

# ¿Tu Vejiga Controla tu Vida?

## Guía sobre Vejiga Hiperactiva

Información esencial para entender los síntomas, opciones de tratamiento y recuperar tu calidad de vida.

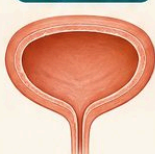
### ¿Qué sucede en la vejiga hiperactiva?

#### Vejiga Hiperactiva



Contracciones involuntarias del músculo detrusor  
Señales de urgencia frecuentes y repentinas

#### Vejiga Normal



Músculo detrusor relajado  
Almacenamiento normal y control voluntario

¿Te preocupa dónde está el baño más cercano?

Tú puedes retomar el control de tu vida.

### Síntomas Comunes de la Vejiga Hiperactiva



#### 1 Urgencia

Necesidad súbita e intensa de orinar que es difícil de posponer.

**70-80%** de las personas lo experimentan



#### 2 Frecuencia

Orinar más de 8 veces en 24 horas.

**≥ 8** micciones en 24 horas



#### 3 Nicturia

Levantarse 2 o más veces por la noche para orinar.

**≥ 2** veces por noche



#### 4 Incontinencia de urgencia

Pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia.

**40-50%** de prevalencia en la población con vejiga hiperactiva

### Mitos vs. Realidad



**Mito:** Es parte normal del envejecimiento.

**Realidad:** No es normal. Tiene tratamiento.



**Mito:** Si bebo menos líquidos, mejorará.

**Realidad:** La hidratación adecuada es importante. El problema no es el líquido.



**Mito:** No hay nada que pueda hacer.

**Realidad:** Existen opciones efectivas que pueden ayudarte.



**Mito:** Solo me pasa a mí.

**Realidad:** Millones de personas lo experimentan. No estás solo(a).



No tienes que vivir así. Hay esperanza, hay tratamiento y hay ayuda.

### Opciones de Tratamiento: Un Enfoque por Pasos

#### 1 Terapia Conductual (Primera Línea)

- Micción programada
- Ejercicios de Kegel
- Manejo de líquidos
- Modificación del estilo de vida



#### 2 Medicamentos (Segunda Línea)

- Anticolinérgicos
- Agonista  $\beta 3$  (Mirabegron)



#### 3 Terapias Avanzadas (Tercera Línea)

- Inyección de Botox®
- Neuromodulación del nervio tibial
- Estimulación del nervio sacro



**Habla con tu médico.** Juntos pueden encontrar el tratamiento adecuado para ti. Recupera tu confianza. Recupera tu libertad. Recupera tu vida.



# Incontinencia Urinaria

Folleto para Pacientes: Vejiga Hiperactiva e Incontinencia (Página 1: Portada)

¿Tu Vejiga Controla tu Vida? Recupera el Mando.

Una guía para entender la Vejiga Hiperactiva y la Incontinencia de Urgencia.

(Imagen: Un mapa de una ciudad con varios iconos de baños públicos resaltados. Una persona mira el mapa con ansiedad. Al lado, la misma persona camina con confianza, ignorando el mapa. Simboliza la libertad de no tener que planificar la vida alrededor de un baño).

(Página 2: ¿Qué es el Síndrome de Vejiga Hiperactiva (SVH)?)

La Vejiga Hiperactiva no es una enfermedad, es el nombre que se le da a un conjunto de síntomas. El problema central es que el músculo de tu vejiga (el detrusor) se contrae de forma involuntaria cuando no debería, incluso cuando la vejiga no está llena.

## Los 4 Síntomas Clave:

**URGENCIA (El Síntoma Principal):** Una necesidad súbita e imperiosa de orinar que es muy difícil de aguantar. Es la sensación de "¡tengo que ir YA!". **FRECUENCIA Aumentada:** Necesidad de orinar más de 8 veces en 24 horas. **NOCTURIA:** Despertarse 2 o más veces por la noche para orinar. **INCONTINENCIA DE URGENCIA:** La urgencia es tan fuerte que se produce un escape de orina antes de poder llegar al baño. No todas las personas con vejiga hiperactiva tienen escapes, pero la urgencia es el sello distintivo. **Importante:** La Vejiga Hiperactiva **NO** es lo mismo que la Incontinencia de Esfuerzo, que es la pérdida de orina al toser, reír, estornudar o hacer ejercicio. A

veces, ambas pueden coexistir (incontinencia mixta).

