

Menopausia e incontinencia urinaria femenina: acerca del posible efecto de la terapia hormonal sustitutiva

J.A. Ces^a, I.J. Lago^b y J. Liceras^c

^aObstetricia y Ginecología. Ilustre Colegio Médico de Pontevedra. Pontevedra. España.

^bObstetricia y Ginecología. Clínica Murillo. Ilustre Colegio Médico de Pontevedra. Pontevedra. España.

^cServicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

ABSTRACT

We present a series of 600 women with a mean age of 50.3 years (range: 49 to 61 years) and a mean age at menopause of 49.4 years (range: 47 to 55 years).

Parity oscillated between 1 and 4 children, with a mean parity of 1.8 children.

A protocol was applied by a gynecologist in all women. In addition to age and parity, the protocol included the use of hormone replacement therapy (HRT) and whether the women had urinary incontinence in the previous year, or currently had this disorder, whether stress urinary incontinence, urge urinary incontinence or mixed urinary incontinence.

There were 270 postmenopausal women, representing 45% of the sample. Of these, 151 (55.9%) reported having, or having had, some urinary incontinence of different types and quantities during the previous year. The most frequent type was stress urinary incontinence (56.9%), followed by urge urinary incontinence (29.5%), and mixed urinary incontinence (13.6%).

Only slightly more than one fourth of the patients (27.8%) were using HRT at the time of the consultation. Of these, 58.7% complained of urinary incontinence compared with 41.3% of women not reporting this disorder. Among patients using HRT and reporting urinary incontinence, 56.9% had stress urinary incontinence, 29.5% reported urge urinary incontinence and the remaining 13.6% reported mixed urinary incontinence.

The most important finding of the present study is that HRT does not seem to protect against urinary incontinence.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los factores de riesgo para incontinencia urinaria (IU) se han mencionado gran cantidad de ellos, y se han realizado muchos trabajos de investigación clínica en este sentido, sin que, por el momento, se haya llegado a conclusiones válidas para su aplicabilidad en la clínica ginecológica diaria, probablemente porque, como dice Norton¹, citando las conclusiones de los expertos de 1988², existen 3 «barreras» para el conocimiento y el tratamiento de esta afección: *a*) la IU se comunica poco; *b*) la IU se trata menos, y *c*) la IU es poco conocida.

Todo ello, a pesar de que más del 50% de las pacientes comunicaron sentirse molestas y diferentes de otras mujeres debido a su IU³.

Hasta que, en 1979, la Internacional Continence Society (ICS) definió la IU femenina (IUF) como «la pérdida involuntaria de orina, que constituye un problema social o higiénico y es objetivamente demostrable»⁴; todos los estudios epidemiológicos estaban, por lo general, basados en cuestionarios y entrevistas. Sin embargo, la nueva definición de la ICS, de 2002, es demasiado amplia y potencialmente puede incluir a cualquier paciente con un solo episodio de pérdida de orina en mucho tiempo⁵.

No obstante, la IUF debe describirse teniendo en cuenta, entre otros, los factores de riesgo de diversa índole⁵. Según estos estudios, la incidencia de IUF aumenta con la edad y se estima una prevalencia entre el 2 y el 58%⁶⁻⁹.

Así, entre otros, se ha estudiado la posible repercusión de los fármacos sobre su presentación, aunque hay que señalar que pocas referencias se encuentran en este sentido: alguna acerca de anticonceptivos orales, sobre diuréticos o antidepresivos, por ejemplo. Baste decir que en un trabajo bastante reciente de Contreras Ortiz¹⁰, entre una lista 18 posibles factores de riesgo, tan sólo menciona los antidepresivos y la

Aceptado para su publicación el 13 de marzo de 2007.

