

Criterios de derivación
y manejo integral del

paciente con STUI



STUDI

Criterios de derivación
y manejo integral del

paciente con STUI

STUI/HBP 03

Hiperplasia benigna de próstata en varón

STUI/VH 51

Vejiga hiperactiva en varón y mujer

Edición, revisión del contenido por parte de Astellas y difusión en exclusiva.



Sanidad y Ediciones, S. L.

Poeta Joan Maragall, 60 · 28020 Madrid.
Tel.: 91 749 95 00 · Fax: 91 749 95 01

Carrer Frederic Mompou 4 A-2º 2ª
08960 Sant Just Desvern
Tel.: 93 320 93 30

gruposaned@gruposaned.com

Copyright © Astellas Pharma S.A. Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de Astellas Pharma S. A.

ISBN: 978-84-16831-85-2

Depósito Legal: M-19566-2018

STUI/HBP

Criterios de derivación y manejo
integral del paciente con STUI

**Hiperplasia benigna de próstata
en varón**

Índice

Introducción.....	06
1. Concepto y etiología.....	09
2. Valoración diagnóstica y diagnóstico diferencial.....	11
2.1. Diagnóstico.....	11
2.2. Diagnóstico diferencial.....	23
3. Tratamiento.....	24
3.1. Tratamiento no farmacológico: vigilancia expectante y medidas higiénico-dietéticas.....	24
3.2. Tratamiento farmacológico.....	25
4. Seguimiento.....	37
4.1. Pacientes con síntomas leves y bien tolerados.....	37
4.2. Pacientes con síntomas moderados o graves en tratamiento farmacológico.....	39
5. Criterios de derivación del varón con STUI/HBP.....	42
6. Mitos.....	45
6.1. Prevalencia.....	45
6.2. Evolución clínica.....	45
6.3. Etiología.....	45
6.4. Persistencia.....	46
6.5. Sintomatología y calidad de vida.....	46
Bibliografía.....	48

Abreviaturas

- 5-ARI:** inhibidores de la 5 α -reductasa
- EAU:** European Association of Urology
- AUA:** American Urological Association
- CombAT:** *Combination of Avodart and Tamsulosin*
- DHT:** dihidrotestosterona
- HBP:** hiperplasia benigna de próstata
- IFIS:** síndrome de iris flácido intraoperatorio
- IIEF:** *International Index of Erectile Function*
- IPDE-5:** inhibidores de la fosfodiesterasa 5
- IPSS:** *International Prostate Symptoms Score*
- LUTS:** *Lower Urinary Tract Symptoms*
- MTOPS:** *Medical Therapy of Prostatic Symptoms*
- NICE:** National Institute for Health and Clinical Excellence
- OCAS:** sistema oral de absorción controlada
- OSV:** obstrucción de salida vesical
- PSA:** *Prostate Specific Antigen*
- Qmax:** flujo urinario máximo
- RAO:** retención aguda de orina
- RM:** resonancia magnética
- SHIM:** *Sexual Health Inventory for Men*
- SHIM-IIEF5:** *Sexual Health Inventory for Men-International Index of Erectile Function 5*
- STUI:** síntomas del tracto urinario inferior
- TAC:** tomografía axial computarizada
- TUFS:** *Total Urgency and Frequency Score*

Autores

Antonio Alcántara Montero

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud José María Álvarez, Don Benito (Badajoz)
Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN

Manuel Ramón Bernal Pacheco

Enfermero de la consulta de Urodinamia y reeducación vesical
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)
Tesorero de la AEEU (ENFURO)

Pedro Blasco Hernández

Urólogo, responsable de la Unidad de Urología Funcional
Hospital Universitario de Valme (Sevilla)
Secretario General de la SINUG

Manuel Esteban Fuertes

Jefe del área de Urología
Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo (Toledo)
Presidente de la AEU

Higinio Flores Tirado

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario
Málaga-Guadalhorce (Málaga)
Vicesecretario de la SEMG

M.^a Isabel Gutiérrez Pérez

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Rondilla I Valladolid Este (Valladolid)
Coordinadora del Grupo de Trabajo de Nefrourología
SocalemFYC y miembro del Grupo Nacional de la SemFYC

M.^a Lourdes Martínez-Berganza Asensio

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Mar Báltico (Madrid)
Coordinadora del Grupo de trabajo de Urología (Nefrología y vías urinarias) de SEMERGEN

José Medina Polo

Urólogo. Coordinador del Grupo de Trabajo de Urología y Atención Primaria
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)
Miembro de la AEU

Introducción

Pedro Blasco Hernández, Higinio Flores Tirado,
M.^a Lourdes Martínez-Berganza Asensio,

Aspectos generales: concepto, prevalencia y clasificación de los síntomas del tracto urinario inferior

La aparición de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en el varón se atribuye en muchas ocasiones al crecimiento de la glándula prostática; sin embargo, en los últimos años se considera que la causa de estos síntomas es multifactorial (tabla 1)¹. La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es la causa más frecuente de STUI, aunque se trata de un síndrome clínico, caracterizado por un crecimiento benigno de la glándula que genera una obstrucción a la salida de la orina y que clínicamente se manifiesta por STUI. En el 2002, la International Continence Society agrupa los STUI en tres categorías: síntomas de llenado, de vaciado y posmiccionales (tabla 2). La HBP suele manifestarse con una sintomatología mixta, de tal forma que la existencia de un solo tipo de síntoma debe hacer replantear esta posibilidad diagnóstica².

Tabla 1 Causas más frecuentes de STUI en el varón

HBP	Hiperactividad del detrusor	Poliuria nocturna	Infección del tracto urinario	Detrusor hipoactivo
Tumor de vejiga	Litiasis ureteral	Estenosis uretral	Disfunción neurógena vesical	Cuerpo extraño

Tabla 2 Clasificación de los STUI

STUI de llenado	STUI de vaciado	STUI posmiccionales
Urgencia	Chorro débil	Sensación de vaciado incompleto
Nocturia	Micción en regadera	Goteo posmiccional
Frecuencia	Chorro intermitente	
Incontinencia	Retardo miccional	
	Esfuerzo miccional	
	Goteo terminal	

La HBP presenta una prevalencia elevada y progresivamente creciente debido a la influencia de la edad como factor determinante para su aparición y desarrollo, afectando a entre un 40 % y un 90 % de los varones a partir de los 50 años. La HBP es un motivo de consulta muy común, especialmente en Atención Primaria. En el estudio EPIC, se realizó una encuesta telefónica a 19.615 varones adultos de cinco países, de los que el 62,5 % refirieron presentar uno o más STUI³.

Los STUI impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes, produciendo interferencia con la vida diaria, preocupación, malestar y alteración en la percepción del estado de salud⁴. Para la valoración de los STUI y su efecto sobre la calidad de vida se utiliza el *International Prostate Symptoms Score* (IPSS), un cuestionario validado al castellano que consta de siete preguntas con cinco respuestas posibles. Los propósitos del cuestionario son los siguientes: cuantificar los síntomas del paciente, puntuar la afectación de la calidad de vida, monitorizar la evolución de la enfermedad y valorar la respuesta al tratamiento.

En función de las respuestas del paciente, los STUI se clasifican en leves, moderados y graves. Dicha clasificación tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas¹. A este respecto, en el estudio MTOPS (*Medical Therapy of Prostatic Symptoms*) se incluyeron 3.047 varones de 50 años o más de edad con STUI de moderados a graves y un flujo urinario máximo (Q_{max}) de 4-15 ml/s, y se aleatorizaron a tratamiento con doxazosina 8 mg/día (n = 756), finasterida 5 mg/día (n = 768), combinación de doxazosina y finasterida (n = 786) y placebo (n = 737). A los 4,5 años de seguimiento, un 17 % de los pacientes del grupo placebo presentaban progresión clínica de la enfermedad, con empeoramiento de los síntomas en un 14 % (IPSS ≥ 4 puntos), un 5 % precisó cirugía y un 2 % retención urinaria aguda. El principal resultado fue que el tratamiento combinado con doxazosina y finasterida redujo el riesgo de evolución de la enfermedad en mayor medida que ambos tratamientos aplicados de forma individual⁵.

Asimismo, es importante identificar a aquellos pacientes en los que la evolución de su enfermedad puede cambiar por la aparición de un cáncer de próstata. Para el correcto manejo de los varones con STUI, además del IPSS existen una serie de pruebas diagnósticas obligadas, recomendadas y no recomendadas, que se pueden realizar en distintos niveles asistenciales. La integración de dichos niveles y la adecuada comunicación entre profesionales implicados en la atención a estos pacientes permitirá mejorar el rendimiento diagnóstico, la adherencia al tratamiento, controlar la evolución de la enfermedad, establecer el diagnóstico precoz del cáncer de próstata y, en definitiva, mejorar los resultados en la atención de los pacientes con STUI secundarios a HBP.

Aportaciones de las principales guías de práctica clínica europeas

Guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Esta guía presenta el manejo de los STUI en varones mayores de 18 años de edad con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes mediante recomendaciones acerca de su evaluación, así como de cuándo se pueden beneficiar de tratamiento médico conservador y de cirugía. En junio de 2015, los autores revisaron la evidencia de los inhibidores de la enzima fosfodiesterasa-5 y añadieron recomendaciones acerca de su indicación y del coste-efectividad⁵.

Guía de la European Association of Urology (EAU)

La primera guía de la EAU fue publicada en el año 2001 y se elaboró en base al manejo de la HBP. Sin embargo, a partir de 2010, las sucesivas actualizaciones están orientadas a los STUI. Los resultados de la revisión sistemática incluidos en la actualización de 2017 hacen referencia a aspectos como el rendimiento diagnóstico de las pruebas no invasivas en el estudio de los varones con STUI por obstrucción de la salida de la vejiga en comparación con los estudios de presión-flujo, o cuál es el mejor tratamiento para la nocturia o la incontinencia nocturna en términos de mejoría de los síntomas, gravedad y calidad de vida⁶.

En resumen, todos los profesionales implicados en la atención al paciente con STUI tenemos un papel fundamental en el correcto tratamiento de esta patología, no solo debido al aumento de su prevalencia por el envejecimiento de la población, sino porque constituye una merma en la calidad de vida del paciente y por las implicaciones pronósticas derivadas de la historia natural de la enfermedad.

1

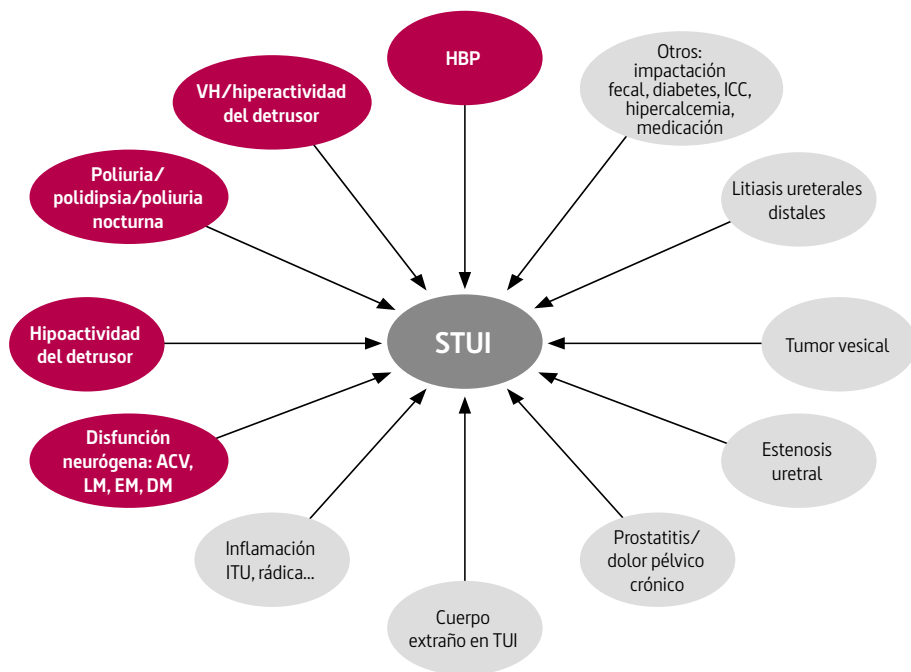
Concepto y etiología

Antonio Alcántara Montero

El término STUI es la traducción española del vocablo inglés LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*). En 1994 fue propuesto por Abrams⁷ para describir y clasificar una serie de síntomas frecuentes en el varón que se manifestaban y se relacionaban con distintas patologías, especialmente del tracto urinario inferior. En la actualidad, el tracto urinario inferior es considerado una unidad vesicoprostática, y es conocida la importancia de la vejiga en la aparición de los STUI, que clásicamente se atribuían a la próstata. En la tabla 2 (página 6) se presenta la agrupación de síntomas de llenado, de vaciado y posmiccionales establecida por la International Continence Society en su documento de consenso².

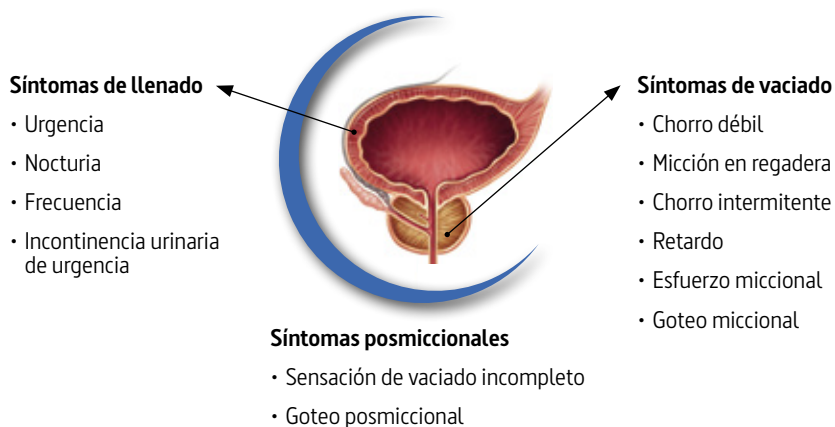
Los STUI son una causa frecuente de consulta en Atención Primaria y, sobre todo, aparecen en los varones a partir de los 50 años. La HBP es la patología del varón que más se asocia a los STUI⁸.

De todas formas, no siempre la causa de los STUI en los varones es la HBP. Existen otras patologías del tracto urinario, cardíacas y metabólicas que pueden manifestarse con síntomas parecidos, por lo que la complejidad de los STUI obliga a un diagnóstico detallado para planear la mejor estrategia terapéutica (figura 1)⁶. Típicamente, los síntomas de llenado son más indicativos de disfunción vesical, como la hiperactividad del detrusor (figura 2)⁹, y son los que más afectan a la calidad de vida de los pacientes.

Figura 1 Causas de STUI en el varón

ACV: accidente cerebrovascular; DM: diabetes *mellitus*; EM: esclerosis múltiple; HBP: hiperplasia benigna de próstata; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; ITU: infección del tracto urinario; LM: lesión medular; STUI: síntomas del tracto urinario inferior; TUI: tracto urinario inferior; VH: vejiga hiperactiva.

Adaptada de⁶.

Figura 2 Concepto de unidad funcional vesicoprostática

Adaptada de⁹.

2

Valoración diagnóstica y diagnóstico diferencial

Antonio Alcántara Montero

2.1. Diagnóstico

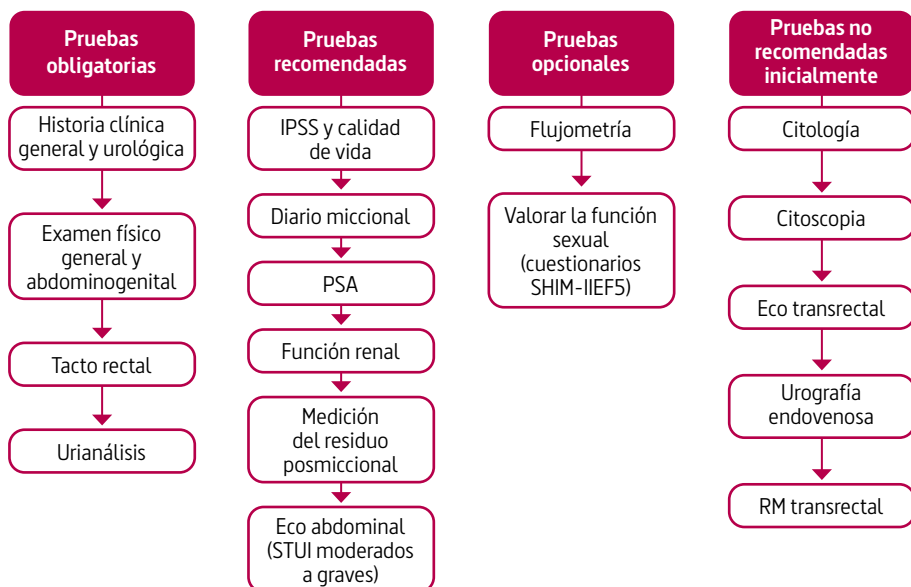
La etiología multifactorial de los STUI justifica su evaluación detallada para un adecuado abordaje terapéutico según las guías de práctica clínica actuales. Además, es importante conocer el perfil de síntomas de cada paciente y el grado de molestia e impacto en la calidad de vida para orientar adecuadamente el tratamiento¹. Aunque la HBP es la causa más frecuente de los STUI, los pacientes consultan para los STUI, no para la HBP. Debido a su elevada frecuencia y a la inespecificidad de los STUI, es necesario evaluarlos cuidadosamente para obtener la mayor rentabilidad posible de cada una de las herramientas disponibles para el diagnóstico.

De acuerdo con los criterios de derivación en HBP para Atención Primaria¹, las distintas pruebas diagnósticas se pueden clasificar en obligatorias, recomendadas, opcionales y no recomendadas inicialmente (figura 3).

Pruebas diagnósticas obligatorias

Historia clínica y anamnesis (nivel de evidencia 4, grado de recomendación Strong)^{1,6,10}. Permite identificar las posibles causas de STUI, así como las comorbilidades⁸. Los componentes de la historia y anamnesis son los siguientes:

1. Antecedentes personales, enfatizando en patologías cuyas manifestaciones clínicas puedan generar dudas acerca de si los síntomas son o no secundarios a HBP, incluyendo:
 - Diabetes *mellitus*.
 - Insuficiencia cardiaca.
 - Enfermedades neurológicas que sugieran una vejiga neurogénica (p. ej. enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple).
 - Antecedentes de disfunción sexual.

Figura 3 Clasificación de pruebas diagnósticas en el manejo de pacientes varones con STUI

IPSS: *International Prostate Symptom Score*; PSA: antígeno prostático específico; RM: resonancia magnética; SHIM-IIIEF5: *Sexual Health Inventory for Men-International Index of Erectile Function 5*; STUI: síntomas del tracto urinario inferior; TAC: tomografía axial computerizada.

Adaptada de¹.

- Infecciones de transmisión sexual.
 - Instrumentaciones urológicas.
 - Traumatismos.
2. Antecedentes familiares de patologías prostáticas o de la vejiga urinaria.
 3. Ingesta de fármacos, en especial los siguientes:
 - Antihistamínicos de primera generación, o fármacos con actividad anticolinérgica, antiespasmódicos, antiinflamatorios no esteroideos y antagonistas del calcio (disminución de la contractilidad vesical).
 - Diuréticos (aumento de la frecuencia miccional).
 - Antidepresivos tricíclicos (aumento del tono prostático).
 - Agonistas colinérgicos (estimulación de la contractilidad vesical).
 - Simpaticomiméticos, levodopa, betabloqueantes y benzodiazepinas (aumento de la resistencia a la salida de la vejiga).

4. Síntomas, valorando la forma de inicio, tiempo de evolución, curso clínico y gravedad.
5. Síntomas acompañantes: fiebre, pérdida de peso, cuadro constitucional o astenia que hagan sospechar patología infecciosa o tumoral.
6. Estado general del paciente para valorar condiciones ante posibles tratamientos quirúrgicos.
7. Hábitos higiénico-dietéticos o estilos de vida que puedan favorecer la presencia de STUI (consumo excesivo de líquidos y de cafeína, alcohol o tabaco).
8. Actividades sociales o laborales que puedan estar afectadas por la sintomatología por la que consulta el paciente, enfatizando en el estado psicológico y mental, con especial atención en valorar estados de depresión/ansiedad/demencia.

Exploración física general y abdomino-genital con tacto rectal (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Strong)^{1,6,10}. Realizaremos una exploración física general y otra más específica de la zona abdominal y genital. La exploración física general irá dirigida a detectar la presencia o ausencia de edemas, fiebre, síntomas de afectación general y síntomas sugestivos de patología neurológica. Asimismo, se valorará la puñopercusión renal. En la exploración abdominal conviene destacar la presencia de globo vesical o masas pélvicas. La exploración genital incluirá, además de descartar patologías testiculares o del epidídimo, la valoración del meato uretral para descubrir posibles obstrucciones al flujo (estenosis, hipospadias) o supuraciones del glande. En la zona perineal podemos realizar una exploración neurológica mediante los reflejos bulbocavernosos (contracción anal al presionar el glande) y anal superficial (contracción anal al explorar la piel perianal). Con su exploración se obtiene una valoración indirecta de la posible afectación del esfínter estriado uretral. La alteración de dichos reflejos indica afectación de las metámeras S2-S4, que se presenta en algunas patologías neurológicas y en la neuropatía diabética⁸.

El tacto rectal permite detectar patologías anorrectales (anales, estado del esfínter anal, masas en la zona del recto y la ampolla rectal), así como la sensibilidad a la palpación de la próstata, el tamaño prostático (generalmente el tacto rectal infravalora el tamaño real) y la consistencia glandular, los límites y la movilidad⁸.

La próstata normal tiene un tamaño aproximadamente de 20 cc. A partir de 25 cc se considera que existe crecimiento de la glándula. El tamaño de la HPB por palpación de la próstata se clasifica en cuatro grados⁸: grado I, tamaño de una castaña, volumen 30-40 cc; grado II, tamaño de una bola de golf, volumen 40-50 cc; grado III: tamaño de una mandarina, volumen 50-60 cc, y grado IV: tamaño de una naranja, volumen >60 cc.

A pesar de que el tacto rectal sobrestima el volumen en las próstatas pequeñas y subestima el volumen en próstatas grandes, esta exploración tiene capacidad para discriminar entre próstatas de <50 y >50 cc¹¹.

Análisis de orina (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Strong)^{1,6,10}. El objetivo del examen de orina en pacientes con STUI es el diagnóstico diferencial con otras patologías del tracto urinario y para descartar complicaciones, detectando la presencia de nitritos, glucosuria, leucocituria, hematuria y proteinuria. Se realiza mediante una tira reactiva de orina. Es una prueba sencilla, muy sensible, pero poco específica (frecuentes falsos positivos). La presencia de hematuria debe confirmarse mediante sistemático de orina y sedimento, y será motivo para solicitar otras pruebas, especialmente para descartar un carcinoma vesical⁸. La leucocituria puede ser indicativa de infección, por lo que se deberá realizar un urocultivo. Si resultara negativo, se solicitará una citología de orina para descartar células uroteliales, y un cultivo de orina específico de micobacterias para descartar una tuberculosis genitourinaria⁸.

Pruebas diagnósticas recomendadas

Evaluación de la intensidad de los STUI y afectación de la calidad de vida (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Strong)^{1,6,10}. Para la valoración de la intensidad de los STUI se recomienda el cuestionario IPSS. Se trata un cuestionario universalmente utilizado, desarrollado, aprobado y validado en Estados Unidos en el año 1992. Se dispone de una versión traducida y validada al español¹² (figuras 4 y 5). El cuestionario debe ser cumplimentado por el paciente. Tiene una gran importancia en la valoración diagnóstica inicial, tratamiento y seguimiento de los pacientes con STUI, ya que permite cuantificar y poner de manifiesto los síntomas subjetivos del paciente, puntuar el impacto en la calidad de vida, seguir el curso de la enfermedad y valorar la respuesta al tratamiento.

El IPSS consta de 7 preguntas con 5 opciones de respuesta que valoran los diferentes tipos de STUI, tanto de llenado como de vaciado, así como síntomas posmiccionales, y una última pregunta sobre calidad de vida. De acuerdo con las respuestas, los síntomas se clasifican en: leves (0 a 7), moderados (8 a 19) y graves/severos (20 a 35).

Diario miccional (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Strong)^{1,6,10}. Es útil, sobre todo, en pacientes con nocturia, en los que predominen los STUI de llenado, y en pacientes con pérdida involuntaria de orina⁶. Consiste en el registro por parte del paciente (cuando sea posible) o del cuidador, durante 3 días, del esquema miccional (frecuencia miccional diurna y nocturna, episodios de urgencia, escapes de orina y sus circunstancias), así como de la ingesta de líquidos y número de absorbentes usados (figura 6)⁸. Esta prueba, que no genera ningún coste y aporta mucha información, es de gran utilidad tanto en la fase inicial diagnóstica como para controlar la respuesta al tratamiento.

