

## Diagnóstico y manejo de la vejiga hiperactiva: Revisión narrativa y actualización

Diagnosis and management of overactive bladder: Narrative review and update

**Ariana Camila Flores Vanegas**

ORCID: 0009-0006-5392-6642

Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

**Eduarda Natalia Pérez Sancho**

ORCID: 0009-0002-4938-3578

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Jennifer Ivana Chiluisa Hidalgo**

ORCID: 0009-0001-2106-5052

Universidad Tecnológica Equinoccial, Ecuador

**Damián Joel Gaibor Neira**

ORCID: 0009-0008-4602-0898

Universidad de las Américas, Ecuador

**Paulina Mishel Iza Pichuasamin**

ORCID: 0009-0006-7845-7328

Universidad Central del Ecuador

**Jenny Paola Delgado Anangón**

ORCID: 0009-0006-4819-2824

Universidad Central del Ecuador

**Andy Josué Cisneros Muñoz**

ORCID: 0000-0002-9214-0216

Universidad Central del Ecuador

**Ana Lucía Caza Herrera**

ORCID: 0009-0002-6623-1592

Sistemas Médicos SIME, Ecuador

### RESUMEN

La vejiga hiperactiva (VH) es un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas como urgencia urinaria, con o sin incontinencia, generalmente acompañada de frecuencia y nicturia, en ausencia de infecciones u otras patologías evidentes. Este artículo de revisión narrativa aborda los avances más recientes en el diagnóstico y manejo de esta condición, destacando la importancia de una evaluación clínica exhaustiva que incluya la historia médica, el examen físico y estudios complementarios, como diarios miccionales y urodinamia, según sea necesario. En cuanto al tratamiento, se revisan las opciones disponibles, que van desde intervenciones conductuales y fisioterapia del suelo pélvico hasta terapias farmacológicas, como los antimuscarínicos y los agonistas beta-3 adrenérgicos, así como tratamientos más avanzados, como la neuromodulación y la inyección de toxina botulínica. Finalmente, se subraya la necesidad de un enfoque individualizado que considere las características clínicas del paciente, sus comorbilidades y preferencias, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y reducir el impacto de los síntomas en su bienestar diario.

**Palabras clave:** Vejiga hiperactiva, Diagnóstico, Manejo, Incontinencia urinaria, Terapia farmacológica, Terapia conductual, Calidad de vida.

### ABSTRACT

Overactive bladder is a syndrome characterized by symptoms such as urinary urgency, with or without incontinence, usually accompanied by frequency and nocturia, in the absence of infections or other apparent pathologies. This narrative review article addresses the latest advances in the diagnosis and management of this condition, highlighting the importance of a thorough clinical evaluation that includes medical history, physical examination, and complementary studies, such as micturition diaries and urodynamics, as needed. Regarding treatment, available options are reviewed, ranging from behavioral interventions and pelvic floor physiotherapy to pharmacological therapies, such as anticholinergics and beta-3 adrenergic agonists, as well as more advanced treatments, such as neuromodulation and botulinum toxin injection. Finally, the need for an individualized approach is emphasized, considering the patient's clinical characteristics, comorbidities, and preferences, with the aim of improving their quality of life and reducing the impact of symptoms on their daily well-being.

**Keywords:** Overactive bladder, Diagnosis, Management, Urinary incontinence, Pharmacological therapy, Behavioral therapy, Quality of life.

## INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva es un síndrome caracterizado por la presencia de urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria, generalmente acompañado de frecuencia y nocturia, en ausencia de infección u otra patología evidente que lo explique. Este trastorno, que afecta significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen, tiene una prevalencia considerable tanto en hombres como en mujeres, especialmente en edades avanzadas (1). A pesar de su impacto clínico y social, el diagnóstico y manejo de la vejiga hiperactiva continúan representando un desafío para los profesionales de la salud debido a su etiología multifactorial y la variabilidad en la respuesta a los tratamientos disponibles (2). En esta revisión narrativa, se analizan los avances recientes en el entendimiento de su fisiopatología, los criterios diagnósticos actuales y las estrategias terapéuticas más eficaces, incluyendo enfoques farmacológicos, no farmacológicos e intervenciones mínimamente invasivas. El objetivo es proporcionar una actualización integral que facilite una mejor atención clínica y fomente un enfoque multidisciplinario en el manejo de esta condición.

## METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta revisión narrativa sobre el diagnóstico y manejo de la vejiga hiperactiva se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de la literatura científica disponible. Se consultaron bases de datos reconocidas como PubMed, Scopus y Web of Science, abarcando artículos publicados en los últimos diez años para garantizar la inclusión de información actualizada y relevante. Se utilizaron términos clave como "vejiga hiperactiva", "diagnóstico", "tratamiento" y "manejo" combinados con operadores booleanos para optimizar los resultados. Los estudios seleccionados incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, guías de práctica clínica y artículos originales que abordaran aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos de esta condición. La información recopilada fue analizada de manera crítica para sintetizar los hallazgos más relevantes, proporcionando una visión integral y actualizada que pueda servir como referencia para profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Definición

El síndrome de vejiga hiperactiva (VH) se definió en 2002 por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como un síndrome de almacenamiento caracterizado por urgencia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, generalmente con aumento de la frecuencia diurna y nicturia. La ICS también reconoció dentro de esta definición que estos síntomas suelen ser sugestivos de hiperactividad del detrusor demostrable urodinámicamente, pero pueden deberse a otras formas de disfunción uretral vesical. Esta definición ayudó a aumentar la concienciación en la comunidad médica sobre los síntomas de almacenamiento de las vías urinarias inferiores y facilitó las iniciativas de investigación clínica (1,2).

### Epidemiología y factores de riesgo

Su prevalencia global varía entre el 10% y el 20% en la población general, aunque estas cifras pueden fluctuar dependiendo de los criterios diagnósticos aplicados y las características de las cohortes estudiadas. La incidencia aumenta con la edad, siendo más común en adultos mayores, aunque también puede presentarse en personas más jóvenes (3). En cuanto a la distribución por sexo, la VH afecta tanto a hombres como a mujeres, pero con diferencias en los síntomas predominantes: mientras que las mujeres presentan mayor prevalencia de incontinencia de urgencia, los hombres suelen manifestar síntomas relacionados con la frecuencia y urgencia, a menudo asociados con hiperplasia prostática benigna (4).

En términos étnicos, algunos estudios han sugerido variaciones en la prevalencia, con tasas más altas reportadas en poblaciones caucásicas y asiáticas en comparación con otros grupos, aunque estos datos aún requieren mayor investigación para establecer conclusiones definitivas. La VH tiene un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen, afectando tanto el ámbito físico como emocional y social, lo que subraya la importancia de su diagnóstico temprano y manejo adecuado (4).

Un factor de riesgo bien conocido es la edad. En las mujeres, debido al estado posmenopáusico, al reducir el nivel de estrógeno, la prevalencia de síntomas es mayor, como lo demuestra numerosos estudios. El prolapso genital también se asocia con un mayor riesgo de VH; en consecuencia, el tratamiento del prolapso que conduce al alivio de los síntomas de la misma. La cirugía de incontinencia urinaria de estrés también puede causar VH. En los hombres, los datos relacionados con

posibles factores hormonales involucrados en la ocurrencia de son extremadamente bajos y contradictorios (3,4). Otros posibles factores de riesgo involucrados incluyen:

- 1) IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>: hay estudios que han mostrado un vínculo claro entre la VH y la obesidad en ambos sexos, las posibles explicaciones relacionadas con factores mecánicos y con síndrome inflamatorio u estrés oxidativo (5).
- 2) Los trastornos afectivos: la VH puede causar muchos trastornos mentales, como la ansiedad o la depresión; Sin embargo, hay estudios que muestran que la presencia de estos trastornos en sí mismo puede aumentar el riesgo de VH; el factor de liberación de corticotropina (CRF) es el posible factor común (5).
- 3) Trastornos gastrointestinales funcionales: el más común es el síndrome del intestino irritable, presente en aproximadamente el 33.3% de los casos VH (5).
- 4) Disfunción del sistema nervioso autónomo (disfunción de equilibrio autónomo) (5).
- 5) La etnia es otro factor de riesgo potencial, con estudios que muestran una mayor prevalencia de VH en pacientes caucásicos y asiáticos (5).
- 6) Apnea del sueño, microbiota urinaria, tabaquismo, mayor consumo de café, edulcorantes artificiales, alcohol, especias y bebidas agrias son otros posibles factores involucrados (5).

### **Fisiopatología**

Según la ICS, la hiperactividad del detrusor se define como: "una observación urodinámica caracterizada por contracciones detrusoras durante la fase de llenado que puede ser espontánea o provocada". La etiología de la VH no es bien conocida, pero todas las teorías están relacionadas con el término "hiperactividad del detrusor", lo que sugiere que los mecanismos sensoriales de la vejiga se ven afectados en estas situaciones, lo que conduce a la creación de una "urgencia" para vaciar la vejiga en cantidades más pequeñas o mucho más pequeñas que en condiciones normales (6). Esto se debe a que el detrusor (músculo de la vejiga) está muy innervado, y la función de la vejiga está garantizada por un mecanismo complejo de interacciones entre el sistema nervioso central y periférico (7).