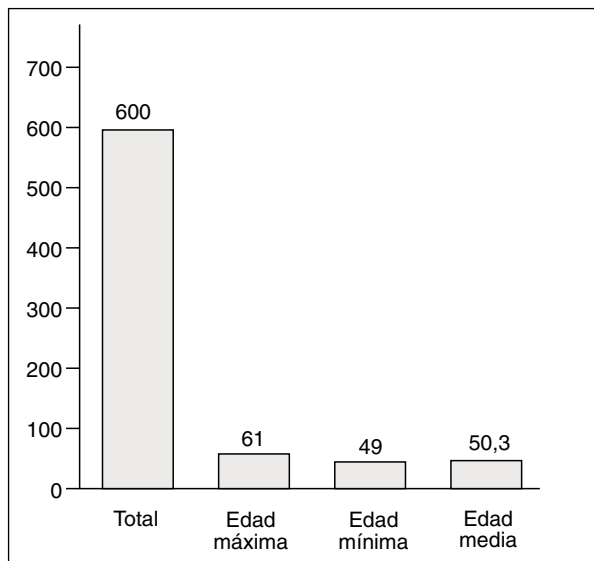


Fig. 1. Casuística: edades límite y media.

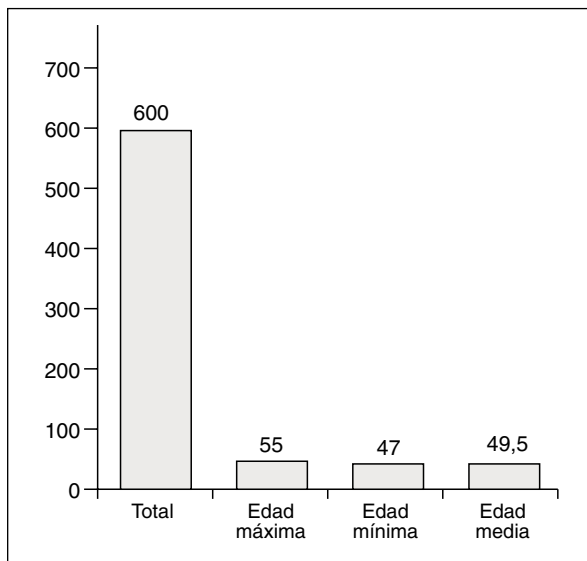


Fig. 2. Edades límite y media de la menopausia.

terapia hormonal sustitutiva (THS), ésta última, por cierto, muy controvertida en este sentido.

De ahí que, en vista de la referida controversia, nos ha parecido que podría ser interesante averiguar cuál era la realidad en nuestro medio con respecto a las pacientes posmenopáusicas que utilizan, o no, esa terapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

En total, tal como podemos ver en la figura 1, hemos recogido los datos, mediante entrevista personal, de 600 mujeres consecutivas, con edades comprendidas entre los 49 y los 61 años (edad media = 50,3 años), que cuando menos llevaban 1 año de posmenopausia, que acudieron a consulta ginecológica por motivos ajenos a la IU; además de éstas, se descartaron las que habían sido intervenidas de histerectomía total, con o sin anexos, y aquellas que sabíamos que habían sido tratadas por cáncer genital, o lo estaban siendo en el momento de la encuesta.

En este sentido, en la figura 2 se representan las edades límite y media a las que sucedieron las distintas menopausias, según la afirmación de las respectivas 600 pacientes en estudio.

En cuanto a la paridad, ésta osciló entre 1 y 4 hijos, con una paridad media de 1,8 hijos, todos ellos nacidos por vía vaginal.

En la entrevista, una vez informadas las mujeres y habiendo dado éstas su consentimiento, se les pasó un cuestionario, que se refleja en la tabla I.

TABLA I. Cuestionario de la entrevista

1. ¿Cuántos años tiene? (DNI)		
2. ¿Ha tenido partos? (¿cuántos?):	Sí	No
3. ¿Cuántos años tenía cuando se le fue la regla?		
4. ¿Utiliza THS?	Sí	No
5. ¿Se le escapa la orina?	Sí	No
- ¿Al hacer esfuerzos? (reír, toser-estornudar, saltar, correr, hacer esfuerzos, etc.)	Sí	No
- ¿Siente de repente ganas de orinar y si no lo hace pronto se le escapa la orina?	Sí	No
- ¿Se orina en ambas situaciones?	Sí	No

RESULTADOS

Casuística

En la figura 3 se observan los resultados a este respecto; se observa que, de un total de 600 mujeres, un 45% eran menopáusicas y, de esas 270 (55,9%), más de la mitad, referían IU.

