

JURADO HERNÁNDEZ R.¹, MORENO MAUDO C.², GONZÁLEZ MANZANO V. M.³, CID LOSADA P.², GARCÍA MURILLO M^a. A.² y GONZÁLEZ BURGUILLOS J. A.²

¹ Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla

² Hospital Universitario de Valme. Sevilla

³ Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Trabajo ganador a la mejor comunicación presentada al XXX Congreso celebrado en Jerez

Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas

RESUMEN

Hemos estudiado la evolución de mujeres menopáusicas con incontinencia urinaria de esfuerzo a las que propusimos medidas terapéuticas innovadoras, entre las que se encontraban la toma de fitoestrógenos con la intención de que «engañaran» a la evolución natural del cuerpo de la mujer al llegar a estas edades.

También utilizamos medidas clásicas como los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico asociados al mantenimiento de bolas chinas en vagina, magníficas para este fin, aunque más conocidas como juguete sexual.

Los resultados obtenidos a los 6 meses de la implantación de estas medidas han sido espectaculares, teniendo en cuenta el bajo coste y la inocuidad del tratamiento.

Palabras clave: incontinencia urinaria, soja, fitoestrógenos, isoflavonas, rehabilitación suelo pélvico.

SUMMARY

We have studied the evolution of menopausal women with effort Urinary Incontinence to whom we suggested innovative therapeutic measures, such as taking with the intention that they «trick» the natural evolution of woman's body when arriving at these ages.

We also use classic measures such as the rehabilitation exercises of the pelvic floor associated with the maintenance of ben wa balls in vagina, excellent for this purpose, although they are best known as a sexual toy.

The obtained results in 6 months from the introduction of these measures have been spectacular taking into account the low cost and the harmlessness of the treatment.

Keywords: Urinary incontinence, soya, Isoflavones, pelvic floor rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es uno de los síntomas por los que la mujer menopáusica recurre más a la consulta. Representa una problemática no sólo física, sino también psicosocial y socioeconómica: un millón y medio de mujeres padecen trastornos de este tipo en España y hay estimaciones de un 10% más que permanecen en silencio.

La IU que más se da en esta etapa de la vida es la de esfuerzo (IUE), debida a un fallo de los mecanismos intrínsecos y extrínsecos. El epitelio de la uretra y el trigono de la vejiga presentan el mismo origen embriológico que el de la vagina y son sensibles a los estrógenos. Ante la deficiencia de ellos aparece un descenso de la elasticidad uretral, así como una tonicidad y una vascularización pobre. La uretra distal se hace rígida y poco elástica y su epitelio se adelgaza y pasa a ser muy susceptible a traumatismos e inflamación.

Esta situación no se da por igual en todas las mujeres, debido a múltiples factores, por ello y para matizar más debemos cuantificar el grado de esta incontinencia y a efectos epidemiológicos es importante medirla, ya que no es lo mismo que la mujer sufra escapes excepcionales a que use absorbentes a diario.

Frecuencia	Edad (años)	
	45-54 (%)	>55 (%)
Esporádicamente	33,0	79,3
Una vez al mes	5,4	12,3
Una vez a la semana	5,4	16,7
Diariamente	10,0	37,9

Al margen de los números, la mujer menopáusica sufre un gran número de síntomas genitourinarios que alteran su actividad en la vida diaria, movilidad, cuidado corporal y función mental, lo que le provoca angustia, síntomas depresivos y

sensación de malestar psicológico, que acaba repercutiendo en la relación social y restringe su actividad.

La IUE es la responsable de esas pérdidas involuntarias de orina durante el ejercicio físico, situaciones como toser, reír o estornudar o incluso con esfuerzos mínimos, andar, hablar más fuerte o levantarse del asiento. Esta situación se produce cuando la presión intravesical supera a la uretral máxima sin contracción del detrusor (1).

A esta situación se suma la pérdida de colágeno en la zona urogenital, piel, ligamentos uterinos y fascia vesicovaginal, la modificación del Ph, la sequedad vaginal, la coitalgia, la disminución del deseo y con ello la lubricación vaginal y el deterioro de todas las estructuras de sostén del suelo pélvico, consecuencia de la disminución de los estrógenos.

