

Criterios de derivación
y manejo integral del

paciente con STUI

MANUAL PRÁCTICO



Criterios de derivación
y manejo integral del

paciente con STUI

MANUAL PRÁCTICO

STUI/HBP 03

Hiperplasia benigna de próstata en varón

STUI/VH 59

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: 978-84-18351-87-7

Depósito Legal: M-7675-2022

STUI/HBP

Criterios de derivación y manejo
integral del paciente con STUI

**Hiperplasia benigna de próstata
en varón**

MANUAL PRÁCTICO

Índice

1. Entender para comprender	06
1.1. Pensar en síntomas es pensar en el paciente.....	10
1.2. La herramienta fiable: los resultados percibidos por el paciente (PRO)	12
1.3. <i>International Prostate Score Symptoms</i> (IPSS).....	13
1.4. El paciente informado: el paciente 3.0	14
1.5. Reflexiones finales	15
2. Detección, derivación y tratamiento	16
2.1. Criterios diagnósticos.....	16
2.2. Criterios de derivación desde Atención Primaria a Urología ...	23
2.3. Tratamiento	26
3. Expectativas y satisfacción del paciente.....	31
3.1. Medicina basada en la evidencia, medicina basada en datos del mundo real y medicina centrada en el paciente.....	31
3.2. La expectativa y la satisfacción del paciente.....	35
3.3. Herramientas de medida.....	38
4. Progresión y seguimiento de los varones con STUI relacionados con HBP	43
4.1. Concepto de progresión de la HBP	43
4.2. Seguimiento clínico de los pacientes con STUI relacionados con HBP.....	44
4.3. Criterios de derivación a Urología durante el seguimiento de la HBP	48
4.4. La adherencia como problema en el seguimiento	49
4.5. Estrategias para mejorar la adherencia en el seguimiento	49
4.6. Desarrollo de un trabajo integrado.....	50
Bibliografía.....	53

Abreviaturas

- AB:** bloqueantes de los receptores alfa-1 adrenérgicos
- AM:** antimuscarínicos
- 5-ARI:** inhibidores de la 5-alfa-reductasa
- DM3d:** diario miccional de 3 días
- EAU:** *European Association of Urology*
- FDA:** *Food and Drug Administration*
- HBP:** hiperplasia benigna de próstata
- ICS:** *International Continence Society*
- IIFE:** Índice Internacional de Función Eréctil
- IPDE-5:** inhibidores de la fosfodiesterasa 5
- IPSS:** *International Prostate Score Symptoms*
- ITS:** infección de transmisión sexual
- ITU:** infección del tracto urinario
- IU:** incontinencia urinaria
- IUU:** incontinencia urinaria de urgencia
- LUTS:** *lower urinary tract symptoms*
- MCP:** medicina centrada en el paciente
- MBE:** medicina basada en la evidencia
- OCA:** *oral controlled absorption system*
- PREMS:** *Patients Reported Experience Measures* (medidas de las experiencias descritas por los pacientes)
- PRO:** *Patient Reported Outcomes* (resultados percibidos por el paciente)
- PSA:** antígeno prostático específico
- RAO:** retención aguda de orina
- RWE:** medicina basada en datos del mundo real
- SHIM:** *Sexual Health Inventory for Men* (cuestionario de salud sexual para hombres)
- STUI:** síntomas del tracto urinario inferior
- TAC:** tomografía axial computarizada
- TIC:** técnica de información
- TUS:** tracto urinario superior
- VH:** vejiga hiperactiva

Autores

Pedro Blasco Hernández

Urólogo. Jefe del Servicio de Urología.
Hospital Universitario de Valme (Sevilla)
Secretario General de la SINUG

Manuel Ramón Bernal Pacheco

Enfermero de la consulta de reeducación de suelo pélvico y urodinamia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)
Presidente de la AEEU-ENFURO

Javier Chantada Abal

Farmacéutico comunitario
Vocal de la SEFAC-Galicia

Carmen González Enguita

Uróloga. Jefe de Servicio Corporativo de Urología.
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) y
Hospitales Públicos QuirónSalud (Madrid)
Profesora Asociada de Urología en Unidad Docente
HUFJD. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Blanca Madurga Patuel

Unidad de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica.
Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

José María Molero García

Médico de Familia. CS San Andrés (Madrid)
Grupo de Nefrourología de semFYC/SoMaMFyC

1

Entender para comprender

Carmen González Enguita y Pedro Blasco Hernández

En la hiperplasia benigna de próstata (HBP), la proyección global de los síntomas relacionados con la micción que afectan a diversas esferas de la vida del paciente, trascendiendo más allá de los cambios y evolución de la próstata, determinan la necesidad de “entender para comprender.”

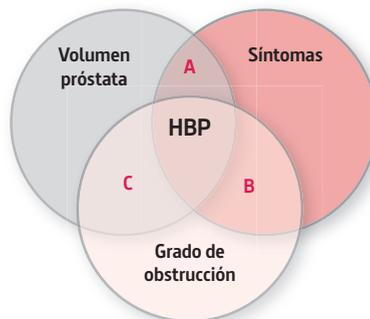
Los STUI (síntomas del tracto urinario inferior) es el acrónimo en español que corresponde al término inglés LUTS (*lower urinary tract symptoms*), propuesto por Abrams¹ en 1994 para describir y clasificar una serie de síntomas frecuentes en el varón que se manifiestan y se relacionan con distintas patologías, especialmente del tracto urinario inferior. Necesariamente incluyen diferentes patologías, incluyendo las relativas a la próstata, vejiga urinaria y uretra, así como otras relacionadas con diferentes áreas tales como neurológica (central y periférica), endocrina, metabólica, renal y cardiológica, teniendo presente la estrecha relación con la edad. El origen multifactorial de los STUI² se representa en la figura 1.