Subtipos de incontinencia urinaria

En la figura 4, puede verse que fue más frecuente la IU de esfuerzo (IUE), con algo más de la mitad de los casos (50,3%), seguida de la IU de urgencia (IUU) con, prácticamente, un tercio de los casos (34,4%) y, finalmente, por un 15,3% para la IU mixta (IUM).

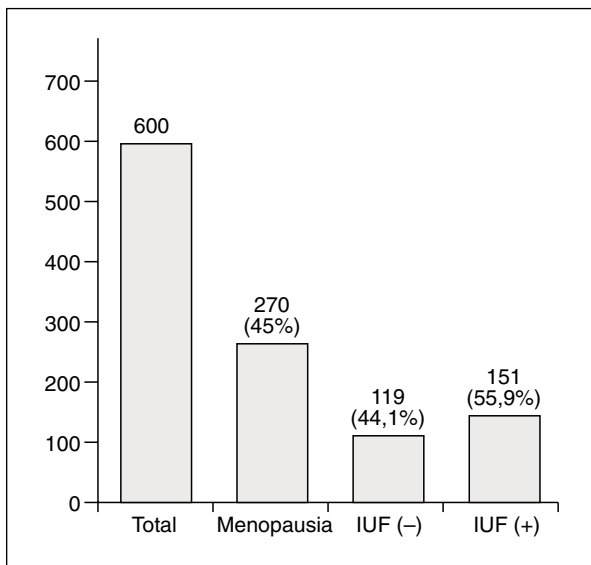


Fig. 3. Casuística: menopausia e incontinencia urinaria femenina. IUF: incontinencia urinaria femenina.

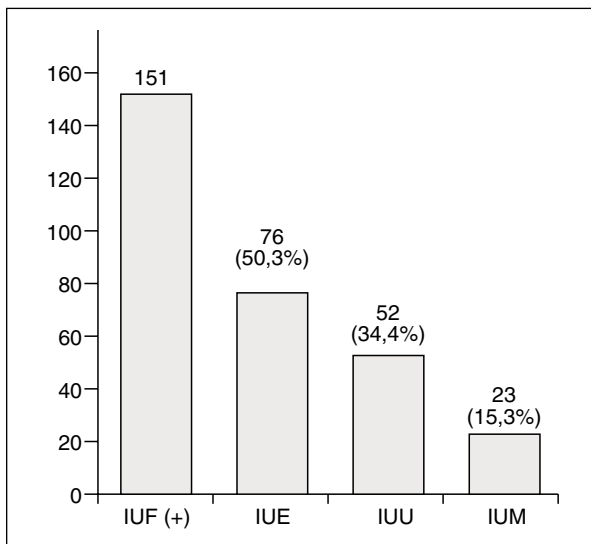


Fig. 4. Incontinencia urinaria femenina: subtipos y menopausia. IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUF: incontinencia urinaria femenina; IUM: incontinencia urinaria mixta; IUU: incontinencia urinaria de urgencia.

Menopausia, terapia hormonal sustitutiva e incontinencia urinaria

En la figura 5 se pueden ver los resultados obtenidos acerca de este particular; en primer lugar, que

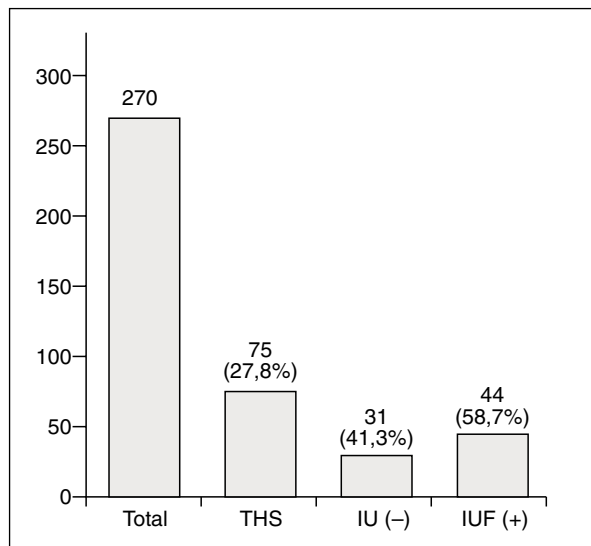


Fig. 5. Menopausia: tratamiento hormonal sustitutivo e incontinencia urinaria femenina. IU: incontinencia urinaria; IUF: incontinencia urinaria femenina; THS: terapia hormonal sustitutiva.

