

La terapia de reemplazo hormonal no mejora la incontinencia de orina en mujeres posmenopáusicas

Objetivo

Evaluar los efectos de la terapia de reemplazo hormonal (estrógenos asociados o no a progestágenos, TRH) sobre la incidencia* o mejoría de la incontinencia urinaria (IU).

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado doble ciego, comparado con placebo (Women's Health Initiative WHI).

Lugar

Cuarenta centros de salud de Norte América.

Pacientes

En el WHI participaron 27.347 mujeres, enroladas entre 1993 y 1998. En el grupo TRH combinado se aleatorizaron 16.608 y en el grupo de TRH con estrógenos (histerectomizadas) a 10.739 mujeres.

Intervención

Las pacientes de cada grupo, histerectomizadas o con útero intacto, fueron aleatorizadas a recibir tratamiento activo vs. placebo. El tratamiento activo consistía en TRH con estrógenos equinos conjugados 0,625 con o sin acetato de medroxiprogesterona 2,5mg. Resultando 8.506 pacientes en la rama TRH combinada (8.102 placebo) y 5.310 en la rama con estrógeno únicamente (5.459 placebo).

Medición de resultados principales

Se midió la incidencia* de nuevos casos de IU durante un año de tratamiento, en aquellas mujeres que no padecían IU al inicio (cuestionario auto-administrado). También se valoró la severidad de la IU en aquellas mujeres que lo habían registrado como problema al inicio del estudio en el cuestionario basal (prevalencia*). Las preguntas que se utilizaron para evaluar la severidad de los episodios de IU se basaron en un instrumento validado y utilizado previamente en otras publicaciones.

Resultados principales

A partir del registro basal de 25.597 mujeres en ambas ramas terapéuticas del WHI, 16.417 reportaron síntomas compatibles con IU, lo cual arroja una prevalencia* de 64,1%. Se observó que la TRH durante un año se asoció a un aumento de la incidencia* de cualquiera de los subtipos de IU en las pacientes que no la habían padecido previamente. En el grupo de pacientes con antecedentes de IU se observó que aumentó la severidad de los episodios (ver tabla). También las mujeres que recibieron TRH reportaron con mayor frecuencia limitación en sus actividades diarias (RR 1,18 IC 95% 1,06-1,32 para TRH combinada / RR 1,29 IC 95% 1,15-1,45 para estrógenos solos) y perturbación de las mismas (RR 1,22 IC 95% 1,13-1,32 para TRH combinada / RR 1,50 IC 95% 1,37-1,65 para estrógenos solos).

IU	Pacientes que no reportaron IU al inicio de estudio (RR e IC95%)	
	TRH combinada	Estrógenos solos
IU stress	RR 1,87 IC 1,62-2,18	RR 2,15 IC 1,77-2,62
IU mixta	RR 1,49 IC 1,10-2,01	RR 1,79 IC 1,26-2,53
IU urgencia	RR 1,15 IC 0,99-1,34	RR 1,32 IC 1,10-1,58

de la frecuencia	Pacientes que si reportaron IU al inicio de estudio	
	Empeoramiento	
	RR 1,38 IC 1,28-1,49	RR 1,47 IC 1,35-1,61

Conclusiones

La TRH en la menopausia, tanto combinado como con estrógenos solos aumenta el riesgo de incontinencia de orina y empeora su sintomatología en un año de tratamiento, por lo que no deberían emplearse para prevenir o tratar esta entidad.

Fuente de financiamiento: El WHI fue financiado por el National Heart, Lung and Blood Institute de EE.UU. Whyeth-Ayerst proveyó las pastillas para realizar el ensayo. El Dr. Hendrix recibió fondos de investigación de Lilly.

Comentario

Alrededor de un tercio de las mujeres posmenopáusicas mayores y más del 50% de las residentes en geriátricos presentan IU de cualquier tipo. La IU en la mujer forma parte de un trastorno del piso pélvico asociado también a síntomas de prolapso o de incontinencia anal, estos trastornos a menudo son causantes de molestias y alteración en la calidad de vida¹. Durante la menopausia se le atribuye a la disminución de los estrógenos una mayor laxitud del diafragma urogenital, que sumado a atrofia urogenital sería suficiente para desencadenar la incontinencia². La Colaboración Cochrane realizó una revisión sistemática para evaluar el tratamiento con estrógenos en la IU, los revisores encontraron 15 trabajos que comparaban tratamiento hormonal con placebo. La impresión subjetiva de cura era mayor en las pacientes tratadas (cualquiera fuere las categorías de IU). Pero los datos continuaban siendo insuficientes para recomendar la vía de administración y la duración del tratamiento adecuadas³ de ser este beneficioso.

El trabajo aquí resumido forma parte de una iniciativa importante en la salud de la mujer menopáusica y resolvió dudas en cuanto a la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y la evaluación del beneficio conferido en relación al riesgo de otras patologías. En el estudio HERS,⁴ otro importante ensayo aleatorizado, también se había observado una mayor incidencia* de IU asociada a la TRH.

Conclusiones del comentador

Es importante tener presente la multicausalidad de la IU como propone Copeland en su tratado de ginecología¹. Sería interesante evaluar el efecto del tratamiento local (por vía vaginal) con estrógenos teniendo en cuenta este aspecto como uno de los diferentes factores que operan en esta entidad.

Vilda Disciaciatti [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Disciaciatti V. La terapia de reemplazo hormonal no mejora la incontinencia de orina en mujeres posmenopáusicas. Evid. actual. práct. ambul. 2005;8:169. Comentado de: S Hendrix, DO; B Cochrane, RN, PhD, I Nygaard, MD et al. **Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence.** JAMA. 2005; 293:935-948. PMID: 15728164

Referencias

1. L. Copeland. Ginecología. 2da. Edición Enero 2002. Pág. 46: 1135-1158. Editorial Panamericana
2. A. Rubinstein. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 1ra. edición marzo 2001 Pág.75:560-564 Editorial Panamericana.
3. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001405.html>. Jul 2005
4. Hulley S, Grady D, Bush T et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA 1998; 280:605-613.