

MANEJO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ ETIOPATOGENIA
- ▶ DIAGNÓSTICO
- ▶ TRATAMIENTO
 - TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
 - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
 - OTRAS ALTERNATIVAS

INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva (VH) se define como un síndrome clínico caracterizado por la presencia de urgencia miccional, aislada o en combinación con incontinencia urinaria de urgencia, junto con un aumento de la frecuencia miccional y nicturia, en ausencia de otra enfermedad demostrable. La urgencia es el síntoma cardinal y necesario para que se pueda pensar que un paciente presenta una VH¹. La gravedad se determina en función de la frecuencia de los episodios de urgencia y de los escapes involuntarios secundarios². No es preciso que se presente incontinencia urinaria de urgencia, puesto que solo un tercio de los pacientes con VH la presentan; esta proporción es algo más frecuente en las mujeres^{1,2}.

“ La ambigua definición de vejiga hiperactiva puede suponer un riesgo innecesario de medicalización ”

La VH puede tener un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familiares o cuidadores, ya que afecta a las funciones sociales, sexuales, a las relaciones interpersonales y a la vida laboral³.

Las cifras de prevalencia de la VH son muy variables debido a la ambigüedad de su definición y a las diferencias metodológicas de los estudios. En población general, a nivel internacional, oscilan entre 11,8 y 22%, según los estudios. En España, la prevalencia se estima en el 6% en mujeres entre 25-64 años y el 4,6% en varones entre 50 y 64 años. En personas mayores de 65 años institucionalizadas, llega casi al 40% en mujeres y al 35% en varones^{2,3}.

La definición compleja y poco precisa de VH abarca un amplio espectro de síntomas cuyas causas subyacentes son muchas veces poco conocidas. Esto hace que se llegue al diagnóstico por exclusión, con el riesgo de que se pueda etiquetar como enfermas a personas que presentan síntomas leves o no patológicos, con altas tasas de remisión y que a menudo son susceptibles de “*watchful waiting*” (espera vigilada), lo que evitaría la sobremedicalización, con sus efectos adversos y costes innecesarios⁴.

De hecho, en el País Vasco, más de 22.000 personas están en tratamiento con algún fármaco para la incontinencia urinaria, de las cuales un 26% tienen además prescritos absorbentes de incontinencia urinaria, lo que resulta bastante paradójico.

En este boletín se revisan las medidas no farmacológicas, así como la eficacia y seguridad de los medicamentos utilizados en esta patología.

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de la VH sigue siendo objeto de investigación, proponiéndose diferentes teorías, unas de origen neurógeno y otras de origen miogénico, aunque la gran mayoría de las veces su etiopatogenia sea multifactorial, destacando más un origen neurógeno en la población mayor¹.

El aumento de la contractilidad del detrusor hiperactivo en la VH se debe a la hipersensibilidad de los receptores muscarínicos (M2 o M3). Los fármacos antimuscarínicos actúan sobre la activación de la vía parasimpática que produce la contracción del detrusor. Por otra parte, se han identificado tres subtipos de receptor beta adrenérgico (beta 1, 2 y 3) en el detrusor y urotelio. Los fármacos agonistas beta-3 adrenérgicos producen la relajación del detrusor^{3,5,6}.

El riesgo de VH aumenta con la edad y, a menudo, aparece junto con otros síntomas del tracto urinario inferior. Además, otros procesos como depresión, diabetes mellitus, parto vaginal, obesidad, estreñimiento, trastornos neurológicos y disfunción eréctil, se han asociado de manera significativa a su aparición³.

DIAGNÓSTICO

La VH es un síndrome cuya definición es exclusivamente clínica, por lo que no existen exploraciones o pruebas para su diagnóstico, que se realiza generalmente de acuerdo con recomendaciones basadas en la opinión de expertos. El diagnóstico se basa en los siguientes puntos⁶:

- Historia clínica y farmacológica.
- Examen físico completo.
- Análisis de orina.
- [Diario miccional de 3 días](#).
- [Cuestionarios de síntomas](#).
- En algunos pacientes seleccionados puede ser necesaria la medición del residuo posmiccional y un cultivo de orina.