tan sólo algo más de una cuarta parte las mujeres posmenopáusicas (27,8%) utilizaba este tipo de terapia y, en segundo lugar, que un 58,7% de las que utilizaban esta THS tenía IU, frente al restante 41,3% que la utilizaba, pero no la referían en ninguno de sus subtipos.

De ello, se puede deducir que:

1. El número de mujeres que utiliza THS es todavía muy pequeño, lo cual podría tener sus explicaciones que, más adelante, trataremos de ofrecer.

2. Que, contra lo que pudiera creerse, las mujeres usuarias de THS, en sus distintas formas, alcanzan un porcentaje más elevado que aquellas mujeres que no la utilizaban, tal como puede verse en la figura 3, y que se concretan en el 58,7 frente al 41,3%.

Este hecho parece chocante, al menos porque, con cierta frecuencia, suele decirse que la THS puede ser útil en la prevención de la IU o su alivio.

Los resultados hallados en esta pesquisa, referentes a la THS e IU (+) se muestran en la figura 6. En ella puede verse con claridad que la IUE fue el subtipo más frecuentemente encontrado, con un 58,6%, prácticamente el doble de la IUU (29,5%) y, por último, por la IUM (13,6%), aproximadamente la cuarta parte de los hallazgos referidos para la IUE.

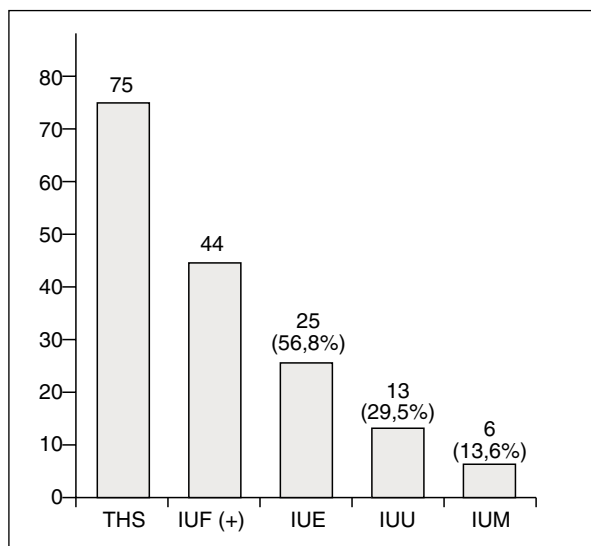


Fig. 6. Incontinencia urinaria femenina: subtipos y tratamiento hormonal sustitutivo. IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUF: incontinencia urinaria femenina; IUM: incontinencia urinaria mixta; IUU: incontinencia urinaria de urgencia; THS: terapia hormonal sustitutiva.

DISCUSIÓN

En primer lugar, hay que hacer constar que de las 600 mujeres estudiadas, un 45% eran menopáusicas y, de éstas, un 55% declaró tener algún tipo de IU, prevalencia que, si la referimos al total de la muestra, es del 25,2%, porcentaje relativamente bajo, pero que coincide con otros estudios¹⁻¹³, aunque, por lo general, las cifras que se manejan en mujeres de estas edades suelen ser bastante superiores¹⁴⁻²²; el restante 55% no eran menopáusicas, por lo que estas pacientes constituyeron grupos bastante parejos para la comparación de resultados, y declararon tener algún tipo de IU. Lo que sí queda claro es que, en este grupo total, el porcentaje con IUF fue francamente superior al grupo que no la tenía, que representó el 44,1%.

Con respecto a los subtipos de la referida IUF, la más frecuente en nuestro estudio fue la IUE, con un 50,3%, al igual que se menciona en otros estudios de todas las edades²³⁻³⁰ seguida de un 34,3% para la IUU y, por último, un 15,3% para la IUM. Por una parte, el orden de frecuencia se ve prácticamente igual en otras referencias, aunque en otras el orden es IUE, seguida de IUM y, por último, de IUU, mientras que los porcentajes encontrados en nuestra casuística son similares para la IUE, menores para la IUM y mayores para IUU.