(Página 3: ¿Por Qué Ocurre? Un Problema de Comunicación)

Imagina que la vejiga y el cerebro se comunican por teléfono.

Normalmente: La vejiga se llena tranquilamente y llama al cerebro para decir "estoy casi llena, busca un baño". El cerebro da la orden de esperar hasta que sea el momento adecuado. En la Vejiga Hiperactiva: Hay "interferencias" en la línea. La vejiga "grita" al cerebro "¡EMERGENCIA!" cuando apenas está medio llena, o el músculo de la vejiga actúa por su cuenta sin esperar la orden del cerebro.

### **Causas Posibles de esta "Mala Comunicación":**

Idiopática (la más común): En la mayoría de los casos, no se encuentra una causa clara. Condiciones Neurológicas: Enfermedades como el Parkinson, la esclerosis múltiple o un accidente cerebrovascular pueden dañar los nervios que controlan la vejiga. Obstrucción (en hombres): Una próstata agrandada (HPB) puede hacer que la vejiga trabaje más duro y se vuelva irritable. Infecciones Urinarias: Una infección puede causar síntomas temporales de vejiga hiperactiva. Debilidad del Suelo Pélvico: Especialmente en mujeres después de partos o con la menopausia. (Página 4: Primeros Pasos: Diagnóstico y Diario Miccional)

La evaluación por parte de tu médico es fundamental para descartar otras causas.

¿Qué hará tu médico?

Conversación Detallada: Sobre tus síntomas, tu historial médico y cómo afectan tu calidad de vida. Análisis de Orina: Esencial para descartar una infección o la presencia de sangre. Exploración Física. La Herramienta Más Útil: El Diario Miccional Antes de iniciar cualquier tratamiento, tu médico te pedirá que lleves un

"diario" durante 2 o 3 días. Es la mejor forma de entender objetivamente lo que está pasando.

¿Qué debes apuntar?

La hora a la que vas al baño. La cantidad que orinas cada vez (puedes usar un recipiente medidor). Lo que bebes: Tipo de bebida y cantidad. Episodios de urgencia: Anota cuándo sentiste esa necesidad imperiosa. Episodios de escape: Anota cuándo y en qué situación tuviste una pérdida de orina. Este diario le dará a tu médico información valiosísima para personalizar tu tratamiento.

(Página 5: Tratamiento de Primera Línea: ¡Tú Tienes el Control!)

El tratamiento de la vejiga hiperactiva es escalonado. El primer paso no son las pastillas, sino reeducar tu vejiga y cambiar algunos hábitos.

## **1. Terapia Conductual y Reentrenamiento Vesical:**

Micción Programada: En lugar de ir al baño "por si acaso" o cada vez que sientes una mínima gana, intenta ir a horas fijas (por ejemplo, cada 2 horas). El objetivo es aumentar gradualmente el intervalo entre micciones para que tu vejiga se acostumbre a aguantar más. Técnicas de Supresión de la Urgencia: Cuando sientas la urgencia, ¡no corras al baño! Siéntate, quédate quieto, respira hondo y haz varias contracciones rápidas y fuertes de los músculos del suelo pélvico (ejercicios de Kegel). Esto envía una señal a la vejiga para que se relaje y te da tiempo para que la urgencia pase o disminuya.

## **2. Ejercicios del Suelo Pélvico (Ejercicios de Kegel):**

¿Qué son? Consisten en contraer y relajar los músculos que usas para detener el flujo de orina. Fortalecer este "soporte" ayuda a

controlar mejor la urgencia y a evitar los escapes. Cómo hacerlos: Contrae durante 5 segundos, relaja durante 5 segundos. Haz series de 10 repeticiones, 3 veces al día. Un fisioterapeuta especializado puede ayudarte a hacerlos correctamente.

### **3. Cambios en la Dieta y los Líquidos:**

Manejo de Líquidos: Bebe una cantidad adecuada (1.5 - 2 litros), pero evita beber grandes cantidades de golpe. Reduce la ingesta 2-3 horas antes de dormir. Evita Irritantes Vesicales: La cafeína (café, té, refrescos), el alcohol, las bebidas carbonatadas, los cítricos y la comida picante pueden irritar tu vejiga y empeorar los síntomas. Prueba a eliminarlos durante un par de semanas para ver si notas una mejoría. (Página 6: Tratamiento de Segunda Línea: Medicamentos Orales)

Si las terapias de primera línea no son suficientes, tu médico puede recetarte medicamentos.