La combinación de historia clínica y diario miccional es tan sensible como la asociación de cualquiera de ellas con el estudio urodinámico y presenta un menor coste económico, lo que la lleva a ser la primera opción en las consultas de atención primaria². La utilización de otras pruebas diagnósticas, como la ecografía, la urodinámica, la cistoscopia, etc. no se recomienda en la valoración inicial del paciente con VH sin complicaciones, reservándose para situaciones concretas^{1,6} (ver tabla de criterios de derivación a atención especializada hospitalaria).

Debe descartarse la presencia de otras patologías que pueden provocar clínica de urgencia como procesos obstructivos, infecciosos, inflamatorios, tumorales, etc.¹ Además, hay que recordar que existen medicamentos que pueden desencadenar o empeorar la incontinencia urinaria y que a menudo se prescriben a pacientes ancianos, como son: fármacos de acción sedante, neurolépticos, antidepresivos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, diuréticos, alfa-bloqueantes, tratamiento hormonal sustitutivo, etc.⁷

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de la VH es mejorar la calidad de vida, reduciendo la gravedad de la incontinencia o el número de escapes y, cuando sea posible, recuperando la continencia. Ello puede requerir la combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas^{1,2}.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Constituye el primer paso que debe contemplarse en todos los pacientes.

a) Medidas higiénico-dietéticas y cambios de estilos de vida.

Deben individualizarse con un objetivo realista, valorando el tipo de incontinencia, las condiciones médicas asociadas, la repercusión, las preferencias del paciente, la aplicabilidad, así como el grado de motivación y la disponibilidad de familiares y/o cuidadores junto con el grado de implicación de éstos en el abordaje del problema^{1-3,5,6}.

- Comidas y líquidos. Suprimir alimentos y bebidas que puedan exacerbar la irritación vesical y el aumento de formación de orina. Se recomienda disminuir el consumo de cafeína, té, alcohol, bebidas carbonatadas, alimentos picantes y otros alimentos como ensaladas, espárragos, melón o sandía, que aumentan la producción de orina. Restricción de líquidos a partir de media tarde, sobre todo si existe nicturia^{1,8}.
- Evitar malos hábitos miccionales, como demorar el tiempo entre micciones o las micciones en intervalos muy cortos de tiempo².
- Evitar el estreñimiento crónico y aumentar la fibra en la dieta^{3,9}.
- Control del peso. La obesidad es un factor de riesgo independiente de la incontinencia urinaria. En mujeres mayores con obesidad se ha comprobado un efecto positivo de la pérdida de peso (>5%) sobre la incontinencia urinaria^{6,10}.
- Ejercicio físico adaptado. Aporta beneficios, pero se deben evitar esfuerzos intensos que pueden provocar escapes².
- Abandono del hábito tabáquico. Aunque no existe evidencia de que el abandono del tabaquismo mejore los síntomas de incontinencia urinaria, se recomienda que a todos los pacientes con VH fumadores se les indique el abandono del hábito tabáquico^{5,6}.
- Ropa y entorno. La incontinencia por barreras arquitectónicas o uso de ropa inadecuada se debe tener en cuenta, sobre todo en pacientes mayores con problemas de movilidad o deterioro cognitivo. Es importante utilizar ropas con sistemas elásticos de sujeción, así como eliminar los botones y las cremalleras, sustituyéndolas por cierres de velcro¹.

b) Técnicas de modificación de la conducta.

Deben adaptarse a las necesidades y las capacidades de los pacientes. Es necesaria la participación activa del paciente y del profesional sanitario^{1-3,5,6}.