El componente motor de la vejiga es atendido por el sistema nervioso parasimpático (S2, S3 y S4) y coordina la intensidad de las contracciones del detrusor. El componente simpático proviene del nervio hipogástrico, actúa sobre los receptores beta y se encarga de relajar el detrusor. Sin embargo, no todos los pacientes con VH también tienen hiperactividad del detrusor, lo que se ha demostrado solo en aproximadamente el 50% de los casos. Se han propuesto varias teorías para identificar los factores involucrados (6,7). Estas teorías incluyen:

- 1) La teoría miogénica según la cual la urgencia es causada por un problema con el detrusor. El detrusor es mucho más sensible a la estimulación colinérgica: además, se han demostrado otras disfunciones del detrusor que contribuyen a contracciones desinhibidas del detrusor (7).
- 2) La teoría uroteliogénica donde la urgencia está determinada por un problema de urotelio/suburotelio vesical (6).
- 3) La teoría uretrógena donde la urgencia es causada por un problema en la uretra. Esta hipótesis se basó principalmente en la observación de que muchos pacientes presentan urgencia sobre todo al cambiar de posición (8).
- 4) La teoría supraespinal: la urgencia tiene su origen en el cerebro y el tronco encefálico. Con la edad, es posible el deterioro de ciertos segmentos de la sustancia blanca, lo que conduce a trastornos urinarios (7).
- 5) Hipoactividad del detrusor: secundaria a una disfunción urotelial o suburotelial o a una disfunción del músculo detrusor, acompañada de una subactividad del detrusor aparece urgencia, que se ha encontrado en muchos estudios [debido en particular a las infecciones urinarias recurrentes que ocurren a través de la retención urinaria crónica (8).

### **Manifestaciones clínicas**

La vejiga hiperactiva se caracteriza por un conjunto de síntomas urinarios que impactan significativamente la calidad de vida del paciente. Entre sus manifestaciones clínicas más relevantes se encuentran la urgencia urinaria, definida como un deseo súbito e incontrolable de orinar, que puede o no estar acompañada de incontinencia urinaria de urgencia. Además, es común la frecuencia urinaria, que se traduce en un aumento del número de micciones durante el día, generalmente más de ocho veces en un período de 24 horas (9). Otro síntoma frecuente es la nicturia, que implica la necesidad de despertarse una o más veces durante la noche para orinar, lo que afecta el descanso y puede generar fatiga diurna. Estos síntomas, en conjunto o de forma aislada, suelen ser crónicos y pueden variar en severidad, interfiriendo con las actividades diarias y el

bienestar emocional del paciente (figura 1). Es importante destacar que la vejiga hiperactiva es un diagnóstico clínico que requiere la exclusión de otras condiciones urológicas o neurológicas subyacentes que puedan explicar los síntomas. Por ello, una evaluación detallada y un abordaje integral son esenciales para su manejo adecuado (10).

**Figura 1.** Manifestaciones clínicas de la vejiga hiperactiva



Elaborado por autores.

## Diagnóstico

### 1. Historia clínica

La historia clínica constituye el primer y más fundamental paso en el diagnóstico de la VH. Este proceso permite establecer una base sólida para la identificación de síntomas, la evaluación de factores predisponentes y la exclusión de diagnósticos diferenciales. Una anamnesis detallada y estructurada es esencial para comprender la naturaleza del cuadro clínico y orientar las decisiones terapéuticas (10).

En primer lugar, es crucial indagar sobre los síntomas cardinales de la VH: urgencia miccional, frecuencia urinaria aumentada y episodios de incontinencia urinaria de urgencia, con o sin nicturia. Es importante determinar la duración, intensidad y frecuencia de estos síntomas, así como su impacto en la calidad de vida del paciente. Además, se debe explorar si los episodios se asocian con desencadenantes específicos, como el consumo de líquidos o cambios posturales (10,11).

El médico debe investigar antecedentes médicos relevantes, como infecciones urinarias recurrentes, intervenciones quirúrgicas previas en el tracto urinario, enfermedades neurológicas (por ejemplo, esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson) y comorbilidades metabólicas como diabetes mellitus. Estos factores pueden influir en la presentación clínica o coexistir con la VH. Asimismo, es necesario recopilar información sobre el uso de medicamentos que puedan afectar la función vesical, como diuréticos o anticolinérgicos (11).

Otro aspecto clave es evaluar los hábitos miccionales y de ingesta de líquidos mediante un diario miccional. Este instrumento proporciona datos objetivos sobre patrones de frecuencia urinaria, volúmenes evacuados y episodios de incontinencia, lo que facilita la caracterización del trastorno. También es útil para identificar comportamientos compensatorios, como la restricción excesiva de líquidos o el vaciamiento vesical preventivo (11).

Finalmente, es fundamental descartar otras afecciones que puedan simular o coexistir con la VH, como infecciones del tracto urinario, litiasis vesical, tumores urológicos o hiperplasia prostática benigna en hombres. En este sentido, los hallazgos en la historia clínica guiarán hacia la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales, como análisis de orina, cistoscopia o estudios urodinámicos (12).

### 2. Examen físico

El examen físico es un componente esencial en la evaluación inicial de pacientes con síntomas de VH. Este procedimiento permite identificar posibles causas subyacentes, detectar comorbilidades y descartar afecciones que puedan simular o contribuir a los síntomas del síndrome de vejiga hiperactiva (12).

