

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo de hiperactividad vesical en mujeres con obesidad mórbida

A. Pérez González¹, C. Ros Cerro¹, M.J. Palau Pascual², B. Hergueta de Diego³, J. Rovira Tapia², M. Espuña-Pons¹

Hospital Clínic. Barcelona. ¹Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). ²Institut Clínic de Medicina i Dermatologia (ICMiD).

³Institut Clínic de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDiM)

RESUMEN

Introducción: La obesidad se ha relacionado con la incontinencia urinaria (IU) de esfuerzo, pero existen pocos datos sobre su asociación con la vejiga hiperactiva (VH).

Objetivo: Determinar la prevalencia de los síntomas de VH en un grupo de mujeres con obesidad mórbida y analizar las características diferenciales entre las pacientes con y sin VH.

Material y métodos: Se diseñó un estudio de corte transversal, reclutando a las mujeres que acudían a la Unidad de Obesidad del Hospital Clínic para una primera visita. Las pacientes cumplimentaron el cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (CACV). En caso de que presentaran síntomas de IU, se recogían datos sobre su historia clínica y se les realizaba el test de la compresa de 24 horas.

Resultados: De las 327 pacientes reclutadas, 158 (48,3%) tenían síntomas de VH en el CACV, y en el 81% de los casos la VH se asociaba a IU. Las puntuaciones medias correspondieron a sintomatología moderada con afectación moderada. Se constató una correlación entre los síntomas de VH y la edad, el tratamiento antidepressivo y el antecedente de infecciones urinarias. La gravedad de la IU expresada por la paciente se correlacionó con la objetivada mediante el test de la compresa.

Conclusiones: Casi la mitad de las mujeres con obesidad mórbida que consultan en una unidad de obesidad presentan síntomas urinarios de VH, especialmente las que toman antidepressivos o refieren antecedentes de infecciones urinarias recurrentes.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: obesidad, incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva.

ABSTRACT

Overactive bladder risk factors in morbidly obese women

Introduction: Obesity is associated with stress urinary incontinence (UI), but there are few data about its association with overactive bladder (OB).

Objectives: to determine the prevalence of symptoms of OB in a group of obese women, and to analyze the different characteristics of patients with and without OB.

Material and methods: a cross-sectional study was designed, recruiting women attending the Obesity Unit of Hospital Clínic. Patients filled the Spanish version of the Bladder Control Self-Assessment Questionnaire (B-SAC). Clinical history data were collected and a 24-hour pad test was performed on all patients with symptoms of UI.

Results: 158 of 327 patients (48.3%) presented OB symptoms in B-SAC, and up to 81% were associated with UI. The mean scores showed moderate symptoms with moderate concern. Correlations were observed between OB symptoms and age, antidepressant treatment and history of urinary tract infections. The IU severity expressed by the patient correlated with that observed in the pad test.

Conclusions: almost half of obese women who consult an obesity unit display urinary symptoms of OB, especially those who take antidepressants or have a history of recurrent urinary tract infections.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: obesity, urinary incontinence, overactive bladder.

Dirección para correspondencia:

M. Espuña Pons. Correo electrónico: mespuna@clinic.ub.es

Introducción

La obesidad es una epidemia que afecta hasta al 10-20% de los adultos en los países desarrollados, aunque en algunas zonas este porcentaje se eleva al 66% si sumamos los individuos con sobrepeso y obesidad¹. La obesidad se asocia a múltiples comorbilidades, entre ellas la incontinencia urinaria (IU).

Diversos estudios describen el índice de masa corporal (IMC) como un factor de riesgo independiente para la IU². El exceso de peso en la zona abdominal conlleva una presión continua sobre las estructuras de la cavidad pélvica^{3,4}. Esta presión crónica actúa estirando y debilitando la musculatura y los nervios que forman el suelo pélvico, lo que podría inducir cambios en los sistemas de fijación y soporte de los órganos pélvicos. Así, se favorece la hipermovilidad uretral y la IU de esfuerzo⁵. Estudios urodinámicos realizados en mujeres con obesidad han demostrado que la causa principal de la IU en estas pacientes es el aumento de la presión intraabdominal⁶. Además, la obesidad se asocia también a otras disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia anal y el prolapso genital^{7,8}.