- Entrenamiento vesical y pauta miccional programada. Se basa en programar las micciones de acuerdo con su esquema miccional (obtenido a través del diario miccional), recomendando orinar antes de percibir el deseo miccional y sufrir los escapes de urgencia. Progresivamente se va aumentando el intervalo de tiempo entre micciones (15-30 minutos por semana, hasta conseguir espaciar las micciones entre 2-4 h). Requiere la aceptación y colaboración del paciente, así como un buen grado de capacidad física y mental^{1,2,6}.

- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico ([ejercicios de Kegel](#)). La realización de estos ejercicios durante, al menos, 3 meses ha demostrado ser segura y eficaz en el manejo de la incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia y mixta^{2,5}. Pueden curar o mejorar los síntomas de todos los tipos de incontinencia urinaria¹¹.
- Biofeedback (biorretroalimentación). Se basa en la toma de conciencia de la micción, y es posible reforzarla mediante señal táctil, visual o auditiva. El paciente percibe la señal y aprende a regular y modificar la micción por autocontrol, por lo que es útil para ayudar a fortalecer o relajar la musculatura perineal y controlar la inestabilidad vesical. Requiere buena capacidad funcional y alto grado de colaboración, junto con la intervención de un terapeuta, lo cual limita, de forma considerable, su empleo en pacientes mayores^{1,2,6}.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Aquellas personas que no hayan mejorado sus síntomas con las medidas no farmacológicas son candidatas a iniciar tratamiento con medicamentos, pero sin abandonar dichas medidas¹².

Medicamentos para el tratamiento de la vejiga hiperactiva

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	EFFECTOS ADVERSOS	COSTE/ DDD	OBSERVACIONES	
ANTIMUSCARÍNICOS					
Fesoterodina	4-8 mg/24 h Liberación prolongada	Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, visión borrosa, taquicardia, somnolencia, confusión, agitación, hipotensión postural, estreñimiento y retención urinaria	1,70€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal, hepática y uso concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4. No se ha observado prolongación del intervalo QT.	
Oxibutinina	5 mg/8 h o 15 mg por la noche para nicturia Liberación inmediata		0,21€	Ajuste de dosis en ancianos. Precaución en insuficiencia renal y hepática. No se ha observado prolongación del intervalo QT.	
	1 parche /3-4 días Vía transdérmica		1,45€	Precaución en ancianos. Precaución en insuficiencia renal y hepática. No se ha observado prolongación del intervalo QT.	
Propiverina	30 mg/24 h Liberación modificada		1,10€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal y hepática. No se ha observado prolongación del intervalo QT.	
Solifenacina	5-10 mg/24 h		Prolongación intervalo QT	1,00€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal grave, hepática moderada-grave y uso concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4.
Tolterodina	4 mg/24 h Liberación prolongada		1,02€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal y hepática. No se recomienda el uso concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4.	
Trospio cloruro	20 mg/12 h Liberación inmediata		0,36€	Ajuste de dosis en insuficiencia renal, precaución en insuficiencia hepática.	
AGONISTAS SELECTIVOS DEL RECEPTOR BETA-3 ADRENÉRGICO					
Mirabegrón	50 mg/24 h Liberación prolongada	Infecciones del tracto urinario, náuseas, cefalea, taquicardia, hipertensión, fibrilación auricular	1,50€	Puede aumentar la presión arterial. Contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada (PAS ≥ 180 mm Hg y/o PAD ≥ 110 mm Hg). Ajuste de dosis en insuficiencia renal, hepática y uso concomitante con inhibidores del CYP3A.	

Adaptado de CUA GUIDELINE on adult overactive bladder⁹ y Fichas Técnicas de los medicamentos

Antimuscarínicos: son los medicamentos más prescritos para esta indicación. Actúan bloqueando los receptores muscarínicos de la vejiga, inhibiendo así las contracciones involuntarias del detrusor.

Varias revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados muestran que la eficacia de los antimuscarínicos en el alivio de los síntomas de incontinencia es modesta con respecto al placebo¹². Aunque apenas existen ensayos comparativos entre los distintos antimuscarínicos, se considera que su eficacia es similar^{2,12}. En general, en los ensayos clínicos, los antimuscarínicos producen una micción menos al día que el placebo, partiendo de 12 micciones al día basales^{2,13,14}.

