

EDITORIAL

Un camino hacia la prevención y hacia un tratamiento personalizado

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en la mujer tienen una alta prevalencia y son muy diversos. Pueden ser la expresión tanto de las disfunciones de la fase de llenado como de vaciado vesical: urgencia y aumento de frecuencia miccional de día y/o de noche, incontinencia asociada a la sensación de urgencia o a los esfuerzos físicos, dificultad para el vaciado vesical, dolor vesical, enuresis.

Una proporción importante de estas mujeres que notan que no controlan bien el funcionamiento de su vejiga se quejan de que tienen que ir a orinar con mucha frecuencia; sienten una sensación repentina y muy intensa de ganas de orinar que no pueden controlar (urgencia), y a veces tienen escapes de orina antes de llegar al WC (incontinencia de urgencia). Hasta finales de la década de 1990, decíamos que estas mujeres tenían inestabilidad del detrusor (ID), y desde hace 20 años a esta asociación de síntomas se la denomina vejiga hiperactiva (VH). La concepción de este término surge con la justificación de que era de suma importancia mejorar la comunicación con los pacientes para que pudiesen reconocer en sí mismos estos síntomas urinarios sugestivos de VH, y también mejorar la formación de los profesionales de la salud sobre esta disfunción del tracto urinario inferior, para ayudarlos a identificar a las personas con VH y así éstas puedan beneficiarse de un tratamiento específico. Los síntomas de VH, debido a su imprevisibilidad, se asocian a problemas importantes en relaciones sociales, psicológicos, laborales, domésticos, físicos y sexuales. El nacimiento del nuevo término y su definición hace 20 años¹ facilitaron el tratamiento de muchas pacientes que tenían STUI y que hasta entonces no habían recibido ninguna atención, ni por parte de urólogos ni de ginecólogos o médicos de familia. Esta nueva definición basada en la asociación de síntomas, en el contexto de la aparición de nuevos fármacos para su tratamiento, se expandió como una ola, que aún no ha parado de crecer, haciendo que la VH esté presente en cualquier actividad de formación continua de Urología, Ginecología y también para médicos de Atención Primaria.

En la práctica clínica, y dada la dificultad para identificar en la mayoría de las pacientes la patología subyacente que conduce al desarrollo de los síntomas de la VH, se etiqueta como VH «idiopática». No obstante, en la segunda década de este siglo XXI, se publican nuevos datos procedentes de investigaciones sobre la fisiopatología de la VH que proporcionan una evidencia creciente sobre diversos mecanismos que pueden explicar la aparición de estos síntomas. Esto ha supuesto un cambio de paradigma que podríamos resumir diciendo que, en la etiopatogenia de la VH, la hiperactividad del detrusor (HD) ha dejado de ser el foco principal, ya que se han identificado otros mecanismos desencadenantes de estos síntomas pero que parten de otras estructuras distintas del músculo detrusor. Los nuevos datos sugieren un mecanismo de «señalización» aferente, que es donde se inicia la sensación de urgencia, que puede partir del urotelio, suburotelio² y también de la uretra³, y que se considera un mecanismo fisiopatológico principal de la VH. Además existen datos que muestran la posible implicación de otros factores etiológicos como el síndrome metabólico, los trastornos afectivos, la deficiencia de hormonas sexuales, la microbiota urinaria, los trastornos funcionales gas-

M. Espuña Pons

Unidad de Suelo Pélvico.
ICGON. Hospital Clínic.
Barcelona

trointestinales y las disfunciones subclínicas del sistema nervioso autónomo⁴.

El mejor conocimiento de la fisiopatología de la VH en los últimos 10 años ha cambiado el escenario y nos reta a describir fenotipos clínicos que puedan conducir en un futuro, esperemos que no muy lejano, a un enfoque más personalizado de los tratamientos de las mujeres con síntomas de aumento de la frecuencia, urgencia urinaria e incontinencia de urgencia. En estas mujeres la VH puede coexistir con otras patologías, como la incontinencia urinaria de esfuerzo por fallo en la función uretral, la infección del tracto urinario inferior, o trastornos ansiosos o depresivos, todos ellos posibles factores etiológicos de la VH. Por tanto, sólo aceptando la complejidad de la fisiopatología de la VH y evaluando cuidadosamente a cada paciente para identificar y tratar todos los factores que contribuyen a este complejo sintomático, podremos ofrecer en el futuro un tratamiento a medida. Esto sin duda será un gran avance respecto a la práctica actual, ya que aunque las guías clínicas actuales son la mejor manera de tratar la VH basándose en la evidencia existente, la personalización de los tratamientos es la única vía hacia la mejoría de los resultados.

