hasta que disminuya la intensidad de la sensación y a continuación va tranquilamente al lavabo, tendrá más posibilidades de que no se produzca el episodio de IU.
4. La estrategia adicional es la supresión de urgencia mediante contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico (MSP), que consiste en realizar una correcta contracción de estos músculos cuando la paciente nota la sensación de urgencia. Está demostrado que la contracción voluntaria de los MSP puede llegar a inhibir el impulso aferente, y que es un complemento esencial en la terapia de reentrenamiento vesical; por ello es imprescindible que la paciente haya sido entrenada para poder realizar correctamente esta contracción.

¿Qué visitas de seguimiento debemos hacer a una paciente con diagnóstico de VH y que sigue tratamiento conservador?

La paciente realizará controles semanales al inicio del tratamiento (entrenamiento vesical), posteriormente mensuales o bimensuales con Enfermería, y a los 6 meses del inicio del tratamiento conservador será visitada por el médico de referencia. Estos controles pueden ser telemáticos.

Es importante que las pacientes diagnosticadas de VH y que han seguido con éxito un programa de trata-

Algunas preguntas y respuestas sobre el tratamiento conservador inicial de la vejiga hiperactiva: modificaciones en el estilo de vida y reeducación vesical

S. Escura Sancho, L. López Frías

miento conservador, una vez finalizado, sean evaluadas cada 6-12 meses para comprobar la eficacia del tratamiento en el control de síntomas y para estimular el mantenimiento de las pautas aprendidas.

Conclusiones

- El tratamiento conservador básico que incluye la modificación de los estilos de vida y el entrenamiento vesical es el tratamiento inicial de las pacientes diagnosticadas de VH. Este tratamiento puede indicarse solo o combinado con el tratamiento farmacológico.
- Las principales modificaciones del estilo de vida deben ir encaminadas a fomentar la pérdida de peso (en las mujeres con sobrepeso y/u obesidad), el control de la ingesta líquida y la reducción/supresión de los estimulantes vesicales para disminuir la sensación de urgencia miccional.
- La reeducación vesical, en combinación con la adopción de hábitos más saludables para la vejiga, constituye un tratamiento muy eficaz para la disminución de la frecuencia miccional mediante el incremento del intervalo entre micciones.
- Si tras 3-6 meses de este tratamiento conservador, asociado o no a fármacos y realizado correctamente,

persisten los síntomas de VH con la misma intensidad, consideramos que la paciente es refractaria al tratamiento de primera línea, y por ello deberán plantearse otras alternativas terapéuticas especializadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *NeuroUrol Urodyn.* 2010; 29(1): 4-20.
2. Muñoz Gállego E, Martín Martínez A. Tratamiento de la vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria de urgencia. En: Espuña Pons M (ed.). *Guía de manejo de la mujer con síntomas de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva.* 2018; 63-78. ISBN: 978-84-947291-9-58.
3. Dumoulin C, et al. Adult conservative management. Committee 12. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A (eds.). *Incontinence. International Consultation on Incontinence, 6th edition.* Tokyo, September 2016. 2017; 1.443-1.628. ISBN: 978-0-9569607-3-3.
4. Hajjar R, Tzolakian I, Chaaya M, Daher A, Bazi T. Overactive bladder syndrome in nulliparous female university students: prevalence and risk factors including waterpipe smoking. *Int Urogynecol J.* 2021 Nov 26. doi: 10.1007/s00192-021-05004-5. Epub ahead of print. PMID: 34825923.
5. Kawahara T, Ito H, Yao M, Uemura H. Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. *Int J Urol.* 2020; 27(12): 1.078-1.086.
6. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2017; 28(2): 191-213.