Los principales efectos adversos que producen son los relacionados con su acción anticolinérgica, como sequedad de boca, visión borrosa, taquicardia, somnolencia, confusión, agitación, hipotensión postural, estreñimiento y retención urinaria². Además, algunos también pueden producir prolongación del intervalo QT.

La carga anticolinérgica y el uso de anticolinérgicos a largo plazo se asocia con un aumento del riesgo de deterioro cognitivo y demencia^{9,10,12}. En general, el balance beneficio-riesgo de los antimuscarínicos es desfavorable en los pacientes ancianos con demencia (criterio STOPP) y no se recomienda su uso concomitante con inhibidores de la acetilcolinesterasa, debido a sus efectos antagónicos¹⁵. De acuerdo con los criterios STOPP, los antimuscarínicos tampoco deberían prescribirse a pacientes con glaucoma crónico (riesgo de exacerbación aguda del glaucoma) ni estreñimiento ni prostatismo crónicos¹⁵. Se debe ajustar la dosis en caso de insuficiencia renal grave y hepática moderada².

“ La eficacia de los fármacos es muy modesta y de relevancia clínica discutible (disminución de 1 micción/día en pacientes con 12 micciones/día) ”

Se debe iniciar el tratamiento con la menor dosis posible, especialmente en pacientes de edad avanzada, y hacer un seguimiento a las 4-6 semanas para evaluar la respuesta y la tolerabilidad^{2,12}. La ausencia de respuesta a un fármaco no descarta una posible respuesta a otro.²

Más de la mitad de los pacientes interrumpen el tratamiento antimuscarínico a los 3 meses debido a la falta de eficacia y los efectos adversos^{6,10}.

La constante aparición de nuevos medicamentos para la incontinencia urinaria nos indica que existe un nicho de mercado para la industria farmacéutica, con el riesgo de sobremedicalizar situaciones que en algunos casos podrían entrar dentro de la normalidad⁴. Por otro lado, la eficacia de los fármacos más recientes sigue siendo limitada, como ocurre con la propiverina¹⁶, comercializada en diciembre de 2017, o la desfesoterodina, principal metabolito activo de la fesoterodina, que ha sido recientemente autorizada y está pendiente de comercialización.

Agonistas selectivos del receptor beta-3 adrenérgico (mirabegrón): induce la relajación del músculo liso de la vejiga, consiguiendo aumentar la capacidad de la misma y disminuir la frecuencia de las contracciones¹⁷.

Los resultados de un metaanálisis de los ensayos en fase III, muestran que el mirabegrón no disminuyó ni siquiera un episodio de incontinencia/día respecto al placebo [-0,44; IC 95%: -0,59 a -0,29]; tampoco consiguió disminuir ni una micción al día más que el placebo [-0,62; IC 95%: -0,80 a -0,45], en pacientes que tenían una media de 11-12 micciones/día¹⁸.

En cuanto a su perfil de efectos adversos, destacan las infecciones del tracto urinario (2,9%), la taquicardia (1,2%) y entre las graves, la fibrilación auricular (0,2%). Una revisión sistemática confirma que se producen menos casos de boca seca y estreñimiento con mirabegrón que con antimuscarínicos¹⁹, pero en comparación con tolterodina no se observan diferencias en el número de abandonos a consecuencia de los efectos adversos¹⁷.

Mirabegrón puede aumentar la presión arterial, por lo que está contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada (PAS \geq 180 mm Hg y/o PAD \geq 110 mm Hg). Los datos son limitados en pacientes con hipertensión en estadio 2 (PAS \geq 160 mm Hg y/o PAD \geq 100 mm Hg). Debe tomarse la presión arterial al comienzo del tratamiento y deberá controlarse regularmente, especialmente en pacientes con hipertensión²⁰.