Todas estas cuestiones son tratadas en las sesiones de Educación para la Salud en Menopausia que impartimos en nuestro centro de salud y que están destinadas a mujeres que ya han comenzado con trastornos, incluso asisten otras más jóvenes a nivel informativo.

Estas mujeres han sido incluidas en un estudio, que venimos realizando hace un año, sobre calidad de vida en esta época y las modificaciones que se han producido tras la toma de isoflavonas de soja durante 6 meses de forma continuada.

El uso de la fitoterapia no es un descubrimiento contemporáneo, puede considerarse una práctica milenaria procedente del Lejano Oriente y antiguas civilizaciones como Mesopotamia, Egipto, Grecia..., difundían sus conocimientos y eran recogidos en documentos que han llegado hasta nuestros días. Muchos de estos remedios aún continúan vigentes, como es el caso de los fitoestrógenos y del arándano rojo para las cistitis y bacteriurias, y se revelan como una sólida alternativa para el alivio y curación de diversas patologías donde la farmacología convencional se está mostrando ineficaz (2).

Los fitoestrógenos se agrupan en 4 familias farmacológicas: lignanos, cumestanos, lactonas e isoflavonas. Dentro de las isoflavonas destacan dos: la genisteína y la daidzeína (8).

Estos compuestos se encuentran en una gran variedad de plantas, cereales, legumbres y hortalizas, sin embargo los granos de soja son la fuente de isoflavonas más abundante de la naturaleza, lo cual hará que las poblaciones que consumen habitualmente este producto vegetal (las orientales) sean las que tienen una mayor riqueza de fitoestrógenos en su dieta, repercutiendo de manera positiva en diversos aspectos sanitarios.

Partamos, entonces, de los estudios experimentales y en humanos que demuestran la presencia de receptores estrogénicos en la vejiga, en el trigono, en la uretra y en los músculos del suelo pélvico, teóricamente es posible una acción hormonal directa de los estrógenos sobre el tracto urinario, además de una acción indirecta, porque los receptores alfa adrenérgicos incrementan el tono muscular y la contractibilidad del cuello vesical y de la uretra (3).

La terapia hormonal con estrógenos también presenta un efecto vascular, manteniendo la presión interior de la uretra,

aumentando el flujo sanguíneo y ayudando a la coaptación de la uretra.

Por tanto, nos preguntamos: ¿sería posible que al estar sustituyendo de forma vegetal la carencia de estrógenos en estas mujeres produzca en ellas los mismos efectos beneficiosos, como si aún continuaran con los niveles hormonales mantenidos? Intentaremos demostrarlo.

OBJETIVOS

De cada 2.000 mujeres posmenopáusicas, a lo largo de un año, 20 sufrirán problemas cardíacos, 11 osteoporosis, 6 cáncer de mama y 3 de endometrio, pero TODAS presentarán atrofia urogenital. Es evidente la importancia y relevancia que la prevención de este tipo de sintomatología puede incidir en la calidad de vida de la mujer, por ello nuestro objetivo prioritario sería poner a su alcance todas las herramientas posibles para sus autocuidados.

Nuestro primer paso fue medir la prevalencia de IUE en un grupo de mujeres, así como la presencia de otros síntomas. Posteriormente tomaron isoflavonas de soja a dosis de 40 mg/día durante 6 meses y lo combinaron con las medidas rehabilitadoras del suelo pélvico e higiénico-sanitarias del tracto urogenital que les propusimos; posteriormente en *Material y método* reseñaremos.

Pasados los 6 meses medimos de nuevo cómo habían evolucionado los síntomas.

MATERIAL Y MÉTODO

Los resultados obtenidos en este trabajo son un fragmento del estudio abierto, prospectivo, observacional y no aleatorio que venimos realizando desde hace un año («Menopausia, soja y calidad de vida»).