### **Hay dos familias principales de pastillas:**

#### **1. Anticolinérgicos / Antimuscarínicos:**

Nombres: Oxibutinina, Tolterodina, Solifenacina, etc. ¿Cómo funcionan? Bloquean las señales nerviosas que provocan las contracciones involuntarias de la vejiga. "Calman" la vejiga. Efectos secundarios comunes: Boca seca, estreñimiento, visión borrosa. Las formulaciones más modernas y de liberación prolongada suelen tener menos efectos secundarios.

#### **2. Agonistas Beta-3 (una opción más nueva):**

Nombre: Mirabegrón. ¿Cómo funciona? En lugar de bloquear las contracciones, este fármaco ayuda a que el músculo de la vejiga se relaje y pueda almacenar más orina. Ventajas: No causa boca seca ni estreñimiento. Es una excelente alternativa si no toleras los anticolinérgicos. Efectos secundarios posibles: Puede aumentar ligeramente la presión arterial. (Página 7: Tratamiento

de Tercera Línea (Avanzado): Si las Pastillas no Funcionan)

Para los casos más severos que no responden a los tratamientos anteriores, existen terapias avanzadas muy eficaces.

## **1. Inyecciones de Toxina Botulínica (Botox®) en la Vejiga:**

¿Qué es? ¡Sí, el mismo Botox que se usa para las arrugas! A través de un cistoscopio (el tubo con cámara), el urólogo inyecta pequeñas dosis de Botox directamente en el músculo de la vejiga. ¿Cómo funciona? El Botox paraliza parcialmente el músculo, reduciendo drásticamente las contracciones involuntarias y la urgencia. Eficacia: Es muy efectivo. El efecto dura de 6 a 9 meses, por lo que las inyecciones deben repetirse periódicamente. Riesgo principal: Puede relajar "demasiado" la vejiga, causando una retención temporal de orina que requiera que el paciente se auto-sonde durante un tiempo.

## **2. Neuromodulación Sacra (El "Marcapasos" de la Vejiga):**

¿Qué es? Es un dispositivo implantado quirúrgicamente, similar a un marcapasos cardíaco. Un electrodo muy fino se coloca cerca de los nervios sacros (en la parte baja de la espalda), que son los que controlan la vejiga. Este electrodo se conecta a un pequeño generador (la "pila") implantado bajo la piel del glúteo. ¿Cómo funciona? Envía impulsos eléctricos suaves y continuos a los nervios, restaurando la comunicación normal entre el cerebro y la vejiga. No bloquea, sino que "modula" o "resetea" las señales nerviosas. Proceso: Primero se hace una fase de prueba de 1-2 semanas con un cable temporal para ver si el tratamiento funciona. Si es efectivo, se procede al implante permanente. (Página 8: Conclusión: Hay un Camino para cada Paciente)

La Vejiga Hiperactiva es una condición común y tratable. No tienes que aceptarla como una parte normal del envejecimiento.

El primer paso es un diagnóstico adecuado y un diario miccional para entender tu patrón. El tratamiento es escalonado. Empieza siempre por las terapias conductuales y los ejercicios de Kegel. Son la base de todo. Los medicamentos orales (anticolinérgicos o Mirabegrón) son eficaces para muchos pacientes. Si nada de lo anterior funciona, las terapias avanzadas como el Botox vesical o la neuromodulación sacra ofrecen una excelente esperanza para los casos más difíciles. Habla con tu médico. Juntos, podéis encontrar la estrategia que te permita tomar de nuevo el control y dejar de planificar tu vida alrededor del baño.

## **FIN DEL FOLLETO PARA PACIENTES**

<br> \* ### Folleto 2 de 2: Para Médicos y Profesionales de la Salud \* Guía Clínica Rápida: Síndrome de Vejiga Hiperactiva (SVH) (Página 1: Portada, Definición y Fisiopatología)

Manejo del Síndrome de Vejiga Hiperactiva: Un Enfoque Terapéutico Escalonado

De la terapia conductual a las opciones de tercera línea: una guía basada en las recomendaciones de la AUA/EAU.

(Imagen: Un diagrama del arco reflejo miccional, mostrando las vías aferentes y eferentes entre la vejiga, la médula espinal y el centro pontino de la micción).

## **Definición (ICS - International Continence Society):**

Síndrome de Vejiga Hiperactiva (SVH): Un síndrome sintomático definido por urgencia urinaria, usualmente acompañada de frecuencia y nocturia, con o sin incontinencia de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario (ITU) u otra patología obvia. Urgencia: Es el síntoma central y definitorio. Vejiga Hiperactiva "Húmeda" vs. "Seca": Términos que describen la presencia o ausencia de incontinencia de urgencia. Fisiopatología: El SVH es multifactorial. Las dos teorías

principales (no mutuamente excluyentes) son:

**Teoría Neurogénica:** Una desinhibición del control del sistema nervioso central (SNC) sobre el reflejo miccional. El centro pontino de la micción no logra suprimir las contracciones involuntarias del detrusor (CID) mediadas por el arco reflejo espinal. Señales aferentes de la vejiga (vía fibras C) se interpretan de forma exagerada. **Teoría Miogénica:**

Hiperexcitabilidad intrínseca del músculo detrusor. Las células musculares lisas y las células intersticiales (similares a las de Cajal en el intestino) generan contracciones espontáneas descoordinadas que, al alcanzar un umbral, se propagan y causan una contracción de toda la vejiga. (Página 2: Evaluación Diagnóstica Inicial)

El objetivo es confirmar el síndrome sintomático, cuantificar su severidad y excluir patologías que puedan imitarlo.

## **1. Anamnesis Detallada:**

Caracterizar los síntomas clave (urgencia, frecuencia, nocturia, incontinencia). Usar cuestionarios validados (OAB-q, OABSS) para objetivar la severidad y el impacto en la calidad de vida. Evaluar la ingesta de líquidos (tipo y cantidad) y la presencia de irritantes vesicales (cafeína, alcohol). Historia médica completa: condiciones neurológicas (ACV, EM, Parkinson), diabetes, insuficiencia cardíaca. Historia ginecológica/urológica: partos, cirugías pélvicas, HBP. Revisión de medicación (diuréticos, anticolinérgicos, etc.).

## **2. Diario Miccional (3 días):**

### **Herramienta diagnóstica fundamental.**

### **Proporciona datos objetivos sobre:**

Frecuencia miccional diurna y nocturna. Volúmenes miccionales (permite identificar poliuria >2.8L/día o baja capacidad vesical

funcional). Ingesta de líquidos. Episodios de incontinencia y urgencia.

### **3. Exploración Física:**

Abdominal (globo vesical), neurológica básica, evaluación del suelo pélvico (tono, prolapso), tacto rectal (tono esfinteriano, próstata).

### **4. Laboratorio Básico:**

Análisis de orina y urocultivo: Mandatorio para excluir ITU. La hematuria requiere un work-up completo. ¿Cuándo se Requiere una Evaluación Especializada (Urodinamia, Cistoscopia)?

No son necesarias para el diagnóstico inicial de SVH no complicado.

### **Indicaciones:**

Fracaso del tratamiento de segunda línea o antes de considerar terapias de tercera línea (cirugía, Botox, neuromodulación). Sospecha de baja compliancia vesical o disinergia detrusor-esfínter. Incontinencia mixta (urgencia + esfuerzo) donde se planea cirugía anti-incontinencia. Presencia de factores de riesgo complicados (neuropatía, radioterapia pélvica). (Página 3: Algoritmo de Tratamiento: Primera Línea)

El tratamiento debe ser escalonado, comenzando siempre por las opciones más conservadoras.

### **Terapia Conductual (Nivel de Evidencia 1):**

Objetivo: Restaurar el control cortical sobre el reflejo miccional.