En pacientes con insuficiencia renal grave hay que reducir la dosis de mirabegrón y no se recomienda su administración concomitante con inhibidores potentes del CYP3A. En aquellos con insuficiencia hepática grave no se recomienda su uso, ni tampoco en la moderada si hay tratamiento concomitante con inhibidores potentes del CYP3A. Hay que reducir la dosis de mirabegrón en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada o insuficiencia hepática leve y tratamiento concomitante con inhibidores potentes del CYP3A²⁰.

Se recomienda un seguimiento a las 4-6 semanas para evaluar la respuesta y los efectos adversos¹².

Terapia combinada (antimuscrínicos + mirabegrón): en los ensayos clínicos en fase III Synergy²¹ (3.398 pacientes) y Beside²² (2.174 pacientes) que compararon diferentes dosis de solifenacina o mirabegrón como monofármacos frente a regímenes de combinación de solifenacina y mirabegrón, se observó un efecto modesto de la combinación frente a la monoterapia en la reducción del número de episodios de incontinencia urinaria y del número de micciones/24 h. Además, se observó una mayor incidencia de retención urinaria y de efectos anticolinérgicos con la combinación que con la monoterapia²¹. No obstante, puede utilizarse la combinación cuando persistan los síntomas de la incontinencia urinaria y no se pueda aumentar la dosis de antimuscarínicos debido a los efectos adversos.

En resumen, debido a la escasa eficacia de los medicamentos (antimuscarínicos y mirabegrón), el paciente debería decidir si los beneficios compensan los efectos adversos. Una micción menos al día puede no ser relevante para un paciente que realiza 12 micciones/día²³.

OTRAS ALTERNATIVAS

Estas medidas están dirigidas a pacientes cuidadosamente seleccionados que no han respondido a la terapia farmacológica convencional, y requieren un seguimiento estrecho.

Toxina botulínica: en casos de incontinencia resistente al tratamiento farmacológico se ha utilizado la toxina botulínica administrada vía intravesical mediante cistoscopia y con anestesia local. Actúa inhibiendo la liberación de acetilcolina en el músculo detrusor. Reduce la frecuencia de micción (-1,2 micciones/día respecto a placebo) y el número de episodios de incontinencia (-1,8 episodios de incontinencia/día respecto a placebo), y aumenta la capacidad funcional de la vejiga y la calidad de vida. Los principales efectos adversos observados son la retención urinaria, que puede requerir sondaje uretral, e infecciones del tracto urinario. Es necesario repetir las inyecciones tras 6-9 meses^{2,9,23}.

Neuromodulación eléctrica: por vía sacra o por estimulación del nervio tibial posterior. Es una alternativa terapéutica válida a considerar cuando fallan las medidas no farmacológicas y farmacológicas^{2,12}.

Medidas paliativas: estas técnicas no son excluyentes con otras intervenciones y se utilizan de forma complementaria. Están dirigidas a ofrecer alivio sin perseguir la recuperación de la continencia. Las más comunes son los absorbentes, los colectores externos, sistemas oclusivos uretrales y catéter vesical^{1,2}.

En Euskadi hay alrededor de 5.800 personas con prescripciones simultáneas de absorbentes de incontinencia y medicamentos para la vejiga hiperactiva. Por ello, sería razonable valorar la deprescripción de estos medicamentos en aquellos pacientes que tengan prescritos 3 o más absorbentes/día.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA HOSPITALARIA^{1,2}

- Afectación de la calidad de vida y limitaciones por los síntomas de VH.
- Dificultad o imposibilidad para establecer un diagnóstico de certeza.
- Falta de correlación entre los síntomas de VH y los datos obtenidos de la anamnesis y la exploración física.
- Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático y visible por debajo del introito vaginal.
- Cuando la VH se asocia a dolor vesical/uretral persistente.
- Hematuria (macroscópica o microscópica) persistente.
- Dificultad de vaciado o residuo vesical posmiccional anormal (>200 ml).
- Enfermedad neurológica con posible afectación medular y antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical.
- Se derivará durante el seguimiento a pacientes con incremento de los síntomas o aparición de nuevos síntomas o ausencia de respuesta al tratamiento conservador y farmacológico (2 meses).