Del total de pacientes posmenopáusicas, como quedó expresado, algo más de la cuarta parte (27,8%)

eran usuarias de la THS y de ellas, un 58,7% tenía IUF: IUE el 56,9%; IUU el 29,5% y tan sólo un 13,6% IUM. El restante 41,3% no refería IUF, lo que evidencia claramente que había una diferencia del 15,6% de incidencia de IUF entre las mujeres que utilizaban THS y, como ya se ha mencionado, el subtipo más frecuente ha sido la IUE, con un 58,6% de los casos. En este sentido, existe una cierta controversia en la literatura científica. A este respecto hemos revisado ésta desde 1995, aunque no de una forma exhaustiva, sino con la pretensión de ver ciertas opiniones acerca de este aspecto, tomadas de forma ocasional y no dirigida. Así, por ejemplo, se asegura que cuando se utiliza THS con estrógenos conjugados y progestágenos hay una mejoría clínica y urodinámica de la IUE en estas mujeres³¹ o que la THS con estrógenos fue usada con éxito, tanto en la IU como en las infecciones urinarias³², como aseguran Häggglund et al³³ y Molander³⁴, que afirman que la terapia estrogénica es un tratamiento frecuente en mujeres con IUF y que los estudios han mostrado que esta terapia ha mejorado o curado completamente estos trastornos. Para otros, los estrógenos son importantes para el tratamiento de la IUE en la posmenopausia, especialmente en pacientes con cistocele o prolapso de grado I o II³⁵.

Más recientemente, aparecen algunos trabajos con THS vaginal que aseguran que son una satisfactoria terapia en pacientes posmenopáusicas con trastornos del tracto genitourinario que tienen contraindicaciones, rehúsan otro tipo de THS, o indican que la terapia estrogénica local con estriol puede ser muy efectiva para aliviar los síntomas de la vejiga hiperactiva en posmenopáusicas^{36,37}, mientras que en un trabajo más reciente aún asegura que la THS mejora la IUU, pero no la IUE³⁸. De otra parte, otros trabajos aseguran que la THS no mejora la IUF o que incluso la empeora, que aumenta el riesgo o, como poco, que no hay diferencias entre mujeres pre y posmenopáusicas que usan o no THS, o que ésta no debe usarse específicamente para el tratamiento de la IU en pacientes posmenopáusicas³⁹⁻⁴⁶.

Aunque hay controversia entre los defensores de una u otra postura respecto al efecto de la THS sobre la IUF, casi se puede resumir diciendo que son más convincentes los estudios que aseveran que la IUF no se modifica ni se cura, que puede constituir incluso un factor de riesgo o que empeora durante el tratamiento hormonal.

Como hemos dejado claro con anterioridad, en nuestro estudio naturalístico, hay un porcentaje bastante más elevado de mujeres (17,4%) que utilizan THS y tienen IUF; la IUE es la más frecuente de los

subtipos (56,8%) frente a la IUU (29,5%) y la IUM (13,6%), con lo que se demuestra que, cuando menos desde el punto de vista clínico, durante la THS no se puede esperar mejoría en este tipo de afección y que, incluso, ésta puede agravarse.

RESUMEN

Se presenta una serie de 600 mujeres, con edades comprendidas entre los 49 y los 61 años, con una edad media de 50,3 años y con la edad de su menopausia comprendida entre los 47 años, edad mínima, y los 55 años, edad máxima, con una edad promedio de 49,4 años.

Por su parte, la paridad osciló entre 1 y 4 hijos, con una paridad media de 1,8 hijos.

Todas ellas fueron escrutadas mediante la aplicación de un protocolo explicado, informado y dirigido por el especialista, en el cual, aparte de la edad y la paridad, se tuvo en cuenta el uso de terapia hormonal sustitutiva (THS) y si presentaban o habían presentado pérdidas urinarias (incontinencia urinaria [IU]) en el último año, bien ligadas a esfuerzos (IU de esfuerzo [IUE]), bien debidas a urgencia (IU de urgencia [IUU]) o si se combinaban los dos tipos de la citada IU (IU mixta [IUM]).