Figura 4 Cuestionario IPSS (puntuación internacional de los síntomas prostáticos)

PREGUNTAS	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina era poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Durante más o menos los últimos 30 días, cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

CALIDAD DE VIDA

PUNTUACIÓN IPSS TOTAL

8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
	0	1	2	3	4	5	5

Figura 5 IPSS reordenado por tipos de síntomas**CONFIDENCIAL**

Nombre	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	NHC*	<input type="text"/>

* Número de Historia Clínica

**Puntuación internacional de los síntomas prostáticos IPSS**Durante los últimos 30 días
(aproximadamente):

	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
Subscore de llenado						
1. ¿Cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
TOTAL de subscore de llenado						<input type="text"/>
Puntuación máxima: 15						
Subscore de vaciado						
4. ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
5. ¿Cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuántas veces ha observado que el chorro de orina era poco fuerte?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
7. ¿Cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
TOTAL de subscore de vaciado						<input type="text"/>
Puntuación máxima: 20						
Puntuación IPSS TOTAL						<input type="text"/>

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0	1	2	3	4	5	5

Cuestionario adaptado

>>>

Hoja de Evaluación del Diario Miccional: resultados/24h

(A RELLENAR POR EL MÉDICO)

Nombre Apellidos

DIARIO MICCIONAL		DÍA 1	DÍA 2	DÍA 2	MEDIA
Frecuencia miccional	FMD (episodios/día)				
	FMN (episodios/día)				
	FM/24h (episodios/día)				
Volumen miccional	VMmáx Diurno (ml)				
	VMmáx Nocturno (ml)				
	VMmed (ml)				
Urgencia n.º y grado máx.	Urgencia (episodios/día)				
	Urgencia grado				
Incontinencia	IUU (episodios/día)				
	IUE (episodios/día)				
	Mudas (n.º/día)				
	Ingesta 24h (ml)				
Diuresis	Diuresis 24h (ml)				
	Diuresis nocturna (ml)				

Claves del resumen del diario

FMD: frecuencia miccional diurna	IUU: n.º de episodios de incontinencia de urgencia
FMN: frecuencia miccional nocturna	IUE: n.º de episodios de incontinencia de esfuerzo
FM/24h: frecuencia miccional en 24 h	Mudas: n.º de mudas
VMmáx Diurno: volumen miccional máximo diurno	Ingesta 24 h: ingesta de líquidos en 24 h
VMmáx Nocturno: volumen miccional máximo nocturno	Diuresis 24 h: volumen de diuresis en 24 h
VMmed: volumen miccional medio	Diuresis nocturna: volumen de diuresis en la noche
Urgencia: n.º de episodios de urgencia	
Urgencia grado: grado de urgencia (de 0 a 4)	

Adaptada de¹³.

Antígeno prostático específico (PSA) (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación Strong)^{1,6,10}. El PSA no es un marcador específico de carcinoma, sino de tejido prostático. Tiene una baja especificidad, ya que se encuentra elevado en pacientes que presentan otras patologías prostáticas, como la HBP y las prostatitis, y puede ser normal en pacientes con carcinoma de próstata⁸. Se han publicado numerosos estudios que establecen una relación positiva y estadísticamente significativa entre el PSA y el volumen prostático, remarcando la importancia de la evaluación de este parámetro como marcador eficaz de crecimiento prostático⁴.

Las cifras de PSA consideradas normales varían con la edad: a partir de los 60 años de edad se consideran valores de normalidad un PSA <4 ng/ml¹⁴ (tabla 3), aunque hasta un 25 % de los varones con cáncer de próstata pueden presentar valores de PSA <4 ng/ml¹⁵ (tabla 4). Igualmente, un nivel más elevado del PSA no confirma la presencia de cáncer. Por ello, no existe un umbral del PSA que descarte con seguridad la presencia de un cáncer de próstata.

Tabla 3 Variaciones del PSA según la edad

Edad (años)	Rango normal del PSA (ng/ml)
40-49	0-2,5
50-59	0-3,5
60-69	0-4,5
70-79	0-6,5

Tabla 4 Valores de PSA y posibilidades de padecer un carcinoma prostático

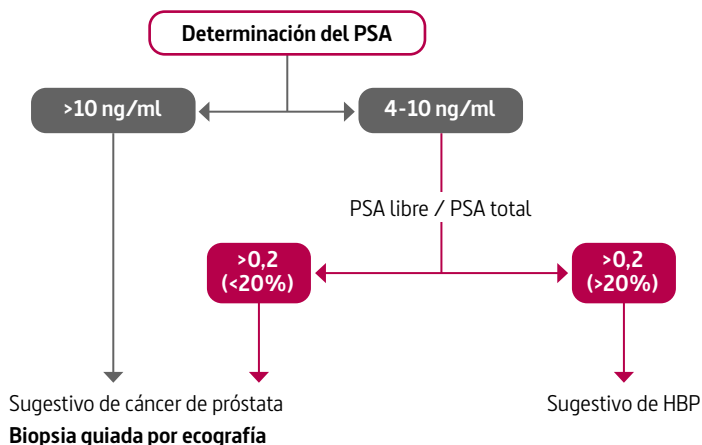
PSA (ng/ml)	Posibilidades de padecer cáncer prostático (%)
0-2	10
2-4	15-25
4-10	17-32
>10	43-65

La actuación clínica frente a los niveles del PSA varía en función del valor detectado en la valoración inicial (figura 7). Antes de tomar una decisión, cualquier valor >4 ng/ml debe confirmarse en 4-6 semanas para descartar otras causas de elevación transitoria del PSA (infecciones genitourinarias, retención urinaria, instrumentalización urológica, masaje prostático vigoroso, etc.).

La documentación de un valor del PSA >10 ng/ml confirmado obliga a referir al paciente a un urólogo para la realización de una biopsia guiada por ecografía¹⁰. Cuando el valor del PSA se encuentra entre 4 y 10 ng/ml, hay que valorar una serie de parámetros, así como considerar la realización de una biopsia prostática. Los parámetros a valorar son los siguientes:

- **Velocidad del PSA:** hace referencia al aumento del valor del PSA en el tiempo. Se considera patológico un aumento de 0,75 ng/ml anual o de un 20 % anual respecto al valor inicial.

Figura 7 Algoritmo según los valores del PSA recomendado para varones con esperanza de vida estimada mayor a 10 años



Adaptada de¹⁰.

- **Densidad del PSA:** relaciona el valor del PSA con el volumen prostático por ecografía. Una relación superior a 0,15 es sugestiva de carcinoma de próstata, mientras que, si es inferior a 0,10, sugiere HBP.
- **Cociente PSA libre/PSA total:** un cociente inferior al 20 % es sugestivo de cáncer de próstata, y superior al 25 %, de HBP.

Por otra parte, la determinación del PSA en suero y el tacto rectal aumentan la tasa de detección de cáncer de próstata, en comparación con el tacto rectal aislado.

Función renal (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Strong)^{1,6,10}. Valoraremos la función renal mediante la determinación de la creatinina sérica para descartar un proceso obstructivo que genere insuficiencia renal. La función renal puede estar alterada en el 10 % de los pacientes con HBP, y su presencia obliga a estudios de imagen del tracto urinario superior. Dichos estudios de imagen son necesarios frente a la sospecha de insuficiencia renal en un paciente con STUI, globo vesical, infecciones urinarias recurrentes o historia de litiasis renal. Se considera más indicativo de fallo renal medir los valores del filtrado glomerular⁸.

Ecografía renovesicoprostática y medición del residuo posmiccional (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Weak)^{1,6,10}. Esta exploración permite valorar los siguientes aspectos:

- **Riñones, vías urinarias y vejiga**, prestando especial atención a la observación completa del sistema renovesical en pacientes con antecedentes de litiasis, hematuria e infección urinaria.
- **Residuo posmiccional**. Un volumen >100-200 ml (elevado para una situación en Atención Primaria, pero no para el urólogo) es indicativo de disfunción vesical y elevado riesgo de obstrucción, así como de una posible retención aguda de orina (RAO)⁶.
- **Tamaño prostático**. A través de la ecografía se mide la anchura, altura y profundidad, lo que permite estimar el peso de la glándula, aunque tiene menor precisión que la ecografía transrectal.

Se recomienda la realización de una ecografía¹⁰ en varones con STUI y presencia de:

- Sintomatología grave.
- Clínica sugestiva de obstrucción.
- Sospecha de residuo posmiccional patológico.
- Sospecha de enfermedad neurológica.
- Antecedentes de urolitiasis.
- Macro o microhematuria.
- Función renal alterada e infección de orina.

Pruebas diagnósticas opcionales

Flujometría (nivel de evidencia 2b, grado de recomendación Weak)^{1,6,10}. Es una prueba urodinámica no invasiva utilizada para evaluar el funcionamiento del tracto urinario inferior mediante la cuantificación del Qmax. Para su medición se requiere un volumen miccional >150 ml y <500 ml, siendo normales las cifras de Qmax ≥ 15 ml/s. Es indicativo de obstrucción si el Qmax es <10 ml/s; valores entre 15 y 10 ml/s son sugestivos de obstrucción, aunque este rango puede ser normal en varones de más de 70 años. La flujometría no distingue entre obstrucción orgánica producida por HBP y disfunción del detrusor⁸.

Además del Qmax, hay otros parámetros que mejoran la especificidad de la prueba, tales como los valores de tiempo de flujo, tiempo de vaciado y flujo medio, así como la morfología de la curva flujo-volumen, que es distinta para cada patología⁸.

22 La flujometría tiene utilidad en la correlación de los síntomas con los hallazgos objetivos de obstrucción, especialmente cuando hay discordancia, así como para el seguimiento de los resultados del tratamiento. No obstante, la información que aporta se puede obtener de forma indirecta mediante la cuantificación del residuo posmiccional⁸.

Valoración de la función eréctil (nivel de evidencia 4, grado de recomendación Weak)^{1,6,10}. Diferentes estudios demuestran que existe una fuerte asociación entre los STUI y la disfunción eréctil¹⁶. Cuando en la anamnesis de un paciente con HBP se detecta la presencia de algún grado de disfunción eréctil, es recomendable su evaluación mediante el cuestionario de salud sexual para varones (*Sexual Health Inventory For Men, SHIM*) (figura 8). Se trata de un cuestionario abreviado del índice internacional de

Figura 8 Cuestionario de salud sexual para varones (*Sexual Health Inventory For Men, SHIM*)

En los últimos 6 meses:

1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?		Muy baja 1	Baja 2	Moderada 3	Alta 4	Muy alta 5
2. ¿Cuándo tuvo erecciones con la estimulación sexual, con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente rígidas para la penetración?	Sin actividad sexual 0	Casi nunca/nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aprox. la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad) 4	Casi siempre/siempre 5
3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	No intentó el acto sexual 0	Casi nunca/nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aprox. la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad) 4	Casi siempre/siempre 5
4. Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?	No intentó el acto sexual 0	Extremadamente difícil 1	Muy difícil 2	Difícil 3	Ligeramente difícil 4	No difícil 5
5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?	No intentó el acto sexual 0	Casi nunca/nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aprox. la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad) 4	Casi siempre/siempre 5

PUNTUACIÓN TOTAL:

Si su puntuación es menor o igual que 21, usted está mostrando signos de disfunción eréctil. Su médico puede mostrarle varias alternativas de tratamiento que pueden mejorar su situación.

función eréctil (*International Index of Erectile Function*, IIEF)¹⁷ y consta de 5 preguntas en las que se valoran distintos aspectos de la erección, se puntúa cada respuesta de 0 a 5. Se considera que la erección está alterada si la puntuación es <22⁸.

2.2. Diagnóstico diferencial

Existen numerosas patologías que cursan con STUI y que deben incluirse en el diagnóstico diferencial^{1,8}. Son las siguientes:

- **HBP:** es un crecimiento histológico, sobre todo de la zona de transición y periuretral de la próstata, que produce una obstrucción al flujo de salida urinario.
- **Cáncer prostático:** el tacto rectal valoraría la consistencia de la glándula y la presencia o no de nódulos indurados. Contribuye al diagnóstico la presencia de un PSA >10 ng/ml.
- **Prostatitis:** la presencia de STUI con análisis de orina y urocultivo patológicos confirmaría el diagnóstico.
- **Cáncer vesical:** la manifestación más habitual es la hematuria, a veces acompañada de síntomas irritativos (polaquiuria, nocturia, urgencia miccional). Sería importante realizar citología de la orina y estudio ecográfico, como primeras opciones, y posteriormente, y en Atención Especializada, otros estudios de imagen, como TAC o cistoscopia.
- **Cistitis:** se manifiesta mediante STUI. El análisis de orina señalaría nitritos y/o leucocituria. El cultivo de orina confirmaría el diagnóstico.
- **Estenosis de uretra:** se manifiesta con síntomas de vaciado u obstructivos (disminución del chorro, dificultad al inicio de la micción, chorro intermitente, RAO, sensación de vaciado incompleto). La flujometría nos aportaría un perfil característico y la localización de la estenosis se visualizaría mediante estudios de imagen, como cistouretrografía miccional y retrógrada. Sospecharemos esta patología en pacientes menores de 50 años, con antecedentes de traumatismos previos o enfermedades de transmisión sexual, con síntomas de vaciado.
- **Litiasis urinaria:** antecedentes de cólicos nefríticos con hematuria y la confirmación ecográfica de la presencia de litiasis son las claves del diagnóstico. En ocasiones pueden existir microlitiasis que no produzcan cuadros de cólicos y solamente se presenten con síntomas irritativos a nivel vesical.
- **Vejiga hiperactiva:** se caracteriza por la presencia de urgencia miccional con o sin incontinencia urinaria. Se puede acompañar de nocturia con frecuencia miccional en ausencia de otras patologías. Un 40 % de los pacientes con HBP presentan síntomas sugestivos de vejiga hiperactiva.

3

Tratamiento

Antonio Alcántara Montero

Actualmente, los objetivos principales del tratamiento de un paciente con STUI son aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, así como prevenir la evolución de la enfermedad clínica y el desarrollo de complicaciones. La decisión terapéutica dependerá de diversos factores⁸, tales como: a) gravedad y tipo de STUI; b) calidad de vida; c) curso clínico de la enfermedad (en el estudio MTOPS un 17 % de los pacientes asignados al grupo placebo presentaron una progresión clínica, de los cuales un 14 % empeoraron sus síntomas, con una puntuación ≥ 4 en el cuestionario IPSS, un 5 % precisó cirugía y un 2 % presentó una RAO)⁴; d) comorbilidades, como disfunción eréctil, hiperactividad vesical asociada, etc., y e) edad y expectativas del paciente.

Hay que informar a los pacientes de las distintas opciones terapéuticas disponibles y explicarles los riesgos y beneficios para que ellos mismos, en la medida de lo posible, participen en la selección de la mejor alternativa terapéutica⁸.

Las opciones de manejo de los STUI/HBP disponibles en la actualidad son:

1. Tratamiento no farmacológico: vigilancia expectante y cambios activos de estilo de vida con supervisión clínica periódica.
2. Tratamiento farmacológico.
3. Tratamiento quirúrgico.

En este capítulo nos centraremos en las dos primeras opciones.

3.1. Tratamiento no farmacológico: vigilancia expectante y medidas higiénico-dietéticas

Muchos varones con STUI no están suficientemente preocupados por sus síntomas para necesitar tratamiento farmacológico o quirúrgico. La vigilancia expectante es una opción viable en muchos casos, ya que pocos de los pacientes presentarán una evolución con RAO y complicaciones (p. ej. insuficiencia renal o litiasis renal), mientras que otros pueden permanecer estables durante años. Se recomienda ofrecer una vigilancia expectante a pacientes con STUI leves/moderados, cuyas molestias son mínimas (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación Strong). Los pacientes sometidos a vigilancia ex-

pectante deben ser revisados a los 6 meses, y luego anualmente, siempre que los síntomas no empeoren o se desarrollen indicaciones absolutas para tratamiento quirúrgico⁶.

Las medidas higiénico-dietéticas (tabla 5) deben ofrecerse antes o de forma concomitante con el tratamiento farmacológico (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación Strong).

Tabla 5 Medidas higiénico-dietéticas

• Restringir la ingesta de líquidos (nunca inferior a 1,5 litros/día), en especial antes de acostarse o de salir en público.
• Evitar el consumo de alcohol y las bebidas con cafeína, así como las comidas picantes.
• Evitar el estreñimiento.
• Proporcionar la asistencia necesaria cuando hay deterioro en la destreza, movilidad o estado mental.
• Extracción de residuo uretral tras la micción, para evitar goteo posmiccional.
• Revisión de la medicación y optimización del tiempo de administración o sustitución de algunos fármacos (p. ej., diuréticos, descongestionantes, antihistamínicos, antidepresivos).
• Técnicas de reentrenamiento de la vejiga. Aconsejar regular el tiempo entre las evacuaciones vesicales, orinando cada cierto tiempo, tratando de aguantar la urgencia sensorial para aumentar la capacidad de la vejiga (hasta unos 400 ml).
• Uso de técnicas de distracción y de relajación para controlar los síntomas de llenado.
• Técnica de “doble vaciado” vesical. Después de haber terminado de orinar, se aconseja descansar un poco y luego orinar de nuevo.

Adaptada de⁶.

3.2. Tratamiento farmacológico

En la actualidad, las alternativas farmacológicas para el tratamiento de los STUI son muy variadas. El conocimiento de los mecanismos de acción farmacológica y los efectos secundarios son muy importantes para la elección de la molécula adecuada para cada paciente, tanto respecto a la eficacia como para aumentar la adherencia al tratamiento y evitar posibles complicaciones. Se presenta una revisión de los diferentes fármacos disponibles siguiendo las últimas recomendaciones de la EAU⁶.

Fitoterapia

No existen recomendaciones específicas respecto a los agentes fitoterápicos dada la heterogeneidad de este grupo terapéutico, un marco regulador limitado y las limitaciones de los ensayos y metaanálisis publicados⁶.

Bloqueadores de los receptores α 1-adrenérgicos

Los alfabloqueantes tienen un efecto beneficioso sobre los STUI al actuar sobre los receptores α 1-adrenérgicos. Los receptores α 1 se encuentran a nivel de vejiga, cuello

vesical y próstata. Se conocen diferentes subtipos: A, B y D. En la vejiga, el subtipo más frecuente es el $\alpha 1D$; en el cuello vesical existen el $\alpha 1D$ y el $\alpha 1A$, mientras que en la próstata predomina el subtipo $\alpha 1A$ en un 98 %, y el subtipo $\alpha 1B$ se encuentra en mayor proporción a nivel vascular¹⁶. Existen alfabloqueantes selectivos de los receptores $\alpha 1$ (doxazosina, terazosina, alfuzosina), y actualmente se dispone de fármacos altamente uroselectivos, como tamsulosina y silodosina. El concepto de “uroselectividad” hace referencia a la mayor afinidad de tamsulosina, y especialmente silodosina, sobre el subtipo $\alpha 1A$ para conseguir los efectos beneficiosos (mejoría de los STUI) con un mejor perfil de seguridad¹⁶.

En ensayos clínicos controlados se ha demostrado que los alfabloqueantes reducen la puntuación de los síntomas prostáticos (IPSS) en aproximadamente un 30-40 % de los pacientes y aumentan el Qmax un 20-25 %, aunque también se han descrito mejorías en los sujetos asignados al brazo de placebo^{6,16}. En estudios abiertos, se han documentado mejoras del IPSS de hasta un 50 % y aumentos del Qmax hasta un 40 %. La acción beneficiosa máxima de los alfabloqueantes aparece a partir de la segunda-cuarta semana tras el inicio del tratamiento. No tienen ningún efecto sobre el volumen de la próstata ni modifican el curso natural de la enfermedad o los valores del PSA^{6,16}.

La mayor o menor uroselectividad y los perfiles farmacocinéticos de los diferentes fármacos alfabloqueantes determinan algunas diferencias en términos de tolerabilidad y perfil de seguridad. Los principales efectos secundarios son los cardiovasculares (hipotensión postural, mareos, palpitaciones, edema periférico, síncope), sobre el sistema nervioso central (fatiga, astenia, cefalea, somnolencia), rinitis y trastornos eyaculatorios. Los compuestos uroselectivos son, en general, mejor tolerados al presentar menos efectos cardiovasculares. Los compuestos menos uroselectivos, en cambio, deben usarse con precaución con otros hipotensores por riesgo de hipotensión arterial, y deben evitarse si existen antecedentes de hipotensión ortostática. La terazosina y la doxazosina están contraindicadas en tratamiento combinado con los inhibidores de la fosfodiesterasa-5, y el resto de fármacos debería usarse con precaución. Los fármacos con menor uroselectividad deben administrarse en dosis nocturnas, titulando la dosis. Los alfabloqueantes no afectan tan negativamente a la libido y a la función eréctil. Los fármacos con mayor uroselectividad ocasionan con mayor frecuencia trastornos eyaculatorios, como aneyaculación o eyaculación retrógrada (tabla 6)¹⁸. Por ello, la elección del alfabloqueante debe individualizarse en función de la edad del paciente, comorbilidad (especialmente cardiovascular), expectativas respecto a la función sexual, efectos secundarios, seguridad, rapidez de acción y tolerabilidad¹⁶.

Tabla 6 Características diferenciales de los alfabloqueantes

	Terazosina	Doxazosina	Alfuzosina	Tamsulosina	Silodosina
Selectividad receptor $\alpha 1$	No	No	No	Sí	Sí
Selectividad farmacológica	No	No	No	Sí	Sí
Selectividad clínica	No ($\alpha 1A=\alpha 1B=\alpha 1D$)	No ($\alpha 1A=\alpha 1B=\alpha 1D$)	No ($\alpha 1A=\alpha 1B=\alpha 1D$)	Sí ($\alpha 1A=\alpha 1D>\alpha 1B$)	Sí ($\alpha 1A>\alpha 1D>\alpha 1B$)
¿Indicado en hipertensión arterial?	Sí	Sí	No*	No	No
Dosis diaria (mg)	1-10	1-8	7,5-10	0,4	8
Dosis/día	1	1	1-3	1	1
Efectos adversos frecuentes	Astenia, mareos, somnolencia, hipotensión, congestión nasal/rinitis	Mareos, fatiga, edema, disnea, hipotensión	Mareos, cefalea, náuseas, sequedad de boca, diarrea, hipotensión	Eyaculación retrógrada, mareos, cefalea, síntomas similares a la gripe	Eyaculación retrógrada, congestión nasal, mareos

* La indicación en Europa ha sido retirada a pesar de la eficacia demostrada en la reducción de la presión arterial en la hipertensión.

Adaptada de¹⁸.

En algunos pacientes en tratamiento o previamente tratados con alfabloqueantes durante la cirugía de cataratas y de glaucoma se ha observado el síndrome de iris flácido intraoperatorio (IFIS) (el IFIS es una variante del síndrome de pupila pequeña). El IFIS puede aumentar el riesgo de complicaciones durante la cirugía y posoperatorias. La interrupción del tratamiento con alfabloqueantes 1-2 semanas previas a una cirugía de cataratas o de glaucoma se considera de ayuda de manera anecdótica, pero el beneficio de la interrupción del tratamiento no se ha establecido. También se han notificado casos de IFIS en pacientes que habían interrumpido el tratamiento durante un periodo de tiempo largo previo a la cirugía¹⁹.

Los alfabloqueantes están recomendados en varones con STUI moderados-graves. Se debe asesorar a los pacientes acerca de los efectos secundarios relacionados con el uso de fármacos uroselectivos frente a los no uroselectivos (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación Strong)⁶.

Inhibidores de la 5 α -reductasa (5-ARI)

Los andrógenos actúan sobre la próstata a través de la dihidrotestosterona (DHT). En las células del estroma prostático se produce la transformación de la testosterona a DHT mediante la enzima 5 α -reductasa. Hay dos isoformas de esta enzima, siendo la 2 la que

28 tiene actividad predominante en la próstata. Estos fármacos (finasterida y dutasterida) inhiben la acción de la enzima 5 α -reductasa (fármacos 5-ARI). Finasterida solamente inhibe la 5 α -reductasa tipo 2, mientras que la dutasterida inhibe las dos isoformas⁸.

En relación con la eficacia clínica, los 5-ARI producen después de 2-4 años de tratamiento una mejoría del IPSS en aproximadamente un 15-30 % de los pacientes, disminuyen el volumen de la próstata un 18-28 % y aumentan el Qmax entre 1,5-2 ml/s en pacientes con STUI debidos a agrandamiento prostático⁶. Los efectos clínicos se consiguen entre 6-12 meses después del inicio del tratamiento, con el beneficio máximo a partir del año^{4,20}.

Los 5-ARI actúan induciendo la apoptosis de las células epiteliales de la próstata, lo que va a producir, además de una disminución del tamaño prostático, un descenso de los niveles del PSA. Así, reducen las cifras del PSA al menos un 50 % de su valor inicial a los 6 meses de tratamiento, aunque los valores pueden seguir descendiendo incluso después de un año de tratamiento. También pueden reducir el riesgo de RAO y de la necesidad de cirugía⁶. Los efectos adversos más relevantes de los 5-ARI están relacionados con la función sexual, e incluyen disminución de la libido, disfunción eréctil y, menos frecuentemente, trastornos de la eyaculación como eyaculación retrógrada, fracaso de la eyaculación o disminución del volumen de semen eyaculado. La ginecomastia puede aparecer en un 1-2 % de los pacientes⁶.

Los 5-ARI se utilizan en varones con STUI moderados-graves y próstata agrandada (>40 ml) (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación Strong). Se debe informar a los pacientes acerca de la mejoría tardía de los síntomas (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación Strong)⁶.

Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

Estudios epidemiológicos han demostrado una relación entre STUI, disfunción eréctil y otros trastornos de la función sexual, con independencia de la edad y de la presencia de comorbilidades¹⁶. Diferentes estudios extendidos entre 12 y 64 semanas han demostrado la eficacia de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE-5) frente a placebo para mejorar los STUI/HBP (6 puntos del IPSS), especialmente los síntomas de vaciado, sin influir sobre el Qmax ni el residuo posmiccional. Estos efectos son más intensos en varones más jóvenes, con menor índice de masa corporal y sintomatología más grave. No se ha demostrado una reducción del volumen prostático ni del riesgo de afectar el curso clínico del STUI/HBP. Otros estudios han demostrado la eficacia y seguridad de la asociación de tadalafilo con alfabloqueante o finasterida para controlar los STUI/HBP⁶.

Los efectos adversos más frecuentes de los IPDE-5 en comparación con el placebo son cefalea, dolor de espalda, rubor facial y dispepsia. Están contraindicados en pacientes con antecedentes recientes de enfermedades isquémicas (infarto de miocardio, accidente vascular cerebral), hipotensión, hipertensión mal controlada, insuficiencia renal y/o hepática significativa y neuropatía óptica isquémica anterior, así como en pacientes tratados con nitratos y con alfabloqueantes menos uroselectivos (doxazosina o terazosina)¹⁶.

Tadalafilo en pauta de 5 mg/día es el único IPDE-5 que ha recibido la autorización en Europa para el tratamiento de los STUI en varones adultos con o sin disfunción eréctil (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación Strong)⁶.

Agonistas de los receptores β 3-adrenérgicos

Mirabegrón es el primer fármaco de esta clase que ha sido aprobado y comercializado en Japón, EE. UU. y Europa para el tratamiento de la vejiga hiperactiva. Se trata de un potente agonista selectivo de los receptores β 3-adrenérgicos que a través de la acción sobre dichos receptores aumenta la capacidad de llenado vesical²¹.

