

La incontinencia urinaria en mujeres mayores puede augurar disminución en el equilibrio y en el rendimiento físico

Parker-Autrey C, Houston DK, Rushing J, et al. Characterizing the functional decline of older women with incident urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2017;130(5):1025-1032.

Resumen. Este es un análisis secundario del estudio longitudinal de envejecimiento saludable y composición corporal. Los investigadores trataron de estudiar las asociaciones longitudinales entre los cambios en el deterioro funcional y el desarrollo de la incontinencia urinaria (IU) a lo largo del tiempo.

El resultado primario fue el cambio en el rendimiento físico que comparó continentes con aquellas que desarrollaron incontinencia durante un período de 4 años. Los resultados secundarios incluyeron la asociación entre la IU y el rendimiento físico, la sarcopenia (baja masa muscular y fuerza) y los niveles de vitamina D.

El estudio incluyó al inicio mujeres en buen estado y continentes, y excluyó a las mujeres con discapacidad funcional o IU basal. Los investigadores plantearon la hipótesis de que "las mujeres mayores que desarrollan IU sufrirían una disminución más significativa del rendimiento físico, desarrollarían sarcopenia y concentraciones más bajas de 25-hidroxivitamina D en suero en comparación con las mujeres del continente".

El resultado primario se midió sobre la base de los puntajes de la batería de rendimiento físico corto (SPPB, por sus siglas en inglés). El SPPB incluye tareas de equilibrio de pie, caminata de 6 metros de forma habitual y tiempo para completar cinco soportes de silla repetidos. Se utilizó un tiempo de caminata de 400 metros para evaluar la movilidad y la tolerancia al ejercicio.

Se utilizaron tres puntos de corte estándar para definir la sarcopenia (masa del músculo esquelético, velocidad de la marcha y fuerza de prensión), y se obtuvo el nivel sérico de 25-hidroxivitamina D a los 2 años de seguimiento. La información sobre el tipo de IU y la gravedad

se obtuvo a través de cuestionarios no estandarizados.

De las participantes en el estudio Healthy Aging and Body Composition, 673 mujeres cumplieron los criterios de inclusión y tuvieron datos de seguimiento a 4 años. Aproximadamente el 33% desarrolló la IU durante el período de seguimiento: el 70% IU de urgencia, el 17% la IU de estrés y el 13% no está relacionado con la urgencia o el estrés.

Después de ajustar por las covariables, los puntajes del SPPB de la paciente mostraron una ligera disminución en aquellas con IU en comparación con las mujeres continentes, lo que se debió principalmente a las diferencias en la posición de pie.

Puntuación de equilibrio (diferencia de puntaje SPBB media ajustada después de 4 años, 0,32; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,04-0,6; $P = 0,02$).

Los cambios en la movilidad y el estado de la sarcopenia no se asociaron con el desarrollo de la IU ni con el nivel sérico de vitamina D asociado con el desarrollo de la IU. Sin embargo, después de controlar la edad, la raza y el índice de masa corporal, hubo una modesta asociación entre la sarcopenia y la IU en desarrollo en el año 4 (odds ratio, 1,7; IC del 95%, 1,0-2,9). Además, el desarrollo de la IU se asoció con una mayor incidencia de sarcopenia (37% de incontinencia vs. 27% de continentes, $P = 0,6$).

Las asociaciones entre la IU, la discapacidad y la sarcopenia fueron modestas en este estudio, aunque coinciden con otros estudios. No hubo asociación entre los niveles séricos de vitamina D y el desarrollo de IU durante el período de seguimiento de 4 años.

Comentario

Los ginecólogos, específicamente como proveedores de medicina pélvica femenina y cirugía reconstructiva (MPFCR), hemos observado una mayor atención al vínculo entre el envejecimiento, la discapacidad y los trastornos del piso pélvico. Parker-Autry y sus colegas logran evaluar este problema mediante su investigación al describir las asociaciones entre la IU, la discapacidad, la tolerancia al ejercicio, la sarcopenia y la vitamina D sérica. Mientras que los proveedores de atención primaria pueden estar más familiarizados con estas variables no ginecológicas en sus prácticas, este estudio destaca la necesidad de que los ginecólogos y todos los proveedores reconozcan estos factores como parte de un enfoque integral para el cuidado de las pacientes con IU.

Otros análisis secundarios de grandes bases de datos de población han descrito la IU y su relación con la discapacidad. En un estudio longitudinal de 570 participantes que incluyeron hombres y mujeres, Berardelli y sus asociados utilizaron varios parámetros, incluidas actividades de la vida diaria (AVD), examen de estado minimalestal, fuerza de agarre manual y estado de salud autoinformado para definir un fenotipo de fragilidad en su cohorte¹. Encontraron que los participantes con incontinencia tenían más probabilidades de presentar fragilidad, y los que tenían incontinencia después de los 90 años tenían una mayor mortalidad.

Del mismo modo, Holroyd-Leduc y sus colegas realizaron un análisis secundario de participantes de 70 años en adelante, de los años 1993 y 1995, en el estudio Dinámica de Activos y Salud entre los Viejos Viejos². En el seguimiento a 2 años de 6.506 personas que vivían en comunidades, encontraron asociaciones positivas entre IU y muerte, admisión en el hogar de ancianos y disminución en AVD.

La asociación entre la IU y el aumento de la mortalidad no ha sido uniforme en todos los estudios; sin embargo, varios estudios han demostrado una asociación entre la IU y la fragilidad, un síndrome geriátrico relacionado con la discapacidad, aunque es independiente de ella³.

