

OR: 2.12, IC 95%, 1.26-3.56) y la asociación desapareció en la posmenopausia (OR, 0.88, 95% CI, 0.63 a 1.23). En un subgrupo de mujeres con incontinencia al inicio del estudio, el empeoramiento de los síntomas después de la menopausia se relacionó con un aumento en el peso y no a la menopausia por sí mismo.

Estos resultados fueron confirmados por los resultados de un estudio de cohorte australiano (Proyecto Melbourne Mujeres Midlife Salud, N = 1897), en la que los análisis de datos transversales y longitudinales no mostraron asociación entre la interfaz de usuario y la menopausia, incluso para las mujeres estudiadas durante un periodo de siete años.

Además, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Desarrollo estudio longitudinal (n = 1211) reveló una relación independiente entre la menopausia-IUU/IUE y el envejecimiento. No hay asociación entre la menopausia y la IUU, y un vínculo entre el aumento de la prevalencia de la IUE en la perimenopausia vs. mujeres posmenopáusicas y el estado hormonal (OR, 1.39, IC 95%, 1.4-1.7).

Sin embargo, otros estudios mostraron que una gran caída en los niveles de estrógeno se relacionó fuertemente con una mejoría en los síntomas de IU, y un análisis de datos del Estudio de Salud de las Mujeres a través de la Nación con relación a la fluctuación anual en los niveles de estrógenos endógenos durante el periodo de la menopausia, no encontró ninguna relación entre la aparición o empeoramiento de los síntomas de IU.

El único estudio que unió la IUE y la menopausia, fue el de un gran estudio chino, transversal de casi 20.000 mujeres de 20 a 99 años, que tuvo en cuenta la edad como factor de riesgo (OR, 1.26, 95% CI, 1.04 a 1.52).

Resultados paradójicos

Con respecto a la TH, el grupo de Legendre encontró que sus efectos varían en función del tipo de interfaz de usuario y el modo de administración de TRH.

Los datos del Estudio de Salud de las Enfermeras (que implican una cohorte de enfermeras entre 30 y 55 años al inicio del estudio) vinculado con la terapia estrogénica sistémica a un aumento de la interfaz de usuario de incidentes en todos los tipos de HRT y modos de administración, incluyendo el estrógeno oral (riesgo relativo [RR], 1.54, 95% CI, 1.44-1.65), los estrógenos transdérmicos (RR, 1.68, IC 95%, 1.41-2.00), el estrógeno y la progestina orales (RR, 1.34, IC 95%, 1.24-1.44), y transdérmica de estrógenos más progestina de tratamientos (RR, 1.46, IC 95%, 1.16 a 1.84). Sin embargo, el riesgo general sigue siendo bajo (incidencia anual, 1.6%) y desapareció con la suspensión del tratamiento.

Los resultados fueron apoyados por los datos del estudio de la Mujer Iniciativa de Salud, en la que la TRH oral aumentó significativamente el riesgo de accidente para todos los tipos de interfaz de usuario a un año, con un «especial» distinto efecto que la IUE se refiere, si las mujeres recibían estrógeno/progestina (RR, 1.87, IC 95%, 1.61-2.18) o estrógenos solos (RR, 2.15, IC 95%, 1.77-2.62). Entre las mujeres con incontinencia al inicio del estudio, ambos tipos de terapia de reemplazo hormonal sistémica aumentaron ligeramente la cantidad de orina perdida y la frecuencia de las fugas.

El efecto negativo de la TH sistémica en la interfaz de usuario ha sido confirmado en una Base de Datos Cochrane de meta-análisis de 33 estudios que cubrían casi 20.000 mujeres incontinentes, a unas 9.500 de las cuales se sometieron a terapia de estrógenos. Los resultados vinculados TH sistémica muestran empeoramiento de los síntomas de IU (RR, 1.32, 95% CI, 1.17 a 1.42), pero los tratamientos tópicos asociados a los estrógenos vaginales con remisión de interfaz de usuario mediante la mejora de los episodios de la IUU (RR, 0.74; IC 95%, 0.64-0.86). Otros estudios revelaron que el uso vaginal de estrógeno tópico mejoró significativamente los síntomas de la vejiga hiperactiva.

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de interés. *Maturitas*. 2013;74:26-30.