Datos a largo plazo sobre la eficacia y seguridad de mirabegrón en varones de cualquier edad con STUI aún no están disponibles. Del mismo modo, todavía están pendientes estudios sobre el uso de mirabegrón en combinación con otros fármacos⁶. En un estudio de fase II, se evaluó el efecto urodinámico de mirabegrón en varones con STUI y obstrucción de salida vesical (OSV)²². Un total de 200 pacientes (\geq 45 años) con STUI y OSV fueron aleatorizados para recibir una dosis diaria mirabegrón 50 mg, 100 mg (dosis no disponible comercialmente) o placebo durante 12 semanas. El tratamiento con mirabegrón 50 mg y 100 mg no fue inferior al placebo para las variables Qmax y presión del detrusor. Ambos brazos de tratamiento activo mostraron una disminución estadísticamente significativa de la frecuencia miccional en comparación con placebo. Estos hallazgos demuestran que mirabegrón no afecta negativamente a los parámetros urodinámicos en pacientes con STUI y OSV.

Los efectos adversos más comunes del tratamiento con mirabegrón incluyen infección del tracto urinario, cefalea y nasofaringitis²¹. Se han notificado casos graves de hipertensión y aumento de la presión arterial en pacientes tratados con mirabegrón, por ello se recomienda tomar la presión arterial antes de iniciar el tratamiento y controlarla regularmente^{21,23}. Mirabegrón está contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada (presión arterial sistólica \geq 180 mm Hg y/o presión arterial diastólica \geq 110 mm Hg). El porcentaje de pacientes con boca seca y estreñimiento en los grupos de tratamiento con mirabegrón fue notablemente inferior que en otros ensayos con-

30 trolados realizados con diversos agentes para el tratamiento de la vejiga hiperactiva o con tolterodina como control activo. Por otra parte, mirabegrón puede mejorar la persistencia terapéutica en comparación con el tratamiento antimuscarínico, cuya baja persistencia se atribuye a la percepción de falta de eficacia y a los efectos adversos²¹.

Las guías de la EAU actuales recomiendan el uso de agonistas de los receptores β 3-adrenérgicos en varones con STUI moderados-graves con predominio de síntomas de llenado (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Weak)⁶.

Antimuscarínicos

Los fármacos antimuscarínicos son inhibidores competitivos de la acetilcolina, por lo que se inhibe la contracción colinérgica de la musculatura lisa vesical. También pueden intervenir a nivel aferente. Por estos motivos, se utilizan en el tratamiento de los pacientes con vejiga hiperactiva, ya que reducen la hiperactividad vesical y aumentan la capacidad funcional de la vejiga, mejorando, preferentemente, los síntomas de llenado²⁴. Los fármacos antimuscarínicos disponibles en España incluyen tolterodina, tropipio, solifenacina, fesoterodina, oxibutinina y propiverina.

La obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a la HBP no es siempre la causa de los STUI. Por este motivo, es posible que después del tratamiento con alfabloqueantes, 5-ARI o cirugía, los síntomas de llenado persistan o se incrementen con el tiempo. Asimismo, la relación entre HBP y los síntomas de vejiga hiperactiva no está bien definida, pero los estudios epidemiológicos confirman la frecuente coexistencia entre vejiga hiperactiva y obstrucción secundaria del tracto urinario por HBP (48-68 % de los casos), presentando sintomatología mixta. En el 50-70 % de los varones con obstrucción infravesical, se detectan signos urodinámicos de vejiga hiperactiva²⁵.

Se ha confirmado la eficacia de los antimuscarínicos como agentes únicos en varones con vejiga hiperactiva en ausencia de OSV, pero, en la mayoría de los ensayos clínicos, la duración del tratamiento se limita a 12 semanas. También se ha observado que los varones con niveles de PSA <1,3 ng/ml (próstatas más pequeñas) podrían beneficiarse más de los antimuscarínicos; y otros estudios han demostrado un efecto positivo de los antimuscarínicos en pacientes con vejiga hiperactiva y HBP concomitante⁶. Los ensayos clínicos realizados con antimuscarínicos muestran generalmente de un 3 % a un 10 % de abandonos, lo cual es similar a placebo. Los efectos adversos relacionados con estos fármacos incluyen sequedad de boca (hasta 16 %), estreñimiento (hasta 4 %), dificultades para la micción (hasta 2 %), nasofaringitis (hasta 3 %) y mareos (hasta 5 %)⁶. Tradicionalmente ha existido un rechazo a utilizar los antimuscarínicos en pacientes con vejiga hiperactiva e HBP por el potencial riesgo de agravar los síntomas de vaciado.

Sin embargo, los resultados de varios ensayos han apoyado la eficacia y la seguridad de antimuscarínicos en el tratamiento de hombres con STUI en ausencia de residuo posmiccional elevado²⁴.

Las guías de la EAU actuales recomiendan el uso de antimuscarínicos en varones con STUI moderados-graves que presenten un componente de síntomas de llenado (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Strong), pero debiéndose emplear con precaución en varones con un residuo posmiccional >150 ml (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Weak)⁶.

Tratamiento combinado con alfabloqueantes y antimuscarínicos

Ya se ha comentado que los STUI en el varón pueden tener un origen prostático y /o vesical, y que existe una relación entre HBP y los síntomas de VH presentando STUI superpuestos²⁵. En este caso de asociación de HBP-VH, el tratamiento de tan solo una de las dos entidades por separado con monoterapia resulta incompleto para estos pacientes con sintomatología mixta.

Un metaanálisis de la terapia combinada basado en los resultados de siete ensayos clínicos aleatorizados demostró que el tratamiento combinado se asociaba a una mejoría superior en la subpuntuación de los síntomas de llenado frente a la monoterapia con alfabloqueantes. Los autores concluyen que esta terapia de combinación es segura, con un riesgo mínimo de aumento del residuo posmiccional y RAO (0,7 %) ²⁶. El estudio NEPTUNE comparó en un ensayo doble ciego y controlado con placebo la monoterapia con tamsulosina 0,4 mg/día en sistema oral de absorción controlada (OCAS) con la combinación a dosis fija de solifenacina a 6 mg o 9 mg diarios durante 12 semanas²⁷. Los pacientes tenían STUI moderados-graves (IPSS ≥ 13), con una combinación de síntomas de vaciado y un componente importante de síntomas de llenado (dos o más episodios de urgencia y ocho o más micciones diarias), y disminución del Q_{max} (4-12 mL/s). El estudio puso de manifiesto una reducción estadísticamente significativa frente a placebo tanto de la puntuación total del IPSS como de los episodios de urgencia y frecuencia (*Total Urgency and Frequency Score*, TUFS) en los tres brazos de tratamiento. La dosis de 9 mg de solifenacina no aportaba beneficio frente a la de 6 mg diarios. La combinación a dosis de 6 mg mostraba ventajas estadísticamente significativas respecto a monoterapia con tamsulosina, así como mejorías importantes en los parámetros de calidad de vida²⁷. En otro estudio, el tratamiento con terapia de combinación de 6 mg de solifenacina y 0,4 mg tamsulosina OCAS fue eficaz a largo plazo (52 semanas), mostrando una reducción del IPSS total de hasta 9 puntos, a expensas de las subpuntuaciones de llenado (4,3 puntos) y de vaciado (4,7 puntos)²⁸.

32 La combinación a dosis fija de solifenacina 6 mg y tamsulosina 0,4 mg OCAS está autorizada por la Agencia Española del Medicamento desde 2014. Su indicación aprobada es tratamiento de los síntomas de llenado de moderados a graves (urgencia, aumento de la frecuencia miccional) y de los síntomas de vaciado asociados a la HBP en varones que no responden adecuadamente al tratamiento en monoterapia²⁹.

Cuando se utiliza el tratamiento combinado de alfabloqueantes y antimuscarínicos, pueden aparecer los efectos adversos de ambas clases terapéuticas. El efecto adverso más común es la xerostomía. Algunos efectos adversos (p. ej. xerostomía o fallo en la eyaculación) pueden ver incrementada su incidencia, la cual no puede ser explicada únicamente por la suma de la incidencia de dicho efecto adverso atribuida a ambos fármacos por separado. Se puede detectar un aumento del residuo posmiccional, generalmente no es clínicamente significativo. El riesgo de RAO es bajo (0,7 %). Los antimuscarínicos no causan un deterioro evidente en el Qmax utilizados en asociación con un alfabloqueante⁶. El tratamiento combinado con 6 mg de solifenacina y 0,4 mg tamsulosina OCAS también ha sido bien tolerado a largo plazo, y la incidencia de RAO es muy baja (0,7 %). La mayoría de los eventos adversos descritos fueron leves o moderados, siendo el más frecuente la sequedad de boca (8-12 %)²⁸⁻³⁰.

La última guía de la European Association of Urology (EAU) establece que la terapia de combinación de un alfabloqueante y un antimuscarínico está indicada en pacientes con STUI moderados-graves si el alivio de los síntomas de llenado ha sido insuficiente con la monoterapia de una cualquiera de las medicaciones (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Strong)⁶. Existe bajo riesgo de retención aguda de orina en varones con residuo posmiccional <150 ml, y no se recomienda su empleo en pacientes con volumen residual mayor (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Weak)⁶.

Tratamiento combinado con alfabloqueantes y 5-ARI

En varios estudios se ha investigado la eficacia del tratamiento combinado de un alfabloqueante y un 5-ARI en comparación con la eficacia de estos fármacos en monoterapia y placebo. En los estudios iniciales con un seguimiento de 6 a 12 meses se empleó la variación en el IPSS como variable criterio principal de eficacia. En estos ensayos se demostró de forma sistemática que el alfabloqueante fue superior a finasterida en cuanto a reducción de los síntomas, mientras que el tratamiento combinado fue superior al alfabloqueante en monoterapia. En estudios con un grupo placebo, el alfabloqueante fue sistemáticamente más eficaz que placebo, mientras que finasterida no fue sistemáticamente más eficaz que placebo⁶.

Dos grandes estudios prospectivos multicéntricos, aleatorizados y doble ciego (MTOPS⁴; CombAT, *Combination of Avodart and Tamsulosin*²⁰) han demostrado que, a largo plazo (4-5 años), la terapia combinada de un alfabloqueantes con un 5-ARI en pacientes con

STUI/HBP es más eficaz que las monoterapias respectivas en la reducción de la evolución clínica global y la incidencia de complicaciones, incluidos los episodios de RAO y la necesidad de cirugía asociada a HBP^{4,20}.

En el estudio MTOPS se comparó la combinación de doxazosina y finasterida frente a la monoterapia y al placebo en pacientes diagnosticados de HBP con y sin riesgo de evolución clínica⁴. La terapia combinada fue significativamente más eficaz para reducir el riesgo de evolución (definida como un aumento de al menos 4 puntos en la escala de síntomas de la AUA, RAO, incontinencia urinaria, incremento de la creatinina >50 % o infecciones urinarias recurrentes), los episodios de RAO y/o la necesidad de cirugía a largo plazo (4-5 años). Por otra parte, el estudio MTOPS puso en evidencia que el riesgo de evolución clínica a largo plazo (principalmente debido al aumento de los síntomas) se redujo en un 66 % con la terapia combinada vs. placebo y en mayor medida que con la monoterapia de finasterida o doxazosina (34 % y 39 %, respectivamente). Asimismo, cuando los pacientes del estudio MTOPS fueron estratificados de acuerdo al tamaño de la próstata, se constató que en los varones con próstatas pequeñas (<25 ml basal) la terapia combinada no fue más beneficiosa que la doxazosina en monoterapia en la reducción del riesgo de evolución clínica de la HBP. Sin embargo, cuando el aumento del tamaño prostático era ≥ 40 ml, el tratamiento combinado tuvo un beneficio significativo sobre ambas monoterapias.

En el estudio CombAT se incluyeron pacientes con HBP con síntomas moderados-severos, próstatas ≥ 30 ml y PSA $\geq 1,5$ ng/ml²⁰. En estos pacientes, la terapia combinada mejoraba la sintomatología frente a monoterapia con dutasterida (a partir del tercer mes) y respecto a tamsulosina (a partir del noveno mes), independientemente del volumen prostático y del PSA inicial. También se observaron beneficios en la calidad de vida y en el Qmax antes del primer año de tratamiento. En este estudio²⁰, la terapia combinada redujo el riesgo relativo de RAO en un 68 %, de cirugía relacionada con la HBP en un 71 % y el deterioro de los síntomas en un 41 % en comparación con la monoterapia con tamsulosina después de 4 años.

Comparado con el estudio MTOPS, en el estudio CombAT se utilizó una selección de los pacientes en base al conocimiento previo de los factores de evolución. Se incluyeron a pacientes con igual intensidad de síntomas y mayor volumen prostático (tabla 7). La principal crítica que algunos autores hacen de este estudio es la falta de grupo placebo. Así, en el estudio MTOPS solamente el 17 % de los pacientes incluidos en la rama placebo progresaban, y en su mayor parte lo hacían a síntomas (14 %), únicamente un 5 % precisaron cirugía por la HBP y un 2 % sufrieron un episodio de RAO⁴. En el estudio CombAT, el 4,2 % de los pacientes tratados con la asociación dutasterida/tamsulosina sufrieron RAO o fueron sometidos a cirugía, frente al 5,2 % en el grupo dutasterida y el 11,9 % en el grupo tamsulosina²⁰.

Tabla 7 Características clínicas basales de los pacientes reclutados en los estudio MTOPS y CombAT en los brazos de terapia de combinación

Variable	MTOPS	CombAT
Edad, años (DE)	62,7 (7,1)	66 (7,0)
IPSS total (DE)	16,8 (5,8)	16,6 (6,3)
Volumen prostático, ml (DE)	36,4 (19,2)	54,7 (23,5)
PSA, ng/ml (DE)	2,3 (1,9)	4 (2,0)
Qmax, mL/s (DE)	10,6 (2,5)	10,9 (3,6)
Residuo posmiccional, ml (DE)	67,5 (81,1)	68,2 (66,1)

MTOPS: *Medical Therapy of Prostatic Symptoms*; CombAT: *Combination of Avodart and Tamsulosin*; DE: desviación estándar; IPSS: *International Prostate Symptoms Score*; PSA: antígeno prostático específico; Qmax: flujo urinario máximo.

Adaptada de ^{4,20}.

En ambos estudios CombAT²⁰ y MTOPS⁴, los acontecimientos adversos globales relacionados con la medicación fueron significativamente más frecuentes durante el tratamiento combinado que con cualquiera de las monoterapias (alfabloqueantes y 5-ARI). Los acontecimientos adversos observados durante el tratamiento combinado fueron los habituales de un alfabloqueante y un 5-ARI. Las frecuencias de la mayoría de los acontecimientos adversos fueron significativamente mayores con el tratamiento combinado.

Siguiendo el criterio de la European Association of Urology (EAU), esta asociación está indicada en varones con STUI moderados-graves y riesgo de evolución (p. ej. próstatas >40 ml) (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación Strong)⁶.

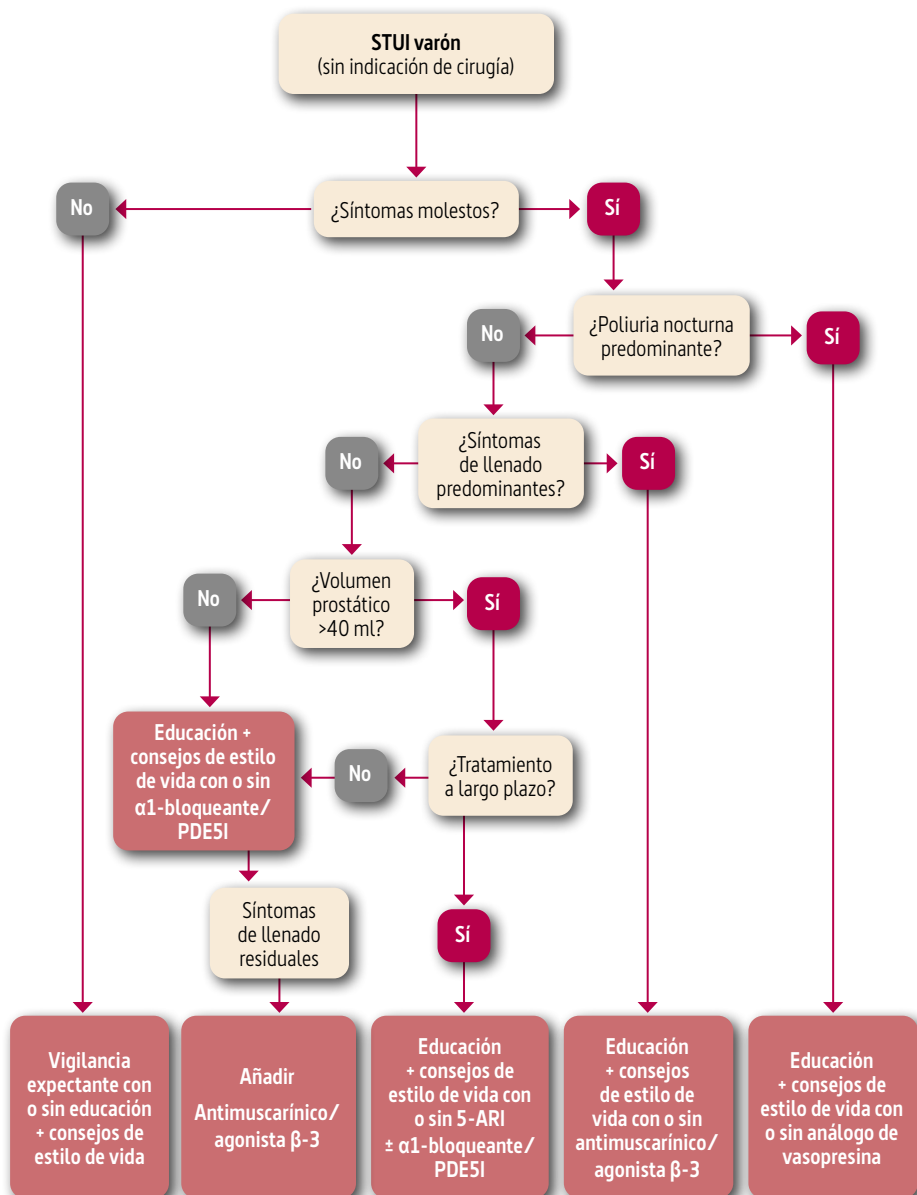
En la tabla 8 se resumen las recomendaciones para el tratamiento médico de los STUI en el varón según la guía de la EAU de 2018.

Por último, en la figura 9, a modo de síntesis, se incluye el algoritmo de tratamiento médico de los STUI de la EAU de 2018⁶.

Tabla 8 Resumen de las recomendaciones para el tratamiento médico de los STUI en el varón según la guía de la European Association of Urology (EAU) de 2018⁶

Clases de fármacos	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Bloqueadores de los receptores α1-adrenérgicos	Ofrecer a varones con STUI moderados-graves	1a	Strong
Inhibidores de la 5α-reductasa (5-ARI)	Utilizar en varones con STUI moderados-graves y una próstata agrandada (>40 ml)	1a	Strong
	Asesorar a los pacientes acerca de la mejoría tardía de los síntomas con los 5-ARI	1a	Strong
Inhibidores de la fosfodiesterasa 5	Utilizar en varones con STUI moderados-severos con/sin disfunción eréctil	1a	Strong
Agonistas de los receptores β3-adrenérgicos	Utilizar en varones con STUI moderados-severos con predominio de síntomas de llenado	1b	Weak
Antimuscarínicos	Utilizar en varones con STUI moderados-severos con predominio de síntomas de llenado	2	Strong
	Prescribir con precaución en varones con un residuo posmiccional >150 ml	2	Weak
Tratamiento combinado con alfabloqueantes y antimuscarínicos	Pacientes con STUI moderados-graves si el alivio de los síntomas de llenado ha sido insuficiente con la monoterapia con cualquiera de las medicaciones	1	Strong
	Prescribir con precaución en varones con un residuo posmiccional >150 ml	2	Weak
Tratamiento combinado con alfabloqueantes y 5-ARI	Varones con STUI moderados-graves y riesgo de evolución (p. ej. próstatas >40 ml)	1b	Strong

Figura 9 Algoritmo de tratamiento médico de los STUI según la European Association of Urology (EAU) de 2018⁶



4

Seguimiento

Higinio Flores Tirado, Manuel Ramón Bernal Pacheco

El objetivo principal de este capítulo es confeccionar una hoja de ruta que dé respuesta a las diferentes formas de presentación y cambios en la historia natural de la enfermedad de los varones con STUI y/o HBP, lo que contribuirá a disminuir la variabilidad clínica, hará más ágil y eficiente el paso del paciente por el sistema sanitario, garantizará la continuidad asistencial y mejorará su calidad de vida.

Por otra parte, si bien los fármacos usados para el tratamiento de los STUI son seguros, es preciso conciliarlos con el resto de la medicación del paciente para evitar potenciales interacciones y eventos adversos. En este sentido, es importante que los profesionales implicados en el manejo de estos pacientes estén familiarizados con herramientas como los criterios STOP-START de prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores³¹ o el informe Prescrire (medicamentos a evitar)³² y estrategias de prescripción con el fin de garantizar la seguridad del paciente, ya que, en el fondo, son pacientes con múltiples patologías y, por ende, polimedcados y frágiles.

4.1. Pacientes con síntomas leves y bien tolerados

Expectativas del paciente y vigilancia activa. El médico de Atención Primaria debe tratar de individualizar el proceso de enfermedad de cada paciente; por ello, el seguimiento del paciente con STUI secundarios a HBP se establecerá en función de la intensidad de los síntomas, del tratamiento que se haya instaurado y de la evolución de la enfermedad. Sin embargo, frente a cualquier situación es conveniente averiguar las expectativas del paciente y hacerle partícipe de las decisiones terapéuticas.

Hay un importante cambio de rol de la enfermería urológica, que ha pasado de ser una tarea puramente asistencial a una labor de prevención y control de la salud, fomentando el autocuidado y la autonomía del paciente desde un abordaje multidisciplinar. Como objetivo general, desde la consulta de enfermería, nuestra intervención estará dirigida a optimizar la calidad asistencial del paciente y disminuir sus complicaciones. Paralelamente, conviene establecer unos objetivos específicos, consistentes en fomentar en el paciente y su familia la adherencia al tratamiento, identificando un incumplimiento del régimen terapéutico, reforzando el conocimiento de la patología

38 que padece e identificando signos y síntomas de nueva aparición. Al mismo tiempo, comprobaremos la correcta cumplimentación de las escalas validadas, así como del diario miccional, aumentando la mejora en los tiempos de respuesta efectiva.

Conjuntamente, la función del personal de enfermería en un primer escalón terapéutico en los pacientes con STUI/HBP es brindar información sobre el problema de salud y la importancia de los cambios en el estilo de vida. Esta información y seguimiento de cómo los hábitos de vida mejoran la sintomatología es realizada por el personal de enfermería. Partimos de unos cuestionarios y un diario miccional, que aportarán conocimiento del estado actual del paciente y del curso clínico de la enfermedad (p. ej. posible empeoramiento de los síntomas). En función de la sintomatología predominante, deberían recomendarse los siguientes hábitos de vida:

- Evitar o restringir el consumo de alcohol y sustancias irritantes vesicales, tales como café, té, tabaco y/o bebidas carbónicas.
- Fomentar la actividad física y evitar el sedentarismo.
- Controlar el patrón habitual de eliminación fecal, vigilando la aparición de estreñimiento.
- Si existe poliuria nocturna, sugerir no tomar líquidos a partir de las 19/20 h y cenas “secas”, evitando alimentos con alto contenido en agua, como verduras, frutas y caldos. Por el contrario, tomar carne a la plancha o pescado, pan integral, etc.
- Relajarse cuando se va a orinar y tomarse el tiempo necesario, sobre todo en pacientes con vacilación y retardo, así como con alargamiento en la micción, y, si es preciso, orinar en varios tiempos.
- Si en el diario miccional se observan volúmenes elevados de vaciado, aconsejar micciones programadas para evitar la repleción vesical excesiva.
- Comprimir la uretra para evitar el goteo posmiccional.
- En pacientes que toman diuréticos, adecuar la toma a su estilo de vida; de esta forma, si el paciente tiene poliuria nocturna, pautarlos antes de media tarde; por el contrario, si el paciente está fuera de casa por la mañana, tomarlos más avanzado el día.
- Evitar los anticongestivos α -adrenérgicos ante cuadros de congestión nasal, pues pueden empeorar la dificultad miccional al disminuir la contractibilidad vesical. En estos casos, utilizar remedios naturales y recurrir a lavados nasales con agua con sal.

Todos estos consejos requieren una evaluación y seguimiento continuo del paciente, con el fin de que no los abandone una vez que haya mejorado su sintomatología, y deben mantenerse también incluso cuando el paciente haya evolucionado hacia otro escalón terapéutico.

Los pacientes con síntomas leves y bien tolerados se benefician de una vigilancia activa con una periodicidad anual, basada en la anamnesis y en la aplicación del cuestionario IPSS. Si el paciente presenta estabilidad clínica con aumento de la puntuación del IPSS <4 puntos, se continuará con la vigilancia activa anual. Si por el contrario, el paciente presenta un empeoramiento clínico con aumento de la puntuación del IPSS >4 puntos o aparición de indicaciones absolutas de tratamiento quirúrgico, se recomienda exploración física completa, incluyendo tacto rectal, realización de tira reactiva de orina o sedimento urinario, analítica sanguínea con determinación de los valores de glucosa, creatinina y PSA, y ecografía urológica abdominal¹, así como uroflujometría y volumen de orina residual posmiccional.

4.2. Pacientes con síntomas moderados o graves en tratamiento farmacológico

Pacientes en monoterapia con alfabloqueantes, 5-ARI, inhibidores de la fosfodiesterasa 5, agonistas de los receptores β 3-adrenérgicos o agentes antimuscarínicos.

