

La transición menopáusica no está asociada con el empeoramiento de la incontinencia urinaria

Factors associated with worsening and improving urinary incontinence across the menopausal transition. Obstet Gynecol 2008; 111: 667-677.

WAETJEN LE, FENG WY, YE J, ET AL, FOR THE STUDY OF WOMEN'S HEALTH ACROSS THE NATION.

Nivel de Evidencia: II-2

La transición hacia la menopausia no está significativamente asociada con los cambios en la frecuencia de incontinencia urinaria, fue lo encontrado por este estudio de mujeres del estudio Women's Health Across the Nation (SWAN), un estudio multicéntrico, multiétnico prospectivo de mujeres de edad mediana y en transición menopáusica.

Sin embargo, se encontró que la ganancia de peso y la ansiedad están asociadas con el agravamiento de la incontinencia.

Los datos fueron analizados de unos cuestionarios autoadministrados sobre la incontinencia urinaria y otros factores que los participantes del SWAN tomaron al inicio y en cada visita anual por seis años.

Al ingreso, las 2.230 mujeres (entre 42 y 52 años) incluidas en el análisis fueron premenopáusicas o menopáusicas tempranas, no estaban tomando terapia hormonal TH y reportaron incontinencia mensualmente o más frecuentemente. La incontinencia fue clasificada como estrés, urgencia o "cualquiera" (estrés y urgencia combinadas). El estudio evaluó los factores asociados con el empeoramiento o mejoría de los síntomas de incontinencia en seis años e incluyó el estado menopáusico (premenopausia, menopausia temprana, menopausia tardía o posmenopausia), peso y niveles de ansiedad y eventos estresantes.

En general, 14.7% de las mujeres incontinentes empeoraron, 32.4% mejoraron y 52.9% no cambiaron en frecuencia de los síntomas. Hubo pocas asociaciones con significancia estadística entre el estado de transición menopáusica y los cambios en la frecuencia de incontinencia. La perimenopausia estuvo aso-

ciada con mejoría en incontinencia cualquiera o de estrés (RR, 1.19; IC 95%, 1.06-1.35) y la posmenopausia se asoció con RR reducidos de agravamiento de incontinencia cualquiera o de urgencia (RR, 0.80; IC, 0.66-0.95), la ganancia de peso aumentó los niveles de síntomas de ansiedad, y eventos estresantes se asociaron con el agravamiento de los síntomas o más bajos RR de mejoría. Cada libra de peso ganado aumentó los RRs de agravamiento de la incontinencia (RR, 1.04; IC 1.03-1.05 y redujo los RR de mejoría de la incontinencia (RR 0.97; IC, 0.96-0.98).

Comentario. Waetjen y sus colegas merecen congratularse por el valiente esfuerzo en este estudio longitudinal para resolver una pregunta clínica relevante. Después de leer el artículo, sin embargo, no dejó constancia de si la pregunta investigada fue siempre hecha adecuadamente. La metodología es laboriosa y compleja y el volumen de los resultados, tablas y test estadísticos dificulta el seguimiento. El resumen presenta un escenario lógico, pero diseccionando el artículo revela la metodología que parece inadecuada para evaluar los factores asociados con el empeoramiento y mejoría de los síntomas urinarios en mujeres de edad mediana en un periodo de seis años.

El estudio SWAN no fue específicamente diseñado para contestar esta pregunta válida, no fue utilizado un cuestionario específico de incontinencia para determinar el tipo, severidad o impacto en la calidad de vida. Las definiciones de "empeoramiento" y "mejoría" son subóptimas, y un cuestionario autoadministrado está sujeto a significantes sesgos de recordación, a menos que el problema esté ocurriendo con relativa frecuencia. Las respuestas dadas a línea de base tienen el potencial de influir en los

resultados finales (p ej. si una mujer primero reportó incontinencia mensualmente, ella fue menos propensa a mejorar en el tiempo que si la respuesta fue diaria o semanalmente, y viceversa). Además, parece no contar en el tiempo para actores conocidos de producir un cambio o mejoría, tales como prolapso avanzado de órganos, cirugía para la incontinencia de estrés, terapia física o medicación anticolinérgica para hiperactividad del detrusor.

En la cadena de casualidad, uno se tiene que preguntar si la asociación es debida a sólo al azar, y si eso hace sentido biológico. Mientras tanto hace sentido fisiológico que cada

libra de peso ganado aumenta el riesgo de agravamiento de la incontinencia y reduce el riesgo de mejoría, y no hace sentido que el avance del estado de menopausia (que está asociado significativamente con el aumento del riesgo de mejoría de cualquier incontinencia) lo haga. El conocimiento de si la transición menopáusica está asociada con el agravamiento o la mejoría de la incontinencia urinaria permanece elusivo.

John B. Gebhart, MD
Department of Obstetrics & Gynecology
Mayo Clinic
Rochester, MN

MENOPAUSIA AL DÍA

El estudio Nurses' Health encuentra aumento del riesgo de ACV con la terapia hormonal

Postmenopausal hormone therapy and stroke: role of time since menopause and age at initiation of hormone therapy. Arch Intern Med 2008; 168: 861-868.

GRODSTEIN F, MANSON JE, STAMPFER MJ, REXRODE K.

Nivel de Evidencia: II-2

La terapia Hormonal (TH), incluyendo los estrógenos solos (TE) y estrógenos más progestinas (TEP), está asociada con aumento del riesgo de ACV si la TH se inicia cerca de la menopausia o después de años de transcurrida. El riesgo también aumenta con el aumento de la dosis de estrógenos, reporta el estudio prospectivo del Nurse's Health Study (NHS). El riesgo es bajo en mujeres jóvenes, especialmente si la dosis de estrógenos es baja.

Los investigadores usaron la información obtenida a través de un cuestionario bianual completado de 1976 a 2004 por 121.700 enfermeras mujeres (de 30-55 años de edad) acerca de menopausia, uso posmenopáusico de TH y enfermedad cardiovascular.

El estudio evaluó el riesgo de ACV asociado con el inicio de la TH oral a diferentes edades y a variables intervalos desde la menopausia. También examinó el riesgo asociado con varias dosis de TH oral, y analizó los riesgos por tipo de ACV.

Se calcularon los RR multivariados y el índice de confianza del 95% en 485.987 personas año de seguimiento para mujeres que nunca habían tomado TH y 409.629 personas año para usuarias actuales de TH.

Después de ajustar para riesgos de ACV, el RR de ACV total para usuarias actuales fue de 1.39 para TE (IC 95%, 1.18-1.63) y 1.27 para TEP (IC 95%, 1.04-1.56). No hubo diferencia clara del riesgo para mujeres que iniciaron la terapia a edad temprana vs. tardía, pero el uso por corto plazo (< 5 años) a una edad joven no mostró aumento del riesgo. El RR para TE iniciado cerca de la menopausia fue de 1.20 (IC 95%, 1.06-1.58) y para iniciación después de 10 o más años de menopausia fue de 1.31 (IC 95%, 0.95-1.55) y la TEP iniciada 10 años o más después de la menopausia fue 1.18; IC 95%, 0.87-1.60. El riesgo fue similar con TEP iniciada cerca de la menopausia (RR, 1.22; IC 95%, 0.95-1.55) y TEP iniciando 10 años o más después de la menopausia (RR 1.18; IC 95%, 0.87-1.60). Hubo una fuerte tendencia a au-