No obstante, existen pocos datos sobre la asociación de la obesidad con la vejiga hiperactiva (VH). La International Continence Society define el síndrome de la vejiga hiperactiva como la asociación de los síntomas de urgencia y el aumento de frecuencia miccional, con o sin incontinencia de urgencia⁹. La IU de urgencia (IUU) se atribuye a una contractibilidad aumentada del músculo detrusor.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de los síntomas de VH en un grupo de mujeres con obesidad mórbida que acudían para ser tratadas en la Unidad de Obesidad de nuestro hospital, así como analizar las características diferenciales entre las pacientes con obesidad mórbida con y sin VH.

Material y métodos

Pacientes

Se diseñó un estudio de corte transversal, con una muestra que incluyó a todas las pacientes que acudieron a una primera visita en la Unidad de Obesidad del Hospital Clínic de Barcelona (hospital de tercer nivel) durante un periodo de 12 meses. Para la detección de los síntomas de VH, se utilizó un cuestionario que debía contestar la paciente. Sólo se excluyeron del estudio las pacientes con incapacidad para la comprensión escrita de los cuestionarios.

Cuestionario y variables de estudio

El test utilizado fue el cuestionario de autoevaluación de control de la vejiga (CACV)¹⁰. El CACV es la versión española del Bladder Control Self-Assessment Questionnaire

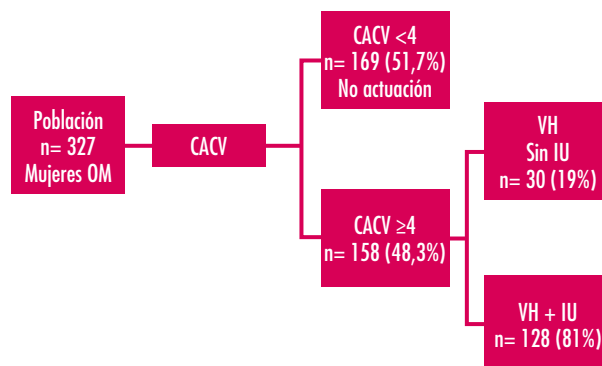


Figura 1. Distribución de las pacientes del estudio según el resultado del cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (CACV)

(B-SAQ)¹¹, diseñado por un grupo europeo de expertos en disfunciones del tracto urinario inferior con el objetivo de identificar, a través de su autocumplimentación, a las personas con síntomas de VH y el grado de preocupación que representa para ellas. Es un cuestionario con tan sólo 8 ítems, agrupados en dos escalas: «molestias» y «síntomas». La puntuación de ambas escalas puede variar entre 0 y 12 puntos. Se consideró que todas las pacientes que obtuvieron una puntuación del CACV ≥ 4 tenían sintomatología de VH (figura 1). La gravedad de los síntomas de VH se estableció de acuerdo con la puntuación total del CACV, que oscila entre 1 y 12.

Todas las mujeres con síntomas urinarios de IU y/o VH fueron invitadas a asistir a una sesión informativa sobre las disfunciones del suelo pélvico y la importancia de la obesidad como factor de riesgo. A continuación, se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su participación en él. Todas las pacientes que accedieron a participar firmaron un consentimiento informado y cumplimentaron una hoja de recogida de datos diseñada específicamente para el estudio.

En la visita de inclusión se recogieron los siguientes datos sobre las participantes: edad, talla, peso, IMC, perímetro abdominal (PA), existencia de actividad sexual, partos y tipos de parto, antecedentes de histerectomía, cirugía correctora previa de la IU, presencia de enfermedades concomitantes (infecciones urinarias de repetición, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, depresión, etc.) y tratamiento farmacológico con antidepresivos. Se les preguntó el número y tipo de absorbentes utilizados diariamente, en caso de requerirlos. Para cuantificar las pérdidas de orina, se les facilitaron los absorbentes necesarios para realizar el test de la compresa de 24 horas.