Primero hay que resaltar que, en este grupo, hubo un total de 270 mujeres posmenopáusicas, lo cual representó el 45% de la muestra. De estas 270 mujeres, 151 –es decir, el 55,9%– confesaron tener o haber tenido alguna pérdida de orina de distinto tipo y cuantía en el último año; la IUE fue la más frecuente (56,9%), seguida por la IUU (29,5%) y –en último lugar– la IUM, que significó el restante 13,6%.

En segundo lugar, hay que señalar que tan sólo algo más de la cuarta parte (27,8%) de las pacientes utilizaba THS en el momento de la consulta y que de ellas el 58,7% aquejaba IU, frente al restante 41,3% que no la referían. Hay que señalar que de las pacientes usuarias de THS y que referían IUF el 56,9% tenía IUE, el 29,5% la refería como IUU y el restante 13,6% aseguraba que tenía IUM.

A la vista de estos resultados puede decirse, como más significativo, que la THS parece no proteger frente a la IUF.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norton PA. Prevalencia e impacto social de la incontinencia urinaria femenina. México: Ed. Interamericana-McGraw-Hill, J.B. Lippincott Co; 1990. p. 287-9.
2. National Institutes of Health. Consensus development Conference Statement Urinary Incontinence in adults, 1988. p. 1-5.

3. Norton PA, MacDonald L, Santos S. Distress associated with female urinary complaints and delay in seeking treatment. *Neurourol Urodyn.* 1987;6:235-9.
4. Bates P, Bradley WE, Glen E, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *J Urol.* 1979; 121:551-4.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulstem U. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21:167-78.
6. Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38:273-81.
7. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology.* 1997;50:4-14.
8. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community, effects of differences in definition, population characteristics an study type. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:473-80.
9. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2000; 11:301-19.
10. Contreras Ortiz O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J. Obstet Gynecol.* 2004;86 Suppl. 1:S6-16.
11. España M. Incontinencia de orina y disfunción del suelo pélvico. Definiciones y clasificación. En: *I Curso de Actualización sobre Incontinencia Urinaria y Disfunción del Suelo Pélvico en la Mujer.* Barcelona: Ed. Mayo; 1999. p. 11-4.
12. Hampel C, Wienhold D, Benken N. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology.* 1997;50:4-14.
13. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voos S. The prevalence of urinary incontinence in women in four Europe countries. *B J U Int.* 2004;93:324-30.
14. Eliasson K, Larson T, Mattsson E. Prevalence of stress incontinence in nulliparous elite trampolinists. *Scand J Med Sci Sports.* 2002;12:106-10.
15. Iria K, Sumi T, Kanaoka I, Ishiko O. Prevalence of stress incontinence. Diagnosis, treatment and patients' concern. *Drugs Today.* 2002;38:487-93.
16. Margalith I, Gillon G, Gordon B. Urinary incontinence in women under 65, quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res.* 2004;13:1381-90.
17. Kim YH, Seo JT, Yoon A. The effect of the overactive bladder syndrome on the sexual quality of life in korean young and middle aged women (acceso 28 oct. 2008). *Int J Impot Res.* 2004.
18. Massolt ET, Wooning MM, Stijnen T, Wierhout ME. Prevalence, impact of quality of life and pathophysiological determinants of nocturia in urinary incontinent women. *Int J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004;16:132-7.
19. Chmel R, Rob L, Wek R. Prevalence of female urinary incontinence. Results of questionnaire study. *Ceska Gynecol.* 2004;69:339-44.
20. Sajonia A, Zanni G, Nappi RE. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence; results of a cross-sectional study. *Eur Urol.* 2004;45:642-8.
21. Nygaard IE, Thompson FL, Svangalis SL, Albright JP. Urinary incontinence in the elite nulliparous athletes. *Obstet Gynecol.* 1994;84:183-7.
22. Burgio KI, Zcynsky H, Locher JL. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2003; 102:1291-8.