Al cabo de un mes del inicio del tratamiento, hay que visitar al paciente para evaluar la tolerancia al mismo o la aparición de eventos adversos, en cuyo caso habrá que sustituir el fármaco por uno de otra clase farmacológica. Las recomendaciones de la guía EAU aconsejan establecer una visita de control a las 4-6 semanas para valorar la respuesta al tratamiento⁶. Si hay mejoría sintomática, con disminución de la puntuación del cuestionario IPSS >4, se puede continuar con el tratamiento, estableciéndose un calendario de seguimiento a los 6 meses y al año. Si, por el contrario, no hay mejoría definida con un IPSS <4 puntos, hay que valorar la posibilidad de cambiar de tratamiento o derivar al paciente al segundo nivel asistencial. Las visitas de seguimiento incluyen historia clínica con anamnesis, IPSS, uroflujometría y volumen residual posmiccional. El diario miccional es útil para evaluar la respuesta al tratamiento en casos de poliuria nocturna o síntomas de almacenamiento⁶. Además, en el caso de los alfabloqueantes es importante valorar si después de las 4-6 semanas hay síntomas de llenado (urgencia, frecuencia, nocturia e incontinencia urinaria) en ausencia de los síntomas de vaciado y, si es así, valorar combinaciones que traten HBP y VH. En el caso de monoterapia con agonistas de los receptores β 3-adrenérgicos o fármacos antimuscarínicos conviene confirmar la ausencia de síntomas de vaciado.

40 Por otra parte, los pacientes tratados con 5-ARI deben ser controlados regularmente con determinaciones seriadas de PSA, a partir de los 6 meses de tratamiento, si la expectativa de vida es superior a los 10 años y si un eventual diagnóstico de cáncer de próstata alterara el tratamiento. Cualquier incremento confirmado de PSA durante el tratamiento debe ser evaluado cuidadosamente⁶.

En el seguimiento anual, se seguirá usando el cuestionario IPSS, diferenciando los síntomas de llenado y los de vaciado, y la anamnesis, donde se valorará el cumplimiento terapéutico y el PSA. En caso de deterioro clínico o aparición de un PSA $>1,5$ ng/ml, se debe reevaluar al paciente de la siguiente forma: exploración física completa incluyendo tacto rectal, realización de tira reactiva de orina o sedimento urinario, analítica sanguínea con determinación de los valores de glucosa, creatinina y PSA, y ecografía urológica abdominal, para descartar uropatía obstructiva y valorar el tamaño de la próstata y el residuo posmiccional. En caso de que el paciente presente criterios de avance de la enfermedad (cumpliendo los criterios de volumen prostático $>30-40$ cc, PSA $\geq 1,5$ ng/ml, edad avanzada, alto residuo posmiccional, flujos bajos, aumento de 4 puntos en IPSS), se indicará una terapia combinada de alfabloqueantes y 5-ARI¹.

Pacientes en tratamiento combinado con alfabloqueantes y antimuscarínicos o alfabloqueantes y 5-ARI. Al mes de haber iniciado el tratamiento, citaremos al paciente para valorar la tolerancia al mismo y/o la aparición de eventos adversos, en cuyo caso, se procederá a cambiar la medicación. Posteriormente, a partir de los 6 meses, se citará al paciente para valorar la eficacia terapéutica, mediante la anamnesis y el cuestionario IPSS. Si no hay mejoría, definida por una disminución de la puntuación del IPSS <4 puntos, se valorará la posibilidad de derivar al segundo nivel asistencial, y si hay mejoría, disminución de la puntuación del IPSS >4 puntos, se procederá a realizar un seguimiento anual. Pero, además, se determinará el valor del PSA, que deberá haber disminuido aproximadamente a la mitad con respecto al de antes de haber comenzado tratamiento con 5-ARI.

En el seguimiento anual, se seguirá usando el cuestionario IPSS y la anamnesis, donde se valorará el cumplimiento terapéutico y el PSA (siempre que el paciente tenga una esperanza de vida mayor de 10 años)⁶. Si el paciente presenta un deterioro clínico, definido por un aumento de la puntuación del IPSS ≥ 4 puntos, habrá que reevaluar la situación clínica como al inicio, incluyendo exploración física, tacto rectal, realización de tira reactiva de orina o sedimento urinario, analítica sanguínea con determinación de los valores de glucosa, creatinina y PSA, y ecografía urológica abdominal¹.

Pacientes con HBP que han sido sometidos a cirugía. Aunque son pacientes que son seguidos habitualmente en los Servicios de Urología, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones⁶:

- Algunos pacientes tras la cirugía precisan reintervención antes de los 5 años por recidiva de los STUI, especialmente STUI de llenado (vejiga hiperactiva).
- Tras la cirugía, los pacientes siguen presentando riesgo de padecer un cáncer, por lo que cualquier paciente operado al que le reaparecieran los STUI debe ser referido a un Servicio de Urología para su evaluación.

Cuidados y recomendaciones tras una intervención quirúrgica. Aunque según el tipo de abordaje, vía endoscópica (resección transuretral) o cirugía abierta (adenomectomía), los cuidados postoperatorios son diferentes, hay recomendaciones comunes para impulsar la recuperación e influir positivamente en la calidad de vida del paciente. Dichas recomendaciones incluyen:

- Seguir una dieta con gran cantidad de líquidos, sobre todo agua, evitando el alcohol, las bebidas con gas y el café.
- No realizar ejercicios físicos intensos y evitar montar en bicicleta. Es recomendable dar paseos de corta duración a diario.
- Hay que evitar los esfuerzos físicos y nunca excederse levantando objetos pesados (que superen los 2 kg).
- Evitar relaciones sexuales durante 2-3 semanas. Después de una prostatectomía abierta puede experimentarse eyaculación retrógrada.
- Si procede, cuidados habituales de la sonda vesical.
- Valorar la aparición de incontinencia urinaria o pérdida del control de la orina. Esta es una de las consecuencias más frecuentes, ya que, tras la operación, los músculos que controlan la orina han de recuperar su funcionalidad, algo que harán progresivamente. Es aconsejable realizar los ejercicios para fortalecer los músculos pélvicos (ejercicios de Kegel).
- Valorar la presencia de VH.
- Si procede, abordaje de la impotencia y/o de la disfunción eréctil.

5 Criterios de derivación del varón con STUI/HBP

**M.^a Lourdes Martínez-Berganza Asensio, M.^a Isabel Gutiérrez Pérez,
Higinio Flores Tirado**

Los STUI comprenden un grupo de síntomas progresivos, relacionados con la edad y que abarcan una combinación de síntomas de almacenamiento, miccionales y posmiccionales de vaciado y de llenado. Se necesita tener una visión más amplia de los STUI, reconociendo que este enfoque global refleje el conocimiento del tracto urinario inferior como una unidad funcional vesicoprostática integrada, con los síntomas como base fundamental para el diagnóstico. Sin embargo, es importante reconocer que los pacientes a menudo muestran agrupaciones de síntomas que reflejan los mecanismos fisiopatológicos subyacentes³³.

Los STUI son un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. La colaboración entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria-Urología) es fundamental para la mejor atención de estos pacientes. El papel de la enfermería y también de la farmacia comunitaria es importante a la hora de detectar a los pacientes con STUI para, en caso necesario, derivar al médico de Atención Primaria, quien procederá a su valoración diagnóstica inicial y decidirá la pauta de tratamiento o, si fuera necesario, la derivación al segundo nivel asistencial¹⁰.

El seguimiento clínico en los casos de STUI-HBP debe realizarse por el médico de familia en el ámbito de Atención Primaria. Existen determinadas situaciones que, a lo largo del diagnóstico y/o seguimiento del paciente, pueden requerir la colaboración conjunta con los urólogos. La derivación de un paciente a la consulta de Urología tiene como objetivo su valoración ante la necesidad de ser sometido a procedimientos diagnósticos específicos, tratamientos quirúrgicos o descartar otras enfermedades simultáneas, en especial el cáncer de próstata^{1,10}. Por tanto, se puede derivar al paciente: 1) tras el estudio diagnóstico y 2) durante el tratamiento y seguimiento.

Tras el estudio diagnóstico, es necesario derivar al paciente en las siguientes situaciones:

- Cuando exista sospecha de trastornos más complejos, como patología tumoral, estructural o funcional del aparato urinario que requieran una evaluación

diagnóstica con pruebas complementarias específicas (flujometría, endoscopia, pruebas urodinámicas, citología, TAC y biopsia).

- Ante la sospecha de complicaciones relacionadas con la HBP (tabla 9).

En la tabla 10 se incluyen los criterios de derivación durante el tratamiento y seguimiento del paciente con STUI/HBP, referidos a síntomas refractarios al tratamiento adecuado inicial, sospecha o necesidad de indicación de tratamiento quirúrgico y aparición de complicaciones durante el seguimiento.

Tabla 9 Criterios de derivación tras la valoración diagnóstica inicial

Sospecha de cáncer de próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal patológico • PSA >10 ng/ml • PSA ente 4 y 10 ng/ml y PSA libre/PSA total <20%
Presencia de complicaciones relacionadas con la HBP	<ul style="list-style-type: none"> • Litiasis • Divertículos vesicales • Macro o microhematuria • Uropatía obstructiva con o sin insuficiencia renal • STUI/HBP y función renal alterada (creatinina >1,5 mg/dL o filtración glomerular disminuida) • Retención aguda de orina recurrente o signos de retención crónica • Residuo posmiccional elevado >150 cc • STUI y dolor pélvico • Gran afectación de la calidad de vida y limitación por los STUI • HBP en varones <50 años de edad
Necesidad de ampliar el estudio por sospecha de entidades graves diferentes de HBP	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentación uretral previa • Antecedentes de infección de transmisión sexual y sospecha de secuelas uretrales • Sospecha de enfermedad neurológica relacionada con vejiga neurógena • Antecedentes de cirugía radical pélvica y/o irradiación y/o fractura pélvica y/o traumatismo genitourinario • Diagnóstico incierto

Adaptada de ^{1,10}.

Tabla 10 Criterios de derivación durante el tratamiento y seguimiento

Síntomas refractarios al tratamiento inicial adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier visita de seguimiento en pacientes en monoterapia con alfabloqueantes, 5-ARI, inhibidores de la fosfodiesterasa 5, agonistas de los receptores β-3 adrenérgicos o antimuscarínicos • En cualquier visita de seguimiento en pacientes con terapia combinada de alfabloqueantes y 5-ARI o alfabloqueantes y antimuscarínicos • Imposibilidad de realizar tratamiento farmacológico (intolerancia, efectos adversos, interacciones farmacológicas, rechazo del paciente)
Sospecha o necesidad de indicación de tratamiento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Retención urinaria recurrente, refractaria o crónica • Retención aguda de orina que no recupera micción espontánea • Macrohematuria recurrente • Infección urinaria recurrente • Litiasis y/o diverticulosis vesicales • Incontinencia por rebosamiento • Ureterohidronefrosis y/o insuficiencia renal por obstrucción secundaria a HBP
Complicaciones durante el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición de complicaciones, exacerbación de los síntomas o aparición de nuevos síntomas • Elevación del PSA $\geq 0,3$ ng/ml respecto al valor más bajo obtenido durante el tratamiento con 5-ARI confirmada y mantenida a las 4-6 semanas

6

Mitos

José Medina Polo

6.1. Prevalencia

La prevalencia de los STUI moderados-graves se estima en torno al 20 % en varones entre 50 y 59 años, y alcanza el 45 % en aquellos de más de 70 años de edad. Sin embargo, globalmente, solo un 19 % solicita asistencia sanitaria y un 10,2 % recibe tratamiento médico^{34,35}.

6.2. Evolución clínica

El tratamiento combinado con alfabloqueantes y 5-ARI se ha mostrado eficaz en cuanto a reducción del riesgo de complicaciones tales como RAO y necesidad de cirugía en pacientes con síntomas moderados-graves y alto riesgo de evolución clínica desfavorable en presencia de próstatas >40 cc, PSA >1,5 mg/dl, edad avanzada, alto residuo miccional, flujos bajos, etc. En el estudio MTOPS⁴ en varones con criterios de inclusión de >50 años de edad, puntuación de síntomas de IPSS de 8 a 30 y Q_{max} 4-15 ml/s, después de 4,5 años de seguimiento, en el brazo placebo solo se observó avance de la enfermedad en el 17 %, siendo una progresión sintomática en un 14 %. En comparación con tamsulosina en monoterapia, se estima que es necesario tratar 13 pacientes durante 4 años con tratamiento combinado para prevenir un caso de RAO. Por ello, es un tipo de tratamiento que debe plantearse con una duración de al menos un año para conseguir estos efectos.

Es importante entender que no solo debe considerarse el riesgo de progresión y de RAO (alrededor del 3 %), sino la clínica del paciente, para prescribir el tratamiento adecuado teniendo en cuenta la sintomatología predominante^{6,36}.

6.3. Etiología

La etiología de los STUI no siempre, ni únicamente, se relaciona con la existencia de HBP, sino que hay otros mecanismos que pueden también estar involucrados, tales como inflamación o aumento del tono adrenérgico a nivel muscular vesicoprostático, cambios en el músculo detrusor como consecuencia de la edad, disfunción urotelial, alteración en la expresión de los receptores muscarínicos y efectos de la arteriosclerosis,

diabetes *mellitus* o relacionados con patologías neurológicas. También desde el punto de vista urodinámico, la alteración más frecuentemente identificada es hiperactividad detrusoriana seguida de obstrucción del tracto urinario inferior^{35,37}.

6.4. Persistencia

Aunque se ha demostrado la preocupación que presentan los varones por los STUI, es notable que las tasas de adherencia a los tratamientos farmacológicos son aproximadamente del 30 %. La falta de adherencia al tratamiento se asocia a un mayor riesgo de ingreso y cirugía prostática³⁴. Las tasas de cumplimiento terapéutico son más bajas en el caso de tratamiento combinado³⁴, en mayor medida cuando en el tratamiento combinado se utiliza como combinaciones libres en monoterapia.

En un estudio retrospectivo reciente efectuado en Holanda, se han analizado datos de persistencia y adherencia al tratamiento combinado de alfabloqueantes y antimuscarínicos en varones de ≥ 45 años de edad con STUI asociados a HBP³⁸. Un total de 665 pacientes recibieron dicha combinación a dosis fijas en un solo comprimido y 1.226 en terapia concomitante de dos comprimidos. A los 12 meses, la persistencia de tratamiento fue significativamente superior para la dosis fija que para la combinación por separado (51,3 % vs. 29,9 %). Asimismo, la mediana de tiempo hasta el abandono fue de 414 días para la combinación fija frente a 112 días en el grupo de terapia concomitante. Estos hallazgos son clínicamente relevantes, ya que, como los autores del estudio señalan, la persistencia y la adherencia al tratamiento se traducen en mejores resultados en varones con STUI/HBP³⁸.

6.5. Sintomatología y calidad de vida

El objetivo en el tratamiento farmacológico de los STUI es controlar los síntomas para así mejorar la calidad de vida del paciente. Por este motivo, el enfoque terapéutico debe tener en cuenta no solo el tamaño prostático, sino también los síntomas principales en cada paciente. Un tratamiento individualizado, teniendo en cuenta las expectativas y necesidades del paciente, permite optimizar los resultados y conlleva un mejor cumplimiento terapéutico³⁴. En este sentido, hay que valorar cuidadosamente los síntomas predominantes (llenado, vaciado y posmiccionales) y su efecto en la calidad de vida, a fin de seleccionar el tratamiento farmacológico más conveniente.

Además, a la hora de elegir el tratamiento, hay que considerar los posibles efectos adversos (p. ej. los 5-ARI pueden asociarse a un empeoramiento de la función sexual y los alfabloqueantes pueden ocasionar eyaculación retrógrada). No obstante, el uso de 5-ARI no se ha demostrado que determine un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca o de cáncer de mama en la mujer³⁷.

Respecto a los antimuscarínicos y agonistas de los receptores β_3 -adrenérgicos, existe abundante evidencia que demuestra que pueden emplearse de forma segura en pacientes con síntomas urinarios obstructivos. Se trata de fármacos que presentan tasas de RAO sin diferencias significativas con placebo y leves aumentos del residuo posmiccional, generalmente <40 cc. En pacientes con vejiga hiperactiva, mirabegrón es eficaz tanto en pacientes *naïve* como en aquellos previamente tratados con anti-muscarínicos.

Por último, en muchas ocasiones los STUI en el varón son infradiagnosticados e infratratados. Además, es frecuente que no se prescriba el tratamiento más adecuado para el paciente individual. El abordaje y manejo debe realizarse teniendo en cuenta la sintomatología y las expectativas del paciente. Una adecuada colaboración entre los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada permite optimizar los resultados y mejorar el cumplimiento terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brenes Bermúdez FJ, Brotons Muntó F, Castiñeiras Fernández S, Cozar Olmo JM, Fernández-Pro Ledesma A, Martín Jiménez JA, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para Atención Primaria. 3.ª ed. Madrid: Undergraf S.L., 2015.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(2):167-78.
3. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*. 2006;50(6):1306-15.
4. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL Jr, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 2003;349(25):2387-98.
5. Lower urinary tract symptoms in men: management. Clinical guideline [CG97]. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg97>.
6. Gravas S, Cornu JN, Drake MJ, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, et al. EAU Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl. Benign prostatic obstruction (BPO) 2017. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>. Consultado 8 de junio de 2018.
7. Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for "prostatism". *BMJ*. 1994;308(6934):929-30.
8. Alcántara Montero A. Actualizaciones El Médico: Síntomas del tracto urinario inferior en el varón. Madrid: Grupo SANED S.L., 2016.
9. Chapple CR, Roehrborn CG. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder. *Eur Urol*. 2006;49(4):651-58.
10. Brenes FJ, Carballido J, Cózar JM, Fernández-Pro Ledesma A, Hernández Fernández C, Miñana López B, et al. Pautas de actuación y seguimiento. Hiperplasia benigna de próstata (HBP). 2.ª ed. Madrid: Fundación para la Formación, ffOMC, 2017.
11. Bosch JL, Bohnen AM, Groeneveld FP. Validity of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the estimation of prostate volume in community-based men aged 50 to 78 years: the Krimpen Study. *Eur Urol*. 2004; 46(6):753-9.
12. Badía X, García-Losa M, Dal-Ré R. Ten-language translation and harmonization of International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. *Eur Urol*. 1997;31(2):129-40.
13. Jiménez Cidre MA. Disponible en: www.aeu.es/PDF/DIARIO_MICCIONAL_3_DIAS.pdf.
14. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG, Guess HA, Girman CJ, Panser LA, et al. Serum prostate-specific antigen in community-based population of healthy men: Establishment of age-specific reference ranges. *JAMA*. 1993;270(7):860-4.
15. Barry MJ. CProstate-specific-antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. *N Engl J Med*. 2001;344(18):1373-7.

16. Alcántara Montero A, Brenes Bermúdez FJ, Pérez Feito D. Relación entre los síntomas del tracto urinario inferior en el varón y la disfunción eréctil. *Semergen*. 2016;42(3):164-71.
17. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822-30.
18. Schwinn DA, Roehrborn CG. Alpha1-adrenoceptor subtypes and lower urinary tract symptoms. *Int J Urol*. 2008;15(3):193-9.
19. Schwinn DA, Afshari NA. Alpha1-Adrenergic receptor antagonists and the iris: new mechanistic insights into floppy iris syndrome. *Surv Ophthalmol*. 2006;51(5):501-12.
20. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Nandy I, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *Eur Urol*. 2010;57(1):123-31.
21. Alcántara Montero A. Novedades en el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva. *Semergen*. 2016;42(8):557-65.
22. Nitti VW, Rosenberg S, Mitcheson DH, He W, Fakhoury A, Martin NE. Urodynamics and safety of the β_3 -adrenoceptor agonist mirabegron in males with lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction. *J Urol*. 2013;190:1320-7.
23. Betmiga® MedP EU-FT [Internet]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002388/WC500137309.pdf. Consultado 20 de enero de 2018.
24. Kaplan SA, Roehrborn CG, Abrams P, Chapple CR, Bavendam T, Guan Z. Antimuscarinics for treatment of storage lower urinary tract symptoms in men: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2011;65(4):487-507.
25. Hernández C, Brenes F, Moncada I. Utilidad de los alfabloqueantes en el tratamiento de distintos trastornos urológicos. *Med Clin*. 2012;139(13):582-7.
26. Filson CP, Hollingsworth JM, Clemens JQ, Wei JT. The efficacy and safety of combined therapy with α -blockers and anticholinergics for men with benign prostatic hyperplasia: a meta-analysis. *J Urol*. 2013;190(6):2153-60.
27. van Kerrebroeck P, Chapple C, Drogendijk T, Klaver M, Sokol R, Speakman M, et al. Combination therapy with solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in a single tablet for lower urinary tract symptoms in men: efficacy and safety results from the randomised controlled NEPTUNE trial. *Eur Urol*. 2013;64(6):1003-12.
28. Drake MJ, Chapple C, Sokol R, Oelke M, Traudtner K, Klaver M, et al. Long-term safety and efficacy of single-tablet combinations of solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in men with storage and voiding lower urinary tract symptoms: results from the NEPTUNE Study and NEPTUNE II open-label extension. *Eur Urol*. 2015;67(2):262-70.
29. Vesomni® MedP EU - FT [Internet]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/78607/FT_78607.pdf. Consultado 20 de enero de 2018.
30. Drake MJ, Oelke M, Snijder R, Klaver M, Traudtner K, van Charldorp K, et al. Incidence of urinary retention during treatment with single tablet combinations of solifenacin+tamsulosin OCAS™ for up to 1 year in adult men with both storage and voiding LUTS: A subanalysis of the NEPTUNE/NEPTUNE II randomized controlled studies. *PLoS One*. 2017;12(2):e0170726.

31. Delgado Silveira E, Muñoz García MM, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(5):273-9.
32. Prescrire 2017: medicamentos a evitar. Disponible en: <http://www.prescrire.org>. Consultado 18 de enero de 2018.
33. Chapple CR. Lower urinary tract symptoms revisited. *Eur Urol.* 2009;56(1):21-3.
34. Cindolo L, Pirozzi L, Fanizza C, Romero M, Tubaro A, Autorino R, et al. Drug adherence and clinical outcomes for patients under pharmacological therapy for lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia: population-based cohort study. *Eur Urol.* 2015;68(3):418-25.
35. Speakman M, Kirby R, Doyle S, Ioannou C. Burden of male lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH) - focus on the UK. *BJU Int.* 2015;115(4):508-19.
36. Roehrborn CG, Oyarzabal Perez I, Roos EP, Calomfirescu N, Brotherton B, Wang F, et al. Efficacy and safety of a fixed-dose combination of dutasteride and tamsulosin treatment (Duodart®) compared with watchful waiting with initiation of tamsulosin therapy if symptoms do not improve, both provided with lifestyle advice, in the management of treatment-naïve men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: 2-year CONDUCT study results. *BJU Int* 2015;116(3):450-459.
37. Schauer I, Madersbacher S. Medical treatment of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: anything new in 2015. *Curr Opin Urol.* 2015;25(1):6-11.
38. Drake MJ, Bowditch S, Arbe E, Hakimi Z, Guelfucci F, Amri I, et al. A retrospective study of treatment persistence and adherence to α -blocker plus antimuscarinic combination therapies, in men with LUTS/BPH in the Netherlands. *BMC Urol.* 2017;17(1):36.

Nuestro más sincero agradecimiento a la **Dra. Marta Pulido Mestre** por su inestimable labor de revisión y unificación del documento.

