

EDITORIAL

Tratamiento conservador de la incontinencia urinaria y el prolapso genital. De la evidencia a la práctica clínica

M. España Pons

Unidad de Suelo Pélvico.
ICGON. Hospital Clínic.
Barcelona

Cada vez hay más mujeres con síntomas de incontinencia urinaria (IU) leve-moderada, que consultan directamente al médico de familia, al ginecólogo, al urólogo u a otro profesional por este problema de salud. No obstante, sigue habiendo muchas con síntomas de IU de larga evolución que no consultan y dicen que no han pedido ayuda antes porque no les ha preocupado, hasta que el impacto de la IU en su vida diaria ha sido importante. La detección de mujeres con síntomas de IU ocultos, mediante pregunta directa o cuestionarios, en la consulta del médico de familia o del especialista en ginecología y urología, es un tema que no está aún establecido de forma eficaz en la práctica clínica. Disponemos de datos de nuestro país que demuestran que casi la mitad de las mujeres que acuden a una consulta de ginecología general por cualquier motivo (para una revisión ginecológica o para ser atendidas por otro problema ginecológico), cuando se les pregunta mediante un cuestionario validado sobre si tienen síntomas de IU responden afirmativamente. La distribución de los casos de IU detectados, de acuerdo con la gravedad de los síntomas, demuestra que predominan las mujeres con una sintomatología leve-moderada. Cuando a estas mujeres se les pregunta si quieren ser estudiadas y tratadas, se observa que no todas están preocupadas por este problema, sobre todo las que tienen una IU leve, pero la mayoría de las que tienen síntomas de IU moderada y todas las que presentan una IU grave desean ser tratadas¹.

Existen tratamientos aplicables a todas las mujeres con IU cuando los síntomas se están iniciando, que pueden aplicarse en un primer nivel asistencial y que han demostrado su eficacia. Sólo una pequeña proporción de mujeres con IU requerirá procesos diagnósticos y tratamientos más complejos, que implicarán su derivación a una unidad especializada en patología del suelo pélvico. El tratamiento conservador de la IU con cambios en el estilo de vida, asociados a la reeducación muscular del suelo pélvico (RMSP), está incluido como tratamiento de primera línea en todas las guías clínicas de sociedades científicas y de agencias de salud. En función de la evidencia, el tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en una mujer con síntomas de IU, sobre todo si éstos son leves o moderados, y ha de ser fácilmente accesible. La recomendación del tratamiento conservador se basa en datos que ofrecen un nivel de evidencia 1, con un grado de recomendación A. Para las mujeres con síntomas de IU de esfuerzo (IUE) leve-moderada, este tratamiento puede curar o mejorar sus síntomas en un alto porcentaje de casos². Cuando a los síntomas de IUE se asocian a síntomas de vejiga hiperactiva, es recomendable añadir un tratamiento farmacológico.

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es el otro problema uroginecológico más frecuente en la consulta de ginecología. Los síntomas de POP son menos prevalentes que los de IU, aunque en la exploración vaginal de la mayoría de las mujeres que han tenido algún parto vaginal

puede observarse cierto grado de descenso de las paredes vaginales. La progresión natural del POP se desconoce, y es imposible establecer un pronóstico de la evolución. Lo cierto es que sólo una pequeña proporción de mujeres expresará en algún momento de su vida síntomas de bulto genital que suponga un impacto en su calidad de vida diaria, de tal forma que una vez valorado se considere que requiera un tratamiento quirúrgico. Disponemos de datos que indican que sólo un 2% de las mujeres de entre 40 y 45 años de edad tendrá que someterse a una intervención quirúrgica para corregir el POP; la incidencia de este tipo de intervención va aumentando de forma progresiva, y a partir de los 70 años de edad un 20% de estas mujeres deberán operarse a causa de un POP sintomático.

Dado que la historia natural del POP no se conoce, es importante establecer los cuidados que pueden indicarse en las mujeres en quienes se ha detectado un descenso de las paredes vaginales aún asintomático en la exploración pélvica, o en las que consultan por síntomas de POP pero no quieren, o no pueden, someterse a una intervención quirúrgica. Aparte de la cirugía, estas mujeres pueden optar también por el tratamiento conservador con RMSP si el POP es de grado leve-moderado. Un estudio aleatorizado y multicéntrico demostró una disminución de los síntomas de POP al año de haber finalizado el estudio en las mujeres que habían seguido un programa de RMSP, respecto a las que no habían sido tratadas³.

Actualmente disponemos de datos suficientes que nos permiten recomendar un tratamiento inicial con RMSP, aplicable en un primer nivel asistencial, tanto para la IU como para el POP. El problema fundamental respecto al tratamiento conservador con RMSP es la gran variedad de programas en la práctica clínica, que se basan sólo en la experiencia del terapeuta y no en datos científicos, así como la falta de coordinación entre profesionales. Existe una necesidad imperiosa de que se establezcan criterios estandarizados en la aplicación de los tratamientos fisioterapéuticos de la IU y del POP, que permitan realizar un pronóstico del resultado terapéutico y utilicen técnicas basadas en los resultados de estudios, que aporten un nivel de evidencia científica suficiente como para poder recomendar el tratamiento mejor a cada paciente. Los clínicos, ya sean ginecólogos o urólogos, que indican un tratamiento conservador, han de saber cómo se van a tratar sus pacientes y que ello no dependa sólo del criterio del terapeuta al que se derivan. La única forma de que esto sea así es que los profesionales y las sociedades científicas trabajen juntos en el proceso de elaboración de las guías de práctica clínica.

La mayoría de las mujeres que acuden a un terapeuta especializado en problemas del suelo pélvico, lo hacen a través de un clínico (ginecólogo, urólogo, etc.), que después de un proceso diagnóstico, en el que ha identificado el tipo y el grado de IU y/o POP, decide, de acuerdo con la paciente, que la mejor opción terapéutica es el tratamiento conservador mediante la RMSP. En este contexto parece imprescindible que exista una comunicación buena, y sobre todo eficaz, entre el médico y el terapeuta. El terapeuta no ha de aceptar a un paciente que no tenga un diagnóstico clínico; tampoco ha de asumir el papel del especialista y, sobre todo, no se han de repetir pruebas o estudios ya realizados. Es fundamental establecer una coordinación entre los profesionales para poder ofrecer a la mujer la seguridad de que ambos están de acuerdo en la forma de tratamiento y, si surge algún problema durante éste, el médico estará al corriente. Una vez finalizado el tratamiento, el resultado se ha de valorar comparando los datos, medidos con los mismos instrumentos empleados antes de empezar el tratamiento (cuestionarios, exploraciones, etc.), y la paciente debe ser remitida de nuevo a su médico con un informe. En muchos centros esto ya es así hoy en día, pero no en todos. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Espuña Pons M, Ros C, Ortega JA, Aliaga F, Pérez-González A, Palau MJ; GRESP. Prevalence, incidence and remission rates of urinary incontinence in women attended in gynecological practice. *Neurourol Urodyn*. 2016 (en prensa).
2. Abrams PH, Cardozo L, Khoury AE, Wein A, eds. *International consultation on urinary incontinence*. Plymouth: Health Publication/ Plymbridge, 2013.
3. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2014; 383(9919): 796-806.