Tabla 1. Características de las pacientes con obesidad mórbida con o sin síntomas de vejiga hiperactiva

	Sin VH (CACV <4) n= 169	Con VH (CACV ≥4) n= 158	p
Edad	43,46 (13,2)	49,02 (12,9)	<0,001*
IMC	44,17 (7,1)	44,21 (6,6)	0,898*
Perímetro abdominal	124,01 (15,2)	127,28 (13,3)	0,087*
Paridad	1,30 (1,3)	1,74 (1,5)	0,004*
Cirugía IUE	1,8%	2,8%	0,588**
Histerectomía	7,5%	5,1%	0,374**
Síntomas de IA	2,8%	19%	0,026**
Tratamiento de la depresión	21,9%	38,0%	0,002**
ITU	3,4%	13,9%	0,001**
Actividad sexual	62,1%	51,8%	0,432**
CACV síntomas	1,45 (1,1)	5,83 (2,2)	<0,001*
CACV afectación	0,8 (1,00)	5,34 (3,0)	<0,001*

*Test de Mann-Whitney. **Test de la ji al cuadrado.

CACV: cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga; IA: incontinencia anal; IMC: índice de masa corporal; ITU: infección del tracto urinario; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; VH: vejiga hiperactiva.

Análisis estadístico

El tratamiento de los datos se realizó mediante el programa SPSS v.14. Para describir la muestra estudiada, se utilizaron la media y la desviación típica para las variables cuantitativas, y la frecuencia absoluta y la relativa para las variables cualitativas. Para evaluar las diferencias en las variables de los grupos del estudio se emplearon la prueba de la t de Student, el test de Mann-Whitney para datos no apareados y el estadístico de la ji al cuadrado (uso de protección).

Resultados

Se incluyeron consecutivamente 327 mujeres con obesidad (definida como un IMC >30 kg/m²). Del total de mujeres que participaron en el estudio, 158 (48,3%) presentaban síntomas de VH (puntuación ≥ 4 puntos en la dimensión síntomas o molestias del cuestionario CACV). Las características de las pacientes con obesidad mórbida, con o sin síntomas de VH, se muestran en la tabla 1.

Sólo en 30 de las 158 mujeres (19%) los síntomas de VH no se acompañaban de IU; en el 81% restante existía IU asociada. La puntuación media del CACV en la dimensión de síntomas fue de 5,83 (2,2), lo que corresponde a una VH de grado moderado, y en la dimensión de afectación fue de 5,34 (3,0), que también corresponde a una afectación moderada.

Los resultados del análisis multivariante (tabla 2) constataron, en el grupo de mujeres con obesidad mórbida, una asociación significativa entre la VH y los siguientes factores: edad (*odds ratio* [OR] 1,27), estar en tratamiento por depresión (OR 1,79) y antecedente de infecciones del tracto urinario inferior (ITUs) (OR 3, 41).

Al estudiar los resultados del test de la compresa, se observó una fuerte correlación entre la gravedad de la IU expresada por la paciente en el cuestionario, y la cantidad de pérdidas de orina objetivada mediante el test de la compresa. El rango de variación del resultado del test de la compresa osciló entre 0 y 412 g. El peso medio de la compresa fue de 4,05 g en las pacientes con síntomas urinarios leves, de 7,8 g en las que presentaban síntomas moderados, de 28,4 g en las que tenían síntomas graves y de 116,2 g en las que sufrían síntomas muy graves (p >0,001).

Discusión

Diversos artículos han analizado las características basales de las pacientes con obesidad y síntomas de disfunciones del suelo pélvico¹². En algunos de ellos, la población de estudio estaba formada por mujeres obesas que iban a ser intervenidas de cirugía bariátrica¹³⁻¹⁶. En cambio, nuestro estudio analizó los síntomas urinarios sugestivos de VH en todas las pacientes que a lo largo de un año consultaron en nues-

Tabla 2. Análisis multivariante de la vejiga hiperactiva (global) y obesidad mórbida

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	IC del 95% para Exp (B)	
							Lower	Upper
Edad*	0,027	0,009	8,195	1	0,004	1,027	1,008	1,046
Depresión*	0,580	0,269	4,652	1	0,031	1,786	1,054	3,027
ITUs de repetición*	1,226	0,523	5,494	1	0,019	3,406	1,222	9,491
Constant	1,411	0,441	10,241	1	0,001	0,244		

*Variable o variables analizadas: edad, depresión, infecciones del tracto urinario.

tra Unidad de Obesidad para conseguir una reducción de peso. Esto proporciona una perspectiva más amplia del perfil de los síntomas urinarios en mujeres con un problema de obesidad, con una prevalencia de la IU entre la población obesa más extrapolable, teniendo en cuenta que se ha seleccionado un subgrupo de pacientes con obesidad mórbida (IMC medio de 47 kg/m²).

Dado que el IMC puede sobrestimar el peso corporal en individuos con abundante masa muscular e infraestimarlos en personas de edad avanzada con menor masa muscular, se midió igualmente el PA a las pacientes del estudio. Las mujeres con un PA ≥ 88 cm presentan obesidad central, androide. Se postula que una mujer con IU y un PA incrementado se beneficiaría más de una reducción de peso que una mujer con obesidad ginecoide^{15,17-19}.

En la bibliografía se ha descrito un efecto dosis-respuesta entre la obesidad y la IU en general, con una OR de 2,0 en el grupo de las mujeres con sobrepeso, respecto a aquellas con normopeso, y de 4-5 en el de las mujeres con obesidad igual o superior al grado I (IMC >30 kg/m²), respecto a las mujeres con normopeso. En un estudio americano, se constató una prevalencia de VH del 22% (19-24) en mujeres obesas, frente a un 10% (9-11) en mujeres no obesas⁷. En nuestra población de mujeres con obesidad mórbida la prevalencia de VH fue superior (48,3%), lo que es coherente con la tendencia descrita de observar una mayor prevalencia de VH a medida que aumenta el grado de obesidad.

Asimismo, se ha señalado una asociación mayor del incremento de peso con la IU de esfuerzo (incluyendo la incontinencia mixta) que con la IUU y la VH²⁰. Las OR calculadas para IUU y VH en mujeres con sobrepeso y obesidad fueron de 1,24 y 1,46, respectivamente²¹. De acuerdo con estos hallazgos, al analizar nuestra muestra de mujeres no hemos encontrado diferencias significativas en el IMC y el PA entre el grupo de pacientes obesas con VH y el grupo sin VH. En cambio, y en consonancia con la bibliografía, la edad sí aumenta de forma significativa en el grupo con VH.

Casi la mitad de las pacientes de nuestro estudio presentaban síntomas de VH, con puntuaciones en el CACV ≥ 4 . Debido al desconocimiento de la fisiopatología que explicaría la relación entre VH y obesidad, sería de utilidad valorar las posibles diferencias entre las características de las mujeres obesas con y sin síntomas de VH, y poder seleccionar el subgrupo de pacientes con mayor predisposición a padecer dicha sintomatología. El análisis multivariante ajustando por edad muestra una asociación significativa de la VH con la toma de antidepresivos (OR 1,79), así como con el antecedente de ITUs de repetición (OR 3,41), para este grupo de mujeres con obesidad mórbida. Estos resultados coinciden con los del estudio de Whitcomb et al.⁸, donde los defectos del suelo pélvico en mujeres obesas se asociaban significativamente con la edad y, de nuevo, con las ITUs recurrentes (OR 2,20; IC: 1,54-3,14) y la depresión (OR 1,90; IC: 1,36-2,64). Ambos estudios permiten destacar la importancia de realizar una anamnesis dirigida para identificar estas dos comorbilidades.

Respecto a la depresión, existen diversos estudios que apoyan una asociación fuerte e independiente de la sintomatología depresiva con los episodios de IU, la molestia que éstos originan y la afectación de la calidad de vida de las pacientes con sobrepeso u obesidad²². Dicha asociación persiste tras ajustar el análisis por factores de riesgo establecidos del síndrome depresivo, como la depresión mayor, la edad, el nivel educacional o el IMC. A pesar de que el mecanismo exacto que relaciona la depresión con la IU se desconoce, el cribado de sintomatología depresiva en mujeres con IU parece de utilidad. Será necesario determinar con nuevos estudios si el tratamiento de una de las dos entidades mejora la otra.

En segundo lugar, las ITUs de repetición (definidas como >3 episodios/año) son potencialmente tratables con antibioterapia profiláctica y medidas higiénico-dietéticas. Dichas medidas podrían mejorar la VH y la calidad de vida de estas pacientes, así como reducir el riesgo de pielonefritis y sepsis²³. En este contexto, las mujeres con diabetes, una comorbilidad frecuente en pacientes obesas, presentan una mayor prevalencia de IU e ITUs²⁴, con una relación causal probablemente de origen bidireccional.

Finalmente, dado que la pérdida de peso es notoriamente difícil de conseguir y mantener, se debería valorar añadir un fármaco anticolinérgico en las pacientes con VH para disminuir la sintomatología urinaria²⁵.

Conclusiones

Casi la mitad de las mujeres con obesidad mórbida que solicitan ayuda a una unidad especializada en obesidad presentan síntomas urinarios de VH, cuya detección mediante un cuestionario es fácil de incluir en la visita inicial.

Se aconseja prestar una especial atención al grupo de mujeres con obesidad mórbida en tratamiento con antidepressivos, así como a las que refieren antecedentes de ITUs.

Para aclarar la biopatología de la asociación que existe entre VH y obesidad, habría que realizar nuevos estudios que incluyeran una valoración funcional completa (neurofisiológicos y urodinámicos) en este subgrupo de pacientes y en un grupo control con peso normal. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894: i-xii, 1-253.
2. Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn*. 2008; 27: 749-757.
3. Noblett KL, Jensen JK, Ostergard DR. The relationship of body mass index to intra-abdominal pressure as measured by multi-channel cystometry. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1997; 8: 323-326.
4. Sugerman H, Windsor A, Bessos M, Wolfe L. Intra-abdominal pressure, sagittal abdominal diameter and obesity comorbidity. *J Intern Med*. 1997; 241: 71-79.
5. Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2008; 112: 341-349.
6. Richter HE, Creasman JM, Myers DL, Wheeler TL, Burgio KL, Subak LL; Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) Research Group. Urodynamic characterization of obese women with urinary incontinence undergoing a weight loss program: the Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008; 19: 1.653-1.658.
7. Richter HE, Burgio KL, Clements RH, Goode PS, Redden DT, Varner RE. Urinary and anal incontinence in morbidly obese women considering weight loss surgery. *Obstet Gynecol*. 2005; 106: 1.272-1.277.
8. Whitcomb EL, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Luber KM. Prevalence and degree of bother from pelvic floor disorders in obese women. *Int Urogynecol J*. 2009; 20: 289-294.
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003; 61: 37-49.
10. España-Pons M, Puig M, Rebollo P. Validación de la versión en español del «Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga» (CACV). Un instrumento útil para detectar y evaluar el síndrome de vejiga hiperactiva en el primer nivel asistencial. *Actas Urol Esp*. 2006; 30: 1.017-1.024.
11. Basra R, Artibani W, Cardozo L, Castro-Díaz D, Chapple C, Cortés E, et al. Design and validation of a new screening instrument for lower urinary tract dysfunction: the bladder control self-assessment questionnaire (B-SAQ). *Eur Urol*. 2007; 52: 230-237.
12. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Bac-khaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al.; Grupo de Estudio Cooperativo EPICC. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del Estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 2009; 33: 159-166.
13. Laycock J. Clinical evaluation of pelvic floor. En: Schussler B, Laycock J, Norton P, Stanton S, eds. *Pelvic Floor Re-education*, 1.ª ed. Londres: Springer-Verlag, 1994; 42-48.
14. Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2005; 24: 374-380.
15. Khong S, Jackson S. Obesity and urinary incontinence. *Menopause Int*. 2008; 14: 53-56.
16. Whitcomb EL, Horgan S, Donohue MC, Lukacz ES. Impact of surgically induced weight loss on pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2012; 23: 1.111-1.116.
17. Richter HE, Kenton K, Huang L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E, et al. The impact of obesity on urinary incontinence symptoms, severity, urodynamic characteristics and quality of life. *J Urol*. 2010; 183: 622-628.
18. Han MO, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17: 35-39.
19. Hannestad YS, Hunskaar S. Waist-hip ratio associated with urinary incontinence in women. ICS annual congress. Montreal. Abstract 168.
20. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPICONT Study. *BJOG*. 2003; 110: 247-254.
21. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003; 92: 69-77.
22. Sung VW, West DS, Hernández AL, Wheeler TL 2nd, Myers DL, Subak LL; Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE). Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *AJOG*. 2009; 557: e1-e5.
23. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 167: 392-397.
24. Sarma AV, Kanaya A, Nyberg LM, Kusek JW, Vittinghoff E, Rutledge B, et al.; Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Urology*. 2009; 73: 1.203-1.209.
25. Chancellor MB, Oefelein MG, Vasavada D. Obesity is associated with a more severe overactive bladder disease state that is effectively treated with once-daily administration of tiroprium chloride extended release. *Neurourol Urodynam*. 2010; 29: 551-554.