Durante el examen físico, se debe realizar una evaluación general que incluya la inspección del abdomen para identificar masas, distensión o sensibilidad, lo cual podría sugerir condiciones como retención urinaria o patología abdominal. La palpación suprapúbica puede proporcionar información sobre la presencia de una vejiga distendida.

En el caso de las mujeres, se recomienda un examen ginecológico para evaluar la integridad del suelo pélvico, identificar prolapsos urogenitales y valorar signos de atrofia vaginal o infecciones. En los hombres, el examen rectal puede ser útil para evaluar el tamaño, la consistencia y la sensibilidad de la próstata, dado que la hiperplasia prostática benigna puede coexistir con síntomas de vejiga hiperactiva (11,12).

Asimismo, se debe prestar atención a cualquier signo neurológico que sugiera alteraciones del sistema nervioso central o periférico, como debilidad muscular, reflejos alterados o pérdida de sensibilidad. Estas manifestaciones podrían indicar una causa neurogénica de los síntomas urinarios (12).

El examen físico también debe incluir una evaluación funcional del suelo pélvico, observando la capacidad del paciente para contraer y relajar estos músculos. Esto es particularmente relevante en el contexto de tratamientos conservadores como la terapia de reentrenamiento vesical o los ejercicios de Kegel (12).

### 3. *Cuestionarios*

En la evaluación de la vejiga hiperactiva, los cuestionarios estandarizados desempeñan un papel fundamental para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes. Estas herramientas permiten obtener información detallada sobre los síntomas, su gravedad y el impacto en la calidad de vida, facilitando un enfoque más objetivo y estructurado en la práctica clínica. Cuestionarios como el Overactive Bladder Symptom Score (OABSS) o el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Overactive Bladder (ICIQ-OAB) son ampliamente utilizados debido a su validación y capacidad para cuantificar los síntomas principales, como la urgencia, frecuencia urinaria, incontinencia de urgencia y nicturia (13).

Además, estas herramientas pueden ser útiles para monitorear la respuesta al tratamiento y ajustar las estrategias terapéuticas según las necesidades individuales del paciente. Es importante destacar que, aunque los cuestionarios no sustituyen una evaluación clínica completa, son un complemento valioso que mejora la precisión diagnóstica y facilita la comunicación entre el médico y el paciente (13).

### 4. *Estudios de laboratorio*

En el diagnóstico de la VH, los estudios de laboratorio no son herramientas primarias para confirmar la condición, pero desempeñan un papel importante en la exclusión de patologías subyacentes que puedan simular o contribuir a los síntomas. Estos estudios se utilizan principalmente para identificar infecciones, alteraciones metabólicas o enfermedades sistémicas que podrían estar asociadas con la disfunción vesical (13).

El análisis general de orina es una prueba inicial esencial. Permite descartar infecciones del tracto urinario (ITU), hematuria microscópica, glucosuria o signos de inflamación que podrían estar relacionados con los síntomas urinarios. La presencia de piuria o bacteriuria sugiere una ITU activa, la cual debe tratarse antes de considerar un diagnóstico de VH (14).

En pacientes con síntomas persistentes y sospecha de infección recurrente, el urocultivo es una herramienta clave para identificar microorganismos específicos y guiar el tratamiento antibiótico adecuado. Sin embargo, en ausencia de infección documentada, un urocultivo negativo puede apoyar el diagnóstico de VH (14).

La medición de glucemia y hemoglobina glicosilada es relevante en pacientes con factores de riesgo para diabetes mellitus, ya que esta enfermedad puede asociarse con poliuria y síntomas irritativos del tracto urinario. Asimismo, una evaluación de los electrolitos séricos y la función renal puede ser útil en casos donde se sospechen alteraciones metabólicas o insuficiencia renal como causas subyacentes (14).

Finalmente; en casos seleccionados, como aquellos con hematuria persistente o síntomas refractarios al tratamiento inicial, podrían ser necesarios estudios adicionales como citología urinaria para descartar malignidad u otros trastornos estructurales (13,14).

### 5. *Estudios de imagen*

En el diagnóstico de la vejiga hiperactiva, los estudios de imagen no suelen ser de primera línea, pero pueden desempeñar un papel importante en casos seleccionados para descartar patologías estructurales o funcionales que puedan contribuir a los síntomas. La ecografía vesical es una herramienta útil y no invasiva que permite evaluar el volumen residual

posmiccional, el tamaño de la vejiga y posibles alteraciones anatómicas. En pacientes con síntomas refractarios o hallazgos clínicos atípicos, la resonancia magnética o la tomografía computarizada pueden ser indicadas para investigar masas, cálculos o anomalías del tracto urinario (15).

