

Incontinencia urinaria: los enlaces a muchos factores

«La incontinencia urinaria femenina es un fenómeno complejo y dinámico, relacionado con la edad y muchos otros factores que pueden cambiar con el tiempo. Con el fin de obtener un mayor conocimiento, los estudios longitudinales son necesarios, con varios años o incluso décadas de seguimiento para aclarar sus factores de riesgo y evolución», concluyen los autores.

Los investigadores hallaron que la prevalencia global de IU es proporcional a la edad y que la distribución de los tipos de interfaz de usuario cambia con la edad: la prevalencia en el momento de la menopausia varía del 8% al 27% sobre la base de la población estudiada y la forma en que la enfermedad se define; estudios de cohortes encontraron tasas de incidencia que van desde 4% a 8%.

Aunque los datos de los seis años de estudios estadounidenses de cohorte prospectiva del estudio Salud de la Mujer Across the Nation (SWAN) (N = 1529) encontraron un aumento en el riesgo general de IU en la perimenopausia tardía (odds ratio [OR] = 1.52; intervalo de confianza del 95% [IC], 1.12-2.05), el riesgo fue impulsado por la incidencia de la incontinencia urinaria de urgencia (IUU; OR: 2.12, IC 95%, 1.26-3.56) y la asociación desapareció en la posmenopausia (OR, 0.88, 95% CI, 0.63-1.23). 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 así la misma menopausia.

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

Además, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Desarrollo, estudio longitudinal (N

= 1211), revelaron 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 en relación con la fluctuación anual en los niveles de estrógenos endógenos durante el periodo de la menopausia no encontró ninguna relación entre la aparición y el empeoramiento de los síntomas de IU.

El único estudio que vinculó la IUE y la menopausia fue 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, 1.04-1.52).

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 de entre 30 y 55 años al inicio del estudio) han vinculado la terapia estrogénica sistémica a un aumento de la interfaz de usuario de incidentes en todos los tipos de TH y modos de administración, incluyendo el estrógeno oral (riesgo relativo [RR], 1.54, IC 95%, 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 tratamientos transdérmicos de estrógenos más progestina (RR, 1.46, IC 95%, 1.16 a 1.84). Sin embargo, el riesgo general siguió siendo bajo (incidencia

anual, 1.6%) y desapareció con la suspensión del tratamiento.

Los resultados fueron apoyados por los datos del estudio de la Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI), en el que la TH oral aumentó significativamente el riesgo de accidente para todos los tipos de interfaz de usuario a un año, con un efecto distinto y "especial" 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 incontinentes 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, 9.500 de las cuales se sometieron a terapia de estrógeno. Hubo resultados vinculados a TH sistémica y empeoramiento de los síntomas de IU (RR, 1.32, IC 95%, 1.17-1.42), pero se dieron 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.