La valoración de la calidad de vida se ha hecho a través de la «Escala Cervantes», primera escala específica para la menopausia en la mujer española, creada por miembros de la Asociación Española de Estudios para la Menopausia (AEEM). Tras un largo trabajo de dos años, 40 especialistas en Ginecología de todo el territorio nacional elaboraron este cuestionario fácil, rápido de completar, autoadministrable y útil, ya que permite evaluar las mejorías producidas tras una intervención terapéutica. Abarcando por primera vez la sutil unión de los cambios físicos, las influencias culturales y las percepciones individuales.

La Escala Cervantes consta de 31 ítems estructurados en cuatro dimensiones: menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relaciones de pareja, con las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento.

Su uso se establece en la población femenina de 45 a 64 años de edad, es corto, requiere un tiempo de autoadministración de unos 7 minutos y por su anonimato es de gran relevancia para conocer qué sienten las mujeres en esta etapa de la vida (4).

Dentro del dominio menopausia y salud es donde se encuentran enmarcadas las cuestiones relativas a la IU, de donde hemos recabado los resultados para la elaboración de este trabajo.

Tras meses de contactos, la presentación de nuestro proyecto en la sede de la AEEM en Madrid y una primera negativa, esta es la primera ocasión en la que un grupo de enfermeros han sido autorizados para el uso de esta escala.

Una vez seleccionadas las 60 mujeres que incluiríamos en el estudio, se les entregó el cuestionario y el primer envase de isoflavonas de soja no transgénica, con 99% de pureza (*Flavo valeriana*). Durante las sesiones de Educación para la Salud se les explicó las bondades del uso de la fitoterapia y la importancia de la continuidad de la toma de 40 mg para obtener resultados a corto, medio y largo plazo.

Desde el primer día pusieron en práctica la mayoría de las medidas higiénico-rehabilitadoras que les propusimos; explicamos los ejercicios de Kegel, tutelados en principio y continuados individualmente, aconsejamos hábitos miccionales adecuados como el no retener la orina tras el primer deseo miccional, la eliminación de la orina residual posterior a la micción, la micción poscoito, el secado o limpieza de la zona genital siempre de delante hacia atrás, el uso de ropa interior de algodón, evitando las fibras y los tanguas, el abandono de los salvaslips, el no usar líquidos antisépticos para la higiene íntima, la reposición del lactobacillus vaginal con aplicaciones de yogur blanco sin azúcar, el permanecer sin ropa interior unas horas al día, el evitar la ocupación permanente del recto (estreñimiento)... Y por último les lanzamos el reto de adquirir unas bolas chinas en un comercio especializado, que las introdujeran en la vagina, primero una y luego la otra, y que trataran de mantenerlas en su interior. Como tienen tendencia a deslizarse hacia fuera, provocan una contracción refleja de los músculos de la pelvis. Con este acto reflejo la mujer toma conciencia de lo que es la contracción y hace que retenga las bolas (5).

Por añadidura, la vida sexual de estas mujeres se vio mejorada y enriquecida.

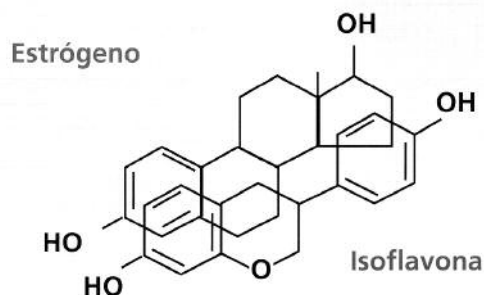
Trascurridos 6 meses valoramos los cambios que se habían producido tanto cualitativa como cuantitativamente.

DISCUSIÓN

A pesar de la controversia que existe entre profesionales de la efectividad de las isoflavonas en el tratamiento de la sintomatología climatérica, su mecanismo de acción pone en evidencia que son muchos los beneficios que podemos obtener de su uso, sin olvidar su inocuidad y su ausencia de efectos secundarios, salvo las flatulencias que en determinadas personas producen.

Las isoflavonas activan el receptor estrogénico y tienen por él menos afinidad que los estrógenos. Cuando hay estrógenos, son éstos los que ocupan los receptores. Por eso, en ausencia de estrógenos endógenos, los fitoestrógenos se comportan como tal (6).

