



Original – Urología funcional

Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva. Manejo del paciente en la práctica clínica habitual

Salvador Arlandis Guzmán^{a,*}, María Justa García Matres^b, Diego González Segura^c y Pablo Rebollo^d

^aServicio de Urología, Hospital La Fe, Valencia, España

^bServicio de Urología, Hospital La Paz, Madrid, España

^cDepartamento Médico, Laboratorios Almirall S.A., Barcelona, España

^dBAP Health Outcomes, Oviedo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de noviembre de 2008

Aceptado el 21 de abril de 2009

Palabras clave:

Síntomas urinarios

Vejiga hiperactiva

Calidad de vida

Varón

R E S U M E N

Introducción: El control de los síntomas de vejiga hiperactiva (VH), sin agravar los síntomas de vaciado, se ha convertido en un importante objetivo terapéutico al tratar los síntomas de tracto urinario inferior (STUI) asociados a la hiperplasia benigna de próstata. El objetivo del presente estudio fue conocer, en pacientes con síntomas de VH, la prevalencia de otros STUI asociados.

Material y métodos: Estudio epidemiológico observacional, transversal, multicéntrico, llevado a cabo en consultas/servicios de urología españoles. Se incluyó a varones mayores de 40 años que acudieron a consulta de urología con síntomas de llenado compatibles con VH. Se recogieron datos de los pacientes a partir de la historia clínica (demográficos, patologías prostáticas, otras patologías urológicas y concomitantes, datos de VH y otros STUI, datos de métodos diagnósticos y tratamientos) y de la entrevista con el paciente (cuestionario I-PSS).

Resultados: Se incluyó a un total de 1.754 sujetos en el estudio. La media ± DE de edad de los pacientes fue 65,4 ± 9,7 años. El 74,2% de los pacientes presentaba alguna patología prostática, sobre todo hiperplasia benigna de próstata (90,6%); el 8,4%, otras patologías urológicas y el 67,4%, al menos una patología concomitante relevante para la VH. Al 99% de los pacientes se les había realizado al menos una prueba diagnóstica urológica; el 78,4% había recibido algún tratamiento farmacológico para los síntomas y el 61,3% había realizado alguna medida higiénico-dietética. Fueron más frecuentes los síntomas de llenado (99,3%) que los de vaciado (83,9%). La puntuación media en el I-PSS fue 16,3 (5,6) puntos; la sintomatología se clasificó como moderada en 1.153 (67,9%) sujetos y grave en 463 (27,3%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes varones mayores de 40 años con síntomas de VH presentan otros STUI que repercuten en su calidad de vida. Dada su elevada prevalencia, parece necesario orientar el diagnóstico y el tratamiento teniendo en cuenta sus síntomas.

© 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arlandis@pulso.com (S. Arlandis Guzmán).

0210-4806/\$ - see front matter © 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of lower urinary tract symptoms in patients with overactive bladder. Patient management in clinical practice

A B S T R A C T

Keywords:

Lower urinary tract symptoms

Overactive bladder

Quality of life

Male

Introduction: The control of overactive bladder (OAB) symptoms, without worsening voiding symptoms, has become an important therapeutic goal in the management of lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia. The objective of the present study was to assess the prevalence of other associated LUTS in patients with OAB.

Material and methods: Epidemiological, observational, cross-sectional and multi-centre study, carried out at urology clinics/divisions throughout Spain. The sample included male patients older than 40 who came in for a urology consultation with filling symptoms compatible with OAB. Patient data were collected from the clinical history (demographic data, prostatic disease, other urological and concomitant diseases, OAB and other LUTS symptom data, diagnostic method and treatment data) and from the interview with the patient (I-PSS questionnaire).

Results: 1,754 patients were included in the study. Mean age (SD) of patients was 65.4 (9.7) years. 74.2% of patients presented a prostatic disease, mainly benign prostatic hyperplasia (90.6%); 8.4% had other urologic diseases and 67.4% had at least one concomitant disease relevant to OAB. 99% of all patients had had at least one urological diagnostic test, 78.4% had received some kind of drug to treat symptoms and 61.3% had taken hygiene or dietetic measures. Filling symptoms were more frequent (93.3%) than voiding symptoms (83.9%). Mean score in the I-PSS was 16.3 (5.6) points, symptoms scored as moderate in 1,153 patients (67.9%) and as severe in 463 patients (27.3%).