No obstante, también es importante considerar que la investigación en VH se ha centrado hasta ahora en la epidemiología, la fisiopatología y la eficacia de los tratamientos, pero no en la prevención. Las estrategias de prevención han sido efectivas en muchas áreas de la salud humana, pero no se han utilizado para los STUI o la «salud vesical». La prevención es especialmente importante en las niñas y en las mujeres, ya que tienen un mayor riesgo de presentar estos síntomas debido en parte a factores anatómicos característicos del tracto urinario femenino, al impacto en la función vesical del embarazo, al parto y a los cambios hormonales en la menopausia. El estado de salud también está determinado por la interacción de factores biológicos con el contexto social y los comportamientos de las personas. Hay factores sociales que claramente pueden suponer un riesgo para la «salud vesical» de las mujeres, como las barreras para ir al baño en espacios públicos tanto por los problemas en el acceso como en la privacidad, seguridad y limpieza⁵. Las malas condiciones higiénicas

de los baños pueden provocar una micción disfuncional, que puede llevar a un vaciado incompleto de la vejiga y causar infecciones urinarias en la infancia y la adolescencia, que predisponen a las mujeres a experimentar infecciones urinarias a lo largo del curso de la vida. El acceso restringido al baño en las escuelas puede conducir a una ingesta restringida de líquidos y a una micción poco frecuente. En este contexto, la promoción de medidas de prevención que se inicien en etapas tempranas de la vida y eviten hábitos miccionales no saludables, y que son inexistentes en la actualidad, es claramente necesario. Cuando ya han aparecido los síntomas, una buena estrategia de educación sanitaria, consejos sobre la ingesta de líquidos y una dieta para la prevención del estreñimiento pueden aliviar o al menos evitar el agravamiento de los mismos.

El futuro en el cuidado de las mujeres con STUI en general y específicamente en las que padecen VH, pasa por poner en marcha estrategias de prevención, el diagnóstico basado en los nuevos criterios fisiopatológicos y los tratamientos personalizados en el contexto de la toma de decisiones compartida. Esto supone la necesidad de seguir con la formación de los profesionales y una flexibilización en las guías clínicas actuales en cuanto a la sistemática de aplicación de las distintas opciones de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21(2): 167-178. doi: 10.1002/nau.10052. PMID: 11857671.
2. Birder LA, Andersson KE, Kanai AJ, Hanna-Mitchell AT, Fry CH. Urothelial mucosal signaling and the overactive bladder-ICI-RS 2013. *Neurourol Urodyn.* 2014; 33(5): 597-601. doi: 10.1002/nau.22604. Epub 2014 May 16. PMID: 24838393; PMCID: PMC5517089.
3. Pipitone F, Sadeghi Z, DeLancey JOL. Urethral function and failure: a review of current knowledge of urethral closure mechanisms, how they vary, and how they are affected by life events. *Neurourol Urodyn.* 2021; 40(8): 1.869-1.879. doi: 10.1002/nau.24760. Epub 2021 Sep 6. PMID: 34488242; PMCID: PMC8556259.
4. Peyronnet B, Mironska E, Chapple C, Cardozo L, Oelke M, Dmochowski R, et al. A comprehensive review of overactive bladder pathophysiology: on the way to tailored treatment. *Eur Urol.* 2019; 75(6): 988-1.000. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.038. Epub 2019 Mar 26. PMID: 30922690.
5. Smith AL, Rickey LM, Brady SS, Fok CS, Lowder JL, Markland AD, et al.; Prevention of Urinary Tract Symptoms (PLUS) Research Consortium. Laying the foundation for bladder health promotion in women and girls. *Urology.* 2021; 150: 227-233. doi: 10.1016/j.urology.2020.03.011. Epub 2020 Mar 18. PMID: 32197984; PMCID: PMC7501176.