STUI/VH

Criterios de derivación y manejo
integral del paciente con STUI

Vejiga hiperactiva en varón y mujer

Índice

Introducción.....	55
1. Detección, diagnóstico y derivación al sistema sanitario.....	58
1.1. Consideraciones diagnósticas.....	58
1.2. Derivación al sistema sanitario.....	60
2. Valoración diagnóstica y diagnóstico diferencial.....	62
2.1. Diagnóstico de la vejiga hiperactiva (VH) en la mujer.....	62
3. Tratamiento.....	66
3.1. Tratamiento no farmacológico de la vejiga hiperactiva (VH).....	66
3.2. Tratamiento farmacológico de la vejiga hiperactiva (VH).....	69
4. Papel multidisciplinar en el diagnóstico.....	74
4.1. Atención a las mujeres con STUI/VH.....	76
4.2. Derivación para tratamiento conservador de la incontinencia urinaria (IU).....	76
4.3. Atención a la paciente con STUI/VH: la visión del urólogo.....	77
5. El problema de la adherencia: propuesta de manejo integral del paciente con incontinencia urinaria (IU) y vejiga hiperactiva (VH).....	78
5.1. Concepto de adherencia.....	78
5.2. Situación actual de la adherencia en el tratamiento de la IU y la VH.....	79
5.3. Factores implicados en la falta de adherencia.....	80
5.4. Herramientas para mejorar la adherencia.....	82
5.5. ¿Es posible un modelo integrado?.....	85
6. Calidad asistencial.....	88
6.1. Indicadores.....	88
6.2. Patología prevalente: STUI en el varón y en la mujer.....	89
6.3. Campañas del “no hacer”.....	90
7. Criterios de derivación en pacientes con STUI en el varón y en la mujer.....	91
Bibliografía.....	94

Abreviaturas

EMSP: entrenamiento musculatura suelo pélvico

ENTP: electroestimulación nervio tibial posterior

FC: farmacia comunitaria

HBP: hiperplasia benigna de próstata

ICI: *International Consultation on Incontinence*

ICS: International Continence Society

IMC: índice de masa corporal

IU: incontinencia urinaria

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo

IUU: incontinencia urinaria de urgencia

POP: prolapso de los órganos pélvicos

PRO: *Patient-Reported Outcomes*

PSA: *Prostate Specific Antigen*

RAM: reacción adversa a medicamentos

RAO: retención aguda de orina

VH: vejiga hiperactiva

Autores

Manuel Ramón Bernal Pacheco

Enfermero de la Unidad de Urodinámica y reeducación del suelo pélvico
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)
Tesorero de la AEEU (ENFURO)

Pedro Blasco Hernández

Urólogo, responsable de la Unidad de Urología Funcional del Servicio de Urología
Hospital Universitario de Valme (Sevilla)
Secretario General de la SINUG

Ana Borobia Pérez

Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Hospital Universitario La Paz (Madrid)
Miembro y secretaria del Grupo de Trabajo de suelo pélvico de la SERMEF

Javier Chantada Abal

Farmacéutico comunitario
Vocal de la SEFAC-Galicia

Irene Díez Itza

Médico especialista en Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)
Presidenta de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO

Montserrat España Pons

Ginecóloga. Jefa de la Unidad de Uroginecología ICGON. Hospital Clínic de Barcelona
Presidenta del Comité de Educación European Urogynaecological Association (EUGA)
Vicepresidenta de la SINUG

Manuel Esteban Fuertes

Jefe del área de Urología
Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo (Toledo)
Presidente de la AEU

>>>

Higinio Flores Tirado

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce (Málaga)

Vicesecretario de la SEMG

M.ª Lourdes Gil Fraguas

Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Jefa de Servicio de Rehabilitación. Responsable de la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico

Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara)

Miembro del Grupo de Trabajo de Suelo Pélvico de la SERMEF

M.ª Isabel Gutiérrez Pérez

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud Rondilla I Valladolid Este (Valladolid)

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Nefrourología SocalemFYC y miembro del Grupo Nacional de la SemFYC

Alicia Martín Martínez

Ginecóloga. Jefa de Sección de Obstetricia y Ginecología

Hospital Universitario Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas)

Presidenta de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias

Secretaría de la Junta Directiva de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO

Vocal de Relaciones Institucionales de la SINUG

M.ª Lourdes Martínez-Berganza Asensio

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud Mar Báltico (Madrid)

Coordinadora del Grupo de trabajo de Urología (Nefrología y vías urinarias) de SEMERGEN

José Medina Polo

Urólogo. Coordinador del Grupo de Trabajo de Urología y Atención Primaria

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

Miembro de la AEU

Isabel Paz Montes Posada

Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Jefa de Sección de Medicina Física y de Rehabilitación

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (Las Palmas)

Coordinadora del Grupo de Trabajo de suelo pélvico de la SERMEF

José Luis Poza Barrasús

Ginecólogo. Jefe clínico de Ginecología y Obstetricia

Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

Miembro de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO

Luis Salar Ibáñez

Farmacéutico Comunitario. Profesor Asociado de la facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Cardenal Herrera (Valencia)

Miembro del comité científico de la SEFAC

Fernando Vázquez Valdés

Catedrático de Microbiología. Jefe del Servicio de Microbiología

Hospital Universitario Central de Asturias

Vocal de la SECA

Carlos Verdejo Bravo

Jefe de Sección y responsable de la Unidad de Incontinencia del Servicio de Geriátria

Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid). Profesor Asociado de Medicina de la UCM

Vicepresidente de Geriátria de la SEGG

Introducción

Síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en la mujer

Montserrat Espuña Pons

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI), más específicamente la incontinencia urinaria (IU) y los síntomas de vejiga hiperactiva (VH), afectan a una elevada proporción de mujeres de la población general. Representan un problema de salud importante por su alta prevalencia y por el impacto en la calidad de vida de las personas que los padecen. Estudios poblacionales han demostrado que el número de personas con IU y VH aumenta con la edad, lo que supone que, con el incremento progresivo de la esperanza de vida, la proporción de población afectada por este problema va en aumento, dado que no hay medidas preventivas establecidas a nivel poblacional^{1,2}.

La prevalencia global de la VH en la mujer es más elevada que en el varón y el tipo de síntomas también difiere entre un sexo y otro, siendo la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) más prevalente en las mujeres que en los varones^{3,4}. Respecto al curso clínico de los STUI, cabe mencionar la diferencia entre cronicidad y dinamismo, ya que la VH en la mujer es un proceso dinámico, con momentos de agudización y momentos de remisión de los síntomas⁵. En un estudio de cohortes en población femenina austriaca en el que se incluyeron mujeres con VH con un rango de edad entre 21 y 81 años y que fueron seguidas durante una media de 6,5 años, la prevalencia de VH fue del 19 % al inicio del estudio y del 27 % a la finalización del mismo⁶. Durante el estudio, se observó una remisión de los síntomas en el 40 % de las mujeres, una mejoría en el 12 % y un empeoramiento en un 7 %. En el 41 % de los casos, los síntomas se mantuvieron estables.

Los estudios epidemiológicos han implicado la deficiencia de estrógenos en la etiología de los STUI en la mujer. En una revisión del efecto de estrógenos y progesterona sobre el tracto urinario inferior, un 70 % de las mujeres relacionaban el inicio de los síntomas urinarios con el inicio de la menopausia⁷. El síndrome genitourinario de la menopausia, anteriormente denominado atrofia vulvovaginal, es la nueva terminología propuesta para facilitar la identificación de signos y síntomas vulvovaginales y urinarios relacionados con la privación de estrógenos⁸. El síndrome genitourinario de la menopausia incluye síntomas genitales de sequedad, ardor e irritación genital, junto con alteración de la función sexual con falta de lubricación, incomodidad o dolor, así como síntomas

urinarios como frecuencia, nocturia, urgencia e infecciones del tracto urinario inferior. No obstante, antes de atribuir los síntomas urinarios al déficit estrogénico, es imprescindible haber excluido otras patologías uroginecológicas responsables de la sintomatología urinaria.

El sobrepeso y la obesidad son otros factores de riesgo independientes de la VH. Se ha demostrado que la probabilidad de sufrir VH con IUU es el doble en las mujeres con un índice de masa corporal (IMC) $>30 \text{ kg/m}^2$ que en aquellas con un IMC $<24 \text{ kg/m}^2$.⁹ En un estudio poblacional holandés sobre síntomas prolapso de órganos pélvicos (POP), se observó que la prevalencia de síntomas urinarios, incluyendo urgencia, frecuencia, IUU o cualquier síntoma de VH, fue significativamente superior en las mujeres con síntomas de POP¹⁰. Asimismo, un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ era un predictor de VH. Por otra parte, la presencia de síntomas de POP era un factor de riesgo de síntomas de VH.

Los STUI, más concretamente la IU y la VH, tienen un impacto notable en la calidad de vida de las personas que los padecen. Cuando se compara el efecto sobre la calidad de vida con el que determinan otras enfermedades crónicas, el deterioro generado por los problemas de incontinencia urinaria solo es comparable al asociado a la depresión y la artrosis, superando al que determinan otras enfermedades crónicas como la diabetes *mellitus*, la artritis reumatoide o las enfermedades cardíacas¹¹⁻¹³.

Para una toma de decisiones clínicas adecuadas que dirijan los recursos hacia las personas que realmente lo necesitan, resulta fundamental identificar aquellas personas que ven su vida afectada de forma importante por este problema, utilizando instrumentos validados que nos permitan determinar en qué medida la IU les está perjudicando. Posteriormente, la elección del tratamiento más adecuado debe basarse en estos hallazgos, así como en las especificidades individuales, las preferencias de cada paciente y en la evidencia científica existente acerca de los distintos tratamientos.

Se ha demostrado que la calidad de vida de los pacientes con IU/VH se puede mejorar a través de la aplicación de un tratamiento pautado que palíe sus síntomas y alivie el grado en el que estos interfieren en la vida diaria de los pacientes, controlando también otros factores que predicen la disfunción. Según el criterio de la *International Consultation on Incontinence* (ICI), la forma más adecuada de evaluar los síntomas y la afectación de la calidad de vida de los pacientes con STUI es recogiendo la opinión del paciente a través de cuestionarios de evaluación autocumplimentados que sean robustos desde el punto de vista psicométrico¹⁴.

Aunque los tratamientos son distintos según el tipo de problema diagnosticado, lo cierto es que hay una serie de medidas terapéuticas comunes aplicables a cualquier

mujer con IU y VH que deberían siempre preceder a otras formas de tratamiento más especializado, y según el tipo de disfunción diagnosticada en la evaluación inicial. Todas las guías de práctica clínica, entre ellas la de la ICI, en su edición de 2017, hace una serie de recomendaciones en base a la evidencia existente en el momento de su actualización¹⁴. Las opciones de tratamiento para las mujeres diagnosticadas de VH, con o sin IU asociada, son las siguientes: tratamiento conservador y tratamiento farmacológico. Se recomienda que el tratamiento inicial sea conservador con cambios en los hábitos de vida, ejercicios de la musculatura del suelo pélvico, asociado o no al tratamiento farmacológico en los pacientes con VH con o sin IUU¹⁴.

1

1 Detección, diagnóstico y derivación al sistema sanitario

Montserrat Espuña Pons, Luis Salar Ibáñez

Respecto a los STUI en la mujer, aunque tanto la IU como la VH son disfunciones con alta prevalencia, con frecuencia son patologías que pasan desapercibidas en las consultas médicas. Cuando se inicia el problema, muchas mujeres no consultan directamente por este motivo, ya sea por vergüenza o por la falsa creencia de que es un problema asociado al envejecimiento. La mayoría de ellas adoptan medidas de protección y, solo cuando las pérdidas involuntarias de orina provocan una alteración importante en su vida diaria, se deciden a pedir ayuda a un profesional de la salud.

1.1. Consideraciones diagnósticas

En la práctica clínica habitual, cualquier profesional de la salud, a la hora de hacer la historia clínica, debería preguntar a las pacientes acerca de si padecen problemas de incontinencia. En caso de obtener una respuesta afirmativa, sería conveniente iniciar un proceso diagnóstico que puede suponer diferentes niveles de estudio y tratamiento, según el entorno en que se sitúe la atención a la paciente y según los STUI que refiera.

Evaluación inicial. La evaluación inicial debe incluir una historia clínica y anamnesis cuidadosa para valorar el estado general y las características de los síntomas urinarios, incluyendo el diario miccional y el uso de cuestionarios validados. Además, es importante determinar el impacto de los STUI y de la IU en la calidad de vida e investigar el deseo de la paciente de recibir un tratamiento¹⁴. Otras pruebas necesarias son el análisis de orina con o sin urinocultivo (si hay infección, tratar y reevaluar cuando la infección esté controlada) y la medición del volumen de orina residual tras una micción espontánea.

Exploración pélvica y perineal. La exploración pélvica y perineal es una parte de la sistemática de la exploración física de la mujer con STUI e IU. En el examen pélvico se debe descartar la asociación de incontinencia con un POP y, en caso de estar presente, determinar el tipo y grado del prolapso. Asimismo, es conveniente realizar una prueba de esfuerzo con la tos para detectar escapes de orina involuntarios con el esfuerzo. La exploración vaginal digital permite evaluar la función de los músculos del suelo de la

pelvis, que es un paso imprescindible previo al inicio de tratamiento de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. La inspección de la vagina y los genitales externos permite valorar el grado de trofismo de las mucosas y descartar la atrofia urogenital.

La evaluación inicial ha de tener también como objetivo identificar los casos complejos que precisarán una evaluación especializada. Las mujeres con IU “complicada” son pacientes en las que solo con una evaluación básica es difícil llegar al diagnóstico tipo de IU y han de ser derivadas a un especialista (con formación específica y en unidades especializadas con un equipo multidisciplinar). Se consideran mujeres con IU complicada las que presentan incontinencia recurrente, incontinencia asociada a otros problemas que pueden estar relacionados con la IU (dolor pélvico, hematuria, infecciones urinarias recurrentes, síntomas de dificultad miccional, sospecha de fístula) y las pacientes con antecedentes de irradiación pélvica y cirugía pélvica radical¹⁴. Los datos obtenidos en la exploración inicial también permiten identificar los casos que deben ser derivados al especialista, tales como detección de un residuo posmiccional patológico tras micción espontánea, signos de prolapso genital sintomático e identificación de masas pélvicas.

Tipo de disfunción miccional. En las mujeres con STUI, IU y/o VH, la evaluación clínica y la exploración física inicial ha de permitir que, una vez excluidos los casos complejos, las pacientes puedan ser incluidas en uno de los tres grupos diagnósticos principales:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y posible hipermovilidad uretral y/o disfunción uretral intrínseca.
- Urgencia y/o aumento de frecuencia miccional y nocturia, con o sin IUU en ausencia de otras patologías sugestivas de VH.
- Incontinencia mixta con IUU e IUE.

En el caso de las pacientes con sintomatología compleja identificadas en la evaluación inicial y en las que las pruebas efectuadas no permiten alcanzar un diagnóstico del tipo de disfunción, se recomienda completar su estudio con pruebas complementarias que ayuden al diagnóstico del tipo de IU y otros problemas asociados¹⁴. Para completar el estudio de estas pacientes pueden ser necesarias algunas de las siguientes pruebas diagnósticas:

- Estudio urodinámico para completar el diagnóstico del tipo de incontinencia y para diagnosticar la disfunción del vaciado vesical.
- Uretrocistoscopia para descartar patología intravesical.
- Estudio ecográfico para determinar el grado de movilidad uretral y el tipo de POP.
- Estudio de imagen del tracto urinario inferior, como UroTC, para diagnosticar anomalías del tracto urinario (fístulas, malformaciones).

1.2. Derivación al sistema sanitario

La farmacia comunitaria (FC) es el establecimiento sanitario más cercano al domicilio del paciente. También es el más frecuentado y el único visitado, como en algunos casos de pacientes que nunca acuden a la consulta del médico de Atención Primaria. Por ello, el farmacéutico comunitario puede desarrollar un papel de gran importancia a la hora de orientar y derivar al paciente con un problema de salud.

Los pacientes que sufren IU, tanto varones como mujeres, frecuentemente lo vivencian como una patología vergonzante que contribuye al aislamiento y puede ser causa de ansiedad y un factor desencadenante de depresión^{15,16}. Con frecuencia la IU es un problema que se sufre en silencio y es entendido como un proceso natural relacionado con el envejecimiento. La sensación de pudor o vergüenza es extensible a varones y pacientes jóvenes. Es un problema de salud de alta prevalencia, con un porcentaje notable de pacientes no diagnosticados¹⁷. En un estudio de una cohorte de 136.417 mujeres de 25 a 80 años participantes del *Kaiser Permanente Northwest* en el área metropolitana de Portland, en EE.UU., la prevalencia de IU no diagnosticada en el año anterior era del 53 % y en la semana anterior del 39 %. La prevalencia global de IUE, mixta y IUU era del 18,7 %, 12 % y 6,8 %, respectivamente¹⁸.

Por otra parte, existen varias situaciones que pueden indicar la presencia de STUI con IU predominante, que en todo caso deben tratarse con la máxima empatía, prudencia y respeto. Cabe destacar las siguientes:

- Paciente que acude a la FC demandando compresas de IU (a veces como eufemismo el paciente prefiere oír la palabra absorbentes). Una señal que debería ponernos en alerta es ese paciente que aumenta el número de compresas compradas por unidad de tiempo o que aumenta el grado de absorción de estas.
- Paciente con un fuerte olor corporal nos puede indicar que padece IU. Siempre desde el máximo respeto y prudencia, y en privado, ya que se trata de un tema muy personal de difícil abordaje, se le puede hacer la siguiente pregunta para iniciar una conversación: “llegada una edad, es frecuente la pérdida de orina, ¿a usted le sucede?”.
- Paciente joven que a veces no consulta al médico de Atención Primaria, matrona o especialista y puede consultárnoslo en la FC por diversas razones: vergüenza, ya que lo asocian con patologías de personas mayores; poca costumbre de acudir a la consulta de Atención Primaria o sentirse más cómodo contándolo en la FC.
- Especial atención a pacientes que utilicen medicamentos que tengan descrita la IU como una reacción adversa a medicamentos.

A nivel de FC se puede preguntar al paciente si relaciona sus síntomas con algún cambio en sus hábitos o en su tratamiento. Es importante tranquilizar al paciente y explicarle que existen tratamientos que mejoran los síntomas y, por tanto, su calidad de vida. Si, por otra parte, se dispone de alguna herramienta, como un cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga, el informe que podría elaborar el farmacéutico para el médico de Atención Primaria sería de gran utilidad, avanzando así un paso en el diagnóstico y contribuyendo a la eficiencia del sistema de salud. Inicialmente, se pueden indicar las medidas higiénico-dietéticas indicadas en otros apartados de esta guía, además de recomendar la derivación al ámbito de Atención Primaria.

2

Valoración diagnóstica y diagnóstico diferencial

José Luis Poza Barrasús

2.1. Diagnóstico de la vejiga hiperactiva (VH) en la mujer

La International Continence Society (ICS) define vejiga hiperactiva (VH) como “la presencia de urgencia miccional, generalmente acompañada de frecuencia miccional aumentada y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU), en ausencia de infección del tracto urinario inferior o de otra patología”¹⁹. La propia definición incluye los elementos fundamentales para el diagnóstico: la presencia de unos signos y síntomas específicos (urgencia miccional, frecuencia miccional aumentada, nocturia, con o sin IUU), así como la exclusión de infección urinaria o de otras patologías. Por lo tanto, el diagnóstico debe orientarse hacia el reconocimiento de los signos y síntomas indicados y a la exclusión de aquellos procesos patológicos que pueden incluir los citados síntomas (ya que entonces no estaríamos ante una VH idiopática, sino ante otra entidad clínica).

No hay un consenso en la literatura respecto a los elementos diagnósticos necesarios para establecer el diagnóstico final de VH. Sin embargo, los expertos coinciden en que la historia clínica, el examen físico y una analítica urinaria, que descarte la infección urinaria, son ineludibles para el diagnóstico (grado de recomendación Strong)^{20,22}.

Historia clínica. Deberá comprender una detallada anamnesis de los antecedentes personales de la paciente, incluyendo enfermedades médicas y tratamientos que recibe actualmente, las intervenciones quirúrgicas que ha precisado (sobre todo del tracto genitourinario) y el motivo de las mismas. Es importante recordar que el diagnóstico de VH debe excluir otras patologías, ya que hay enfermedades o secuelas de tratamientos quirúrgicos que se presentan con la sintomatología de una VH.

Siguiendo las recomendaciones de la guía para evaluación y tratamiento farmacológico de la VH en España, como referencia práctica basada en las guías internacionales y la evidencia científica disponible²⁰, se establecen las siguientes definiciones respecto a la sintomatología de las disfunciones del suelo pélvico en la mujer:

- Urgencia: deseo miccional de forma repentina e imperiosa difícil de posponer.
- Frecuencia miccional aumentada: la paciente considera que ha aumentado el número de sus micciones (normal hasta 7 micciones al día). El número de micciones se puede ver modificado por la ingesta de líquidos, presencia de comorbilidades y otros factores²¹.
- Nocturia: cuando el paciente se despierta durante la noche una o más veces para orinar. Generalmente la interrupción del sueño es seguida por sueño otra vez.
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): pérdida de orina asociada a la urgencia miccional.

Todos estos signos y síntomas deberán ser recogidos de una forma objetiva mediante la cumplimentación por parte de la paciente de un diario miccional (grado de recomendación Strong)²⁰. Los diarios miccionales de 3-7 días son una herramienta fiable para la medida del volumen miccional, la frecuencia urinaria y los episodios de urgencia e incontinencia (nivel de evidencia 2b)²². Además, han mostrado ser sensibles al cambio y sirven para la medida de los resultados (nivel de evidencia 2b)²². El diario miccional de 3 días ha sido validado en España en la evaluación de STUI en las mujeres y se encuentra disponible a través de la Sociedad Española de Urología²⁰. La información que proporciona el diario miccional es muy valiosa, ya que no solo permite reconocer los síntomas de VH, sino que, además, informa acerca de la ingesta de líquidos y del volumen de las micciones, lo que puede alertar acerca una etiología de los síntomas diferente de la VH (p. ej. poliuria de causa diabética, cardiológica, ingesta excesiva de líquidos y/o potomanía, etc.). Por otra parte, el diario miccional es una prueba objetiva que valora el efecto del tratamiento administrado por la comparación con la situación basal.

La gravedad de la sintomatología, así como el grado de afectación de la calidad de vida, es un aspecto subjetivo que puede ser evaluado mediante el uso de diversos cuestionarios (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Strong)²⁰, entre los que cabe destacar el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF, el cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (CACV)²³, el cuestionario PPBC (*Patient Perception of Bladder Condition*)²⁴, el cuestionario OABq²⁵ o el cuestionario genérico de calidad de vida SF-36.

Exploración física. El examen físico de la paciente proporciona datos relevantes para el diagnóstico de VH, aunque también es de gran valor para descartar otras patologías con sintomatología compatible con VH. Los aspectos a considerar son los siguientes:

- El aspecto físico de la paciente (movilidad, estado nutricional, edemas, etc.) nos puede orientar hacia la presencia de enfermedades crónicas que pueden

justificar la sintomatología (p. ej. ictus, enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, cardiopatías, enfermedades reumáticas, etc.).

- La presencia de prolapsos genitales. Un porcentaje no despreciable de pacientes con prolapso genital presenta sintomatología de VH²⁶.
- Exploración abdominal y tacto vaginal para detectar masas pélvicas que pueden comprometer el buen funcionamiento vesical.
- Presencia de fugas con la tos (test de estrés). Es muy frecuente la asociación de incontinencia urinaria de esfuerzo y la incontinencia urinaria de urgencia con sintomatología de VH.
- Trofismo vaginal. La atrofia vaginal puede presentar sintomatología urinaria asociada.
- Comprobar la presencia del reflejo bulbocavernoso o de puntos “gatillo” que nos pueden poner de manifiesto la presencia de una neuropatía periférica.

Exámenes complementarios. Es de ineludible realización un test (tira reactiva) que permita excluir la presencia de infección urinaria o de hematuria. La detección de nitratos o leucocitos en la tira reactiva obliga a realizar un cultivo de orina y establecer el tratamiento antibiótico específico; una vez confirmada la curación de la infección urinaria, se volverá a evaluar a la paciente²⁷. La presencia de hematuria obliga a realizar estudios complementarios que permitan establecer su causa, tales como ecografía, cistoscopia o citología urinaria²⁸.

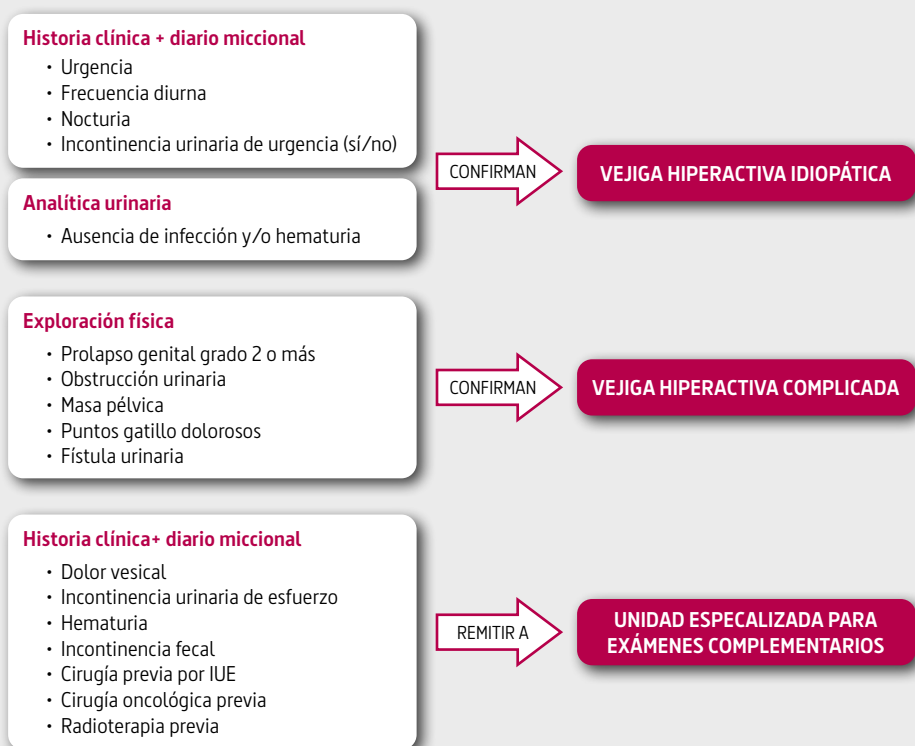
Otros exámenes complementarios que no son necesarios para establecer el diagnóstico de VH incluyen:

- Determinación del volumen residual posmiccional. Es una prueba sencilla que permite detectar la presencia de una obstrucción del tracto urinario inferior que frecuentemente se asocia a la sintomatología de VH. Es preferible realizarla mediante ecografía, por ser menos invasiva que por cateterismo vesical. Es recomendable en mujeres con historia de cirugía pélvica (p. ej. cirugía para la incontinencia) y en aquellas con prolapso significativo²⁹. Volúmenes >150-200 ml se consideran anormales (grado de recomendación Strong).
- Estudio urodinámico: No es necesario realizarlo para establecer el diagnóstico de VH. Permitirá detectar la presencia de una hiperactividad del músculo detrusor, que únicamente aparecerá en el 50 % de las pacientes con VH³⁰. Será de obligada realización en pacientes con antecedentes de cirugía urológica o ginecológica, con presencia de residuos posmiccionales elevados, dolor vesical o presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

- Estudios ecográficos de las vías urinarias o de genitales internos. Únicamente deberán realizarse ante la presencia de hematuria en el urinoanálisis o la presencia de patología ginecológica detectada en la anamnesis o en la exploración física.

La necesidad de efectuar tales estudios complementarios es indicativa de una VH complicada, por lo que deberá remitirse a la paciente a una unidad especializada para el adecuado diagnóstico y el correspondiente tratamiento etiológico. En la figura 1 se presenta un esquema para el diagnóstico de VH idiopática, complicada, y frente a la necesidad de derivación a una unidad especializada para la práctica de exámenes complementarios.

Figura 1 Algoritmo de tratamiento médico de los STUI según la European Association of Urology (EAU) de 2018⁶



En síntesis, el diagnóstico de la VH es eminentemente clínico, basado en la historia clínica de la paciente (reforzada por un diario miccional) y en la exploración física, debiéndose excluir la infección urinaria y cualquier patología con síntomas similares a los de la VH.

3 Tratamiento

Irene Díez Itza, M.^a Lourdes Gil Fraguas, Alicia Martín Martínez, José Medina Polo

3.1. Tratamiento no farmacológico de la vejiga hiperactiva (VH)

Uno de los pilares del tratamiento de la VH son las medidas conservadoras, que comprenden aquellas terapias en las que no se utilizan fármacos ni cirugía. Constituyen, junto con el tratamiento farmacológico, el tratamiento de primera línea y deberían ser ofrecidas a todas las pacientes que padecen esta condición como actuación inicial. Este apartado incluye los cambios del estilo de vida, la reeducación vesical y diferentes técnicas de rehabilitación del suelo pélvico.

Cambios del estilo de vida

Las diferentes intervenciones relacionadas con el estilo de vida se caracterizan por ser medidas no invasivas, de bajo coste, con mínimos efectos secundarios y que habitualmente son pautadas por el personal sanitario. En el campo de la incontinencia urinaria y de sus síntomas asociados, entre los que se incluyen aquellos característicos de la VH, se han propuesto medidas higiénico-dietéticas²⁰, pero su eficacia es limitada³¹. Entre las recomendaciones destacan las siguientes:

Pérdida de peso (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación Strong). La obesidad es un factor de riesgo independiente de incontinencia urinaria en la mujer. Promover la pérdida de peso puede ser útil para reducir la incontinencia en mujeres con sobrepeso u obesas. Existe evidencia de mejoría de la IU después de una pérdida de un 5 % de peso en mujeres con obesidad³². Por tanto, para mejorar sus síntomas, se debería recomendar perder peso a las mujeres con incontinencia urinaria.

Reducción de la ingesta de líquidos (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Weak). La reducción de la ingesta de líquidos es una medida generalmente adoptada por muchas mujeres con incontinencia urinaria. Existen pocos estudios que proporcionen datos sobre el impacto de la reducción en la ingesta de líquidos. Se ha publicado que la reducción habitual de la ingesta de líquidos en un 25 % implica una reducción significativa de la frecuencia miccional diurna, la urgencia y la nocturia, aunque sin afectación de la incontinencia³³. En general, es recomendable la disminución en la ingesta de líquidos en las mujeres con el hábito de beber mucho líquido³⁴.

Consumo de alcohol, cafeína y tabaco (grado de recomendación Strong). El consumo de alcohol se ha asociado con la aparición de síntomas de VH. Sin embargo, después de ajustar los análisis con la edad y la ingesta de líquidos, parece que el alcohol, la cerveza o los licores no aumentan la incidencia de VH³⁵. El consumo de cafeína exacerba la incontinencia urinaria y otros síntomas relacionados, como la urgencia y la frecuencia miccional. Ensayos clínicos con muestras de tamaño reducido sugieren que la disminución de la ingesta de cafeína mejora estos síntomas³⁵. Es recomendable reducir la ingesta de cafeína en mujeres con síntomas de VH (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Strong). Por otra parte, hay datos que sugieren que el tabaco aumenta el riesgo de incontinencia urinaria. Así pues, la frecuencia urinaria puede mejorar al abandonar el hábito tabáquico (nivel de evidencia 3, grado de recomendación Strong)³⁵.

Ejercicio físico (nivel de evidencia 3). El efecto del ejercicio físico sobre la VH está poco documentado. Se ha publicado que la actividad física reducida es un factor de riesgo asociado con la VH³⁶, pudiendo ser por ello un factor modificable en su tratamiento.

Reeducación vesical y promoción del vaciado

El entrenamiento vesical es recomendable como tratamiento de primera línea en mujeres con incontinencia urinaria, incluyendo IUU, IUE y mixta (nivel de evidencia 1b)³⁵. La forma más habitual consiste en realizar micciones programadas con un incremento progresivo del intervalo entre micciones. El intervalo inicial se establece a partir de la información aportada por la paciente (a ser posible a partir del diario miccional). En ese momento, debe orinar tanto si tiene ganas como si no. Cuando la paciente ha sido capaz de mantener los intervalos entre micciones durante una semana, se indica un incremento progresivo de dicho intervalo. El objetivo final es conseguir orinar cada 3-4 horas. El entrenamiento vesical es útil para corregir el patrón alterado de la frecuencia miccional, también mejora el control de la urgencia, aumenta la capacidad vesical, reduce los episodios de incontinencia y reestablece la confianza de la paciente en el control de su función vesical. En pacientes que dependen de los cuidadores, la promoción del vaciado vesical a intervalos fijados en función de los resultados del diario miccional puede ser útil para disminuir los episodios de incontinencia²².

Rehabilitación del suelo pélvico

La rehabilitación del suelo pélvico en el síndrome de VH ofrece una alternativa conservadora e integral, sin efectos secundarios, y permite que el paciente sea participe de la reeducación.

Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) (nivel de evidencia 1, grado de recomendación Strong). La reeducación de los músculos del suelo pélvico, mediante contracción activa, mejora la función del suelo pélvico y la estabilidad uretral. Las contracciones voluntarias de la MSP pueden inhibir la contracción del detrusor, mejorando la urgencia. El número, la duración, la intensidad y el tiempo de la contracción de la MSP necesarios para inhibir el detrusor no se conocen. Hay evidencia de que el EMSP es eficaz en la mejoría de la incontinencia y de la calidad de vida en la IU de urgencia y en la IU mixta. Se recomienda incluir el EMSP como primera línea de tratamiento conservador para mujeres de todas las edades con IU.

No está claramente establecido el programa de rehabilitación óptimo en cuanto al número y tipo de contracciones, pero, si la rehabilitación es de tipo intensiva y está supervisada por un profesional experto, resulta más eficaz que si la mujer no dispone de esta supervisión (grado de recomendación Strong)³⁵. Se aconseja, antes de iniciar el tratamiento, evaluar la integridad anatómica, la capacidad contráctil y el tono del elevador del ano mediante tacto vaginal.

En la práctica clínica, el EMSP a menudo se combina con algún tipo de retroalimentación (*biofeedback*), que ayuda a que la mujer tome conciencia de cómo contraer y modular la contracción de la musculatura perineal. No hay clara evidencia del beneficio de agregar un *biofeedback* a un programa de EMSP (grado de recomendación Strong)³⁵, por lo que su uso en la clínica o a nivel domiciliario debe seguir siendo una decisión individual del terapeuta basada en las necesidades de la paciente y la disponibilidad del servicio.

Electroestimulación. La estimulación eléctrica se usa a menudo para ayudar a las mujeres que no pueden iniciar contracciones e identificar los músculos del suelo pélvico. También se usa en pacientes con VH e IUU para inhibir el detrusor. En una reciente revisión de la Cochrane se concluye que la electroestimulación es prometedora en el tratamiento de la VH en comparación con ningún tratamiento activo, placebo/tratamiento simulado, EMSP y tratamiento farmacológico³⁷. La electroestimulación podría ser considerada como una alternativa al tratamiento farmacológico (grado de recomendación Strong)³⁵. Existe insuficiente evidencia para determinar qué tipo de electroestimulación es más eficaz y si el beneficio persiste tras finalizar el tratamiento activo. Se aconseja considerar ofrecer estimulación eléctrica como complemento de la terapia conductual en pacientes con IUU (grado de recomendación Strong)²².

Estimulación del nervio tibial posterior. La electroestimulación del nervio tibial posterior (ENTP) proporciona impulsos eléctricos al centro de micción sacra, de forma retrógrada, a través de las raíces del plexo sacro, raíz S2-S4. La estimulación se realiza por vía percutánea con una aguja fina insertada por encima del maléolo tibial, pero

también puede ser transcutánea. Los ciclos de tratamiento consisten en 12 tratamientos semanales de 30 minutos. La técnica es sencilla, mínimamente invasiva, de fácil aplicación y bien tolerada. Ha demostrado ser un método eficaz en el tratamiento de la VH, sin efectos secundarios reseñables y con una adecuada adherencia al tratamiento, por lo que algunos autores la aconsejan como tratamiento de primera línea. La ENTP percutánea tiene una eficacia comparable a tolterodina para la mejora de la IUU en las mujeres (nivel de evidencia 1b)³⁵. Tiene menos efectos secundarios que el tratamiento farmacológico (grado de recomendación Strong)³⁵. No obstante, dado el mayor coste respecto al tratamiento farmacológico, se sugiere que la ENTP sea utilizada como una terapia de segunda línea tras la valoración de otras opciones de tratamiento farmacológico (nivel de evidencia 2b).

El programa de mantenimiento de la ENTP percutánea es efectivo hasta 3 años (nivel de evidencia 1b). Hay pruebas limitadas de la efectividad de la ENTP por vía transcutánea (nivel de evidencia 2a). Se recomienda ofrecer la ENTP como una opción para la mejora de la IUU en mujeres que no han respondido al tratamiento farmacológico y conservador (grado de recomendación Strong)³⁵ y considerar la ENTP para el control de los síntomas en intervenciones combinadas (EMSP y reeducación vesical, o tratamiento farmacológico) para mujeres con IUU o VH (grado de recomendación Strong)²².

En resumen, el tratamiento conservador es multifactorial y debe realizarse de forma escalonada e individualizada. A la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento para cada paciente hay que tener en cuenta sus valores personales, preferencias y circunstancias específicas.

3.2. Tratamiento farmacológico de la vejiga hiperactiva (VH)

Los diferentes tratamientos médicos empleados en el tratamiento de la VH y STUI se resumen en la tabla 1. En el presente capítulo revisaremos aquellos que ofrecen un mayor grado de evidencia científica y demostrada experiencia clínica. De los fármacos comercializados en España, los antimuscarínicos, junto con los β 3-adrenérgicos, son los únicos que presentan un nivel de evidencia 1a y grado de recomendación Strong en el tratamiento de la VH^{22,38}.

Agonistas de los receptores β 3-adrenérgicos (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación Strong)

Mecanismo de acción. Se trata de un nuevo grupo farmacológico que actúa promoviendo la relajación del músculo liso vesical a través de la activación de los receptores β 3-adrenérgicos detrusorianos durante la fase de llenado³⁸.

Tabla 1 Fármacos utilizados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva (VH), síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y detrusor hiperactivo

Sospecha de cáncer de próstata	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Antimuscarínicos		
Atropina	3	C
Darifenacina	1	A
Fesoterodina	1	A
Imidafenacina	1	A
Propantelina	2	B
Solifenacina	1	A
Tolterodina	1	A
Cloruro de trospio	1	A
Fármacos de acción mixta		
Oxibutinina	1	A
Propiverina	1	A
Flavoxato	2	D
Agonistas de los receptores β_3 y β_2-adrenérgicos		
Mirabegrón	1	A
Terbutalina	3	C
Salbutamol	3	C
Antagonistas del calcio, fármacos que abren los canales de calcio	2	D
Antidepresivos (imipramina, duloxetina)	3-2	C
Antagonistas α-adrenérgicos		
Alfuzosina	3	D
Doxazosina	3	D
Prazosina	3	D
Terazosina	3	D
Tamsulosina	3	D
Silodosina	3	D
Naftopidilo	3	D
Inhibidores fosfodiesterasa-5 (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo)	1	B
Inhibidores COX (indometacina, flurbiprofeno)	2	C
Toxinas		
Toxina botulínica intravesical	1	A-B
Capsaicina y resiniferatoxina (neurógenos)	2	C
Otros (baclofeno intratecal)		
Hormonas		
Estrógenos	2	C
Desmopresina	1	A

Adaptada de⁴⁴.

Eficacia y seguridad. Mirabegrón 50 mg ha sido evaluado en diversos estudios controlados con placebo y con tolterodina de liberación prolongada de 4 mg como control activo, doble ciego, aleatorizados fase 3, para el tratamiento de la VH con síntomas de urgencia y frecuencia con o sin IU. Mirabegrón 50 mg ha demostrado reducir los episodios de IU y la frecuencia y urgencia urinaria^{38,39}. Desde el punto de vista urodinámico ha demostrado que aumenta el volumen miccional, disminuye la frecuencia de contracciones del músculo detrusor en la fase de llenado y mejora la capacidad vesical⁴⁰. En un análisis *post hoc* de datos agregados de tres ensayos clínicos fase 3 de mirabegrón 50 mg, los resultados de eficacia en medidas objetivas de la VH se acompañaban de mejorías clínicamente evidentes en la calidad de vida⁴¹.

El empleo de mirabegrón parece tener ventajas sobre los antimuscarínicos en lo que concierne a acontecimientos adversos. Se trata de una de las posibles razones que explican unas mejores tasas de cumplimiento terapéutico⁴². Entre los efectos adversos destacan: la hipertensión arterial, infección urinaria, rinofaringitis y cefalea, todos ellos con una incidencia inferior al 10 %⁴³. Está contraindicado en hipertensión grave no controlada, definida como presión arterial sistólica ≥ 180 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg³⁸.

Se trata de un principio activo seguro en pacientes con síntomas urinarios obstructivos que muestra tasas de RAO sin diferencias significativas con placebo. Se requiere realizar ajuste de dosis en casos de insuficiencia renal con filtrado glomerular por debajo de 30 mL/min/1.73m² e insuficiencia hepática clase B de Child-Pugh³⁸.

Fármacos antimuscarínicos (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación Strong)

Los fármacos antimuscarínicos han demostrado su eficacia en ensayos controlados y randomizados frente a placebo en la reducción de los síntomas de urgencia, episodios de incontinencia de urgencia y mejoría de la calidad de vida. La eficacia de los antimuscarínicos también se ha demostrado evaluando los parámetros urodinámicos de detrusor hiperactivo⁴⁴. Por ello, actualmente son considerados, junto con el mirabegrón (agonista $\beta 3$ -adrenérgico), fármacos de primera línea en el tratamiento de la VH.

Mecanismo de acción^{44,45}. Los antimuscarínicos/anticolinérgicos son un grupo farmacológico que bloquean de forma competitiva los receptores muscarínicos de todos los subtipos. Este tipo de receptores se encuentran en numerosos órganos y sistemas, hecho que conlleva los frecuentes efectos secundarios relacionados con su empleo (glándulas lacrimales y salivares: sequedad ocular y de boca; colon: estreñimiento; sistema nervioso central: mareos y somnolencia, etc.). Dado que el músculo detrusor contiene, principalmente, receptores M2 y M3, la investigación en antimuscarínicos se ha dirigido

72 a encontrar fármacos con mayor especificidad para estos subtipos, con el objetivo de disminuir los efectos secundarios. La propiverina y la oxibutinina, además del efecto antimuscarínico no selectivo por tipo de receptor, poseen propiedades calcioantagonistas.

Eficacia y seguridad. En general, su eficacia clínica es similar, si bien existen pequeñas diferencias. En estudios comparativos se ha visto la superioridad de fesoterodina 8 mg frente a tolterodina 4 mg y placebo en la reducción de los episodios de IUU⁴⁵. Asimismo, solifenacina es más eficaz que placebo en reducir la urgencia y otros síntomas de VH, así como en aumentar el tiempo desde la primera sensación de urgencia hasta el vaciado⁴⁶. Solifenacina y tolterodina son similares en eficacia y perfil de seguridad en el tratamiento de la VH⁴⁷.

El efecto secundario más común del tratamiento con los antimuscarínicos es la sequedad de boca, seguido del estreñimiento, cefalea y somnolencia. Se observa un menor número de efectos adversos en los antimuscarínicos con mayor selectividad por los receptores M2 y M3 (solifenacina) y con mayor selectividad por la vejiga (tolterodina y fesoterodina). La oxibutinina oral presenta una elevada incidencia de efectos adversos, sobre todo de sequedad de boca y estreñimiento, lo cual limita su empleo. Sin embargo, la oxibutinina administrada por vía transdérmica, al evitar el metabolismo gastrointestinal y hepático de primer paso, reduce significativamente los efectos adversos anticolinérgicos. Su principal efecto secundario es la irritación en el lugar de administración. La comodidad de administración del parche puede mejorar el cumplimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento⁴⁸.

Aunque los antimuscarínicos han sido principalmente estudiados en mujeres, cada vez hay más evidencia de su uso en varones, debido a la nueva perspectiva de que los STUI en varones pueden no solo asociarse a patologías de la próstata, sino también a disfunción de la vejiga. Los antimuscarínicos han demostrado su eficacia en varones con STUI predominantemente de llenado, de moderados a graves. Tradicionalmente ha existido un rechazo a utilizar los antimuscarínicos en varones con síntomas de VH y de HBP por el potencial riesgo de agravar los síntomas obstructivos²⁰. Sin embargo, los resultados de varios ensayos han apoyado la eficacia y la seguridad de los antimuscarínicos en el tratamiento de hombres con STUI en ausencia de residuo posmiccional elevado^{49,50}.

Las contraindicaciones al tratamiento con antimuscarínicos son pocas y comunes a todos ellos: glaucoma de ángulo estrecho no tratado, miastenia *gravis*, retención u obstrucción urinaria severa, trastornos gastrointestinales obstructivos e insuficiencia hepática grave. Además, se trata de un grupo farmacológico que debe ser empleado con precaución en pacientes de edad avanzada con riesgo de deterioro cognitivo. Por ello, el tratamiento antimuscarínico debe ser ajustado individualmente en función de sus

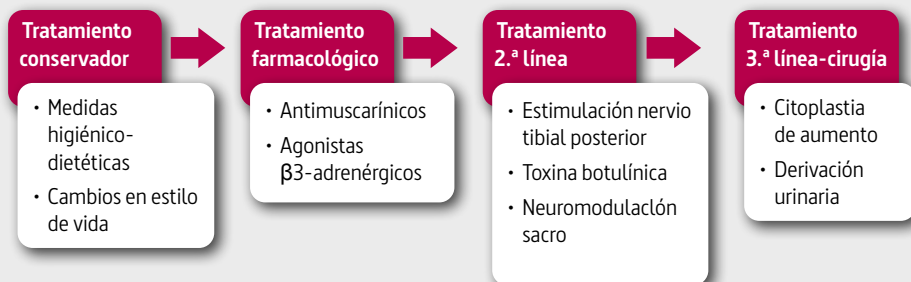
síntomas y su tolerancia. Se puede establecer escalonamiento de dosis y asumir que la VH es una entidad crónica.

Adherencia al tratamiento. A pesar de su eficacia y la seguridad establecidas, es notorio que la adherencia al tratamiento con antimuscarínicos es muy baja, ya que oscila entre el 14 % y el 35 % a los 12 meses⁵¹. Las posibles razones para ello son la aparición de efectos secundarios, la falta de consciencia de la cronicidad del proceso y un beneficio clínico insuficiente, es decir, que la mejoría de los síntomas no es percibida por el paciente como relevante al no desaparecer la sintomatología por completo.

Seguimiento

Tras pautar el tratamiento farmacológico en el manejo de la VH, se aconseja valoración en un plazo de 4-8 semanas para comprobar eficacia y posibles efectos secundarios asociados. En el caso de ausencia de respuesta, mejoría insuficiente o efectos adversos no tolerables, se recomienda remitir a la paciente a una unidad especializada en patología uroginecológica. En casos de respuesta terapéutica insuficiente, contraindicación o problemas de tolerancia al tratamiento farmacológico con antimuscarínicos y/o β 3-adrenérgicos, se debe valorar el empleo de tratamientos de segunda y tercera línea (figura 2).

Figura 2 Escalones terapéuticos de la vejiga hiperactiva (VH)



En resumen, el tratamiento farmacológico de primera línea de la VH se basa en los agonistas β 3-adrenérgicos o los fármacos antimuscarínicos, ambos con un perfil de eficacia similar, pero con parámetros distintos en lo que respecta a efectos secundarios y contraindicaciones.

4 Papel multidisciplinar en el diagnóstico

**Carlos Verdejo Bravo, Higinio Flores Tirado, Isabel Montes Posada,
Montserrat España Pons, Manuel Esteban Fuertes**

El término “vejiga hiperactiva” hace referencia a un síndrome, por tanto, a una combinación de síntomas que pueden responder a diversas causas conocidas (infección, inflamación, litiasis, obstrucción, neoplasia) o no conocidas (idiopática).

Tras la valoración inicial del paciente con VH por parte del médico de Atención Primaria, este decidirá si inicia el tratamiento o bien si son necesarios otros estudios que precisan la derivación a otros especialistas^{20,52}. Así, antes de iniciar el tratamiento, se considera conveniente derivar a otro especialista, por sospecha de una condición complicada, en los siguientes casos⁵³:

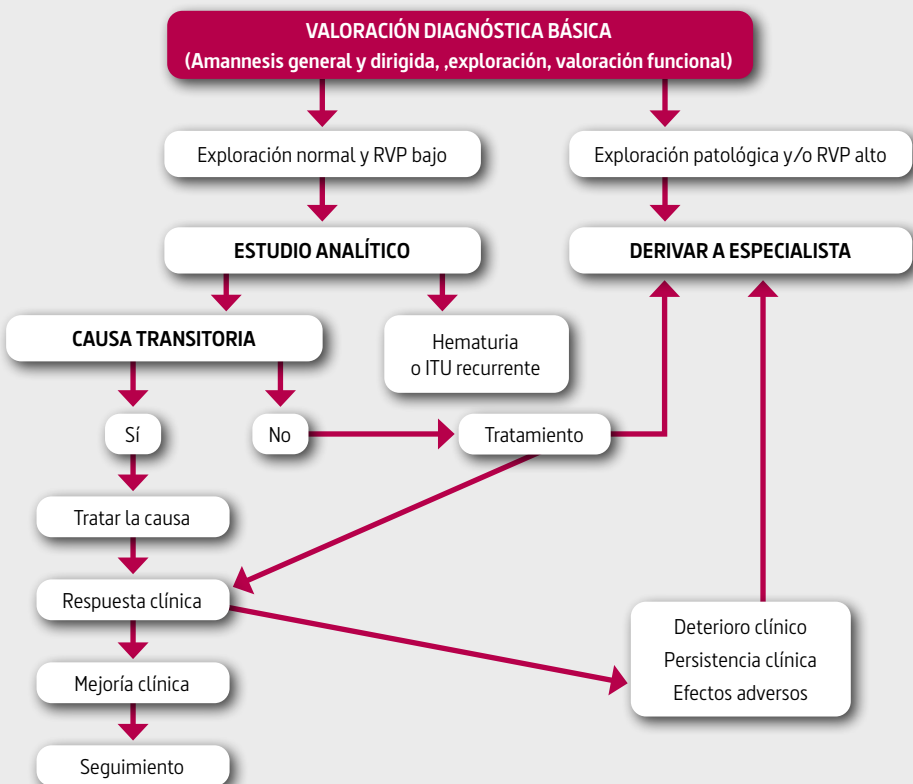
- Dificultad o imposibilidad para establecer un diagnóstico de certeza.
- Falta de correlación entre los síntomas de VH y los datos obtenidos de la anamnesis y la exploración física.
- Presencia de dolor vesical/uretral persistente.
- Hematuria persistente, tanto microscópica como macroscópica.
- Infecciones del tracto urinario recurrentes.
- Existencia de masa pélvica.
- Sospecha de fístula.
- Dificultad de vaciado o residuo posmiccional mayor de 200 ml.
- Patología neurológica con posible afectación medular.
- Antecedentes de irradiación o cirugía pélvica radical.
- Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático o grado 3 (visible por debajo del introito vaginal) y también en caso de atrofia genitourinaria.
- Varones con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) que presenten alguno de los siguientes: tacto rectal patológico, PSA elevado, analítica urinaria patológica y residuo posmiccional significativo.
- Afectación de la calidad de vida y limitaciones por los síntomas de la VH.

En otros casos, la derivación de pacientes con STUI/VH puede plantearse en un segundo tiempo, tras haberse propuesto un tratamiento y tras comprobar durante el seguimiento clínico una mala respuesta, la aparición de efectos adversos o el desarrollo de complicaciones. De este modo, se considera conveniente derivar a otro especialista durante el seguimiento en las siguientes circunstancias^{52,53}:

- Incremento de los síntomas urinarios, tras al menos 4 semanas de tratamiento farmacológico.
- Aparición de nuevos síntomas urinarios.
- Ausencia de respuesta al tratamiento farmacológico y conservador, tras 2 meses de cumplimiento correcto.
- Aparición de efectos adversos en relación con el tratamiento farmacológico propuesto.

En la figura 3 se describe un algoritmo de derivación para el paciente con STUI/VH.

Figura 3 Algoritmo de derivación a otro especialista en pacientes con STUI/VH basado en la valoración básica



4.1. Atención a las mujeres con STUI/VH

En el ámbito asistencial y en lo referente a la atención a mujeres con STUI/VH, al igual que para otras enfermedades, se distinguen dos niveles bien diferenciados, promocionados y reconocidos por la *International Consultation on Incontinence (ICI)*⁵⁴.

El nivel de atención inicial, que puede desarrollar un médico de Atención Primaria o un ginecólogo generalista, comprende la detección de los síntomas, el diagnóstico clínico basado en la historia clínica y la exploración pélvica, y la indicación de tratamiento conservador y/o farmacológico.

El nivel de Atención Especializada, dirigido a pacientes que no han respondido al tratamiento inicial, a pacientes con sintomatología compleja o patologías asociadas, debería realizarse en Unidades de Uroginecología a cargo de especialistas con especial dedicación a la patología uroginecológica y con acceso a otros profesionales relacionados con esta patología, de forma que la paciente pueda recibir una atención de un equipo multidisciplinar.

4.2. Derivación para tratamiento conservador de la incontinencia urinaria (IU)

El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la IU no complicada por su seguridad (bajo riesgo de efectos adversos) y eficacia (nivel de evidencia 1, grado de recomendación Strong)^{22,55}. Dicho enfoque conservador es multifactorial y debe realizarse de una forma escalonada. El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) es el factor clave en el tratamiento de la IU. En la IUU, la contracción de la musculatura de suelo pélvico puede usarse para ocluir la uretra con objeto de prevenir la fuga durante la contracción del detrusor, además de inhibir la contracción del mismo⁵⁶.

La rehabilitación muscular del suelo pélvico debe ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a las mujeres con IUE, IUU o IU mixta (nivel de evidencia 1, grado de recomendación Strong). También debe indicarse con finalidad preventiva de IU, en varones sometidos a prostatectomía radical por cáncer (nivel de evidencia 2). Los programas de rehabilitación deben ser lo más intensos posible, y siempre que sea posible de acuerdo con los recursos disponibles, con supervisión por parte de los profesionales sanitarios (nivel de evidencia 1, grado de recomendación Strong)⁵⁵⁻⁵⁸. El programa de ejercicios se debe mantener durante un mínimo de 3 meses antes de tomar una decisión sobre su efectividad (nivel de evidencia 2, grado de recomendación Strong)^{22,55}.

4.3. Atención a la paciente con STUI/VH: la visión del urólogo

La VH se caracteriza por la presencia de urgencia miccional (con o sin IUU), asociada generalmente a un aumento de la frecuencia urinaria (tanto diurna como nocturna). La VH es idiopática por definición, aunque distintas entidades clínicas pueden determinar síntomas similares a los de la VH. En un primer nivel de atención especializada, la evaluación adecuada de pacientes con VH debe incluir lo siguiente:

- Historia clínica (grado de recomendación Strong).
- Exploración física (grado de recomendación Strong).
- Análisis de orina (grado de recomendación Strong).
- Diario miccional (grado de recomendación Strong).
- Valoración del impacto de los síntomas sobre la calidad de vida mediante cuestionarios (opcional) (grado de recomendación Strong)²⁰.

A partir de los resultados de esta evaluación inicial puede establecerse un tratamiento conservador basado en medidas higiénico-dietéticas y actuaciones para reforzar la musculatura pélvica (EMPS). En un siguiente nivel, estaría indicado el tratamiento farmacológico de primera línea, con individualización del grupo farmacológico según las características propias de cada paciente. La falta de respuesta al tratamiento obligará a la derivación de las pacientes a Unidades de Urología Funcional especializadas en el tratamiento de VH refractaria en el que pueden indicarse tratamientos de segunda línea. El futuro de la atención de estas pacientes pasa por el abordaje interdisciplinar y, si un trabajo queda por hacer, no es tanto la determinación de las pruebas necesarias para el diagnóstico como la forma en la que integrar el abordaje de estas pacientes en los distintos niveles asistenciales.

5

El problema de la adherencia: propuesta de manejo integral del paciente con incontinencia urinaria (IU) y vejiga hiperactiva (VH)

Pedro Blasco Hernández, Manuel Ramón Bernal Pacheco, Ana Borobia Pérez, Javier Chantada Abal, M.^a Lourdes Martínez-Berganza Asensio, Luis Salar Ibáñez, Carlos Verdejo Bravo

5.1. Concepto de adherencia

La adherencia se define de forma general como la medida en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional sanitario para el tratamiento de una determinada enfermedad⁵⁹. Se apoya en dos elementos fundamentales, por una parte, incluye toda conducta acordada con el profesional sanitario (cambios en el estilo de vida, dietas, hábitos, ejercicio físico, etc.), y no solo la toma de un determinado medicamento, y por otra, establece como esencial la existencia de un acuerdo de consenso previo entre paciente y profesional sanitario.

La adherencia es un concepto multidimensional en el que intervienen factores relacionados con: a) el paciente, tales como expectativas, preocupación por la enfermedad, efectos adversos, impacto potencial en su calidad de vida; b) el tipo de tratamiento, incluyendo el mecanismo de acción, efectividad, tolerabilidad, seguridad; c) el profesional sanitario (formación en la toma de decisiones consensuadas, relación médico-paciente) y d) el propio sistema sanitario. El concepto de adherencia debe distinguirse de otros conceptos, como persistencia o cumplimiento terapéutico, que a menudo se usan incorrectamente como sinónimos.

Persistencia. La persistencia de la medicación describe el acto de continuar el tratamiento durante el tiempo que ha sido prescrito sin que exista un intervalo de incumplimiento significativo, se suele categorizar como una variable dicotómica que define a los pacientes como “persistentes” o “no persistentes”⁶⁰.

Cumplimiento. Describe el acto de conformidad con las recomendaciones sobre el día a día del tratamiento tal y como ha sido prescrito en términos de tiempo, dosis y frecuen-

cia. El cumplimiento se mide como dosis administradas por periodo definido de tiempo y se describe comúnmente como un porcentaje⁶⁰.

Adherencia. El concepto de adherencia establecido en 2003 abarca un ámbito más amplio que la noción de cumplimiento terapéutico propuesta en 1976⁶¹. Por un lado, mientras que el cumplimiento terapéutico no precisa de la existencia de un acuerdo previo entre paciente y profesional sanitario, dicho acuerdo es la base del concepto de adherencia y, por otro lado, no solo se circunscribe al tratamiento médico, sino a toda conducta acordada entre profesional sanitario y paciente encaminada a curar la enfermedad o mejorar la calidad de vida. De este modo, se establece un nuevo marco de relación profesional sanitario-paciente respecto al curso de la enfermedad, posibilidades de curación, duración del tratamiento, opciones terapéuticas, calidad de vida y toma de decisiones, en cuyo contexto, y no en otro, debe evaluarse la adherencia.

5.2. Situación actual de la adherencia en el tratamiento de la IU y VH

Adherencia a patologías crónicas en nuestro medio. El documento “Adherencia a tratamientos de larga duración: evidencia para la acción” publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003⁵⁹ describe las enfermedades crónicas como “las enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan una discapacidad residual, son causadas por alteraciones patológicas irreversibles, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación o se puede esperar que requieran un largo periodo de supervisión, observación o cuidado”. De hecho, a día de hoy la IU no se considera en términos generales una enfermedad crónica, aunque a todas luces es evidente que por sus características clínicas y evolución podría perfectamente incluirse en la definición anterior.

Recientemente en España se ha llevado a cabo un primer macroestudio con 6.150 encuestas a pacientes en 132 oficinas de farmacia distribuidas en todo el territorio nacional⁶². El objetivo fue dar a conocer el grado de adherencia al tratamiento, causas de incumplimiento, hábitos y calidad de vida asociados en las principales patologías crónicas. Los datos de este estudio han puesto de manifiesto que la VH como patología crónica presenta, en la población encuestada, una prevalencia superior al asma y a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El dato más relevante es que 49,8 % de los pacientes diagnosticados de VH no cumple con el tratamiento prescrito por su médico.

Impacto de la falta de adherencia en la IU femenina. La falta de adherencia de los pacientes al tratamiento es una oportunidad perdida para los beneficios de la farmacoterapia y disminuye la calidad de vida. Por otra parte, si la patología empeora, aumentarán los costes, desde la perspectiva del sistema nacional de salud, por un aumento de

las hospitalizaciones y la aparición de complicaciones como consecuencia de la falta de adherencia terapéutica⁶³. Por otra parte, es poca la evidencia que evalúa de forma concreta el impacto de la falta de adherencia en la carga de la enfermedad en nuestro medio, pero sí el impacto económico y el incremento en el consumo de recursos que provoca el cambio de tratamiento médico en pacientes con VH. En un estudio realizado en 13.000 pacientes en Inglaterra, el coste de pacientes que llegaban a tratarse con tres tratamientos se incrementaba en un 30 % sobre los pacientes tratados con un solo tratamiento⁶⁴.

5.3. Factores implicados en la falta de adherencia

Factores dependientes del tratamiento. El tratamiento médico sigue siendo en el pilar fundamental del abordaje terapéutico de la VH, el cual presenta dos mecanismos de acción fundamentales: anticolinérgico y β 3-adrenérgico, cada uno con su perfil de eficacia y seguridad. El factor dependiente en exclusiva del fármaco que puede provocar una falta de adherencia en la práctica clínica habitual es la presencia de efectos adversos derivados de su uso.

Los ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego ponen de manifiesto una tasa de abandonos del tratamiento anticolinérgico que oscila entre el 6 % y el 31 % a las 12 semanas del inicio del mismo⁶⁵. Esta tasa de abandono tendió a incrementarse en los estudios de extensión. Según el tipo de antimuscarínicos, las tasas de interrupción durante 12 semanas fueron del 7 % al 19 % para tolterodina; del 13 % al 31 % para oxibutinina oral; del 6 % al 9 % para solifenacina y del 14 % al 20 % para fesoterodina. De forma general, se admite que estas tasas de abandono son más altas en la práctica clínica habitual, con porcentajes entre el 21 % y el 78 %, especialmente en la población de edad avanzada, donde la “carga anticolinérgica” de los fármacos que se utilizan habitualmente es más elevada.

En un estudio que evaluaba la persistencia al tratamiento entre mirabegrón y antimuscarínicos durante 12 meses, en el análisis de una cohorte retrospectiva de 6.189 pacientes tratados por VH, el riesgo de abandono era significativamente superior para el tratamiento con antimuscarínicos (cociente de riesgos instantáneos [*hazard ratio*, HR] 1,24-2,05 por cada fármaco antimuscarínico ($P < 0.01$) vs. mirabegrón⁴².

La adherencia al tratamiento rehabilitador del suelo pélvico en la VH y la IU, en general, es uno de nuestros mayores retos en la práctica clínica^{66,67}. Los programas de EMSP asociados o no a tratamientos complementarios (*biofeedback*, electroestimulación, conos vaginales) se estructuran en tres fases: concienciación (aprendizaje propioceptivo), entrenamiento (fase intensiva supervisada por un experto) e integración en la vida coti-

diana. Esta última fase es crucial para mantener e incrementar los beneficios del EMSP sobre la sintomatología urinaria y la calidad de vida de las pacientes a corto y a largo plazo, debiendo persistir esta incorporación a la vida diaria de por vida. Sin embargo, los abandonos son muy frecuentes debido a diferentes aspectos, tales como la flexibilidad necesaria para realizar los EMSP, el aprendizaje de una técnica correcta, las expectativas equivocadas por parte del paciente, la falta de motivación, así como la falta de seguimiento y la supervisión regular por profesionales sanitarios.

Respecto a la evidencia científica disponible sobre la adherencia al tratamiento rehabilitador en la IU, una revisión sistemática publicada en el 2013⁶⁸ que recoge 19 estudios donde se evalúa la eficacia y la adherencia al tratamiento rehabilitador en la IU en 1.141 mujeres y con un seguimiento medio entre 1 y 15 años, demuestra que existe una alta heterogeneidad y baja calidad metodológica de los estudios. Los resultados ponen de manifiesto divergencias en cuanto al periodo de seguimiento a largo plazo, el uso de técnicas complementarias junto al EMSP, tasas de cumplimiento, pérdidas durante el seguimiento y la eficacia a largo plazo, así como en los métodos de recogida de estas variables, demostrando tasas de adherencia a largo plazo para EMSP muy dispares, entre un 10 % y un 70 %⁶⁸.

Dada la falta de estudios de alta calidad y la heterogeneidad de los mismos, hay que seguir investigando las mejores estrategias y las intervenciones necesarias para mejorar la adhesión al tratamiento a largo plazo, en particular, al tratamiento rehabilitador.

Factores dependientes de la patología. Con respecto a la VH, la propia definición de esta entidad^{14,20} supone una importante limitación para la evaluación de la adherencia, dado que se trata de una definición basada en síntomas. La falta de sustrato patológico determina que no se disponga de pruebas complementarias objetivas útiles para su diagnóstico y evaluación de su evolución clínica. De hecho, el diagnóstico y tratamiento se basa en dos pilares fundamentales: poner de manifiesto la presencia de síntomas (mediante el diario miccional) y evaluar su efecto en la calidad de vida (mediante el uso de cuestionarios)⁶⁹.

Factores dependientes de la relación médico-paciente. La complejidad del tratamiento de la IU y VH, junto con una relación/comunicación deficiente entre los profesionales sanitarios y los pacientes, son factores esenciales que repercuten en la adherencia terapéutica⁶⁵. Al mismo tiempo, de acuerdo con un modelo de comunicación efectiva-afectiva, la falta de adherencia va a ir ligada directamente a un proceso de comunicación abierto entre profesionales sanitarios y pacientes en el que “no logremos entendernos o no nos hagamos entender”. Por tanto, será crucial, en el transcurso del acto terapéuti-

co, alcanzar una relación comunicativa basada en la confianza, claridad y acercamiento de profesionales sanitarios y pacientes, que aumenten el grado de adherencia al nivel deseado.

Factores dependientes del sistema sanitario. Los sistemas sanitarios actuales y sus profesionales se desenvuelven mejor en la evaluación de pruebas objetivas (niveles de glucemia, PSA, pruebas de imagen) que en la evaluación sintomática del paciente (p. ej. mediante el diario miccional y cuestionarios). Sin embargo, hay que tener en cuenta que este tipo de evaluación objetiva no mejora la adherencia⁵⁹. Las guías de práctica clínica recomiendan el uso del diario miccional y de cuestionarios como elementos clave para el diagnóstico y evaluación del impacto del tratamiento^{20,21,27,54,55}. Asimismo, el uso de medidas centradas en el paciente (*Patient-Reported Outcomes*, PRO) está siendo incorporado de forma creciente en la evaluación de los síntomas, calidad de vida y satisfacción del paciente⁷⁰.

Factores dependientes del entorno familiar y social. El apoyo otorgado por parte de familiares y la red social, como círculos más cercanos al paciente VH e IU, sirven como lazo que influye en su conducta y en la adherencia al tratamiento⁷¹. Los pacientes que tienen un apoyo social y familiar adecuado presentan menos problemas en la aceptación de la enfermedad y en el apego al tratamiento, por lo que el apoyo social, específicamente el familiar, se constituye como un factor esencial que permite establecer mejores pronósticos en los grados de adhesión al régimen terapéutico propuesto.

5.4. Herramientas para mejorar la adherencia

Comunicación paciente-profesional sanitario. Los elementos relacionados con la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario son relevantes para optimizar la eficacia de las intervenciones. Asimismo, el médico debe tener en cuenta que las percepciones y expectativas del paciente respecto al beneficio del tratamiento sean realistas⁷³. En este sentido, los profesionales sanitarios debemos ser capaces de abrir un espacio de relación basada en el respeto y la aceptación, ser capaces de comprometer al paciente hacia un rol activo y hacerlo partícipe de su proceso, para converger en un modelo de toma de decisiones compartidas. Hay que plantear, por consiguiente, un enfoque individual para cada paciente y, por ello, será necesario seguir una estrategia de intervención personalizada en la que se brinde información clara y concisa. Paralelamente, hemos de establecer un vínculo de confianza y empatía con el paciente y realizar un abordaje multidisciplinar, coordinados y en colaboración para alcanzar un objetivo común, el de incrementar la efectividad y el cumplimiento terapéutico.

Incorporación de medidas basadas en los PRO. Los PRO son herramientas que permiten captar y hacer objetivos los resultados subjetivos percibidos por el paciente, lo que es particularmente importante cuando la presencia de efectos adversos o la percepción de mejoría/falta de eficacia son puntos críticos en la adherencia al tratamiento. Usar los PRO como herramienta de medida significa que será la vivencia de la enfermedad y el impacto en la calidad de vida percibido por el paciente lo que pueda guiar la toma de decisiones y la evaluación del resultado del tratamiento. Ejemplos de PRO en pacientes con IU y VH son el diario miccional o los cuestionarios de calidad de vida.

Formación en adherencia. La adherencia es un fenómeno multidimensional, por lo que limitarla al aspecto estrictamente “farmacológico” solo permitirá una mejoría parcial. Mejorar la adherencia requiere actuar en varios niveles, partiendo de una formación en la totalidad de las circunstancias que influyen en la misma. Así pues, un programa de formación integral en adherencia debe incluir:

- Formación básica en el concepto global de adherencia, especialmente en los problemas de adherencia a patologías crónicas y de larga duración.
- Formación dedicada a cada uno de los niveles que intervienen en la atención: Atención Primaria, Enfermería, Urología, Ginecología, etc.
- Formación en el trabajo con los PRO y evaluación de resultados en salud basados en la información que aporta el paciente.
- Elaboración de herramientas para mejorar la adherencia.
- Formación en la evaluación de perfiles de pacientes crónicos y su posición frente al tratamiento.

Sistemas de evaluación de la adherencia. Aunque medir el grado de adherencia en el paciente con VH e IU es complejo por los muchos factores involucrados, es aconsejable el uso de cuestionarios de salud durante sesiones de entrevistas personalizadas y seguimiento del paciente. Dichos cuestionarios incluyen el test de Batalla, test de Haynes-Sackett y/o el test de Morisky-Green. Estas herramientas están validadas, son fáciles de utilizar y ofrecen información sensible sobre el grado de adherencia y actitud del paciente frente al cumplimiento del régimen terapéutico⁷³.

Dispensación de medicamentos. El farmacéutico, a través de una entrevista estructurada, debe comprobar que el paciente conoce la indicación para la que se le ha prescrito el medicamento, el efecto que puede esperar del tratamiento, la posología, la pauta, la forma de uso y su duración. Además, se debe asegurar que el nuevo tratamiento no presenta ninguna duplicidad, contraindicación o interacción con el resto de la medicación prescrita ni con la que pueda usar el paciente a modo de automedicación. Es necesario

que también se ponga a disposición del paciente para resolver cualquier duda e insistir en la necesidad de cumplir con el régimen establecido por su médico. También se le preguntará si se le han prescrito medidas higiénico-dietéticas para resolver cualquier duda referente a las mismas. En el momento de esta primera dispensación, conviene que el farmacéutico insista en el aspecto crónico de la patología, la necesidad de tratamiento a largo plazo y la importancia del seguimiento.

En las dispensaciones sucesivas, además de tener en cuenta los puntos anteriores, se interrogará al paciente acerca de la efectividad y la seguridad del tratamiento, investigando la adherencia terapéutica frente a una aparente falta de efectividad. Es muy importante preguntar expresamente por la aparición de efectos adversos y, si dichos efectos pudieran comprometer la adherencia, convendría derivar al médico de Atención Primaria con un informe escrito para su valoración.

Detección de no adherencia, no retirada de la medicación prescrita en receta electrónica y medidas correctoras. En la farmacia se puede detectar fácilmente la no adherencia al tratamiento⁷⁴. Con la receta electrónica podemos comprobar el tiempo transcurrido desde la anterior dispensación y valorar si el cumplimiento ha sido correcto. En otras ocasiones, el paciente no retira la medicación prescrita. Esto puede deberse a diversos factores:

- Una discrepancia entre la posología prescrita y lo que ha entendido el paciente. En este caso se pregunta al paciente la posología utilizada y se le explica la real.
- Una falta de adherencia, que puede ser involuntaria o voluntaria. Si es involuntaria, se pactan con el paciente métodos para corregirla, incluyendo la preparación de un sistema personalizado de dispensación (pastillero). Si es voluntaria, se investigan los motivos que, como se ha dicho antes, pueden ser: confusión, desconfianza en el tratamiento (quizá haya sufrido efectos adversos) o banalización de la enfermedad. Se busca una solución a cada una de ellas y se deriva al médico de Atención Primaria si fuera necesario ajustar el tratamiento.

Además, durante una conversación informal con el paciente es fácil pasar el test de Haynes-Sackett y el de Morisky-Green, lo que permitirá detectar la falta de adherencia incluso en pacientes que retiran toda su medicación, aunque no se la tomen.

Educación del paciente y adherencia. Una adecuada formación de los profesionales sanitarios en adherencia debería acompañarse de programas de educación en adherencia para los pacientes. En el caso de la VH, el establecimiento de un marco de expectativas adecuado entre profesionales y pacientes mejora el cumplimiento terapéutico y los resultados/beneficios percibidos por el paciente.

5.5. ¿Es posible un modelo integrado?

La colaboración entre los distintos profesionales implicados en el manejo de las pacientes con IU y VH es esencial y debe considerarse como un elemento integrador para mejorar la adherencia al tratamiento. Todos los profesionales deben estar correctamente formados y coordinados para establecer el tratamiento y el seguimiento terapéutico adecuado.

Papel de la Atención Primaria. La prevalencia de la IU aumenta con la edad, por lo que muchos de los pacientes que la padecen son ancianos, con deterioro de la salud (múltiples patologías y polimedicación), pérdida de capacidad funcional y de calidad de vida y aumento de la morbimortalidad. La Atención Primaria, tanto Medicina de Familia como Enfermería, tiene un papel fundamental en el estudio diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes con IU y VH⁷⁵ y, por lo tanto, en la adherencia a los tratamientos. Constituye el nivel asistencial más frecuentado por ser el más accesible y tiene el papel de conciliar los diferentes tratamientos, además de promover e intervenir en el tratamiento conservador no farmacológico.

Papel de la Atención Especializada. Se admite de forma general que la integración interniveles en la atención de una patología mejora los resultados en salud en el abordaje de cualquier patología⁵⁹. Desde el punto de vista de la adherencia y la atención especializada, tan solo una atención integrada interniveles e interdisciplinar permitirá mejorar la adherencia. Este modelo de acción integrada es perfectamente aplicable a la IU, en general, y a la VH en particular. Los criterios de derivación a una unidad especializada para la práctica de exámenes complementarios en pacientes con VH están descritos en la figura 1.

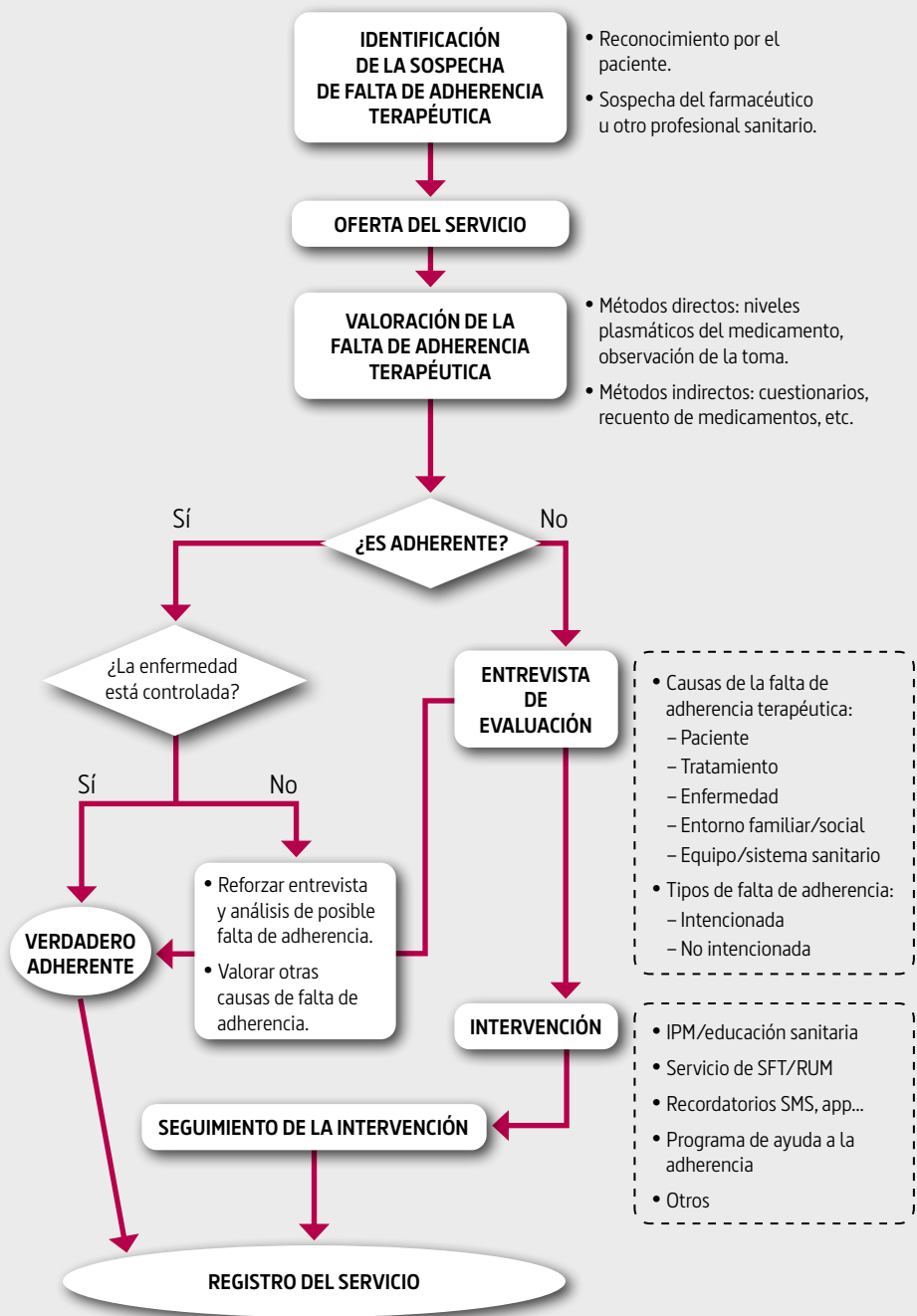
Papel y cuidados de enfermería. Los cuidados a pacientes con VH e IU forman parte del trabajo diario del profesional de enfermería en diferentes niveles sanitarios. El papel de enfermería profundiza en el cuidado fundamentalmente individualizado y se enfoca, sobre todo, a preservar la autonomía/independencia de la persona, desde bases éticas y clínicas, a intentar promover una experiencia del proceso vivido de la mejor manera posible. La enfermedad pone en el centro de atención al paciente, pero también a su entorno, a su familia, a todo aquello que da dignidad a su vida y a su día a día. Dentro del equipo multidisciplinar, la enfermera es el elemento de cohesión entre la familia, el paciente y los demás profesionales sanitarios. Nuestro papel es captar, intervenir y trasladar las necesidades del paciente y de sus familiares al resto del equipo para diseñar el plan terapéutico multidisciplinar, implementando modelos propios de nuestra taxonomía NANDA/NOC/NIC. Los profesionales de Enfermería han de saber valorar al paciente como una totalidad, ser capaces de empatizar y trabajar a partir de lo que

86 ellos demandan. Estar atento a cómo el paciente está viviendo la situación es el punto de partida para otorgarle el papel de ser el partícipe de sus cuidados y de su atención. Los cuidados correctos, la educación sanitaria, el seguimiento continuado y personalizado de estos pacientes por parte de los profesionales de Enfermería y la adherencia terapéutica de los pacientes a las terapias recomendadas suponen los pilares básicos a conseguir para el mejor control de pacientes con VH e IU. Cabe destacar la importancia del profesional de Enfermería para ayudar al paciente en la cumplimentación del diario miccional y en la orientación al seguimiento del tratamiento conservador, en especial de las medidas higiénico-dietéticas.

Papel de la farmacia comunitaria: integración en el equipo. En este momento, la farmacia comunitaria va por libre, ya que no está integrada en el sistema sanitario público. Sin embargo, su papel es muy importante, dada la cercanía al paciente y la confianza que este suele depositar en el farmacéutico. Si hubiera coordinación con Atención Primaria, podría participar en campañas de detección de pacientes ocultos, aquellos que nunca van al médico; reforzaría la actuación de médicos y enfermeros transmitiendo el mismo mensaje y serviría de filtro para derivar a médico o enfermero solo aquellos pacientes que realmente lo necesiten. Es imprescindible una vía de comunicación bidireccional con el sistema sanitario. Médico y enfermero deben saber quién es el farmacéutico habitual de cada paciente.