Conclusions: Most male patients aged over 40 years with OAB symptoms showed other LUTS which worsened their quality of life. Taking this high prevalence into account, it seems necessary to manage these patients' diagnosis and treatment according to their symptoms.

© 2009 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Según la definición de la International Continence Society (ICS) 2002 la vejiga hiperactiva (VH) es un síndrome cuyos síntomas incluyen urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, generalmente acompañada de frecuencia y nicturia. Estas combinaciones de síntomas son indicativas de hiperactividad del detrusor demostrable urodinámicamente, aunque también pueden deberse a otras formas de disfunción uretrovesical, o acompañar a otras patologías urológicas o generales.

Datos de la población europea estiman que los síntomas de VH afectan al 16% de los varones mayores de 40 años y al 41% de los mayores de 75 años¹ y la prevalencia en población general mayor de 18 años es del 11,8%, similar para varones y mujeres, aunque aumenta con la edad². Estas cifras son similares a las encontradas en nuestro país: el 17,4% de prevalencia en varones mayores de 40 años³.

La hiperactividad del detrusor se produce en el 40-70% de los pacientes con obstrucción de la salida de la orina desde la vejiga. Los síntomas de VH son un subtipo de síntomas de almacenamiento del tracto urinario inferior, cuya causa puede estar más relacionada con la alteración en el funcionamiento del detrusor que con la patología prostática en sí. El control de los síntomas de VH, sin agravar los síntomas de vaciado, se ha convertido en una importante meta terapéuti-

ca a la hora de tratar los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) asociados a hiperplasia benigna de próstata (HBP).

Los STUI incluyen síntomas de llenado, como los de VH, y también síntomas de vaciado, como goteo terminal, disminución del calibre y fuerza del chorro miccional, interrupción del chorro y vaciado incompleto. Los STUI pueden estar asociados al agrandamiento prostático benigno, con obstrucción de la salida de la orina desde la vejiga, y con HBP.

A menudo, la hiperactividad del detrusor y la obstrucción, causas ambas de aparición de síntomas de VH, ocurren a la vez. En un estudio en el que se incluyó a 162 varones, se constató que el 45% de los participantes presentaban ambas complicaciones, hiperactividad del detrusor y obstrucción a la salida de orina⁴. Otros dos estudios independientes también comunicaron que cerca del 50% de los varones con STUI presentaban obstrucción e hiperactividad del detrusor confirmadas urodinámicamente⁵ y, en la misma línea, otro estudio comunicó que el 46% de los 109 pacientes que presentaban VH y obstrucción tenían hiperactividad del detrusor⁶.

Respecto de la asociación entre VH y obstrucción de la salida de la orina, ésta se ha notificado con una incidencia del 30-60%^{5,7}. Los síntomas de llenado, como la frecuencia, la nicturia y la urgencia, en pacientes con obstrucción de la salida de la orina, se consideran, en gran medida, asociados con VH⁵. Si nos referimos a la asociación de STUI y obstrucción de

la salida de la orina, diferentes estudios han revelado cifras de prevalencia entre el 48 y el 68%^{6,8}.

En la actualidad, los tratamientos farmacológicos más utilizados para esta sintomatología son los bloqueadores alfaadrenérgicos, los inhibidores de la 5-alfa reductasa y los anticolinérgicos, que actúan inhibiendo las contracciones del músculo liso del detrusor. Ni los bloqueadores alfa ni los inhibidores de la 5-alfa reductasa disminuyen la hiperactividad del detrusor, por lo que, tras el tratamiento, aquellos pacientes que además de tener síntomas de vaciado tienen síntomas de llenado y los que sólo presentan síntomas de VH pueden seguir teniendo molestias urinarias.

La prevalencia y la gravedad de los STUI aumentan con la edad, y el aumento progresivo de la edad de la población ha magnificado el impacto social de éstos. A pesar de que los síntomas de vaciado son los STUI más prevalentes asociados a la patología prostática, los de la VH son los que resultan más molestos para los pacientes y afectan, en mayor medida, a su calidad de vida. Los pacientes con VH suelen manifestar que la frecuencia y la urgencia que les provoca su afección limitan de manera importante su actividad diaria. Por otro lado, los pacientes con VH que presentan incontinencia por urgencia muestran síntomas de molestia significativamente mayor que los que tienen VH con síntomas sólo de urgencia y/o frecuencia⁹. Para poder objetivar los datos sobre la sintomatología de los pacientes, se utilizan diferentes cuestionarios, aunque sin duda el más aceptado es la escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS)¹⁰.

Los principales objetivos del presente estudio fueron conocer, en pacientes con VH, la prevalencia de otros STUI asociados, así como conocer la calidad de vida del paciente relacionada con su sintomatología.

Material y métodos

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico, llevado a cabo en consultas/servicios de urología de España. El estudio fue sometido a la evaluación del CEIC del Hospital La Paz de Madrid.

Se incluyeron los datos de pacientes mayores de 40 años con síntomas de llenado compatibles con un diagnóstico de VH (síntomas de urgencia con o sin frecuencia y con o sin incontinencia de urgencia), que habían acudido a cualquiera de las consultas o servicios de urología participantes en el ámbito nacional y que habían prestado su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Los motivos de exclusión del estudio fueron: la toma de fármacos que alteran la fisiología miccional, antecedentes de estenosis uretral, infección urinaria activa, prostatitis crónica, patología vesical conocida, alteraciones psiquiátricas que pudieran interferir con la participación en el estudio y enfermedad neurológica que altere el mecanismo de la micción.

Se recogieron los siguientes datos de los pacientes a partir de la historia clínica y de la entrevista con cada uno de ellos: a) datos del paciente: datos demográficos (edad, raza, peso y estatura), patologías prostáticas, otras patologías urológicas y patologías concomitantes del paciente relevantes para la VH (hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes, dis-

función eréctil u otros); b) datos de VH y otros STUI: fecha del diagnóstico, pruebas realizadas hasta la fecha (examen rectal digital, sedimento y cultivo de orina, antígeno prostático específico [PSA], ecografía urológica, flujometría miccional, pielograma intravenoso, pielografía retrógrada, cistoscopia, biopsia prostática, volumen residual u otros), tamaño prostático, tipo de sintomatología que presenta el paciente (de llenado [polaquíuria, nicturia, micción imperiosa, sensación de micción o vaciado incompleto, dolor suprapúbico, incontinencia u otros] o de vaciado [disuria, micción intermitente, sensación de micción o de vaciado incompleto, goteo pos-miccional, retención de orina u otros]), presencia de complicaciones originadas por la HBP (lesión renal, lesión vesical, infecciones del tracto urinario, litiasis, hematuria u otros); c) datos de síntomas y de calidad de vida: IPSS e índice de calidad de vida; d) datos sobre tratamientos utilizados hasta la fecha de estudio: terapia farmacológica (bloqueadores alfa-adrenérgicos, inhibidores de la 5-alfa reductasa, terapia con anticolinérgicos), fitoterapia, cirugía mínimamente invasiva (dilatación uretral con balón, termoterapia transuretral con microondas, hipertermia transuretral, stents prostáticos), tratamiento quirúrgico (cirugía transuretral, prostatectomía abierta, cirugía láser), radioterapia, medidas higiénico-dietéticas (distribución del consumo de líquidos durante el día, evitar alcohol y cafeína, ejercicio físico, reducción del estrés, evitar ingesta de antihistamínicos y descongestivos sin supervisión médica, ejercicios de Kegel, entrenamiento miccional u otros) y otros tratamientos, especificándolos.

La escala IPSS se desarrolló para evaluar los síntomas urinarios de llenado y vaciado asociados a la HBP. Consta de 7 ítems para la medición de síntomas urinarios relacionados con el vaciamiento vesical, la intermitencia, el chorro débil, la frecuencia y la urgencia. Además, se añade un octavo para medir el impacto de estos síntomas en la calidad de vida del paciente. El IPSS se ha traducido, adaptado y validado a nuestro país^{11,12} y es el instrumento recomendado por la ICS. Contiene 7 preguntas que exploran los síntomas urinarios y otra que investiga sobre la calidad de vida. De las 7 primeras, cada pregunta tiene 6 posibles respuestas (según la intensidad) valoradas entre 0 y 5, y la puntuación total puede estar entre 0 y 35. La última pregunta está valorada entre 0 y 6. La puntuación total de la escala entre 0 y 7 corresponde a sintomatología leve; entre 8 y 19, moderada, y entre 20-35, grave.

Análisis estadístico

Una vez finalizada la recogida de datos, se eliminaron los casos que presentaban contradicciones, incongruencias o información incompleta, que no permitían incorporarlos a la base final del estudio.

Los análisis estadísticos se realizaron usando pruebas bilaterales, con un nivel de significación estadística de $p \leq 0,05$, excepto que se especifique puntualmente lo contrario. Todos los análisis se describieron o se resumieron, dependiendo del tipo de variable en cada caso, usando parámetros estadísticos descriptivos, es decir, el número de observaciones y la media \pm desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas, y las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

Resultados

Se incluyó a un total de 1.754 sujetos en el estudio. La edad media ± DE de los pacientes fue de $65,4 \pm 9,7$ años, con un mínimo de 40 años y un máximo de 94 años. El origen de los pacientes fue predominantemente de Europa central y del sur en 1.707 (97,3%) casos. Respecto a peso y talla, las medias ± DE de los pacientes estudiados fueron, respectivamente, de $79,8 \pm 15,4$ kg y $170,2 \pm 6,7$ cm.

El 74,2% de los pacientes presentaba alguna patología prostática; la más frecuente fue la HBP (90,6%), el 8,4% presentaba otras patologías urológicas y el 67,4% de los pacientes presentaba al menos una patología concomitante relevante para la VH. En la tabla 1 se presenta la distribución de los pacientes respecto a las patologías prostáticas y a las patologías concomitantes relevantes.

El tiempo medio ± DE transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la visita de estudio fue de $1 \pm 2,2$ años. A 1.736 (99%) pacientes se les había realizado al menos una prueba diagnóstica urológica hasta la fecha de visita del estudio. La descripción de las pruebas diagnósticas realizadas se presenta en la tabla 2. La media ± DE de tamaño prostático fue de $43,9 \pm 18,8$ cm³, y el volumen residual medio ± DE fue de $40,0 \pm 42,6$ ml. Respecto a las complicaciones originadas por la HBP, 338 (19,3%) pacientes habían presentado alguna; las más frecuentes fueron la infección del tracto urinario (8,0%) y la hematuria (7,8%).

Respecto del tratamiento recibido por los pacientes hasta la fecha de la visita del estudio, 1.375 (78,4%) habían recibido algún tratamiento farmacológico, 1.076 (61,3%) habían realizado alguna medida higiénico-dietética y 203 (11,6%) habían recibido algún tratamiento instrumental; de éstos, los más frecuentes fueron la cirugía transuretral de la próstata (47,8%), la cirugía abierta (18,7%) y la radioterapia (16,7%). La distribución de la muestra respecto a los tratamientos recibidos se presenta en la tabla 3.

En la muestra estudiada fueron más frecuentes los síntomas de llenado (99,3%) que los de vaciado (83,9%). La distribución de los pacientes respecto a estos dos tipos de sintomatología se presenta en la tabla 4. Los pacientes que presentaban el síntoma nicturia se levantaban una media ± DE de $3,1 \pm 1,4$ veces por noche. De los 1.742 pacientes con al menos 1 síntoma de llenado, el 16,4% presentaba uno o dos síntomas, el 44,9% presentaba tres, el 33,1% cuatro y el 5,5% cinco o más síntomas. De los 1.472 pacientes con al menos 1 síntoma de vaciado, el 22% presentaba uno, el 28,9% dos, el 25,9% tres y el 23,2% cuatro o más síntomas.

La puntuación media ± DE en el cuestionario IPSS fue de $16,3 \pm 5,6$ puntos; la sintomatología se clasificó como leve (puntuación entre 0 y 7 puntos) en 82 (4,8%) pacientes, moderada (entre 8 y 19 puntos) en 1.153 (67,9%) sujetos y grave (entre 20 y 35 puntos) en 463 (27,3%) pacientes. En la figura 1 se presenta la distribución de las respuestas de los pacientes a cada uno de los 7 ítems del cuestionario y en la figura 2, la distribución de las respuestas al índice de calidad de vida.

Separando los ítems que evalúan los síntomas de llenado (ítems 2, 4 y 7) de los de vaciado (ítems 1, 3, 5 y 6), y ajustando

Tabla 1 – Distribución de los pacientes respecto a las patologías prostáticas y las patologías concomitantes relevantes para la VH

Patologías prostáticas (n = 1.273)	n	%
Cáncer de próstata	84	6,6
Hiperplasia benigna de próstata	1.153	90,6
Otras	36	2,8
Patologías concomitantes relevantes para la VH (n = 1.699)		
Hipertensión	796	46,9
Disfunción eréctil	550	32,4
Enfermedad cardiovascular	299	17,6
Diabetes	355	20,9
Otros	119	7,0

VH: vejiga hiperactiva.

Tabla 2 – Pruebas urológicas diagnósticas realizadas hasta la fecha de visita del estudio (n = 1.736)

	n	%
Examen rectal digital	1.660	95,6
PSA	1.651	95,1
Sedimento y cultivo de orina	1.540	88,7
Ecografía urológica	1.570	90,4
Flujometría miccional	904	52,1
Pielograma intravenoso	97	5,6
Pielografía retrógrada	5	0,3
Citoscopia	116	6,7
Biopsia (transrectal o transperineal)	136	7,8
Volumen residual	804	46,3
Otros	73	4,2

PSA: antígeno prostático específico.

Tabla 3 – Distribución de la muestra respecto a los tratamientos recibidos

Tratamiento farmacológico para síntomas urológicos (n = 1.735)	n	%
Anticolinérgicos o antimuscarínicos	842	61,2
Bloqueadores alfaadrenérgicos	800	58,2
Inhibidores de 5-alfa reductasa	238	17,3
Fitoterapia	280	20,4
No específica tratamiento	5	0,4
Medida higiénico-dietética (n = 1.076)		
Distribución del consumo de líquidos	760	70,6
Evita alcohol	846	78,6
Evita cafeína	784	72,9
Ejercicio físico	455	42,3
Reducción del estrés	330	30,7
Evita fármacos antihistamínicos y descongestivos	333	30,9
Ejercicios de Kegel	48	4,5
Entrenamiento miccional	191	17,8
Otras medidas higiénico-dietéticas	10	0,9

su puntuación sumatoria al número de ítems de cada grupo, las puntuaciones medias ± DE obtenidas son de $2,9 \pm 0,9$ y $1,9 \pm 1,1$ puntos, respectivamente ($p < 0,001$).

Tabla 4 – Distribución de la muestra respecto a los síntomas de tracto urinario inferior, de llenado y de vaciado (n = 1.737)

Síntomas de llenado	n	%
Frecuencia (polaquiuria). Orinar más de 8 veces al día	1.462	84,2
Nicturia	1.647	94,8
Urgencia	1.641	94,5
Incontinencia de urgencia	871	50,1
Incontinencia de esfuerzo	92	5,3
Enuresis nocturna	86	4,9
Otros síntomas de llenado	20	1,2
Síntomas de vaciado		
Disuria	688	39,6
Micción intermitente	784	45,1
Sensación de micción o vaciado incompleto (incluida retención de orina)	1.021	58,8
Goteo terminal	1.084	62,4
Otros síntomas de vaciado	32	1,8

Discusión

En el presente estudio, la mayoría de los varones mayores de 40 años que consultaban por síntomas de VH presentaron otros STUI; fueron más frecuentes los síntomas de llenado (99%) que los de vaciado (84%). De los pacientes que presentaron al menos 1 síntoma de llenado, el 83,5% presentó tres o más síntomas, porcentaje que fue claramente inferior (49%)

para los pacientes que presentaron al menos 1 síntoma de vaciado. Entre los síntomas de llenado, el más frecuente fue la urgencia (95,2%), definitoria de VH, la nicturia (94,5%) y la frecuencia urinaria aumentada por encima de 8 micciones al día (84,2%). Entre los síntomas de vaciado, los más frecuentes fueron el goteo terminal (62,4%) y la sensación de micción o vaciado incompleto (58,8%). Así, de los resultados presentados se puede concluir que en los varones mayores de 40 años que consultaron por síntomas relacionados con VH, los síntomas de llenado son más frecuentes que los de vaciado y que, además, se presentan muy frecuentemente en un número superior a tres, lo que, sin duda, produce mayor afectación de la vida normal del sujeto.