IDEAS CLAVE

- En el manejo de la VH hay que descartar otras causas que puedan producir sintomatología similar.
- A la hora de elegir el tratamiento, es importante tener en cuenta todos los aspectos del paciente con VH: sus expectativas (de vida y de mejoría), su grado de incomodidad, su capacidad funcional y la comorbilidad asociada¹.
- El tratamiento debe iniciarse con medidas no farmacológicas y terapias conductuales¹.
- La eficacia de los antimuscarínicos y mirabegrón es modesta y de escasa relevancia clínica. Debido a que su eficacia es similar, la elección del fármaco se realizará en base al perfil de efectos adversos, coste y preferencias del paciente¹².
- Es necesario realizar un seguimiento y reevaluar la eficacia y seguridad de los medicamentos a las 4-6 semanas y posteriormente cada 6 meses, para deprescribirlos en caso de que no sean eficaces.
- Se debería revisar la necesidad del tratamiento farmacológico en los pacientes que también usan absorbentes de incontinencia urinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verdejo-Bravo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar MV, Alcántara-Montero A, Pérez-León N. Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el paciente mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:247-56. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15000669> Consultado el: 11 de octubre de 2018
2. Bobé F, Buil ME, Trubart G, Hernández S, Calviño O. Vejiga hiperactiva. *FMC.* 2018;25:208-22.
3. Adot JM, Esteban M, Batista JE, Salinas J. Guía vejiga hiperactiva de la AEU. Asociación Española de Urología, 2014. Disponible en: <https://www.aeu.es/UserFiles/files/GuiaVejigaHiperactivaAEU.pdf> Consultado el: 11 de octubre de 2018
4. Tikkinen KAO, Auvinen A. Does the imprecise definition of overactive bladder serve commercial rather than patient interests? *Eur Urol.* 2012;61:746-8. Disponible en: [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(11\)01375-3/pdf](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(11)01375-3/pdf). Consultado el: 11 de octubre de 2018
5. Arnold J, McLeod N, Thani-Gasalam R, Rashid P. Overactive bladder syndrome. *Aust Fam Physician.* 2012;41:878-883. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/233397551_Overactive_bladder_syndrome_Management_and_treatment_options. Consultado el: 11 de octubre de 2018
6. Alcántara-Montero A. Novedades en el tratamiento de la vejiga hiperactiva. *Semergen.* 2016;42:557-65. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359315003421>. Consultado el: 11 de octubre de 2018
7. Incontinences urinaires d'origine médicamenteuse. *Rev Prescrire.* 2015;35:271-274.
8. Turmel N, Hentzen C, Chesnel C, Charlannes A, Le Breton F, Amarenco G. Alimentation, régimes et diététique dans le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale : revue de la littérature. *Progrès en urologie.* 2017;27:395-401.
9. Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Gray G, Hickling D, Honeine C, et al. CUA Guideline on adult overactive bladder. *Can Urol Assoc J.* 2017;11(5):E142-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426936/pdf/cuaj-5-e142.pdf> Consultado el: 11 de octubre de 2018
10. Lucas MG, Bedretidina D, Berghmans LC, Bosch JLHR, Burkhard FC, Cruz F, et al. Guidelines on urinary incontinence. *European Association Urology.* 2015. Disponible en: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf Consultado el: 11 de octubre de 2018
11. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Oct 4;10:CD005654. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub4/full?highlight=Abstract=no%7Ctreatment%7Cmuscl%7Cwoman%7Cfor%7Cwithdrawn%7Ctraining%7Ctreatments%7Cincontinence%7Cinactive%7Cinactiv%7Cfour%7Cmuscle%7Curinary%7Cfloor%7Ctrain%7Cin%7Ccontrol%7Curinari%7Cversus%7Cincontinence%7Cincontin%7Cinact%7Cpelvic%7Cwomen> Consultado el: 5 de diciembre de 2018
12. Lukatz ES. Treatment of urgency incontinence/overactive bladder in women. *UpToDate* (jul 2018). Disponible en: <https://www.uptodate.com/index.html#!/contents/treatment-of-urgency-incontinence-overactive-bladder-in-women/print> Consultado el: 11 de octubre de 2018
13. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Informe de evaluación de solifenacina. 2005. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/es_def/adjuntos/S/solifenacina/solifenacina_informe.pdf Consultado el: 11 de octubre de 2018
14. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Fesoterodina. Ficha Nuevo Medicamento a Examen 2008;N°146. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/eu_def/adjuntos/F/fesoterodina/fesoterodina_fitxa.pdf Consultado el: 11 de octubre de 2018
15. Eventos adversos de los antimuscarínicos vesicales y mirabegrón. Blog del Grupo de Farmacoterapia de SoMaMFyC-SEFAP. Fármacos en el kilómetro 0. Disponible en: <https://farmacoskm0.wordpress.com/2017/10/04/eventos-adversos-de-los-antimuscarinicos-vesicales-y-mirabegron-2-de-2/> Consultado el: 11 de octubre de 2018
16. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Propiverina. Ficha Nuevo Medicamento a Examen 2018;N°250. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/eu_def/adjuntos/P/propiverina/propiverina_fitxa_eu.pdf Consultado el: 11 de octubre de 2018
17. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Mirabegrón. Ficha Nuevo Medicamento a Examen 2014;N°216. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_atencion_primaria/eu_def/adjuntos/M/mirabegrona/Mirabegrona_ficha_e.pdf Consultado el: 11 de octubre de 2018
18. Cui Y, Zong H, Yang C, Yan H, Zhang Y. The efficacy and safety of mirabegron in treating OAB: a systematic review and meta-analysis of phase III trials. *Int Urol Nephrol.* 2014; 46:275-84.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