De igual forma, los farmacéuticos comunitarios están en una excelente posición para poder ejercer una notable influencia en promover la adherencia a la medicación. La farmacia comunitaria es un paso casi obligado al final de la utilización del resto de los servicios asistenciales del sistema, por lo que es un lugar idóneo para la detección y abordaje de los problemas de adherencia terapéutica. En la figura 4 se detalla el diagrama de flujo del Servicio de Adherencia Terapéutica correspondiente a las buenas prácticas en farmacia comunitaria en España.

Figura 4 Diagrama de flujo del Servicio de Adherencia Terapéutica



Adaptada de ⁷⁶.

6

Calidad asistencial

Fernando Vázquez Valdés

Existen múltiples definiciones sobre calidad asistencial. Según la OMS, “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”⁷⁷. Para cumplir con esta definición, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas. Es decir, la calidad asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de esta y la satisfacción de quien la recibe. Esto requiere la participación de profesionales sanitarios, de profesionales que la planifican (gestores) y la de quienes la reciben (población asistida)⁷⁸.

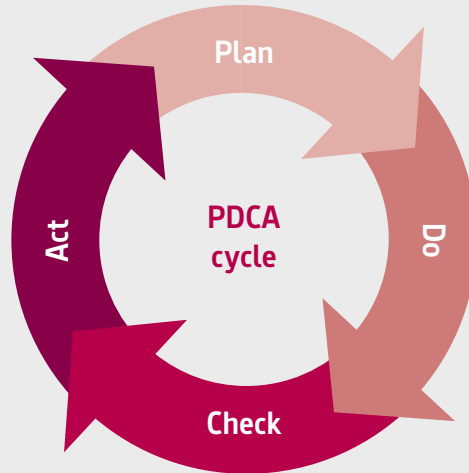
La calidad asistencial en general, y la patología STUI en particular, requiere de la promoción de la medicina basada en pruebas, además de indicadores de calidad, para: a) introducir métodos de autoevaluación comunes, b) desarrollar planes de calidad y c) unificar criterios de calidad y disminuir la variabilidad de la práctica profesional⁷⁹. Por otra parte, la calidad asistencial requiere de implementaciones basadas en la evidencia⁸⁰.

6.1. Indicadores

Los indicadores son un instrumento de medida de un proceso de monitorización y evalúan el nivel de calidad alcanzado y, sobre todo, identifican áreas de mejora. Para ello, deben ser válidos, fiables y útiles, y se evalúan mediante un ciclo de mejora, ciclo de Deming, también conocido como círculo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), que incluye las fases de planificar, hacer, verificar y actuar (figura 5).

La construcción de un indicador requiere definir los siguientes aspectos: nombre; justificación (grado de recomendación y de evidencias); dimensión; fórmula; numerador; denominador; explicación de términos/exclusiones y aclaraciones; población; tipo de estructura, de proceso y de resultados; fuentes de datos; ajuste de riesgos, estándares a alcanzar y comentarios/referencias⁷⁹.

Figura 5 Ciclo de Deming o PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) o espiral de mejora continua basada en una fase de planificación (tener definido hacia dónde vamos, **Plan**); fase de implantación (hacer aquello que hemos planificado, **Do**); fase de evaluación (comprobar si lo hemos conseguido, **Check**) y actuar de nuevo (implantar las medidas de mejora o correctoras, **Act**).



6.2. Patología prevalente: STUI en el varón y en la mujer

Los STUI, tanto en los varones como en las mujeres, en asociación con IU, VH o HBP, son patologías con una alta prevalencia, con frecuencia infradiagnosticadas y que consumen elevados recursos sanitarios, dada su cronicidad y el diagnóstico cada vez más frecuente asociado al envejecimiento de la población. Las características de estos trastornos se han descrito extensamente en los capítulos correspondientes de este documento.

Cada una de estas patologías, en el varón y en la mujer, conlleva un número elevado de visitas en los diferentes niveles de la atención sanitaria, así como de pruebas para el diagnóstico y seguimiento, además del consumo de medicamentos para el tratamiento de las mismas. Por otra parte, la variabilidad en los indicadores de calidad provoca una falta de calidad del proceso, falta de equidad y un uso inadecuado de recursos. Por otra parte, determinados síntomas urinarios como la IU y la VH representan un problema socioeconómico importante, principalmente por su alta frecuencia y el impacto negativo en la calidad de vida de quienes los padecen.

Por todo ello, es necesario valorar posibles indicadores de calidad de la atención de pacientes con estas patologías, analizando sus fortalezas y debilidades para su incorporación en los sistemas de información sanitaria.

6.3. Campañas del “no hacer”

Tan importante en calidad como el buen hacer es eliminar aquellas prácticas que contribuyen al “desperdicio”, en la terminología de Lean Management, de los procesos y que vienen definidas por el *do not do* del NICE en el Reino Unido o el *choosing wisely* en los EE.UU.⁸¹. Algunos ejemplos serían los siguientes:

- No ordenar una determinación de creatinina o imagen del tracto superior para pacientes con HBP.
- No tratar una PSA elevada con antibióticos para pacientes que no tengan otros síntomas.
- Ofrecer el cribado de PSA para detectar el cáncer de próstata solo después de una implicación compartida con el paciente.
- No tratar el cáncer de próstata localizado clínicamente de bajo riesgo (Gleason <7, PSA <10 ng/ ml y estadio tumoral T2 o menor) sin discutir la vigilancia activa como parte del proceso de decisión compartida con el paciente.
- No tratar la cistitis no complicada en la mujer con fluoroquinolonas si hay otras opciones de tratamiento oral.

En resumen, como cualquiera de los procesos asistenciales, estos requieren de buenas evidencias de las prácticas clínicas y de indicadores fiables de las mismas para monitorizar y poder realizar un ciclo de mejora de estos procesos. Tanto como hacer, su calidad pasa también por no hacer aquellas prácticas que no aportan valor.

7

Criterios de derivación en pacientes con STUI en el varón y en la mujer

M.^a Lourdes Martínez-Berganza Asensio, M.^a Isabel Gutiérrez Pérez, Higinio Flores Tirado

Los STUI engloban un grupo de síntomas de curso clínico tendente a la cronicidad, relacionados con la edad, no específicos del género, ni de órganos que afectan tanto a varones como a mujeres y que abarcan una combinación de síntomas de llenado, vaciado y posmiccionales. Se necesita tener una visión más amplia de los STUI asumiendo que el enfoque global de esta patología refleje nuestro conocimiento del tracto urinario inferior como una unidad funcional integrada, reconociendo las limitaciones de los síntomas como una única modalidad de diagnóstico. Sin embargo, es importante tener presente que los pacientes a menudo muestran agrupaciones de síntomas que reflejan los mecanismos fisiopatológicos subyacentes⁸².

Los STUI son un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. La colaboración entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria-Urología) es fundamental para la mejor atención del paciente con STUI. El papel de la enfermería y también del farmacéutico comunitario es importante a la hora de detectar a los pacientes con STUI para, en caso necesario, derivar al médico de Atención Primaria, quien procederá a su valoración diagnóstica inicial y decidirá la pauta de tratamiento o, si fuera necesario, la derivación al segundo nivel asistencial^{20,49,83}.

En la tabla 2 se resumen los criterios de derivación a Atención Especializada en varones afectos de STUI, IU complicada y/o VH^{20,83}. Antes de iniciar el tratamiento, cabe destacar los casos con síntomas graves que afectan notablemente a la calidad de vida del paciente, IU recurrente o IU que aparece tras una prostatectomía e IU asociada a otras patologías, tales como hematuria no justificada, masa pélvica, incontinencia fecal, sospecha de fístulas urogenitales, dificultad en el vaciado o residuo posmiccional >200 ml, enfermedades neurológicas y antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical. Durante el seguimiento, hay que derivar a los pacientes con aumento de los síntomas o aparición de nuevos, así como aquellos que no mejoran con medidas conservadoras. Los pacientes con VH y hematuria, dolor, infección del tracto urinario recurrente, tacto rectal o análisis de orina anormales, PSA elevado, residuo posmiccional alto o sospecha de enfermedad neurológica deben ser derivados a Atención Especializada.

Tabla 2 Criterios de derivación en hombres con incontinencia urinaria/vejiga hiperactiva

Antes del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas graves o gran limitación de calidad de vida • Incontinencia recurrente (tras cirugía de continencia previa fallida) o total • Paciente con incontinencia después de una prostatectomía • IU asociada a: <ul style="list-style-type: none"> – Dolor vesical/uretral persistente – Hematuria no justificada (visible o microscópica) – Infección recurrente o bacteriuria crónica – Masa pélvica, incluyendo vejiga palpable tras la micción, aunque sea clínicamente benigna – Incontinencia fecal – Sospecha de fistulas urogenitales o intestinales – Tenesmo vesical/polaquiuria – Dificultad en el vaciado o RVM anormal (>200 ml) – Enfermedad neurológica con posible afectación medular (ictus, demencia, Parkinson, esclerosis múltiple, etc.) – Antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical • Síntomas de IU de difícil diagnóstico (anciano)
Durante el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con aumento de síntomas o aparición de nuevos • Pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento conservador (3 meses)
VH con STUI o IU complicada	<ul style="list-style-type: none"> • Hematuria • Dolor • ITU recurrente • Tacto rectal anómalo • Radioterapia pélvica previa • Sospecha de disfunción de vaciado • PSA elevado • Análisis de orina anormal • RVM significativo

PSA: Antígeno Prostático Específico; RVM: Residuo Vesical Posmiccional; ITU: Infección del Tracto Urinario.

Adaptada de⁷⁶.

Los criterios de derivación a atención especializada en mujeres con IU y/o VH^{52,83} se resumen en la tabla 3. Antes de iniciar el tratamiento, cabe mencionar la presencia de síntomas graves con afectación importante de la calidad de vida, la presencia de IU recurrente o asociada a otras patologías, como infección recurrente o bacteriuria crónica, masa pélvica, incontinencia fecal, dificultad en el vaciado o residuo posmiccional alto (>200 ml), síntomas de IU difíciles de catalogar (p. ej. en el anciano) o casos de hematuria micro o macroscópica no justificada. Durante el seguimiento, la derivación sería necesaria en pacientes sin respuesta al tratamiento conservador o con aumento de la

Tabla 3 Criterios de derivación en mujeres con incontinencia urinaria (IU)/vejiga hiperactiva (VH)

Antes del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas graves o gran limitación de calidad de vida • Incontinencia recurrente (tras cirugía pélvica fallida) o total • IU asociada a: <ul style="list-style-type: none"> – Dolor vesical/uretral persistente – Hematuria no justificada (visible o microscópica) – Infección recurrente o bacteriuria crónica – Masa pélvica, incluyendo vejiga palpable tras la micción, aunque sea clínicamente benigna – Incontinencia fecal – Sospecha de fístulas urogenitales o intestinales – Tenesmo vesical/polaquiuria – Dificultad en el vaciado o RVM anormal (>200 ml) – Enfermedad neurológica con posible afectación medular (ictus, demencia, Parkinson, esclerosis múltiple, etc.) – Antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical • Síntomas de IU que no pueden clasificarse • Diagnóstico incierto o dificultad para establecer el tratamiento
Durante el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con aumento de síntomas o aparición de nuevos • Pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento conservador (3 meses)
IU complicada/VH	<ul style="list-style-type: none"> • Hematuria • Dolor • ITU recurrente • Prolapso sintomático grado 3 • Radioterapia pélvica previa • Cirugía previa por IU • Masa pélvica • Sospecha de fístula

RVM: residuo vesical posmiccional; ITU: infección tracto urinario.

Adaptada de⁷⁶.

sintomatología o aparición de síntomas nuevos. En casos de IU complicada y/o VH, los pacientes deberían derivarse a Atención Especializada en presencia de hematuria, infecciones del tracto urinario recurrentes, masa pélvica o sospecha de fístula, así como en pacientes con historia de radioterapia pélvica o cirugía por IU.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Irwin D, Kopp ZS, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int.* 2009;104(3):352-60.
2. Andrades M, Paul R, Ambreen A, Dodani S, Dhanani RH, Qidwai W. Distribution of lower urinary tract symptoms (LUTS) in adult women. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2004;14(3):132-5.
3. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centres. The UrEpiK study. *BJU Int.* 2003;92(4):409-14.
4. Maserejian NN, Chen S, Chiu GR, Wager CG, Kupelian V, Araujo AB, et al. Incidence of lower urinary tract symptoms in a population-based study of men and women. *Urology.* 2013;82(3):560-4.
5. Irwin DE, Milsom I, Chancellor MB, Kopp Z, Guan Z. Dynamic progression of overactive bladder and urinary incontinence symptoms: a systematic review. *Eur Urol.* 2010;58(4):532-43.
6. Heidler S, Mert C, Temml C, Madersbacher S. The natural history of the overactive bladder syndrome in females: a long-term analysis of a health screening project. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(8):1437-41.
7. Robinson D, Toozs-Hobson P, Cardozo L. The effect of hormones on the lower urinary tract. *Menopause Int.* 2013;19(4):155-62.
8. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Maturitas.* 2014;79(3):349-54.
9. Eapen RS, Radomski SB. Gender differences in overactive bladder. *Can J Urol.* 2016;23 (Suppl 1):2-9.
10. De Boer T1, Slieker-ten Hove MC, Burger CW, Vierhout ME. The prevalence and risk factors of overactive bladder symptoms and its relation to pelvic organ prolapse symptoms in a general female population. *Int Urogynecol.* 2011;22(5):569-75.
11. Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A, et al. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res.* 2006;15(8):1403-14.
12. Mittmann, Trakas K, Risebrough N, Liu BA. Utility scores for chronic conditions in a community-dwelling population. *Pharmacoeconomics.* 1999;15(4):369-76.
13. Schultz SE, Kopec JA. Impact of chronic conditions. *Health Rep.* 2003;14(4):41-53.
14. Abrams P, Anderson KE, Apostolidis A, Birder L, Biss D, Brubaker L, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence in women. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence 6th International Consultation on Continence.* 6.ª edición. Tokio, septiembre 2016.
15. Felde G, Ebbesen MH, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurol Urodyn.* 2017;36(2):322-8.
16. Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp ZS, Chapple CR. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol.* 2012;61(1):88-95.
17. Duralde ER, Walter LC, Van Den Eeden SK, Nakagawa S, Subak LL, Brown JS, et al. Bridging the gap: determinants of undiagnosed or untreated urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(2): 266.e1-266.e9.

18. Wallner LP, Porten S, Meenan RT, O'Keefe Rosetti MC, Calhoun EA, Sarma AV, et al. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. *Am J Med.* 2009;122(11):1037-42.
19. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4-20.
20. Adot Zurbano JM, Esteban Fuertes M, Batista Miranda JE, Salinas Casado J. Guía vejiga hiperactiva de la AEU. 2015. Disponible en: <http://www.aeu.es/UserFiles/files/GuiaVejigaHiperactivaAEU.pdf>. Consultado 20 de enero de 2018.
21. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline. Disponible en: <http://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Overactive-Bladder.pdf>. Consultado 20 de enero de 2018.
22. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack G, Nambiar AK, Thiruchelvam N, et al. EAU Guidelines on Urinary incontinence. European Association of Urology. 2018. Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>. Consultado 8 de junio de 2018.
23. Espuña Pons M, Puig Clota M, Rebollo Álvarez P. Validación de la versión en español del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga" (CACV). Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp.* 2006;30(10):1017-24.
24. Coyne KS, Matza LS, Kopp Z, Abrams P. The validation of the patient perception of bladder condition (PPBC): a single-item global measure for patients with overactive bladder. *Eur Urol.* 2006;49(6):1079-86.
25. Arlandis S, Ruiz MA, Errando C, Villacampa F, Arumí D, Lizarraga I, et al. Quality of life in patients with overactive bladder: validation and psychometric properties of the Spanish Overactive Bladder Questionnaire-short Form. *Clin Drug Invest.* 2012;32(8):523-32.
26. De Boer TA, Salvatore S, Cardozo L, Chapple C, Kelleher C, van Kerrebroeck P, et al. Pelvic organ prolapse and overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):30-9.
27. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU Guideline. [http://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-\(oab\)-\(aua/sufu-guideline-2012-amended-2014\)](http://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-(oab)-(aua/sufu-guideline-2012-amended-2014)). Consultado 20 de enero de 2018.
28. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Tratamiento de la incontinencia de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva (actualizado enero 2015). *Prog Obstet Ginecol.* 2015;58(3):163-7.
29. Ellsworth PI, Cheung WW, Handel LN, Hussain AN, Khan NH, Vincent MT. Overactive bladder workup. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/459340-workup#c9>. Consultado 24 abril de 2018.
30. Giarenis I, Mastoroudes H, Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Is there a difference between women with or without detrusor overactivity complaining of symptoms of overactive bladder? *BJU Int* 2013;112(4):501-507.
31. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract.* 2009;63(8):1177-9.
32. Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(1):15-20.
33. Hashim H, Abrams P. How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU Int.* 2008;102(1):62-6.

34. Moore KN, Saltmarche B, Query A. Urinary incontinence. Non-surgical management by family physicians. *Can Fam Physician*. 2003;49:602-10.
35. Dumoulin C, Adewuyi T, Booth J. Adult conservative management. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence 6th International Consultation on Continence*. 6.ª ed. Tokio, septiembre 2016.
36. McGrother CW, Donaldson MM, Thompson J, Wagg A, Tincello DG, Manktelow BN. Etiology of overactive bladder: a diet and lifestyle model for diabetes and obesity in older women. *Neurourol Urodyn*. 2012;31(4):487-95.
37. Stewart F, Gameiro LF, El Dib R, Gameiro MO, Kapoor A, Amaro JL. Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;12:CD010098.
38. Chapple CR, Cardozo L, Nitti VW, Siddiqui E, Michel MC. Mirabegron in overactive bladder: a review of efficacy, safety, and tolerability. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(1):17-30.
39. Rossanese M, Novara G, Challacombe B, Iannetti A, Dasgupta P, Ficarra V. Critical analysis of phase II and III randomised control trials (RCTs) evaluating efficacy and tolerability of alpha-adrenoceptor agonist (Mirabegron) for overactive bladder (OAB). *BJU Int*. 2015;115(1):32-40.
40. Sharaf A, Hashim H. Profile of mirabegron in the treatment of overactive bladder: place in therapy. *Drug Des Devel Ther*. 2017;11:463-7.
41. Castro-Díaz D, Chapple CR, Hakimi Z, Blauwet MB, Delgado-Herrera L, Lau W, et al. The effect of mirabegron on patient-related outcomes in patients with overactive bladder: the results of post hoc correlation and responder analyses using pooled data from three randomized Phase III trials. *Qual Life Res*. 2015;24(7):1719-27.
42. Wagg AS, Foley S, Peters J, Nazir J, Kool-Houweling L, Scrine L. Persistence and adherence with mirabegron vs antimuscarinics in overactive bladder: Retrospective analysis of a UK General Practice prescription database. *Int J Clin Pract*. 2017;71(10).
43. Nozawa Y, Kato D, Tabuchi H, Kuroishi K. Safety and effectiveness of mirabegron in patients with overactive bladder in a real-world clinical setting: a Japanese post-marketing study. *Low Urin Tract Symptoms*. 2018;10(2):122-30.
44. Andersson K, Cardozo L, Chapple CR, Cruz F, Gratzke C, Lee KS, et al. Pharmacological treatment of urinary incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence 6th International Consultation on Continence*. 6.ª ed. Tokio, septiembre 2016.
45. Herschorn S, Swift S, Guan Z, Carlsson M, Morrow JD, Brodsky M, Gong J. Comparison of fesoterodine and tolterodine extended release for the treatment of overactive bladder: a head-to-head placebo-controlled trial. *BJU Int*. 2010;105(1):58-66.
46. Karram MM, Togli MR, Serels SR, Andoh M, Fakhoury A, Forero-Schwannhaeuser S. Treatment with solifenacin increases warning time and improves symptoms of overactive bladder: results from VENUS, a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Urology*. 2009;73(1):14-8.
47. Ho CH, Chang TC, Lin HH, Liu SP, Huang KH, Yu HJ. Solifenacin and tolterodine are equally effective in the treatment of overactive bladder symptoms. *J Formos Med Assoc*. 2010;109:702-8.
48. Davila GW, Daugherty CA, Sanders SW. Transdermal Oxybutynin Study Group. A short-term, multicenter, randomized double-blind dose titration study of the efficacy and anticholinergic side effects of transdermal compared to immediate release oral oxybutynin treatment of patients with urge urinary incontinence. *J Urol*. 2001;166(1):140-5.
49. Brenes Bermúdez FJ, Brotons Muntó F, Castiñeiras Fernández S, Cozar Olmo JM, Fernández-Pro Ledesma A, Martín Jiménez JA, et al. *Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para Atención Primaria*. 3.ª ed. Madrid: Undergraf S.L., 2015.

50. Burger M, Betz D, Hampel C, Vogel M. Efficacy and tolerability of solifenacin in men with overactive bladder: results of an observational study. *World J Urol.* 2014;32(4):1041-7.
51. Wagg A, Compion G, Fahey A, Siddiqui E. Persistence with prescribed antimuscarinic therapy for overactive bladder: a UK experience. *BJU Int.* 2012;110(11):1767-74.
52. Verdejo-Bravo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar MV, Alcántara-Montero A, Pérez-León N. Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el paciente mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(5):247-56.
53. Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de privación en incontinencia urinaria para Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2013;45(5):263-73.
54. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of incontinence in women. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence 6th International Consultation on Continence.* 6.ª ed. Tokio, septiembre 2016.
55. Urinary incontinence in women: management. Clinical guideline [CG171]. Last update November 2015. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>. Consultado 20 enero de 2018.
56. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(2):221-44.
57. Hay-Smith J, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2012;48(4):689-705.
58. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2015;34(4):300-8.
59. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/>. Consultado 20 de enero de 2018.
60. Kim TH, Choo MS, Kim YJ, Koh H, Lee KS. Drug persistence and compliance affect patient-reported outcomes in overactive bladder syndrome. *Qual Life Res.* 2016;25(8):2021-29.
61. Blackwell B. Treatment adherence. *Br J Psychiatry.* 1976;129:513-31.
62. Observatorio de la Adherencia al Tratamiento. Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en patologías crónicas. Resultados Descriptivos. Disponible en: <http://isanidad.com/93456/el-498-de-los-pacientes-con-vejiga-hiperactiva-no-cumplen-adecuadamente-los-tratamientos-interpuestos/>. Consultado 24 abril de 2018.
63. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Disponible en: <http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/2384/Buenas-Practicas-Profesionales.pdf>. Consultado 20 de enero de 2018.
64. Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España. Disponible en: <http://weber.org.es/publicacion/libro-blanco-de-la-carga-socioeconomica-de-la-incontinencia-urinaria-en-espana/>. Consultado 20 de enero de 2018.
65. Kim TH, Lee KS. Persistence and compliance with medication management in the treatment of overactive bladder. *Invest Clin Urol.* 2016;57(2):84-93.
66. Angelini K. Pelvic floor muscle training to manage overactive bladder and urinary incontinence. *Nurs Womens Health.* 2017;21(1):51-7.

67. Jerez-Roig J, Souza DL, Espelt A, Costa-Marín M, Belda-Molina AM. Pelvic floor electrostimulation in women with urinary incontinence and/or overactive bladder syndrome: a systematic review. *Actas Urol Esp.* 2013;37(7):429-44.
68. Bø K, Hilde G. Does it work in the long term? A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2013;32(3):215-23.
69. Jiménez MA, López-Fando L, Esteban M, Franco A, Arlandis S, Castro D, et al. How should we address the diagnosis of overactive bladder in women? *Actas Urol Esp.* 2016;40(1):29-36.
70. Brubaker L, Chapple C, Coyne KS, Kopp Z. Patient-reported outcomes in overactive bladder: importance for determining clinical effectiveness of treatment. *Urology.* 2006;68(2 Suppl):3-8.
71. Siu JY. Coping with patients suffering from overactive bladder: experiences of family caregivers in Hong Kong. *Health Soc Care Community.* 2017;25(1):83-91.
72. Marschall-Kehrel D, Roberts RG, Brubaker L. Patient-reported outcomes in overactive bladder: the influence of perception of condition and expectation for treatment benefit. *Urology.* 2006;68(2 Suppl):29-37.
73. Errando-Smet C. Utilidad de los cuestionarios en pacientes con vejiga hiperactiva y síntomas del tracto urinario inferior. *Med Clin.* 2014;143(12):539-41.
74. Prats Mas R. Coordinadora. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento. Guía práctica para el farmacéutico comunitario. Barcelona. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) 2017. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf. Consultado 20 de enero de 2018.
75. García Matres MJ, Brenes Bermúdez FJ. Diagnóstico y manejo de pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva en las consultas de Urología y Atención Primaria en España. *Arch Esp Urol.* 2007;60(1):15-21.
76. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/buenas-practicas-profesionales/paginas/buenas-practicas-farmacia-comunitaria.aspx>.
77. WHO working group. The principles of quality assurance. *Qual Assur Health Care.* 1989;1:79-95.
78. Rodríguez Pérez MP, Grande Arnesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Madrid: Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad, 2014. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf. Consultado 16 de febrero de 2018.
79. Asociación Española de Urología. Indicadores de Calidad Asistencial en Urología. Disponible en: www.aeu.es/UserFiles/files/IndicadoresDeCalidadEnUrologia.pdf. Consultado 23 de noviembre de 2017.
80. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ.* 1997;315(7105):418-21.
81. Choosing wisely. Disponible en: http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Urological_Association. Consultado 4 de diciembre de 2017.
82. Chapple CR. Lower urinary tract symptoms revisited. *Eur Urol.* 2009;56(1):21-23.
83. Brenes Bermúdez FJ, Cózar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM, et al. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria.* 2013;45(5):263-273.

Nuestro más sincero agradecimiento a la **Dra. Marta Pulido Mestre** por su inestimable labor de revisión y unificación del documento.

STUDI