Figura 1 Origen multifactorial de los STUI



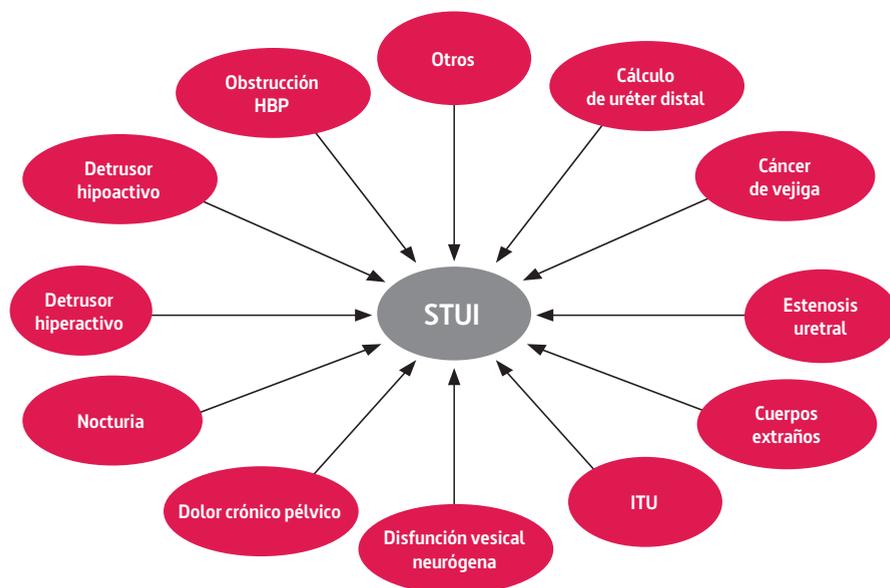
El esquema clásico de la HBP, descrito por Hald *et al.*³ en 1991, describía cómo la conjunción del volumen prostático (hiperplasia), el grado de obstrucción miccional ocasionado por un adenoma y la expresión de los síntomas (clínica), conformaban el proceso de HBP, u otras situaciones cuando en vez de los tres escenarios se presentaban solo dos de ellos. Este primer esquema (figura 2) ha servido para entender que cuando se relaciona el aumento del tamaño prostático con síntomas miccionales, pero sin obstrucción (escenario A), se consideraba, por ejemplo, una patología infecciosa. Asimismo, cuando aparecen síntomas miccionales y obstrucción, pero sin aumento prostático, convenía pensar en patología uretral (escenario B). Por último, cuando confluyen cuadros de obstrucción con aumento de tamaño glandular, pero sin síntomas, se hablaba de prostatismo silente (escenario C).

Figura 2 Esquema gráfico anátomo-funcional de la HBP según Hald *et al.*



Adaptada de³.

A partir del año 2003, la terminología STUI se estandariza en base a la propuesta de la *International Continence Society* (ICS) como descriptor de la función del tracto urinario inferior⁴. Tradicionalmente los síntomas relacionados con la micción se correlacionaban con la dificultad de vaciado de la vejiga provocada por la obstrucción del crecimiento prostático (cambios histológicos de la hiperplasia benigna prostática-HBP). En los últimos años se ha demostrado que existen además otras causas de STUI (figura 3)⁵, centradas en la vejiga (detrusor hiperactivo, hipocontractilidad vesical), en el propio tracto urinario inferior, en estructuras próximas (anormalidades funcionales y estructurales) y en procesos inflamatorios de la progresión de la HBP. Por otra parte, diferentes trastornos no urológicos contribuyen a formar parte de los STUI, incluyendo la nocturia, cuya fisiopatología no es fácil de entender.

Figura 3 Causas potenciales de STUI (modificado de Gravass *et al.*)

Adaptada de⁵.

La ICS, en su reunión de consenso del 2002, ha agrupado los STUI en tres categorías: síntomas de llenado (almacenamiento vesical), de vaciado (micción) y síntomas posmiccionales⁶, añadiéndose posteriormente los síntomas relacionados con la progresión del proceso prostático⁷ (tabla 1).

Tabla 1 Síntomas de llenado, vaciado, posmiccionales y de progresión en HBP

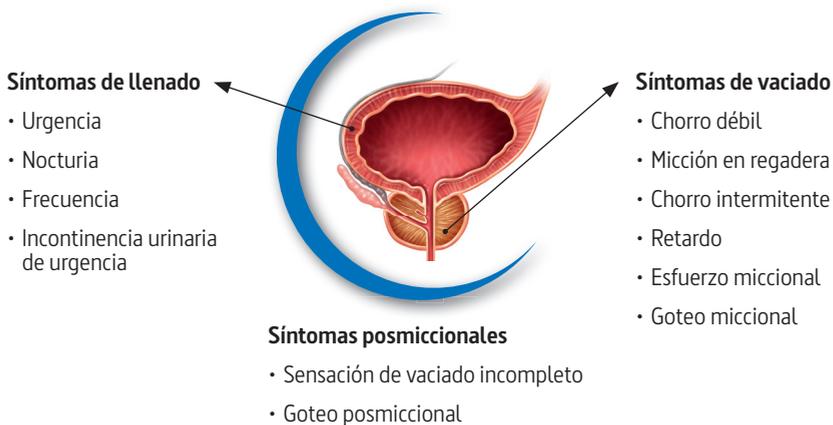
Síntomas llenado	Vaciado	Posmiccionales	Progresión
Urgencia	Chorro débil, intermitente	Sensación de vaciado incompleto	Complicaciones obstrucción TUS (insuficiencia renal)
Frecuencia	Micción en regadera	Goteo posmiccional	IU rebosamiento
Incontinencia de urgencia (IUU)	Retardo miccional	—	ITU
Nocturia	Esfuerzo	—	RAO
—	Goteo terminal	—	Litiasis vesical

TUS: tracto urinario superior; ITU: infección del tracto urinario; IU: incontinencia urinaria; RAO: retención agua de orina; IUU: incontinencia urinaria de urgencia.

Adaptada de^{6,7}.

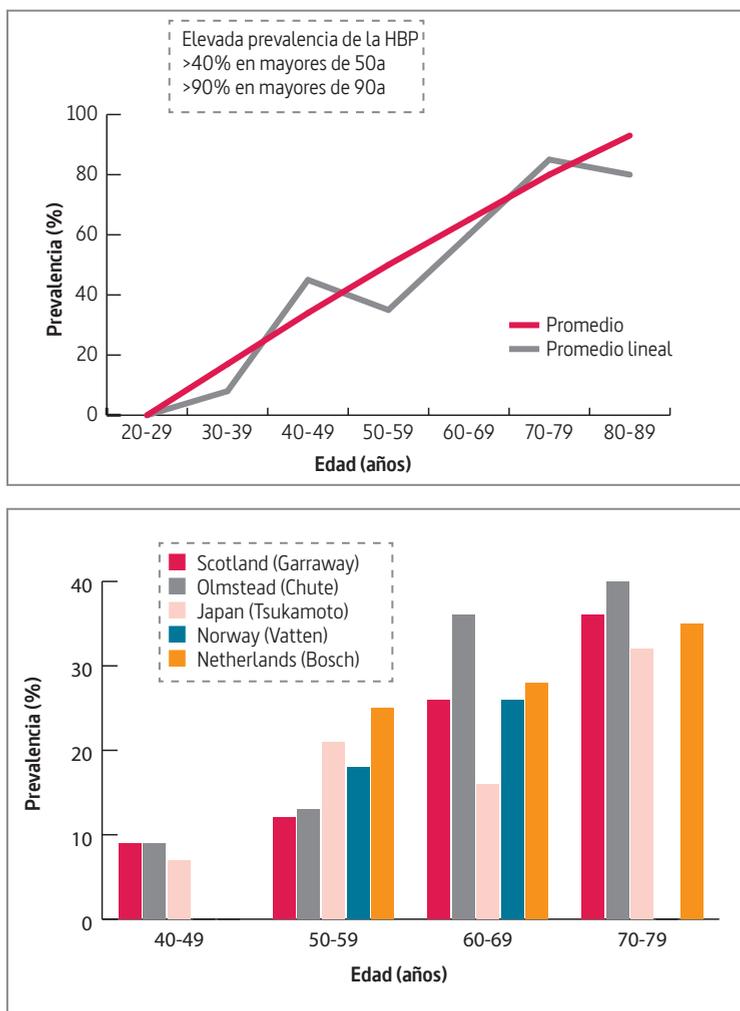
La publicación del estudio de Chapple y Roehrborn⁸ en 2006 supuso un cambio en el foco de atención centrado en la próstata al foco de atención centrado en la vejiga. Hasta dicha publicación, los varones con problemas miccionales relacionados con la próstata eran tratados con fármacos con acción directa sobre la glándula prostática (las primeras experiencias con los fármacos anticolinérgicos se centraron en las mujeres), mientras que el entendimiento diferente en la evaluación y tratamiento de los STUI/HBP, dando lugar al concepto de entidad anátomo-funcional vésico-prostática (figura 4), ponía de manifiesto que ningún fármaco con indicación para STUI/HBP actuaba directamente sobre la vejiga porque no se consideraba la implicación de la misma. A partir de entonces, la vejiga adquiere protagonismo en el varón que presenta STUI relacionados con HBP⁹, conociéndose cómo los síntomas de llenado en pacientes con HBP pueden surgir como consecuencia de la obstrucción prostática (infravesical), aparecer de manera independiente, con responsabilidad primaria de la vejiga, o por un mecanismo combinado. También desde el 2002 se reconoce que los síntomas de urgencia, frecuencia e incontinencia dependen más de la edad que del género¹⁰.