23. Gemir A, Middleton R. Stress incontinence in young nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68:1166-70.
24. Hannestad YS, Rortveit G, Sanvick H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCOT study *Epidemiology of incontinence in the county of Nor-Trøndelag.* *J Clin Epidemiol.* 2000;53:1150-7.
25. Weidner AC, Myers ES, Visco, AG. Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? *Am J Obstet Gynecol.* 1997;104:994-8.
26. Bo K, Stien R, Pulsen-Hansen S. Clinical urodynamic assessment of nulliparous young women with and without stress incontinence symptoms: a case-control study. *Obstet Gynecol.* 1994;84:1028-32.
27. Keane DP, Sims TJ, Abrams P. Analysis of collagen status in premenopausal nulliparous women with genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynecol.* 1997;104:994-8.
28. Siracusano S, Pregazzi R, D'Aloia G. Prevalence of incontinence urinary in young-middle aged women in an Italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;107:201-4.
29. Samuelsson E, Victor A, Avardsuck K. Determinants of urinary incontinence in a population of young-middle aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79:208-15.
30. Van der Vaart CH, De Leeuw JR, Roves JP. The effect of urinary incontinence and overactive bladder syndrome on quality of life in young women. *BJU Int.* 2002;90:544-9.
31. Sartori MG, Bacarat EC, Girao MJ, Gonçalves WJ, Sartori JP, De Lima GR. Menopausal genuine stress urinary incontinence treated with conjugated estrogens plus progestagens. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995;49:165-9.
32. Griebing TL, Nygaard IE. The role of estrogen replacement therapy in the management of urinary incontinence and urinary tract infection in postmenopausal women. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1997;26:347-60.
33. Hägglund D, Olsson H, Leppert J. Urinary incontinent: an unexpected large problem among young females. Results from a population-based study. *Fam Pract.* 1999;5:506-9.
34. Molander U. Urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. Doctoral dissertation. Department of Geriatric Medicine, Vasa Hospital and the Department of Obstetric & Gynaecology, East Hospital, University of Gothenburg. Sweden, 1992.
35. Goes VR, Sartori MG, Bacarat, Rodrigues de Lima G, Girao MJ. Urodynamic and clinical evaluation of postmenopausal women with stress urinary incontinence before and after cyclic estrogen therapy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003;30:103-6.
36. Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, et al. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause.* 2004;11:7-8.
37. Cardozo L, Lose G, McClish D, Versi E. A systematic review of effects of estrogens for symptoms suggestive of overactive bladder. *ACP J Club.* 2005;142:48.
38. Ballagh SA. Vaginal hormonal therapy for urogenital and menopausal symptoms. *Semin Reprod Med.* 2005;23:126-40.
39. Larson R, Collins A, Landgren RM. Urogenital and vasomotor symptoms in relation to menopausal status and the use of hormone replacement therapy (HRT) in healthy women during transition to menopause. *Maturitas.* 1997;28:99-105.
40. Sansioe G, Heraib F, Lidfeldt J, et al. Urogenital symptoms in women aged 50-59 years. Women's Health in Lund Area (WHILSA) Study Group. *Gynecol Endocrinol.* 1999;13:113-7.
41. Grady G, Brown J, Wittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Is hormone replacement therapy (estrogen plus Progestin) effective for the treatment of urinary incontinence in postmenopausal women? *J Fam Pract.* 2001;97:116-20.
42. Grodstein F, Lifford K, Resnick NM, Curham GC. Postmenopausal hormone therapy and risk of developing urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2004;103:254-60.
43. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA.* 2005;293:935-48.
44. Goldstein SR, Johnson S, Watts NB, Ciaccia AV, Elmerick D, Muram D. Incidence of urinary incontinence in postmenopausal women treated with raloxifene or estrogen. *Menopause.* 2005;12:160-4.
45. Steinauer JE, Waetjen LE, Wittinghoff E, et al. Postmenopausal hormone therapy: does it cause incontinence. *Obstet Gynecol.* 2005;106:940-5.
46. Van Voorhis BJ. Genitourinary symptoms in the menopausal transition. *Am J Med.* 2005;118 Suppl 2:47-53.