Estructura química del estrógeno y la isoflavona



Es importante recordar que hay 4.000 fitoestrógenos descritos, pero sólo unos pocos son activos biológicamente, y a las dosis recomendadas.

Las herboristerías y parafarmacias venden toda clase de derivados de soja, pero generalmente ninguno alcanza la pureza y la dosis que se requiere para que se produzcan los cambios espectaculares que la mujer manifiesta. Por ello, los fitoestrógenos siempre deben adquirirse en farmacia y deben figurar en el margen superior derecho del envase las siglas EFP (7).

La asociación que hemos utilizado en el estudio (*Genisteina + Valeriana Officinalis*), además de disminuir los sofocos a los 20 días de tratamiento, mejora el sueño, el estado de ánimo y la irritabilidad y mejora la memoria. Además, frena la osteoporosis, disminuyen los lípidos, mejora el filtrado glomerular, el flujo renal y la excreción de albúmina (8)...; ante esta mejoría evidente de su salud, de su calidad de vida y de su autoestima, la mujer toma las riendas de sus cuidados, motivándola a realizar todas las medidas preventivas y rehabilitadoras que les propusimos, que a su vez le proporcionaron un mayor nivel de bienestar físico, mental y sexual.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de un estudio observacional es el de evaluar una posible relación causa-efecto entre una intervención sanitaria y un determinado resultado de interés.

Los dos tipos de estudios observacionales que pueden ser utilizados en la investigación de resultados en salud son el estudio de cohorte y el estudio de casos y controles. El estudio de cohortes es el estudio observacional más parecido al ensayo clínico (9). No hemos utilizado el de caso-control porque no hemos hecho un seguimiento exhaustivo de las mujeres que no tomaron fitoestrógenos, salvo en revisiones posteriores que nos manifestaron que continuaban con el mismo cortejo sintomático y que el motivo fundamental por el que no habían continuado la toma era el económico.

De la totalidad de mujeres que reciben Educación para la Salud en menopausia en nuestro centro durante el último año (150), seleccionamos 60 que habían mantenido la toma de isoflavonas en este periodo de forma más o menos ininterrumpida. Todas manifestaron que habían realizado los ejercicios de

Kegel de forma satisfactoria, a excepción de dos. Algunas se atrevieron con la modalidad que les enseñamos denominada «el ascensor», que se utilizaba también para atraer el deseo en las disfunciones sexuales.

Cuando propusimos la adquisición de bolas chinas, se mostraron reacias e incrédulas, pero todo se solucionó con la visita conjunta al centro especializado. Una vez allí perdieron el pudor y se animaron a adquirir algún artículo más.

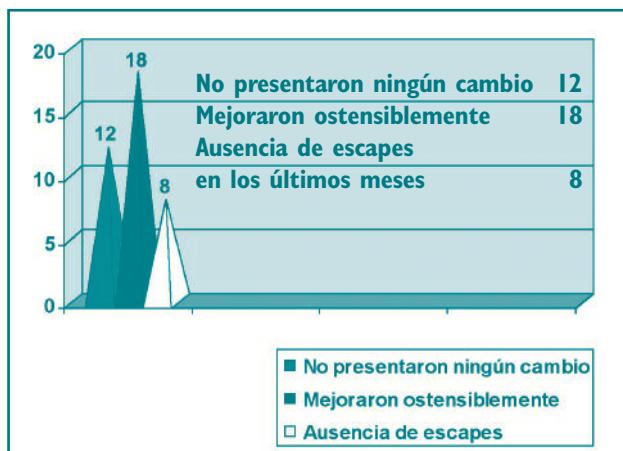
No todas las que tomaban fitoestrógenos se decidieron a comprar y a usar las bolas, sólo 46, que progresivamente fueron adiestradas en su manejo. En un primer intento, 41 consiguieron que no se les deslizaran al exterior, las 5 restantes también, aunque trascurrido un mes y varias visitas infructuosas.

Trabajar con estas mujeres individualizadamente hace que se obvian los porcentajes, por lo que los resultados finales los plasmaremos en cifras enteras, ya que una a una presentaron su propia problemática y no merecerían ser tratadas en %.

Nuestra prevalencia para IUE en distintos grados fue de 38 con respecto a las 60 mujeres captadas, es sensiblemente superior a la media nacional, que como comentamos en un principio era del 37,9%. Probablemente esta diferencia sea atribuible a la confianza con que nos manifestaban sus síntomas, que hoy por hoy continúa siendo un tema tabú en la consulta médica normal.

Estas 38 mujeres son las que más constancia, ilusión y perseverancia pusieron en utilizar todas las medidas correctoras del suelo pélvico.

Tras 6 meses de toma de fitoestrógenos + ejercicios de Kegel en su domicilio + mantenimiento de bolas chinas casi a diario + medidas higiénicas de la zona genitourinaria, pudimos evaluar:



Probablemente escucharemos voces de los escépticos que atribuirán la mejoría de estas mujeres exclusivamente a las medidas rehabilitadoras, pero en nuestra experiencia de años jamás vimos tanta constancia, tanta esperanza, tanta mejoría en la calidad de vida, que probablemente hayan ayudado a la fidelización de las pautas terapéuticas que establecimos.

Por tanto, debemos rendirnos a la evidencia de los datos que diferencian considerablemente la evolución favorable de la IUE con ejercicios rehabilitadores exclusivamente y la mejoría ostensible con la fitoterapia añadida, casi comparable a los resultados obtenidos cuando se aplican tratamientos de biofeedback, pero evidentemente con menor coste.

La menopausia y su transición constituyen un periodo óptimo para la intervención y el comienzo de nuevos desafíos, evitar la enfermedad, la discapacidad, mantener una alta función física y psíquica y sobre todo evitar el impacto que tienen los síntomas menopáusicos sobre la percepción de la calidad de vida. Nosotros hemos sido los primeros sorprendidos al evaluar el impacto que han supuesto nuestras intervenciones terapéuticas. ▼

«Quien nada sabe, nada ama. Quien nada sabe, nada entiende... cuanto más conocimiento haya en una cosa, tanto mayor el amor... todo estriba en el conocimiento. De él viene todo fruto... cada cual cree en aquello que conoce».

Paracelso

BIBLIOGRAFÍA

1. «Incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer». Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia. Corporació Sanitaria Clinic. 1999. *Ausonia*. Volumen 1.
2. «Infeccion del tracto urinario y cistitis. Aportación de la Fitoterapia. El arándano rojo». Rousaud Baron A. *Revista Urología Integrada y de Investigación*. 2007.
3. «Incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer». Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia. Corporació Sanitaria Clinic. 1999. *Ausonia*. Volumen 2.
4. «Escala Cervantes. Una aproximación a la realidad de la mujer menopáusica española». *Revista AEEM*. Febrero 2004. Pág. 6-7.
5. «Incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer». Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia. Corporació Sanitaria Clinic. 1999. *Ausonia*. Volumen 3.
6. «Manejo y utilización de fitoestrógenos en Atención Primaria». Dr. Javier Haya. XXVI Congreso Nacional de SEMERGEN. Granada. Octubre 2004.
7. «¿Son técnica y legalmente iguales todos los extractos con isoflavonas de soja? Diferencias entre especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP) y complementos alimenticios». Álamos A., Pelayo I., Álamo C. *Rev. Toko-Ginecología práctica*. Nº 672. Enero-Febrero 2004.
8. «Aplicación clínica de los fitoestrógenos en la menopausia». Kit de formación. CHIESI.
9. *La investigación de resultados en salud*. Xavier Badía Llach. Edimac. Barcelona. 2000.
10. «Estudio clínico para evaluar la efectividad de isoflavonas en mujeres en situación de menopausia». Hormigo A., García Ruiz A. J., García Ruiz M. C., Aparicio M. J., Baca Osorio A., Blanca F. *Rev. Toko-Ginecología práctica*. 2004. Selección de bibliografías sobre isoflavonas.