Figura 4 Concepto de unidad funcional vésico-prostática



Adaptada de¹¹.

Los STUI/HBP son la causa más frecuente de consulta de un varón en Atención Primaria¹² y en Urología, y la HBP es la patología del varón que más se asocia a los STUI, apareciendo a partir de los 50 años¹³. La transformación histológica de la próstata hacia HBP se produce a partir de los 30 años. Hasta en el 50% de los varones entre 51-60 años y más del 80% de más de los varones de 80 años presentan datos histológicos de HBP¹⁴. Sin embargo, la prevalencia de HBP histológica es mayor que la prevalencia de HBP clínica (figura 5), por lo que no todos los varones que tienen HBP histológica presentan síntomas clínicos (STUI/HBP)¹⁵⁻¹⁷.

Figura 5 Prevalencia histológica (arriba) y clínica (debajo) de HBP según la edadAdaptada de^{15,17}.

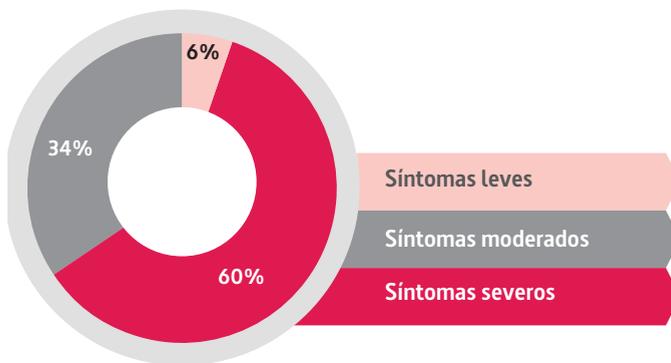
1.1. Pensar en síntomas es pensar en el paciente

El enfoque sintomático del paciente con STUI implica un cambio de paradigma por los motivos siguientes: 1) el diagnóstico y la determinación de la gravedad se basará eminentemente en los síntomas; 2) es necesario recoger de forma fiable tanto la calidad e intensidad de los síntomas como el impacto en la calidad de vida, y 3) los resultados del tratamiento se deben evaluar de forma objetiva, teniendo en cuenta que la satisfacción del paciente constituye el principal criterio de valoración.

Los STUI impactan negativamente en la calidad de vida del paciente, con interferencia en las actividades de la vida diaria, preocupación, malestar y alteración en la percepción del estado de salud¹⁸. Típicamente, los síntomas de llenado son más indicativos de disfunción vesical, como la hiperactividad del detrusor⁸ siendo, además, los que tienen mayor repercusión en la calidad de vida.

Más del 90% de los pacientes diagnosticados de HBP en las consultas de Urología presentan síntomas moderados o severos (figura 6). El 63,9% de los pacientes cumplen criterios de progresión de la enfermedad, los cuales se correlacionan con la edad y la gravedad de los síntomas¹⁹.

Figura 6 Distribución de la gravedad clínica en pacientes con nuevo diagnóstico de HBP en consultas de Urología en España (modificado de Miñana *et al.*)



Adaptada de¹⁹.

Es importante destacar que prácticamente en todos los estudios de STUI en el varón secundarios a obstrucción prostática, la gravedad se clasifica utilizando la puntuación del cuestionario *International Prostate Score Symptoms* (IPSS), basada en la evaluación de la sintomatología. La consideración de otros aspectos como el tamaño prostático y la flujometría contribuyen al diagnóstico, pero la clasificación de gravedad clínica se establece de acuerdo con la puntuación de los síntomas en el IPSS.

Por ello, la perspectiva diagnóstica actual basada en los síntomas ha dejado obsoleto el enfoque clásico simplista de “aumento de tamaño prostático-síntomas-desobstrucción (médica o quirúrgica)-mejoría”. Asimismo, ha contribuido a que la mejoría sintomática y la satisfacción del paciente con el tratamiento, ambos verificados de forma fiable, sean los objetivos de salud que se deban alcanzar. A pesar de este hecho, es importante continuar profundizando en el conocimiento de la fisiopatología de STUI/HBP. En esta evo-

lución de la valoración de los STUI en el varón, los clínicos hemos comprendido que necesitamos información fiable y verificada, tanto a nivel diagnóstico como de evaluación de resultados, y que el propio paciente es la principal fuente de información. El paciente es quien mejor puede relatar lo que está viviendo. Por lo tanto, cuanto más fiables sean las herramientas que se utilicen en la valoración, y más información dispongan los propios pacientes de su patología, mejores serán los resultados globales en salud.

1.2. La herramienta fiable: los resultados percibidos por el paciente (PRO)

La atención a pacientes con STUI en general, y en concreto los STUI/HBP, presenta algunas peculiaridades respecto a otras patologías. A diferencia, el establecimiento de un tratamiento y la valoración de los resultados pivota esencialmente sobre dos elementos básicos: la evaluación de los síntomas referidos por el paciente y el impacto de los mismos en la calidad de vida. Con frecuencia en este tipo de pacientes no se dispone de elementos para establecer un diagnóstico objetivo estándar²⁰.

En este contexto clínico resulta imprescindible disponer de herramientas que permitan una evaluación de los síntomas y de la afectación de la calidad de vida lo más objetiva posible y, como consecuencia, la toma de decisiones terapéuticas. Bajo esta perspectiva, la introducción del concepto de “resultados percibidos por el paciente” (*Patient Reported Outcomes*, PRO) elimina la subjetividad del clínico y tiene la ventaja de que permite la comparación de estados de salud antes y después, a lo largo de la enfermedad y entre diferentes equipos de profesionales. De acuerdo con la definición de la *Food and Drug Administration* (FDA), PRO es cualquier informe del estado de salud de un paciente, que proviene directamente del paciente, sin interpretación de la respuesta del paciente por parte de un médico o cualquier otra persona²¹.

Los PRO se implementan a través de cuestionarios que puntúen y cuantifiquen cada uno de los aspectos de la enfermedad^{22,23}. Estas herramientas clínicas son de ayuda para: 1) la evaluación de síntomas, evitando la subjetividad del médico (nunca se puede eliminar del todo la subjetividad del paciente) y 2) la evaluación del impacto de la patología en la calidad de vida del paciente. Para la valoración del impacto en la calidad de vida se pueden utilizar instrumentos genéricos o específicos de la enfermedad en referencia a la patología estudiada. Por otra parte, los cuestionarios de calidad de vida genéricos son multidimensionales y abordan aspectos relacionados con las dimensiones físicas, emocionales y sociales del paciente. Como ejemplos de cuestionarios genéricos cabe citar el SF-36 (*Short Form-36 Health Survey*) o KHQ (*King's Health Questionnaire*). Los cuestionarios específicos de enfermedad son similares a los genéricos, ya que evalúan múltiples dimensiones, pero además incluyen herramientas específicas para cada enfermedad en particular.

Con respecto a la vejiga hiperactiva (VH), IU y STUI relacionados con la HBP, existen diferentes cuestionarios útiles como herramienta de cribaje o específicos del efecto de los síntomas en el deterioro de la calidad de vida^{23,24} (tabla 2).

Tabla 2 Cuestionarios PRO de uso más frecuente en vejiga hiperactiva (VH), incontinencia urinaria (IU) y STUI	
Entidad clínica	Cuestionarios
Vejiga hiperactiva	<ul style="list-style-type: none"> • OAB-Q (<i>Overactive Bladder Symptom and Health Related Quality of Life</i>) • KHQ (<i>King's Health Questionnaire</i>) • OABqSF (<i>Overactive Bladder Symptom and Health Related Quality of Life Short Form</i>) • U-IIQ (<i>Urge-Incontinence Impact Questionnaire</i>) • U-UDI (<i>Urge-Urinary Distress Inventory</i>)
Incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> • ICIQ-IU SF (<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form</i>) • KHQ (<i>King's Health Questionnaire</i>) • IQOL (<i>Incontinence Quality of Life Questionnaire</i>) • PPBC (<i>Patient Perception of Bladder Condition</i>) • PRAFAB (<i>Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body Image</i>) • UDI-6 (<i>Urogenital Distress Inventory</i>) • UI4 (<i>Urinary Incontinence</i>)
STUI	<ul style="list-style-type: none"> • ICIQ-MLUTS (<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire for Male Urinary Tract Symptoms</i>) • ICS-QOL (<i>International Continence Society-Benign Prostatic Hyperplasia Study Quality-of-Life</i>) • IPSS (<i>International Prostate Score Symptoms</i>) • DAN-PSS-1 (<i>Danish Prostatic Symptom Score</i>)

1.3. *International Prostate Score Symptoms (IPSS)*

El IPSS fue adaptado por la *Intenational Consultation on BPH* en 1992 como herramienta validada, altamente recomendada, para el diagnóstico de STUI secundarios a HBP²⁵. Posiblemente es el cuestionario de síntomas de uso más extendido entre los urólogos, y cada vez más por médicos de Atención Primaria para la evaluación de STUI/HBP. Se trata de un cuestionario de 8 preguntas. Siete de ellas relacionadas con los síntomas del tracto urinario inferior secundarios a STUI/HBP, con una última pregunta sobre la repercusión de los síntomas en la calidad de vida percibida por el paciente.

La versión española del IPSS fue validada en 1998²⁶ mediante la correlación del score IPSS americano, con el EQ-5D, y la calidad de vida con el *Well-being Index* demostrándose que se trataba de un instrumento válido, confiable y sensible a los cambios

14 clínicos, mostrando propiedades psicométricas equivalentes a la herramienta original²⁵. El IPSS es un cuestionario diseñado para ser autocumplimentado evitando que sea dirigido. En cada una de las seis primeras preguntas sobre síntomas se dispone de una puntuación de 0 a 5 (cuantifica la frecuencia de aparición de síntomas). La pregunta número 7, que explora la nocturia, se puntúa de 0 a 5 dependiendo del número de episodios. La pregunta número 8 investiga la repercusión de estos síntomas sobre la calidad de vida, se puntúa de 0 a 6 haciendo referencia a aspectos cualitativos. La puntuación final se obtiene mediante la suma de cada una de las 7 preguntas de síntomas (tabla 3).

Tabla 3 Interpretación de la puntuación del IPSS

Puntuación IPSS	Sintomatología
0-7	Escasamente sintomático
8-19	Moderadamente sintomático
20-35	Severamente sintomático

Adaptado de: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/baremo-internacional-sintomatologia-prostatica-ipss/>²⁷

Además del score total, las preguntas 2, 4 y 7 se relacionan con STUI de predominio de llenado mientras que el resto se relacionan con los STUI de vaciado. Es importante discriminar, además del score total, las preguntas en las que el paciente presenta mayor puntuación para poder identificar qué tipo de síntomas estamos testando. Es decir, para entender, no solamente interesa cuantificar, sino a la vez cualificar.

1.4. El paciente informado: el paciente 3.0

La evolución en la valoración de los STUI ha avanzado de forma paralela a la del tipo de modelo de salud. Posiblemente la evolución de la valoración de los STUI guarda relación con el desarrollo de la medicina en el último siglo en muchos aspectos, pero sobre todo en la disposición del paciente como centro de la atención sanitaria. La declaración de Alma-Ata²⁸ en 1978 “exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la Atención Primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales, y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar”. Ese sentir, expresado de forma tan clara en dicha declaración se ha extendido al desarrollo en otras especialidades.

Desde el punto de vista de la atención al paciente podemos realizar un paralelismo con el estándar de evolución del desarrollo web popularizado por Dinucci²⁹ en 1999. Desde esta óptica hoy podemos emular la clasificación web y decir que hemos evolucionado

de la salud 1.0 a la 2.0 y estamos actualmente en el desarrollo de la salud 3.0. La salud 1.0 desarrollada sobre todo en el siglo XVIII y principios del XIX se basaba en una prestación de servicios basadas en grandes instituciones depositarias del conocimiento de difícil acceso para la mayoría de los pacientes. La asistencia era unidireccional, de forma que los usuarios podían consultar, pero no interactuar con el proveedor.

El desarrollo tecnológico y de las comunicaciones hizo evolucionar la asistencia al modelo 2.0, término usado por primera vez por José Cubelos³⁰, director de Salud de Indra en 2007, que se caracteriza por tres puntos fundamentales: 1) la salud sale de las instituciones para formar parte de la comunidad, 2) el avance tecnológico exponencial que permite el desarrollo de una gran variedad de técnicas diagnósticas y terapéuticas, y 3) los pacientes comienzan a ser informados de los procedimientos a los que van a ser sometidos, sobre todo por la variedad de técnicas disponibles. Es lo que en la evolución web se denominó web social. El paciente se convierte en el centro de la atención, cuenta para ser informado y para que dé su consentimiento, pero inicialmente no participa de forma activa en la decisión terapéutica más que para autorizarla. La evolución lógica de la salud 2.0 hacia la 3.0 convierte al paciente no solo en el centro de atención, sino que se integra dentro de la red de salud como un actor más. La eclosión de las redes sociales, dispositivos móviles y disponibilidad de información (*big data*) cambia el paradigma de la atención sanitaria. La disponibilidad de información hace que el paciente pueda convertirse en su propio proveedor de esta con las ventajas y los riesgos que ello conlleva³¹.

1.5. Reflexiones finales

Esta evolución tiene mucho más calado del que en un principio pueda parecer. Los profesionales necesitamos comprender que la satisfacción del paciente se ha convertido en un resultado en salud de primer nivel, pero también que no por ello debemos renunciar a conocer en la medida de lo posible la fisiopatología de los procesos de salud y enfermedad, y seguir conociéndolos en profundidad con el avance de la ciencia y el conocimiento, así como orientar todas las actuaciones en consecuencia.

Partimos de una medicina en la que ese era nuestro objetivo: entender el mecanismo fisiopatológico de una enfermedad y actuar en consecuencia. La satisfacción del paciente era entonces una consecuencia de nuestra actuación. Eso ha cambiado. Debemos conocer los síntomas, intentar entender el mecanismo fisiopatológico, actuar en consecuencia y marcarnos la satisfacción del paciente como un objetivo. También tenemos que comprender que el paciente puede ahora proveerse de su propia información fuera del entorno médico, y saber que esta información puede no ser fiable. Por eso es importante que los profesionales de la salud nos hagamos entender ante los pacientes como lo que somos, una fuente de información con la mayor credibilidad.

2

DetECCIÓN, DERIVACIÓN Y TRATAMIENTO

José María Molero García y Blanca Madurga Patuel

2.1. Criterios diagnósticos

2.1.1. Detección de los STUI

A pesar de que los STUI por su alta prevalencia son motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, el infradiagnóstico de esta sintomatología es frecuente^{32,33}. Habitualmente el varón los atribuye al propio envejecimiento y no consulta a los profesionales sanitarios, retrasándose el diagnóstico y aumentando el riesgo de complicaciones. El tiempo medio entre la percepción de cualquier STUI y la consulta médica oscila entre los 4 y 6 años³⁴. El diagnóstico tardío impide realizar las intervenciones oportunas en el momento adecuado y en los casos en que sea preciso para evitar los problemas de salud y las complicaciones relacionadas con la HBP.

Por este motivo, debido a la elevada prevalencia en la población a partir de los 50 años, junto al elevado grado de infradiagnóstico, está justificado realizar una detección de forma oportunista preguntado por la presencia de STUI, al menos una vez, en varones a partir de los 50. Esta detección se puede realizar a nivel comunitario, tanto por farmacéuticos comunitarios como por médicos y personal de enfermería en el ámbito de Atención Primaria^{32,33,35}.

2.1.2. Valoración diagnóstica inicial

Los STUI suelen ser mixtos, con predominio en la mayoría de los casos de los síntomas de llenado. Los STUI de llenado pueden aparecer hasta en un 30-50% de los varones mayores de 65 años^{32,33,35}. Son los más molestos para los pacientes y los que más interfieren en las actividades de su vida diaria. Entre un 20% y un 40% de los varones con HBP presentan síntomas mixtos, de moderados a graves³⁶. En este grupo es más probable la progresión clínica y la presencia de complicaciones futuras, por lo que debe ser correctamente identificado.

La etiología de los STUI es multifactorial (tabla 4)^{5,32,33}. Además, aunque la HBP esté presente en aproximadamente el 65% de los varones con síntomas, el origen de los mismos no se atribuye exclusivamente a la próstata^{32,33}. El tracto urinario inferior se

considera como una unidad funcional vésico-prostática y los síntomas dependen de las tres fases del ciclo miccional. La vejiga juega un papel importante en la presencia y características de los STUI en varones con HBP. En estudios urodinámicos de varones con HBP se reporta que la hiperactividad del detrusor (HD) es diagnosticada en un 60%, y la obstrucción de la salida vesical es un factor de riesgo independiente para la detección de HD (Giannitsas K, *et al.*, 2013). Por tanto, la evaluación diagnóstica de STUI es más compleja y debe tener en cuenta dicha unidad funcional vésico-prostática.

Tabla 4 Causas de STUI

Causas urológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Hiperplasia benigna de la próstata (HBP). • Vejiga hiperactiva. • Poliuria nocturna. • Infección del tracto urinario (ITU). • Litiasis urinaria. • Prostatitis. • Infecciones de transmisión sexual (ITS). • Cáncer (próstata avanzado o vesical). • Disfunción neurógena vesical. • Cuerpo extraño vesical o uretral. • Estenosis infravesical distinta a la HBP: estenosis uretral, estenosis del meato, hipertrofia primaria del cuello vesical, fimosis puntiforme.
Causas no urológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades sistémicas que producen o empeoran STUI: diabetes <i>mellitus</i> (poliuria), insuficiencia cardíaca (nocturia) o la presencia de enfermedades neurológicas que aumentan la sospecha de la presencia de una vejiga neurógena (enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, lesiones medulares, patología de discos intervertebrales lumbosacros). • Consumo de fármacos que pueden favorecer la presencia de STUI. <ul style="list-style-type: none"> — Disminución de la contractilidad vesical: antihistamínicos de primera generación, o fármacos con actividad anticolinérgica, antiespasmódicos, antiinflamatorios no esteroideos, calcio-antagonistas — Aumento de la frecuencia miccional: diuréticos. — Aumento del tono prostático: antidepresivos tricíclicos, ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). — Estimulación de la contractilidad vesical: agonistas colinérgicos. — Aumento de la resistencia a la salida de la vejiga: simpaticomiméticos, levodopa, beta-bloqueantes, benzodiacepinas, opiáceos. • Consumo de irritantes vesicales (síntomas de llenado): cafeína, té, alcohol. • Consumo excesivo de líquidos o consumo a horas intempestivas.

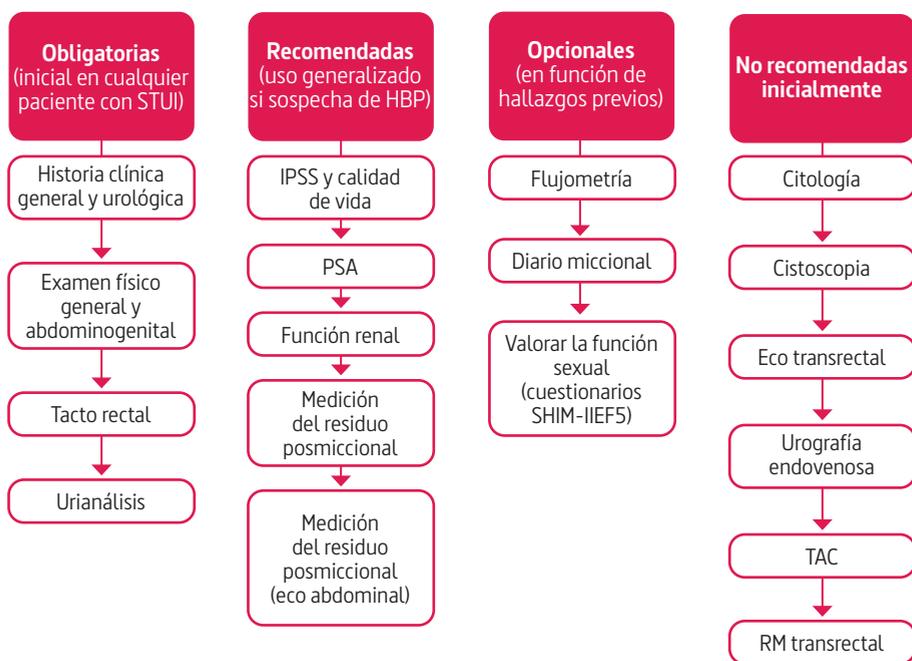
Los objetivos de la valoración inicial de los STUI^{5,32,33} serían los siguientes:

- a. Clasificar a los varones STUI en función de los síntomas predominantes (de llenado *versus* mixtos).

- b. Realizar un diagnóstico diferencial de los STUI (tabla 4).
- c. Establecer un diagnóstico específico de HBP.
- d. Establecer la gravedad y severidad de los STUI.
- e. Detectar la presencia de complicaciones y otras situaciones susceptibles de ampliar el estudio a cargo del urólogo.

Las pruebas diagnósticas se pueden clasificar, en diferentes categorías, en función de la prioridad de su realización^{32,33} (figura 7).

Figura 7 Clasificación de las pruebas diagnósticas de STUI/HBP en Atención Primaria en función de su prioridad



Recomendadas: existe suficiente evidencia del beneficio de su uso generalizado en los pacientes con STUI.

Opcionales: uso en función de los resultados obtenidos en las pruebas iniciales recomendadas y del profesional que la solicita. **No recomendadas:** no existe suficiente evidencia de beneficio con su uso rutinario, solo en circunstancias especiales o en ensayos clínicos.

STUI: síntomas del tracto urinario inferior; 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; TAC: tomografía axial computarizada.

Es preciso racionalizar las diferentes pruebas y realizar un uso adecuado y secuencial de las mismas. Según las diferentes recomendaciones científicas nacionales e internacionales^{5,32-34} existe coincidencia en reconocer como obligatorias, en la evaluación inicial de pacientes con STUI asociados a HBP, las siguientes pruebas:

- a. Anamnesis general y de síntomas urinarios. Es una parte esencial de la evaluación médica de un paciente. Tiene como objetivo identificar y clasificar los síntomas y las posibles causas, así como identificar cualquier comorbilidad o tratamiento relevantes para la expresión de los síntomas y revisar los hábitos y estilo de vida del paciente.
- b. Exploración física general y especialmente abdomino-pélvica incluyendo el tacto rectal. Ha de centrarse al área suprapúbica, genitales externos, el perineo y las extremidades inferiores. El tacto rectal permite establecer un diagnóstico diferencial principalmente con el cáncer de próstata o prostatitis y aunque puede subestimar el tamaño prostático, permite estimar el volumen prostático.
- c. Análisis de orina (tira reactiva o sedimento). Puede indicar una infección urinaria, proteinuria, hematuria o glucosuria que requieren una evaluación adicional.

Con estas tres pruebas se puede caracterizar bien los STUI y realizar un diagnóstico etiológico de sospecha. En la mayoría de los varones con STUI, la HBP está presente. El diagnóstico de la HBP es clínico. Por este motivo, tras la información inicial obtenida, se recurrirá a efectuar otras pruebas recomendadas y, en ciertas ocasiones, opcionales (figura 7). Ante la elevada sospecha de HBP, se recomienda la realización de las siguientes exploraciones:

- a. Evaluación de la intensidad de los STUI y afectación de la calidad de vida (cuestionario IPSS). Evalúa la intensidad de los síntomas de llenado y vaciado, pero no los posmiccionales, ni la presencia de incontinencia.
- b. Determinación del antígeno prostático específico (PSA). Permite el diagnóstico diferencial (cáncer de próstata, prostatitis, ITU), tiene un buen valor predictivo para evaluar el volumen de la próstata y es un fuerte predictor del crecimiento de la próstata. Por lo tanto, el PSA estima el riesgo de progresión clínica y complicaciones de la HBP.
- c. Determinación de la función renal. La función renal puede estar alterada en el 11% de los pacientes con STUI^{5,33}. No siempre se relaciona con hidronefrosis. Los antecedentes de hipertensión y/o diabetes y disminución de Qmax, parecen relacionarse con la presencia de enfermedad renal crónica en pacientes con STUI⁵. También es una indicación obligada si existe sospecha de uropatía obstructiva (vejiga palpable, enuresis nocturna, infección urinaria recurrente, historia de cálculos renales). Por eso se recomienda determinar la función renal, al menos una vez, en la valoración inicial de los pacientes con STUI^{5,32,33}.

- d. Medición de residuo posmiccional y volumen prostático mediante la ecografía reno-vésico-prostática. Un residuo basal alto se asocia con un mayor riesgo de progresión de los síntomas⁵. Además, la monitorización de los cambios en el volumen residual a lo largo del tiempo puede permitir la identificación de pacientes con riesgo de retenciones^{5,33}. La realización de una ecografía se recomienda también en pacientes con STUI y presencia del residuo posmiccional^{32,33} en las siguientes circunstancias: a) sintomatología moderada a grave que vaya a requerir tratamiento farmacológico; b) clínica sugestiva de obstrucción; c) sospecha de residuo posmiccional patológico; sospecha de enfermedad neurológica del sistema nervioso central avanzada (esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson) o con afectación medular; d) antecedentes de urolitiasis; e) macro o micro hematuria persistente no justificada; y e) función renal alterada por historia de infección de orina recurrente.

En la tabla 5 se resumen las pruebas indicadas en la evaluación inicial básica del paciente con STUI.