19. NICE: Mirabegron for treating symptoms of overactive bladder. Technology appraisal guidance. Published: 26 June 2013. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta290/resources/mirabegron-for-treating-symptoms-of-overactive-bladder-pdf-82600726672069> Consultado el: 11 de octubre de 2018
20. Ficha técnica mirabegrón (Betmiga®) Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/112809010/FT_112809010.pdf Consultado el: 11 de octubre de 2018
21. Herschorn S, Chapple CR, Abrams P, Arlandis S, Mitcheson D, Lee KS et al. Efficacy and safety of combinations of mirabegron and solifenacin compared with monotherapy and placebo in patients with overactive bladder (SYNERGY study). BJU Int. 2017 Oct;120(4):562-575. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bju.13882>. Consultado el: 11 de octubre de 2018
22. Drake MJ, Chapple C, Esen AA, Athanasiou S, Cambronero J, Mitcheson D et al. Efficacy and Safety of Mirabegron Add-on Therapy to Solifenacin in Incontinent Overactive Bladder Patients with an Inadequate Response to Initial 4-Week Solifenacin Monotherapy: A Randomised Double-blind Multicentre Phase 3B Study (BESIDE). Eur Urol. 2016 Jul;70(1):136-145. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0302283816002074/1-s2.0-S0302283816002074-main.pdf?_tid=9523e1be-7bbc-4e05-b5cf-699df4882684&acdnt=1544000740_ff4a5a7607d73942d2dd2d3da821b5f5 Consultado el: 11 de octubre de 2018
23. Kim S, Liu S, Tse V. Management of urinary incontinence in adults. Aust Presc. 2014;37(1):10-13. Disponible en: https://cdn0.scrvt.com/08ab3606b-0b7a8ea53fd0b40b1c44f86/c3528ea6263b4a8f/bcf93d3a5884/Management-of-urinary-incontinence-in-adults_37-10.pdf Consultado el: 11 de octubre de 2018

Fecha de revisión bibliográfica: octubre 2018

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@euskadi.eus

Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpuru, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Libe Moraza, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales