Identificación y tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres de mediana edad

Linda Brubaker, MD

(University of California San Diego, La Jolla, California)

La incontinencia urinaria es un problema común de salud de la vejiga que afecta de manera desproporcionada a las mujeres, especialmente a las mujeres de mediana edad. En ausencia de signos o síntomas alarmantes, es apropiada una evaluación escalonada alineada con las preferencias de tratamiento del paciente. Las intervenciones iniciales pueden incluir terapias conductuales simples, modificaciones en el estilo de vida y hábitos para ir al baño. También se pueden ofrecer medicamentos sistémicos, cirugía y tratamiento especializado.

Los problemas de salud de la vejiga afectan a muchas mujeres adultas y la incontinencia urinaria (IU) afecta a casi el 50%. Una vez que se identifica la IU, una evaluación escalonada se alinea con la preferencia de tratamiento del paciente. Las recomendaciones terapéuticas se basan generalmente en la presencia de dos subtipos comunes de IU: incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) e incontinencia urinaria de urgencia (IUU). Existe una creciente apreciación de que estos subtipos comunes de IU a menudo coexisten en mujeres afectadas con diversos grados de gravedad; la coexistencia generalmente se conoce como incontinencia urinaria mixta (IUM).[1]

Prevención. Aunque no se conoce bien la salud de la vejiga, los expertos sugieren que los hábitos saludables de la vejiga incluyen prácticas para ir al baño que permiten una evacuación completa y oportuna, estrategias para asegurar la fuerza de los músculos pélvicos de por vida, una ingesta suficiente de líquidos para una hidratación adecuada y una ingesta relativamente uniforme de líquidos durante las horas de vigilia, deteniéndose unas horas antes de dormir.[2]

Inicio, remisión y recurrencia de los síntomas. Las circunstancias de la aparición de la IU pueden proporcionar una pista sobre la etiología de la IU y el tratamiento potencial. Los médicos deben estar especialmente atentos a los momentos de alto riesgo en la vida de una mujer cuando la aparición de la IU es más común. Muchas mujeres experimentan inicialmente IU (a menudo IUS) durante el embarazo o poco después del parto. Otros desarrollan síntomas (a menudo IUU) a medida que aumentan de peso o experimentan comorbilidades médicas o quirúrgicas. Las mujeres con síntomas del síndrome genitourinario de la menopausia pueden informar síntomas del tracto urinario inferior.[3] En raras ocasiones, la IU (a menudo IUU) puede persistir después de la edad típica para ganar continencia en la niñez, o la IU (a menudo IUE) puede manifestarse durante las actividades deportivas de la adolescencia. Los síntomas de la incontinencia urinaria pueden aumentar y disminuir a medida que cambian las circunstancias de la vida. Desafortunadamente, la IU puede reaparecer después de un tratamiento inicialmente exitoso, lo que justifica una evaluación y consideración de una terapia adicional para la IU. En las mujeres con IUM, los síntomas de un subtipo a menudo persisten después de una terapia exitosa para otro subtipo.

Identificación. Con el deterioro de la salud de la vejiga, las mujeres suelen adoptar estrategias de afrontamiento para minimizar los síntomas. Por lo tanto, un médico puede estar evaluando mujeres que son asintomáticas solo porque han dejado de realizar actividades importantes que promueven la salud, como hacer ejercicio, tomar diuréticos recetados o socializar por miedo a la IU. Observar el uso de almohadillas en mujeres que no están menstruando debe crear conciencia de que los síntomas de la IU pueden estar presentes. La

naturaleza estigmatizante de la IU inhibe la divulgación y el médico desempeña un papel importante al brindar un espacio seguro para discutir los síntomas de la IU.

Por ejemplo, en lugar de hacer una pregunta directa sobre la IU, que requiere divulgación durante las visitas al consultorio, un médico puede simplemente incluir declaraciones como «Muchas mujeres experimentan problemas de control de la vejiga; si experimenta esto, hágamelo saber porque hay cosas simples que puede hacer para ayudar". Esto puede facilitar el momento y las circunstancias del tratamiento de la IU para una mujer afectada

Evaluación. Para la mayoría de las mujeres afectadas por la IU, la evaluación escalonada debe alinearse con las preferencias y objetivos del paciente para la identificación, evaluación, inicio del tratamiento y la terapia probable. Se puede iniciar una evaluación mínima (antecedentes de síntomas, evaluación de la ingesta de líquidos y patrones de evacuación y pruebas de infección del tracto urinario) antes de las intervenciones conductuales simples. El historial de síntomas puede orientar el diagnóstico probable y la terapia recomendada.

Por ejemplo, los síntomas de la IUE generalmente ocurren con el esfuerzo físico o con aumentos momentáneos de la presión intraabdominal (tos, estornudo); La UIE rara vez es un problema durante el sueño. Las mujeres que informan que «el día y la noche son igualmente malos» o «la noche es peor» tienen menos probabilidades de requerir cirugía de IUE como intervención inicial. En contraste, las mujeres que apoyan incondicionalmente los síntomas de IUE que ocurren solo durante el día pueden beneficiarse de una intervención quirúrgica de IUE más temprano en el algoritmo de tratamiento. Un diario que muestre el momento y la cantidad de ingesta de líquidos, los orificios y los episodios de fugas a menudo es útil tanto para la paciente como para su médico. Esto puede facilitar la selección de estrategias de comportamiento, como cambios en la elección o el volumen de líquidos y/o el momento de la ingesta de líquidos para reducir los síntomas de la IU.

La evaluación adicional (el examen físico debe incluir examen pélvico con espéculo y bimanual, evaluación del residuo posmiccional en pacientes seleccionados, pruebas de orina de esfuerzo y otras pruebas seleccionadas debe preceder a las terapias que requieren compromiso con medicación oral para la IU de por vida, inyecciones intravesicales, implantes o cirugía de IUE. La evaluación formal del residuo posmiccional (mediante sonda o gammagrafía de la vejiga) debe realizarse en pacientes seleccionados que pueden tener un vaciado incompleto de la vejiga (debido a medicamentos, prolapso o edad avanzada).

En ausencia de antecedentes preocupantes, el médico debe comprender las preferencias, los temores y los objetivos de la mujer antes de hacer una recomendación terapéutica. La mayoría de las mujeres afectadas por IU no tienen características clínicas preocupantes que justifiquen una acción, como hallazgos físicos inesperados que alteran la planificación clínica, hematuria o nuevos signos o síntomas de enfermedad neurológica relevante

Prolapso coexistente de órganos pélvicos. El prolapso de órganos pélvicos (POP) y la IU comúnmente coexisten y pueden tratarse simultáneamente, ya sea quirúrgicamente o no quirúrgicamente.[XXX] Las mujeres pueden beneficiarse de la educación para abordar la creencia común de que toda IU está relacionada con una «vejiga caída». Tanto POP como IU pueden ocurrir de forma aislada. El tratamiento de POP puede revelar síntomas de IU, especialmente IUE; por lo tanto, el asesoramiento prequirúrgico con respecto a la IUE posoperatoria está justificado en mujeres sometidas a cirugía de POP.

Tratamiento. El deseo y la voluntad de participar en el tratamiento deben determinarse antes de las recomendaciones terapéuticas[1]. Se pueden implementar terapias conductuales simples para la IU antes del examen pélvico. Las modificaciones en el estilo de vida incluyen optimizar la ingesta de líquidos sobre la base del informe de síntomas o la revisión del diario (p. ej., tomar líquidos más temprano en el día y evitar la ingesta de líquidos en forma de bolo), asegurar intervalos de evacuación apropiados (p. ej., esperar demasiado o tratar de superar los impulsos), y normalización del peso. Se pueden recomendar ejercicios de los músculos del suelo pélvico sin supervisión; sin embargo, los médicos deben

completar un examen pélvico antes de derivar a fisioterapia del piso pélvico para el entrenamiento supervisado de los músculos pélvicos.

El uso de estrógenos sistémicos no mejora la IU y no debe prescribirse para este propósito. Sin embargo, existe evidencia de que el estrógeno vaginal es beneficioso para las mujeres posmenopáusicas con atrofia urogenital e IUU. Es probable que el mecanismo de acción específico sea multifactorial y no se comprenda bien; sin embargo, estudios recientes del microbioma del tracto genitourinario que sugieren que el estrógeno vaginal restaura una comunidad microbiana más favorable en el tracto genitourinario inferior proporcionan algunas hipótesis comprobables.[7]

Cuando las intervenciones iniciales no proporcionan un control adecuado de los síntomas o la mujer no las acepta, se pueden ofrecer intervenciones posteriores. Las mujeres afectadas por IUU experimentan niveles variables de control de los síntomas con uno de los seis medicamentos orales disponibles (oxibutinina, solifenacina, trospio, fesoterodina, darifenacina y mirabegrón); las restricciones del formulario pueden dirigir las prácticas de prescripción. Existen alternativas a los medicamentos orales, especialmente para las mujeres mayores que tienen problemas cognitivos y/o polifarmacia. Hay varias formas de modulación nerviosa disponibles: percutánea (nervio tibial) o implantada (neuromodulación sacra). La onabotulinumtoxinA intravesical es muy eficaz para el tratamiento de la IUU, aunque las infecciones del tracto urinario postratamiento son comunes y existe el riesgo de retención urinaria transitoria que requiera cateterismo[8].

Para las mujeres cuyos síntomas de IUE son más problemáticos, se debe implementar fisioterapia supervisada del piso pélvico; una variedad de dispositivos intravaginales, incluidos los pesarios de incontinencia, también alivian los síntomas durante su uso. La cirugía, típicamente cabestrillos mediouretrales, es muy eficaz para las mujeres con IUE molesta. Para las mujeres con IUM, los cabestrillos mediouretrales siguen siendo una terapia de primera línea que se puede ofrecer porque mejoran los síntomas de ambos subcomponentes de la IU.[9] Estudios de cohortes grandes demuestran la efectividad y seguridad, con bajas tasas de reoperación.[10]

En resumen, la IU es común, estigmatizante, tratable y rara vez se asocia con etiologías subyacentes graves no detectadas previamente. Los médicos pueden ayudar a las mujeres afectadas mejorando las habilidades de detección, iniciando una evaluación escalonada e implementando estrategias de tratamiento que estén alineadas con las preferencias y objetivos de la mujer.

Referencias

1. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Clinical updates on urinary incontinence in women: a review. *JAMA* 2017;318:1592-1604.
2. Brady SS, Bavendam TG, Berry A, et al; Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) Research Consortium. The Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) in girls and women: developing a conceptual framework for a prevention research agenda. *Neurourol Urodyn* 2018;37:2951-2964.
3. Alperin M, Burnett L, Lukacz E, Brubaker L. The mysteries of menopause and orogynecologic health: clinical and scientific gaps. *Menopause* 2019;12:103-111.
4. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al; Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008;300:1311-1316.
5. Wu JM, Dieter AA, Pate V, Jonsson Funk M. Cumulative incidence of a subsequent surgery after stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse procedure. *Obstet Gynecol* 2017;129:1124-1130.
6. Wilkins MF, Wu JM. Lifetime risk of surgery for stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Minerva Ginecol* 2017;69:171-177.
7. Brubaker L, Wolfe A. The female urinary microbiota , urinary health and common urinary disorders. *Ann Transl Med* 2017;5:34.
8. Visco A, Brubaker L, Richter H, et al; Pelvic Floor Disorders Network. Anticholinergics therapy vs. onabotulinumtoxinA for urgency urinary incontinence. *New Engl J Med* 2012;367:1803-1813.

9. Sung V, Borello-France D, Dunivan G, et al; Pelvic FloorDisorders Network. Methods for a multicenter randomized trial for mixed urinary incontinence: rationale and patient-centeredness of the ESTEEM trial. *Int Urogynecol J* 2016;27:1479-1490.

10. Gurol-Urganci I, Geary RS, Mamza JB, et al. Long-term rate of mesh sling removal following midurethral mesh sling insertion among women with stress urinary incontinence. *JAMA* 2018;320:1659-1669.

Conflicto de intereses

El Dr. Brubaker declara no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.