### **Componentes:**

#### **Reentrenamiento Vesical:**

Micción Programada: El paciente orina según un horario fijo, no

según la sensación. Se comienza con un intervalo corto (ej. cada 60-90 min) y se aumenta gradualmente en 15-30 min cada semana, con el objetivo de llegar a 3-4 horas. Técnicas de Supresión de la Urgencia: Enseñar al paciente a contraer el suelo pélvico (Kegels rápidos) para inhibir reflexivamente la contracción del detrusor cuando aparece la urgencia. Manejo de Fluidos y Dieta: Reducir la ingesta de irritantes vesicales (cafeína, alcohol) y ajustar el patrón de ingesta de líquidos. Fisioterapia del Suelo Pélvico: Dirigida por un fisioterapeuta especializado. Incluye entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (Kegels), biofeedback y electroestimulación para mejorar el tono y el control. (Página 4: Algoritmo de Tratamiento: Segunda Línea)

Indicada si la terapia de primera línea es insuficiente tras 8-12 semanas.

## **Farmacoterapia Oral:**

### **1. Antagonistas de Receptores Muscarínicos (Anticolinérgicos):**

Mecanismo: Bloquean los receptores muscarínicos M2 y M3 en el detrusor, inhibiendo las contracciones colinérgicas.

#### **Agentes:**

No selectivos: Oxibutinina, Tolterodina. Más selectivos para M3: Solifenacina, Darifenacina. La mayor selectividad teóricamente reduce los efectos adversos sistémicos. Formulaciones: Las de liberación prolongada (ER/XL) son preferibles a las de liberación inmediata por su perfil de tolerabilidad superior y mejor adherencia. Efectos Adversos (Clase): Boca seca, estreñimiento, visión borrosa. Efectos sobre el SNC (cognitivos): Preocupación creciente en la población anciana, especialmente con fármacos que cruzan la barrera hematoencefálica (Oxibutinina). Evitar en pacientes con deterioro cognitivo.

## **2. Agonistas de Receptores Adrenérgicos Beta-3:**

Mecanismo: Estimulan los receptores  $\beta_3$  en el detrusor, promoviendo la relajación del músculo liso y aumentando la capacidad de almacenamiento de la vejiga. Agentes: Mirabegrón, Vibegrón. Ventajas: Perfil de efectos adversos diferente a los anticolinérgicos. No causan sequedad de boca, estreñimiento ni deterioro cognitivo. Son una excelente opción de primera línea farmacológica o para pacientes que no toleran los anticolinérgicos. Efectos Adversos: Hipertensión (Mirabegrón), nasofaringitis. Monitorizar la presión arterial.

### **Terapia Combinada:**

La combinación de un anticolinérgico a dosis baja con un agonista  $\beta_3$  puede ofrecer una eficacia sinérgica con una mejor tolerabilidad que la monoterapia a dosis altas. (Página 5: Algoritmo de Tratamiento: Tercera Línea (SVH Refractario))

Para pacientes que no responden o no toleran las terapias de primera y segunda línea. Requiere evaluación urológica completa, a menudo con urodinamia.

## **1. Inyecciones Intradetrusor de Onabotulinumtoxina (Botox®):**

Mecanismo: Bloquea la liberación presináptica de acetilcolina en la unión neuromuscular, causando una quimiodenervación parcial y una potente relajación del detrusor. Protocolo: Se inyectan 100 U de Botox® en 20 puntos del detrusor bajo visión cistoscópica, respetando el trígono. Procedimiento ambulatorio. Eficacia: Muy alta. Reduce significativamente los episodios de urgencia e incontinencia. Duración y Riesgos: El efecto dura 6-9 meses de media. El principal riesgo es la retención urinaria (5-15%), que puede requerir que el paciente aprenda a realizar un cateterismo intermitente limpio (CIL) hasta que el efecto del Botox disminuya. El riesgo de ITU también aumenta.

## 2. Neuromodulación Sacra (NMS):

Mecanismo: Modulación del arco reflejo espinal y de los centros cerebrales mediante la estimulación eléctrica crónica del nervio sacro S3. No se conoce el mecanismo exacto, pero se cree que "resetea" el control neurológico de la vejiga.

### Proceso Bifásico:

Fase de Prueba (PNE): Se coloca un electrodo percutáneo temporal durante 1-2 semanas. Se considera un éxito si hay una mejoría de los síntomas  $\geq 50\%$ . Implante Permanente: Si la prueba es exitosa, se implanta el generador de impulsos (IPG) subcutáneo. Eficacia: Alta y duradera en los respondedores. Ventajas: Evita el riesgo de retención urinaria del Botox.