Por otro lado, la cistografía y la uretrocistoscopia pueden ser consideradas en casos donde se sospechen lesiones intravesicales o disfunción del esfínter. Aunque estas técnicas no son esenciales para confirmar el diagnóstico de vejiga hiperactiva, su uso adecuado en contextos específicos puede aportar información valiosa para guiar el manejo clínico y optimizar los resultados terapéuticos. La cistografía, ya sea convencional o mediante tomografía computarizada, permite valorar la anatomía vesical, identificar posibles anomalías estructurales y descartar condiciones como divertículos, cálculos o lesiones tumorales (14,15).

Por su parte, la uretrocistoscopia es una herramienta endoscópica que ofrece una visualización directa de la mucosa uretral y vesical, siendo especialmente útil en casos donde se sospeche patología coexistente, como cistitis intersticial, neoplasias o estenosis uretrales. Aunque estas técnicas no forman parte del abordaje inicial ni son indispensables para el diagnóstico de la vejiga hiperactiva, su uso está indicado en pacientes con sintomatología atípica, hematuria persistente o antecedentes de infecciones recurrentes del tracto urinario. Su integración adecuada en el proceso diagnóstico contribuye a una evaluación más completa y a la exclusión de otras causas subyacentes que puedan simular o exacerbar los síntomas de esta condición. (15).

## 6. Estudios urodinámicos

Los estudios urodinámicos constituyen una herramienta fundamental en el diagnóstico de la vejiga hiperactiva (VH), particularmente en casos complejos o cuando los síntomas no responden adecuadamente al tratamiento inicial. Estas pruebas permiten evaluar las funciones de almacenamiento y vaciamiento de la vejiga, proporcionando información objetiva sobre la actividad vesical y su interacción con el tracto urinario inferior (15).

Entre las pruebas más utilizadas en urodinamia se encuentran la cistometría, el perfil de presión uretral y el estudio flujo-presión. La cistometría mide la capacidad vesical, la presión intravesical y la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor, características que pueden estar presentes en pacientes con VH. Por su parte, el estudio flujo-presión ayuda a identificar obstrucciones del tracto de salida, que podrían coexistir con síntomas de VH y alterar el enfoque terapéutico (14).

Aunque los estudios urodinámicos no son imprescindibles para el diagnóstico inicial de la vejiga hiperactiva, su indicación está reservada para casos específicos, como aquellos con antecedentes quirúrgicos complicados, síntomas mixtos (como incontinencia de esfuerzo concomitante) o cuando se planea un abordaje invasivo, como la neuromodulación sacra o la inyección de toxina botulínica (15).

En conclusión, los estudios urodinámicos son una herramienta valiosa para comprender mejor las alteraciones funcionales subyacentes en pacientes con vejiga hiperactiva. Sin embargo, su uso debe ser individualizado y guiado por la presentación clínica y la respuesta al tratamiento inicial, optimizando así el manejo integral del paciente (10,15).

## Manejo

El manejo de la VH se basa en un enfoque multimodal que combina intervenciones conductuales, farmacológicas y, en casos específicos, terapias avanzadas; estos distintos enfoques se los puede dividir en líneas de tratamiento de acuerdo a la AUA (American Urological Association) (tabla 1). El objetivo principal del tratamiento es mejorar la calidad de vida del paciente, reduciendo los síntomas de urgencia, frecuencia y episodios de incontinencia. A continuación se mencionan cada uno de las intervenciones disponibles hasta el momento para esta condición (16).

**Tabla 1.** Recomendaciones de la American Urological Association para el tratamiento de la vejiga hiperactiva

Nivel de terapia	Tipo de terapia	Ejemplos de terapia
Terapia de primera línea	Terapia conductual	Entrenamiento vesical, control de líquidos, ejercicios pélvicos, TCC.
Terapia de segunda línea	Terapia farmacológica	Antimuscarínicos, mirabegrón, combinados.
Terapia de tercera línea	Terapias avanzadas	Neuromodulación, toxina botulínica, cirugía

TCC: Terapia cognitivo conductual. Obtenido de: Gornley et al, 2015.

### *Intervenciones conductuales*

El manejo conductual es una de las primeras líneas de tratamiento recomendadas para la VH, especialmente en pacientes que buscan evitar o retrasar el uso de medicamentos o intervenciones más invasivas. Estas estrategias tienen como objetivo mejorar los síntomas mediante la modificación de hábitos y comportamientos relacionados con el almacenamiento y vaciado de la vejiga (16). Estas incluyen:

1) Entrenamiento vesical: El entrenamiento vesical es una intervención clave que busca aumentar la capacidad de la vejiga y prolongar los intervalos entre las micciones. Los pacientes son instruidos para retrasar voluntariamente la micción cuando sienten urgencia, siguiendo un horario establecido que se ajusta gradualmente. Este enfoque ayuda a fortalecer el control sobre los impulsos urinarios (17).

2) Control de líquidos: La regulación del consumo de líquidos es fundamental para reducir los episodios de urgencia y frecuencia. Se aconseja a los pacientes evitar el consumo excesivo de líquidos y limitar la ingesta de sustancias que puedan irritar la vejiga, como cafeína, alcohol y alimentos picantes. Además, se recomienda distribuir el consumo de líquidos a lo largo del día para prevenir la sobrecarga vesical en periodos cortos (16).

3) Ejercicios del suelo pélvico (técnicas de Kegel): Los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, también conocidos como ejercicios de Kegel, son efectivos para mejorar el control vesical. Estos ejercicios ayudan a fortalecer los músculos que soportan la vejiga y la uretra, reduciendo los episodios de incontinencia asociados con la VH (17).

4) Terapia cognitivo-conductual (TCC): Ha demostrado ser una herramienta efectiva en el manejo de la vejiga hiperactiva, especialmente como complemento a otros tratamientos. Esta intervención se basa en modificar patrones de pensamiento y comportamiento que pueden estar contribuyendo a los síntomas del paciente, como la urgencia urinaria, la frecuencia elevada o la incontinencia. En el contexto de la vejiga hiperactiva, la TCC puede incluir estrategias como la reestructuración cognitiva y las técnicas de relajación (16,17).

### *Tratamiento farmacológico*

Cuando las medidas conductuales no son suficientes, se recurre a medicamentos que actúan sobre los receptores responsables de la hiperactividad vesical. El tratamiento farmacológico debe individualizarse según las características clínicas del paciente, las comorbilidades y las preferencias personales. Además, es fundamental informar al paciente sobre los posibles efectos secundarios y realizar un seguimiento regular para evaluar la eficacia y tolerabilidad del tratamiento (18). La combinación de terapias farmacológicas con intervenciones no farmacológicas sigue siendo una estrategia clave para lograr un manejo integral de la vejiga hiperactiva. Entre los más utilizados se encuentran:

- Antimuscarínicos: Los antimuscarínicos son la clase de medicamentos más utilizada en el manejo de la VH. Actúan inhibiendo los receptores muscarínicos en el músculo detrusor de la vejiga, reduciendo así las contracciones involuntarias. Sin embargo, pueden causar efectos secundarios como sequedad bucal y estreñimiento. Entre los fármacos más comunes se encuentran (18):

1. Oxibutinina: Disponible en formulaciones orales, transdérmicas y de gel tópico. Aunque eficaz, puede causar efectos secundarios como sequedad bucal, estreñimiento y visión borrosa (18).

2. Tolterodina: Se ha asociado con menos efectos adversos que la oxibutinina y es una opción frecuente en el tratamiento inicial (18).

3. Solifenacina y darifenacina: Son agentes más selectivos que pueden ofrecer un perfil de tolerabilidad mejorado (18).

4. Fesoterodina: Una opción más reciente con eficacia comparable a otros antimuscarínicos (18).

- Agonistas beta-3 adrenérgicos: El mirabegrón es un agonista beta-3 adrenérgico que relaja el músculo detrusor durante la fase de llenado vesical, aumentando la capacidad de almacenamiento de la vejiga. Es una alternativa para pacientes que no toleran los antimuscarínicos o que tienen contraindicaciones para su uso. El mirabegrón ha demostrado ser eficaz y tiene un perfil de efectos secundarios más favorable, aunque puede asociarse con aumentos leves en la presión arterial (19).

- Uso combinado: En algunos casos, se puede considerar la combinación de un antimuscarínico con un agonista beta-3 adrenérgico para maximizar los beneficios terapéuticos. Sin embargo, esta estrategia debe evaluarse cuidadosamente debido al riesgo potencial de efectos adversos acumulativos (19).

*Terapias avanzadas*

El manejo de la VH ha evolucionado significativamente en los últimos años, incorporando terapias avanzadas que ofrecen alternativas eficaces para pacientes que no responden adecuadamente a los tratamientos convencionales. Estas opciones están dirigidas a mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas debilitantes asociados con esta condición (20).

- Neuromodulación

La neuromodulación es una de las terapias más destacadas en el manejo avanzado de la VH. Este enfoque incluye la estimulación del nervio tibial posterior (PTNS, por sus siglas en inglés) y la estimulación de raíces nerviosas sacras mediante dispositivos implantables. Ambas técnicas han demostrado ser efectivas para reducir la frecuencia urinaria, la urgencia y los episodios de incontinencia. La PTNS se realiza de manera ambulatoria, mientras que la neuromodulación sacra requiere un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo (20).

- Toxina botulínica

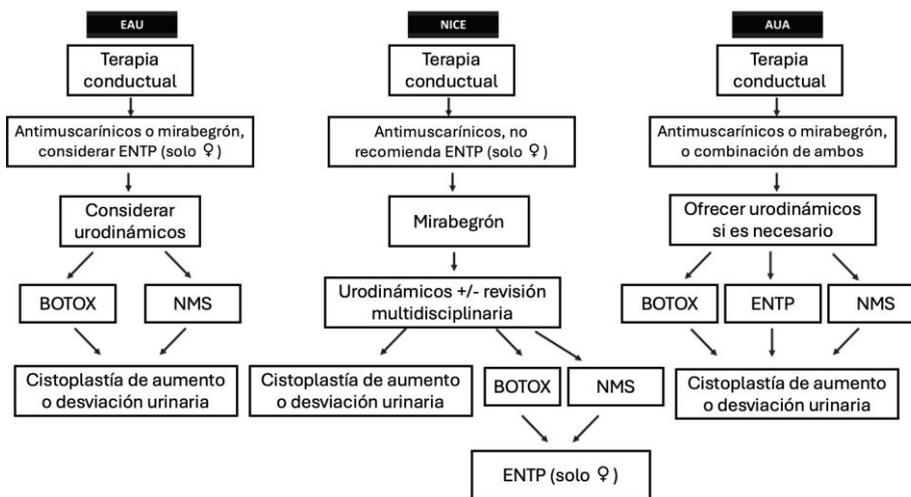
La inyección intravesical de toxina botulínica tipo A es otra terapia avanzada ampliamente utilizada. Este tratamiento actúa relajando el músculo detrusor y disminuyendo las contracciones involuntarias de la vejiga. Aunque es altamente efectivo, especialmente en casos de vejiga hiperactiva refractaria, puede asociarse con efectos secundarios como retención urinaria, lo que hace necesario un monitoreo cuidadoso del paciente (21).

- Cirugía: En casos extremadamente severos y refractarios, se puede considerar la cirugía reconstructiva, como la ampliación vesical (aumento cistoplástico). Este procedimiento implica el uso de tejido intestinal para aumentar la capacidad de almacenamiento de la vejiga y reducir la presión intravesical. Aunque efectiva, esta intervención está asociada con un mayor riesgo de complicaciones y requiere un seguimiento a largo plazo (21).

Las terapias avanzadas representan una esperanza para los pacientes con VH que no encuentran alivio con las opciones iniciales de tratamiento. La selección de la terapia más adecuada debe basarse en una evaluación integral del paciente, considerando factores como la severidad de los síntomas, las comorbilidades y las preferencias individuales. Además, el seguimiento continuo es esencial para garantizar la eficacia y seguridad a largo plazo de estas intervenciones (22).

En la figura 2 se observan las directrices por parte de distintas asociaciones con respecto al manejo de la vejiga hiperactiva.

Figura 2. Comparación de las pautas de NICE, EAU y AUA para el tratamiento de la VAH



AUA, American Urological Association; EAU, European Association of Urology; NICE, National Institute for Health and Care Excellence; VH: vejiga hiperactiva; ENTP: estimulación del nervio tibial posterior; NMS: neuromodulación sacra. Obtenido de: Hutchinson et al, 2020.

*Seguimiento y evaluación*

El manejo de la VH requiere un seguimiento continuo para evaluar la efectividad del tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario. Es fundamental educar al paciente sobre la naturaleza crónica de la condición y la importancia de la adherencia al tratamiento (23).

## Pronóstico

El pronóstico de la vejiga hiperactiva depende de múltiples factores, incluyendo la severidad de los síntomas, la respuesta al tratamiento y la adherencia del paciente a las recomendaciones médicas. En general, con un manejo adecuado que combine intervenciones conductuales, farmacológicas y, en casos seleccionados, terapias avanzadas como la neuromodulación o el uso de toxina botulínica, es posible lograr una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, es importante destacar que la condición puede ser crónica y requerir un seguimiento continuo para ajustar el tratamiento según la evolución clínica. La identificación temprana y un enfoque multidisciplinario son esenciales para optimizar los resultados a largo plazo (23).

## CONCLUSIÓN

En conclusión, la vejiga hiperactiva representa un desafío clínico significativo debido a su alta prevalencia y su impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Esta revisión narrativa ha permitido sintetizar los avances más recientes en el diagnóstico y manejo de esta condición, destacando la importancia de una evaluación integral que combine herramientas clínicas, escalas de síntomas y estudios urodinámicos cuando sea necesario. En cuanto al tratamiento, se enfatiza un enfoque escalonado que incluya modificaciones en el estilo de vida, terapias conductuales, farmacoterapia y, en casos refractarios, intervenciones más invasivas como la neuromodulación o la administración de toxina botulínica. A pesar de los progresos en las opciones terapéuticas, persisten retos relacionados con la adherencia al tratamiento y la individualización de las estrategias según las características del paciente. Futuras investigaciones deberán centrarse en optimizar los abordajes existentes y explorar nuevas alternativas terapéuticas que mejoren los resultados clínicos y la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

## REFERENCIAS

1. Scarneciu I, Lupu S, Bratu OG, Teodorescu A, Maxim LS, et al. Overactive bladder: A review and update. *Exp Ther Med*. 2021 Dec;22(6):1444. doi: 10.3892/etm.2021.10879.
2. Lightner DJ, Gomelsky A, Souter L, Vasavada SP. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. *J Urol*. 2019 Sep;202(3):558-563. doi: 10.1097/JU.000000000000309.
3. Eapen RS, Radomski SB. Review of the epidemiology of overactive bladder. *Res Rep Urol*. 2016 Jun 6;8:71-6. doi: 10.2147/RRU.S102441.
4. Przydacz, M., Golabek, T., Dudek, P. et al. Prevalence and bother of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in Poland, an Eastern European Study. *Sci Rep* 10, 19819 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76846-0>
5. Latini JM, Giannantoni A. Pharmacotherapy of overactive bladder: epidemiology and pathophysiology of overactive bladder. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 May;12(7):1017-27. doi: 10.1517/14656566.2011.554396.
6. Peyronnet B, Mironska E, Chapple C, Cardozo L, Oelke M, et al. A Comprehensive Review of Overactive Bladder Pathophysiology: On the Way to Tailored Treatment. *Eur Urol*. 2019 Jun;75(6):988-1000. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.038.
7. Dobberfuhr AD. Pathophysiology, assessment, and treatment of overactive bladder symptoms in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Neurourol Urodyn*. 2022 Nov;41(8):1958-1966. doi: 10.1002/nau.24958.
8. Chess R., Sellers, D.J. Pathophysiological Mechanisms Involved in Overactive Bladder/Detrusor Overactivity. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 18, 79–88 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11884-023-00690-x>
9. Leron E, Weintraub AY, Mastrolia SA, Schwarzman P. Overactive Bladder Syndrome: Evaluation and Management. *Curr Urol*. 2018 Mar;11(3):117-125. doi: 10.1159/000447205.
10. Nitti, V.W., Patel, A. and Karram, M. (2021), Diagnosis and management of overactive bladder: A review. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 47: 1654-1665. <https://doi.org/10.1111/jog.14708>
11. White N, Iglesia CB. Overactive Bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Mar;43(1):59-68. doi: 10.1016/j.ogc.2015.10.002.
12. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP; American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *J Urol*. 2015 May;193(5):1572-80. doi: 10.1016/j.juro.2015.01.087.
13. Raju R, Linder BJ. Evaluation and Treatment of Overactive Bladder in Women. *Mayo Clin Proc*. 2020 Feb;95(2):370-377. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.11.024.
14. Willis-Gray MG, Dieter AA, Geller EJ. Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care. *Res Rep Urol*. 2016 Jul 27;8:113-22. doi: 10.2147/RRU.S93636.

15. DE Cillis S, Geretto P, Cancrini F, Phé V; "Functional Urology Group" of the EAU Young Academics Urologists. Uncomplicated overactive bladder: do we need urodynamics testing for better etiologic evaluation? *Minerva Urol Nephrol*. 2021 Dec;73(6):868-869. doi: 10.23736/S2724-6051.21.04823-0.
16. Robinson D, Cardozo L. Managing overactive bladder. *Climacteric*. 2019 Jun;22(3):250-256. doi: 10.1080/13697137.2018.1552254.
17. Funada S, Yoshioka T, Luo Y, Sato A, Akamatsu S, Watanabe N. Bladder training for treating overactive bladder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Oct 9;10(10):CD013571. doi: 10.1002/14651858.CD013571.pub2.
18. Hutchinson A, Nesbitt A, Joshi A, Clubb A, Perera M. Overactive bladder syndrome: Management and treatment options. *Aust J Gen Pract*. 2020 Sep;49(9):593-598. doi: 10.31128/AJGP-11-19-5142.
19. Babin CP, Catalano NT, Yancey DM, Pearl NZ, Koonce EM, et al. Update on Overactive Bladder Therapeutic Options. *Am J Ther*. 2024 Jul-Aug 01;31(4):e410-e419. doi: 10.1097/MJT.0000000000001637.
20. Tilborghs S, De Wachter S. Sacral neuromodulation for the treatment of overactive bladder: systematic review and future prospects. *Expert Rev Med Devices*. 2022 Feb;19(2):161-187. doi: 10.1080/17434440.2022.2032655.
21. Tutolo M, Ammirati E, Van der Aa F. What Is New in Neuromodulation for Overactive Bladder? *Eur Urol Focus*. 2018 Jan;4(1):49-53. doi: 10.1016/j.euf.2018.04.019.
22. Vij M, Robinson D, Cardozo L. Overactive bladder: diagnosis and treatment. *Womens Health (Lond)*. 2010 Mar;6(2):297-310. doi: 10.2217/whe.10.3.
23. de Fraga R, Bortolini MAT. Overactive Bladder Syndrome: The Urgency of Integrating Emerging Methodologies to Improve Therapeutic Outcomes. *Int Urogynecol J*. 2024 Sep;35(9):1731-1733. doi: 10.1007/s00192-024-05939-5.