En el 68% de los pacientes estudiados la sintomatología evaluada por el IPSS se calificó de moderada y el 27% de grave. Observando la figura 1, se puede comprobar que son más frecuentes los peores niveles de respuesta para las preguntas sobre síntomas de llenado (ítems 2, 4 y 7) que para aquellas sobre síntomas de vaciado (ítems 1, 3, 5 y 6).

Respecto a la afectación de la calidad de vida por los síntomas urinarios, el 61% de los pacientes se sentirían insatisfechos o muy insatisfechos si tuvieran que pasar el resto de la vida con los síntomas tal y como los tienen ahora. Probablemente, esta gran afectación de la calidad de vida de los sujetos está relacionada con la mayor frecuencia de síntomas de llenado, el mayor número de síntomas de este tipo que se presentan simultáneamente en estos pacientes y el hecho de que los pacientes los perciban muy a menudo.

Tres de cada 4 pacientes estudiados presentaron alguna patología prostática en el momento del estudio; la más frecuente fue la HBP. Entre las patologías concomitantes rele-

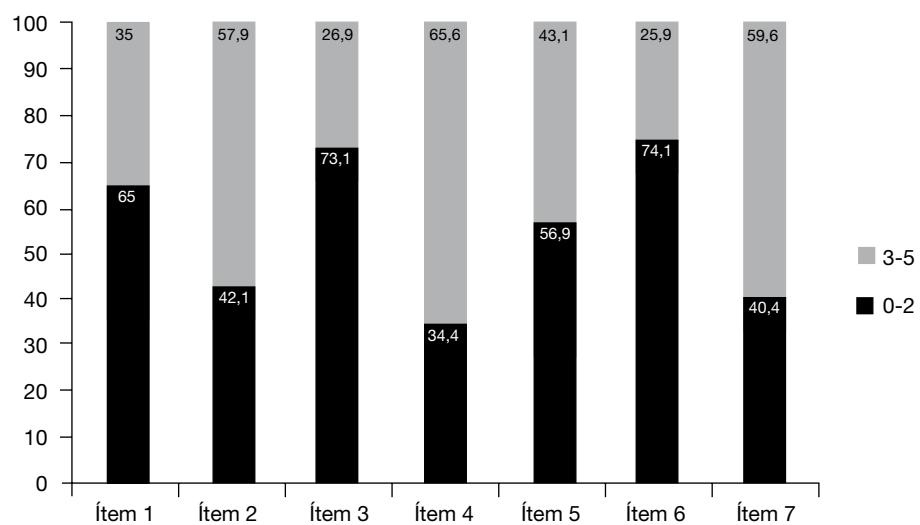


Figura 1 – Puntuaciones en el cuestionario International Prostate Symptoms Score (IPSS). 0-2: “ninguna”, “menos de 1 vez de cada 5”, “menos de la mitad de las veces” para ítems 1 a 6; “2 veces o menos” para ítem 7. 3-5: “aproximadamente la mitad de las veces”, “más de la mitad de las veces”, “casi siempre”, para ítems 1 a 6; “3 veces o más” para ítem 7. Ítem 1: “no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar”; ítem 2: “volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado”; ítem 3: “notar que al orinar paraba y comenzaba de nuevo varias veces”; ítem 4: “dificultad para aguantarse las ganas de orinar”; ítem 5: “observado que el chorro de orina es poco fuerte”; ítem 6: “apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar”; ítem 7: “levantarse para orinar por la noche”.

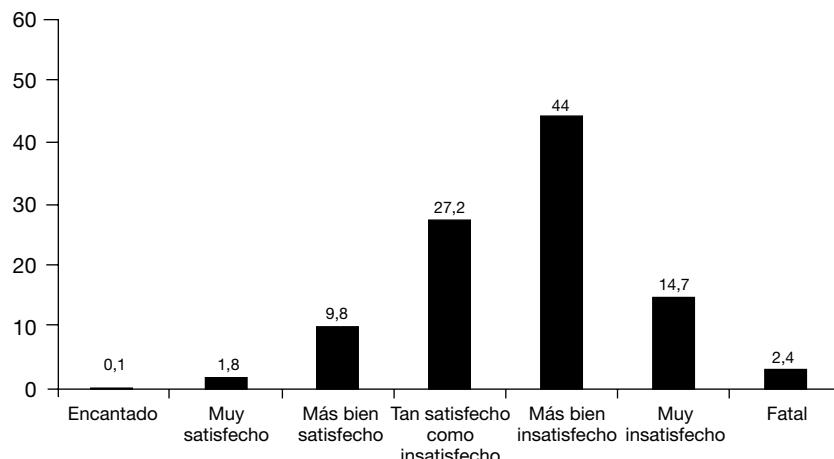


Figura 2 – Respuestas al índice de calidad de vida del cuestionario International Prostate Symptoms Score (IPSS).

vantes destacaron la hipertensión, que se presenta en casi la mitad de los pacientes y cuyo tratamiento, en algunos casos, puede afectar a la VH, y la disfunción eréctil, cuya elevada frecuencia de presentación hace recomendable preguntar sobre ella en la entrevista clínica con este tipo de pacientes.

Durante el año transcurrido entre el diagnóstico y la visita del estudio, a la inmensa mayoría de los pacientes estudiados (99%) se les había realizado al menos una prueba diagnóstica urológica, en práctica clínica habitual; los métodos más frecuentemente utilizados fueron el examen rectal digital, la medición del PSA y la ecografía urológica, métodos señalados como importantes en la orientación diagnóstica¹³. Sin embargo, sólo la mitad de los pacientes (52%) se habían sometido a una flujometría miccional, exploración altamente recomendable en pacientes con STUI mixtos o con predominio de síntomas de llenado, como es la población seleccionada en el estudio. La flujometría aporta información significativa sobre problemas funcionales de tipo obstructivo o de afectación contráctil del detrusor, así como orientación hacia cuadros de VH en caso de observarse volúmenes miccionales bajos.

Un estudio reciente ha concluido que la mayoría de los tratamientos prescritos a los pacientes con síntomas de VH van dirigidos, principalmente, a controlar la sintomatología prostática y no la vesical¹⁴. Existen estudios que han podido demostrar que los fármacos antimuscarínicos, utilizados solos o en combinación con bloqueadores alfaadrenérgicos, o los inhibidores de la 5-alfa reductasa ayudan a mejorar los síntomas de VH en varones con o sin obstrucción, y son seguros¹⁴. A pesar de la eficacia, todavía existe preocupación sobre la posibilidad de que el posible efecto inhibitorio que provocan los antimuscarínicos sobre el detrusor pueda agravar las dificultades en el vaciado de la vejiga y causar retención urinaria, aunque existen datos que revelan¹⁵ que el uso de éstos es bien tolerado y no afecta de manera adversa a la función urinaria de los varones con VH y obstrucción a la salida de orina. Sin embargo, el 78% de los pacientes estudiados habían recibido, en el momento del estudio, un tratamiento farmacológico, principalmente anticolinérgicos (61,2%) y bloqueadores alfaadrenérgicos (58,2%). Es importante señalar

que, de acuerdo con estos resultados, en la práctica habitual en nuestro país, se prioriza el tratamiento de los síntomas de VH con anticolinérgicos y parece no confirmarse lo descrito por otros autores, que han afirmado que la mayoría de los tratamientos que se prescriben a los pacientes con síntomas de VH van dirigidos, sobre todo, a controlar la sintomatología prostática, no la vesical¹⁴. También es importante observar que más de la mitad de los pacientes habían sido tratados ya con anticolinérgicos y aun así demandaban consulta porque seguía existiendo afectación sintomática significativa. Por otro lado, el 61% había realizado alguna medida higiénico-dietética, entre las que evitar alcohol y cafeína y distribuir el consumo de líquidos fueron las más utilizadas. Debemos señalar el bajo porcentaje de pacientes que habían hecho “ejercicios de Kegel” (4,5%) o entrenamiento miccional (17,8%). Una limitación del estudio es que su carácter transversal hace difícil establecer relaciones de asociación entre las variables consideradas. Esto es importante sobre todo para la asociación entre síntomas, tratamientos y puntuación IPSS.

Conclusiones

La mayoría de los varones mayores de 40 años con síntomas de VH que demandan consulta urológica presentan también síntomas urinarios de vaciado. Sin embargo, los síntomas más frecuentes son lógicamente los de llenado, que además se suelen presentar juntos, y la urgencia es el más prevalente. La patología prostática más frecuentemente diagnosticada unida a los síntomas de vejiga hiperactiva es la HBP, y hasta una tercera parte de los pacientes presentan disfunción eréctil asociada. La mayoría de los pacientes son estudiados con tacto rectal, PSA y ecografía urológica, mientras que sólo la mitad de los pacientes se evalúan funcionalmente con una flujometría. Más de las tres cuartas partes de los pacientes son tratados con fármacos para resolver la sintomatología y se utilizan anticolinérgicos hasta en un 61,2% de éstos.

La gran frecuencia de presentación de síntomas de llenado en este grupo de pacientes se correlaciona con una percep-

ción de empeoramiento de su calidad de vida, que es bien recogida por el cuestionario IPSS.

B I B L I O G R A F Í A

1. Roehrborn CG, Abrams P, Rovner ES, Kaplan SA, Herschorn S, Guan Z. Efficacy and tolerability of tolterodine extended-release in men with overactive bladder and urgency urinary incontinence. *BJU International*. 2006;97:1003-6.
2. 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;50:1306-14.
3. Castro D, Espuña M, Prieto M, Badía X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: estudio poblacional. *Arch Esp Urol*. 2005;58:131-8.
4. Knutson T, Ednun C, Fall M, Dahlstrand C. BPH with coexisting overactive bladder dysfunction—an everyday urological dilemma. *Neurourol Urodyn*. 2001;20:237-47.
5. Lee JY, Kim HW, Lee SJ, Koh JS, Suh HJ, Chancellor MB. Comparison of doxazosin with or without tolterodine in men with symptomatic bladder outlet obstruction and an overactive bladder. *BJU International*. 2004;94:817-20.
6. Hyman MJ, Groutz A, Blaivas JG. Detrusor instability in men: A correlation of lower urinary tract symptoms with urodynamic findings. *J Urol*. 2001;166:550-3.
7. Blaivas JG. Obstructive uropathy in the male. *Urol Clin North Am*. 1996;23:373-84.
8. Laniado ME, Ockrim JL, Marronaro A, Tubaro A, Carter SS. Serum prostate specific antigen to predict the presence of bladder outlet obstruction in men with urinary symptoms. *BJU Int*. 2004;94:1283-6.
9. Liberman JN, Hun TL, Stewart WF, Wein A, Zhou Z, Herzog AR, et al. Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder. Results from a community-based survey. *Urology*. 2001;57:1044-50.
10. Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebusk WK, et al. The american urological Association Symptom Index for benign prostatic hyperplasia. The measurement committee of the American Urological association. *J Urol*. 1992;148:1549-57.
11. Badía X, García-Losa M, Dal-RE R, Carballido J, Serra M. Validation of a harmonized versión of the IPSS: evidence of equivalence with the original American scale. *International Prostate Symptom Score*. *Urology*. 1998;52:614-20.
12. Castro D, Rodríguez VL, Rodríguez JM, García I, Gómez A. Hiperplasia benigna de próstata y medicina basada en la evidencia. Cuantificación de síntomas, I-PSS y valoración de la calidad de vida. *Rev Clin*. 1999;199:30-5.
13. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology*. 2003;61:37-49.
14. 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;49:651-9.
15. Abrams P, Kaplan S, De Koning Gans HJ, Millard R. Safety and tolerability of tolterodine for the treatment of Overactive bladder in men with bladder outlet obstruction. *J Urol*. 2006;175:999-1004.