## 3. Neuromodulación del Nervio Tibial Posterior (PTNS):

Mecanismo: Neuromodulación indirecta. Se estimula el nervio tibial posterior (cerca del tobillo) con una aguja de acupuntura. Este nervio comparte las mismas raíces sacras (S2-S4) que la vejiga. Protocolo: Sesiones de 30 minutos en la consulta, una vez por semana durante 12 semanas, seguidas de un mantenimiento mensual. Eficacia: Menos eficaz que la NMS o el Botox, pero es menos invasiva. (Página 6: Comparativa de Terapias de Tercera Línea)

Terapia	Mecanismo	Ventajas	Desventajas	Candidato	Ideal
Botox® Vesical	Quimiodenervación local (relajación del detrusor)	Procedimiento rápido, alta eficacia, no requiere implante permanente. Efecto temporal (requiere reinyecciones), riesgo de retención urinaria/CIL, riesgo de ITU. Paciente que prefiere un procedimiento mínimamente invasivo y acepta el riesgo de CIL y la necesidad de repetir.			
Neuromodulación Sacra (NMS)	Modulación de las vías nerviosas centrales.	Solución a largo plazo, sin riesgo de retención urinaria, preserva la función vesical.			

Requiere dos procedimientos quirúrgicos, implante de hardware, posibles revisiones/recambios de batería. Paciente que desea una solución duradera, quiere evitar el CIL y es un buen candidato quirúrgico. PTNS Neuromodulación indirecta y periférica. Mínimamente invasivo, sin implantes ni efectos secundarios sistémicos. Requiere un compromiso de tiempo significativo (visitas semanales/mensuales), menor eficacia que NMS/Botox. Paciente que desea evitar la cirugía y las inyecciones, y está dispuesto a comprometerse con el protocolo. (Página 7: Manejo de la Nocturia)

La nocturia es un síntoma del SVH, pero a menudo es multifactorial. Es crucial diferenciar sus causas antes de tratarla.

### **Causas Principales de la Nocturia:**

Poliuria Global: Producción de >2.8 L de orina en 24 horas (ej. diabetes mellitus/insípida, polidipsia). Poliuria Nocturna: Producción excesiva de orina durante la noche (>33% del volumen total de 24h). Causas: insuficiencia cardíaca congestiva, apnea del sueño, insuficiencia venosa. Capacidad Vesical Reducida: Por SVH, obstrucción prostática, cistitis intersticial. Trastornos del Sueño: El paciente se despierta por otra razón y luego va al baño ("conveniencia").

### **Manejo Dirigido:**

El diario miccional es esencial para diferenciar estas causas.

### **Manejo de la Poliuria Nocturna:**

Tratar la causa subyacente (CPAP para la apnea, diuréticos por la tarde para la ICC). Desmopresina: Análogo de la hormona antidiurética. Reduce la producción de orina por la noche. Aprobado en dosis bajas para la nocturia. Crítico monitorizar el sodio por el riesgo de hiponatremia, especialmente en pacientes >65 años. (Página 8: Conclusiones para el Clínico)

El Diagnóstico es Clínico y de Exclusión: La base es una buena anamnesis y un diario miccional, tras descartar una ITU. El Tratamiento es Escalonado y Centrado en el Paciente: Iniciar siempre con terapia conductual y de suelo pélvico. Son eficaces y no tienen efectos secundarios. La Farmacoterapia de Segunda Línea Requiere Individualización: Los agonistas  $\beta_3$  (Mirabegrón) ofrecen un perfil de tolerabilidad favorable, especialmente en la población anciana, evitando la carga anticolinérgica. El SVH Refractario Tiene Soluciones Eficaces: No se debe considerar a estos pacientes como un "fracaso terapéutico". El Botox vesical y la Neuromodulación Sacra son terapias de tercera línea con altas tasas de éxito que mejoran drásticamente la calidad de vida. La Elección de la Terapia de Tercera Línea es una Decisión Compartida, sopesando la eficacia, los riesgos (retención vs. cirugía) y el estilo de vida del paciente. Un enfoque estructurado y multimodal permite un manejo exitoso para la gran mayoría de los pacientes con SVH.

## **FIN DEL FOLLETO PARA MÉDICOS**

Aviso: documento de divulgación médica del Dr. Alexander Figueredo. No sustituye la consulta ni el criterio de tu médico tratante. Ante cualquier síntoma, acude a un profesional licenciado.