Las consideraciones multidisciplinarias en el tratamiento de la IU pueden proporcionar un

enfoque efectivo y no farmacológico de la IU en adultos mayores. Herari y sus asociados demostraron el uso de una evaluación geriátrica integral en una clínica realizada por un geriatra, con el objetivo de abordar las comorbilidades médicas y los tratamientos de primera línea (ejercicio del suelo pélvico, micción temporal, etc.) para la IU.

Aunque solo el 38% de los pacientes en el estudio fueron eventualmente tratados con anticolinérgicos, todos recibieron otros enfoques no farmacológicos para el tratamiento. La mayoría de los pacientes indicaron que eran continentes o mejoraron a los 4 meses de seguimiento. Los ginecólogos y los proveedores de MPFCR pueden beneficiarse al trabajar con geriatras u otros proveedores de atención primaria para optimizar las comorbilidades médicas como parte de un enfoque integral de la IU.

Aunque los geriatras, los internistas y los proveedores de medicina familiar pueden ser más expertos que los ginecólogos en el tamizaje de la discapacidad funcional, los estudios sugieren que la IU no se aprecia en los entornos de atención primaria. Una auditoría nacional realizada en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte descubrió que una abrumadora mayoría de los entornos clínicos tenían políticas que requerían que se les preguntara a los pacientes acerca de los "problemas de vejiga"; sin embargo, solo un tercio tenía una política para controlar la incontinencia.⁵ Además, solo alrededor de la mitad de las instalaciones informaron la disponibilidad de proveedores capaces de realizar exámenes abdominales, rectales y vaginales pertinentes al tratamiento de la incontinencia.

En los Estados Unidos, el proyecto "Evaluar el cuidado de las personas mayores vulnerables en RAND" desarrolló indicadores de calidad para adultos de 65 años y más que viven en la comunidad.

Varios de los indicadores de calidad pertenecen a la IU. Aplicando estos indicadores de calidad en una auditoría de gráficos seleccionados aleatoriamente en dos organizaciones administradoras de salud, los investigadores encontraron que el 36% tenía IU; sin embargo, solo el 20% de los pacientes mujeres se sometieron a un examen pélvico. Además, el 50% documentó tratamiento médico, mientras que

solo el 13% documentó intervenciones conductuales.⁶ En esta auditoría de cuadros, los pacientes en los entornos de consulta recibieron una atención más integral.

Los resultados de Parker-Autry y asociados, como gran parte de la información sobre la IU y la discapacidad, no guían a los médicos a la mejor aplicación de los resultados del estudio. Los métodos de estudio no nos permiten comprender las asociaciones causales entre la IU y la discapacidad. Con asociaciones variables débiles o modestas, este estudio genera más hipótesis que respuestas a una pregunta de estudio. ¿La incontinencia urinaria acelera el desarrollo de la discapacidad? O, a medida que las personas se vuelven más discapacitadas, ¿desarrollan la IU? ¿Podrían las intervenciones para tratar la IU retrasar la discapacidad? ¿Pueden las intervenciones para tratar la discapacidad ser herramientas efectivas y no quirúrgicas para tratar la IU? Existe una necesidad de estudios de alta calidad específicos para las poblaciones geriátricas que ayuden a comprender mejor estas cuestiones.

Este estudio de Parker-Autry y sus colegas sí aumenta el potencial de la atención primaria y de los proveedores especialistas para considerar la IU como un síndrome multifactorial. Dadas las advertencias actuales con respecto a las medicaciones anticolinérgicas,⁷ y dado que el tratamiento más efectivo para la incontinencia urinaria de esfuerzo es la cirugía⁸, es importante comprender los tratamientos no invasivos para la IU, especialmente para pacientes mayores. En consecuencia, es imperativo que los proveedores primarios y los especialistas trabajen en colaboración para el cuidado de sus pacientes, especialmente en la población geriátrica.

Este estudio y otra literatura respaldan que la IU no es solo un problema de calidad de vida, sino que también afecta la discapacidad y potencialmente la mortalidad. Nuestros pacientes merecen una mejor atención para el reconocimiento, la gestión y el seguimiento de la IU.

Referencias

1. Berardelli M, de Rango F, Morelli M, et al. Urinary incontinence in the elderly and in the

oldest old: correlation with frailty and mortality. *Rejuvenation Res.* 2013;16(3):206-11.

2. Holroyd-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky KE. Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(5):712-8.
3. Johnson TM 2nd, Bernard SL, Kincade JE, Defries GH. Urinary incontinence and risk of death among community-living elderly people: results from the National Survey on Self-Care and Aging. *J Aging Health.* 2000;12(1):25-46.
4. Harari D, Igbedioh C. Restoring continence in frail older people living in the community: what factors influence successful treatment outcomes? *Age Ageing.* 2009;38(2):228-33.
5. Wagg A, Potter J, Peel P, Irwin P, Lowe D, Pearson M. National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence. *Age Ageing.* 2008;37(1):39-44.
6. Gnanadesigan N, Saliba D, Roth CP, et al. The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *J Am Med Dir Assoc.* 2004;5(3):141-6.
7. American Urogynecologic Society (AUGS) Guidelines Committee, Thomas TN, Walters MD. AUGS consensus statement: association of anticholinergic medication use and cognition in women with overactive bladder. *Female Pelvic Med and Reconstr Surg.* 2017;23(3):177-8.
8. Rovner ES, Wein AJ. Treatment options for stress urinary incontinence. *Rev Urol.* 2004;6(suppl 3):S29-S47.

Amy Rosenman, MD,
FACOG, FPMRS
Health Sciences Clinical Professor, OBGYN
Director, Urogynecology UCLA Santa Monica
Santa Monica, California
Aldene Zeno, MD
FPMRS Fellow, Harbor-
UCLA Medical Center
Torrance, California

Conflicto de intereses:

Los doctores Rosenman y Zeno informan que no tienen conflictos financieros relevantes.