Tabla 5 Evaluación inicial básica del paciente con STUI

Examen complementario [nivel de evidencia/grado de recomendación]	Características
Pruebas obligadas	
Historia clínica general y urológica [IV/Fuerte]	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de STUI y conocer características (inicio, tiempo de evolución, curso clínico y gravedad), síntomas acompañantes. • Antecedentes familiares y personales de patologías urológicas o infecciones de transmisión sexual. • Enfermedades sistémicas relacionadas con STUI (tabla 4). • Consumo de fármacos que pueden favorecer la presencia de STUI (tabla 4). • Hábitos higiénicos-dietéticos o estilos de vida (consumo excesivo de líquidos, de cafeína, alcohol o tabaco).
Exploración física general, abdominal, pélvico-genital con tacto rectal [III/Fuerte]	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración general: estado funcional, edemas, enfermedades neurológicas. • Abdominal: descartar globo vesical o masas pélvicas, puño-percusión renal. • Valoraciones de los genitales (descartar patología testicular o del epidídimo). • Valoración del meato uretral (posibles obstrucciones al flujo como estenosis, hipospadias o presencia de supuraciones del meato uretral). • Reflejos neurológicos e bulbocavernosos y anal superficial. • Tacto rectal (descartar cáncer de próstata, estimar volumen prostático y el tono del esfínter anal).

>>>

Análisis de orina [III/Fuerte]	<ul style="list-style-type: none"> Mediante tira reactiva o sedimento. Presencia de piuria, nitritos, hematuria, glucosuria, proteinuria. Diagnóstico diferencial con otras patologías del tracto urinario y para descartar complicaciones.
Recomendadas para el diagnóstico de HBP	
Evaluación de la intensidad de los STUI y afectación de la calidad de vida [III/Fuerte]	<ul style="list-style-type: none"> Mediante cuestionario IPSS, cumplimentado por el paciente. Cuantificar intensidad de los síntomas e impacto en la calidad de vida en el diagnóstico inicial. Valorar la respuesta al tratamiento durante el seguimiento.
Antígeno prostático específico (PSA) [Ib/Fuerte]	<ul style="list-style-type: none"> Estimar riesgo de progresión clínica (PSA >1,4 ng/mL). Diagnóstico de sospecha de cáncer de próstata (PSA >10 ng/mL, PSA total entre 4 y 10 ng/mL y PSA libre/PSA total <20%).
Función renal [III/Fuerte]	<ul style="list-style-type: none"> Mediante determinación de creatinina plasmática o filtrado glomerular estimado. Descartar insuficiencia renal.
Medición del residuo posmiccional [III/Débil]	<ul style="list-style-type: none"> Mediante ecografía reno-vésico-prostática. Además, valora el estado de riñones, vías urinarias y vejiga, residuo posmiccional y volumen prostático.

Opcionalmente y en función de hallazgos previos puede ser necesario efectuar las siguientes pruebas:

- a. Valoración de los hábitos miccionales y de ingesta de líquidos mediante la cumplimentación de un diario miccional. Se recomienda ante la presencia de nocturia, escapes de orina o predominio de los síntomas de llenado. En Atención Primaria se recomienda la utilización de un diario miccional de 3 días (DM3d) (nivel de evidencia III, grado de recomendación fuerte)^{5,32,33}.
- b. Valoración de la función eréctil mediante cuestionario de salud sexual para hombres (SHIM) (abreviado del índice internacional de función eréctil, IIFE). Indicado ante la presencia de cualquier tipo de disfunción de la función eréctil (nivel de evidencia IIb, grado de recomendación débil)^{5,32,33}.
- c. Flujometría (nivel de evidencia IIb, grado de recomendación débil). Aunque es una prueba poco accesible para los médicos de Atención Primaria, aporta gran información sin iatrogenia^{32,33}. La prueba no distingue entre obstrucción orgánica producida por HBP y disfunción del detrusor. Tiene utilidad

en la correlación de los síntomas con los hallazgos objetivos de obstrucción, especialmente en caso de discordancia y para el seguimiento de los resultados del tratamiento^{5,32,33}. La información que aporta la flujometría también se puede obtener de forma indirecta mediante la cuantificación del residuo posmiccional^{5,37}. Por este motivo su utilidad es mayor como prueba previa al tratamiento invasivo⁵.

Estas pruebas complementarias utilizadas para el diagnóstico, son también útiles para la evaluación del riesgo de progresión de la HBP, la planificación del tratamiento, la predicción de los resultados del tratamiento y la monitorización de la respuesta a las diferentes opciones terapéuticas^{5,33}.

2.1.3. Diagnóstico diferencial

Existen numerosas patologías diferentes de la HBP que cursan con STUI y que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial^{32,33}, incluyendo las siguientes:

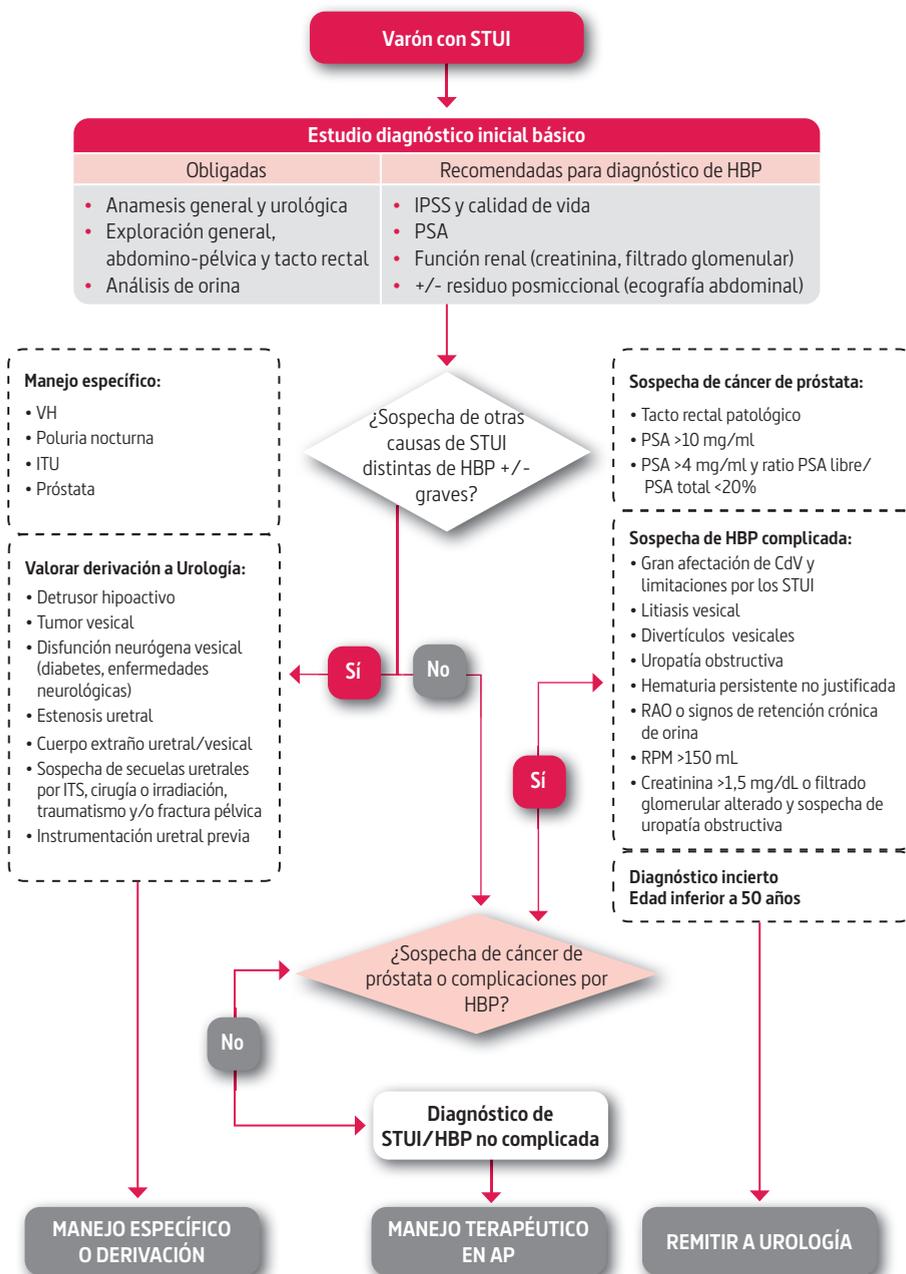
- a. Cáncer de próstata. No existe una asociación entre HBP y cáncer. Ambas patologías aumentan su incidencia con la edad. No existen síntomas patognomónicos de cáncer de próstata que suelen cursar con STUI. En fases avanzadas se puede encontrar signos y síntomas de invasión local o metastásicas (dolores óseos). Existe una alta sospecha de cáncer frente a la presencia de nódulos indurados en el tacto rectal, un valor de PSA >10 ng/mL o entre 4-10 ng/mL y cociente PSA libre/PSA total <0,2.
- b. Poliuria nocturna. Esta entidad es frecuente en varones de edad avanzada, en los que predomina la nocturia intensa. El diagnóstico se establece cuantificando la nocturia mediante un DM3d. En la poliuria nocturna el volumen miccionado durante la noche es $\geq 33\%$ del volumen miccional total en 24 horas.
- c. Prostatitis. La presencia de dolor más o menos intenso en región del periné, tacto rectal doloroso, afectación del estado general y alteraciones en el uroanálisis (piuria +/- bacteriuria), orienta el diagnóstico de prostatitis.
- d. Cáncer vesical. No existe relación con la HBP. La manifestación más habitual y clave es la hematuria en ocasiones acompañada de síntomas irritativos (poliquiuria, nocturia, urgencia miccional). La persistencia de hematuria obliga a realizar citología de la orina y estudio ecográfico, como primeras opciones, y/o la remisión a Urología (cistoscopia, tomografía axial computarizada [TAC]).

- e. Cistitis infecciosa aguda. En las cistitis predominan los síntomas de llenado (disuria y polaquiuria), generalmente sin otros tipos de STUI. La presencia de leucocituria +/- bacteriuria (nitritos) en análisis básico de orina, orienta el diagnóstico de cistitis.
- f. Estenosis de uretra. Cursa con síntomas de vaciado (disminución del chorro, dificultad al inicio de la micción, chorro intermitente, RAO, sensación de vaciado incompleto). Para el diagnóstico diferencial son importantes los antecedentes de traumatismos pélvico-genitales o enfermedades de transmisión sexual en pacientes, en general, menores de 50 años.
- g. Litiasis urinaria. En general en la litiasis existe dolor (cólicos nefríticos) con hematuria. No son infrecuentes los antecedentes de cólicos previos. En los casos de microlitiasis el diagnóstico es más difícil al cursar con síntomas irritativos sin cuadros de dolor cólicos. La ecografía ayuda al diagnóstico diferencial.
- h. Vejiga hiperactiva (VH). Cursa con síntomas de llenado, siendo el síntoma prínceps la urgencia miccional. Son también frecuentes la nocturia y la frecuencia miccional. Además, puede cursar con escapes de orina. No cursa con síntomas de vaciado o posmiccionales y esta circunstancia ayuda al diagnóstico diferencial.

2.2. Criterios de derivación desde Atención Primaria a Urología

El médico de familia, en el ámbito de Atención Primaria, sería el profesional indicado para realizar la detección del varón con STUI, la valoración diagnóstica inicial cuando estos síntomas estén presentes y el tratamiento de la HBP en los casos no complicados. A lo largo del proceso asistencial de STUI/HBP existen determinadas situaciones que a lo largo del diagnóstico y/o seguimiento del paciente pueden requerir la participación del urólogo^{5,32,33,35}, tal como se detalla en la figura 8 y en la tabla 6.

El objetivo de la derivación del paciente es la necesidad de efectuar procedimientos diagnósticos específicos o tratamientos quirúrgicos invasivos. La participación del especialista en Urología puede ser necesaria durante la evaluación diagnóstica inicial por la presencia de patologías responsables de STUI distintas de HBP, que requieren ampliar el estudio por sospechar entidades graves: sospecha de cáncer de próstata y sospecha de complicaciones relacionadas con HBP. Durante el seguimiento por la presencia de síntomas refractarios al tratamiento inicial adecuado o aparición de complicaciones.

Figura 8 Algoritmo de diagnóstico inicial del paciente con STUI/HBP

STUI: síntomas del tracto urinario inferior; HBP: hiperplasia prostática benigna; IPSS: índice internacional de síntomas prostáticos; PSA: antígeno prostático específico; ITS: infecciones de transmisión sexual; RAO: retención urinaria aguda; TR: tracto rectal; VH: vejiga hiperactiva; ITU: infecciones del tracto urinario inferior.

Tabla 6 Criterios de derivación del paciente con STUI desde Atención Primaria a Urología

Durante la valoración diagnóstica inicial	
Sospecha de cáncer de próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal patológico o sospechoso. • 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 vesical. • Divertículos vesicales. • Dolor pélvico-genital. • Uropatía obstructiva con/sin insuficiencia renal. • Macro o microhematuria persistente, no justificada. • Retención aguda de orina o signos de retención crónica de orina. • Residuo posmiccional >150 mL. • Función renal alterada (creatinina >1,5 mg/dL o filtrado glomerular disminuido). • Gran afectación de la calidad de vida y limitación.
Necesidad de ampliar el estudio por sospechar entidades graves diferentes de HBP	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de cirugía radical y/o irradiaciones pélvicas. • Antecedente de traumatismo uretral y/o fractura pélvica. • Antecedentes de infección de transmisión sexual y sospecha de secuelas uretrales. • Instrumentación uretral previa, con antecedentes o posibilidad de estenosis. • Diabetes mellitus mal controlada con neuropatía y afectación vesical • Sospecha de enfermedad neurológica relacionada con vejiga neurógena: enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple de larga evolución, accidente vasculo-cerebral grave, lesiones medulares sacras. • Diagnóstico incierto. • Edad menor de 50 años.
Durante el seguimiento	
Síntomas refractarios al tratamiento inicial adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Mala respuesta al tratamiento farmacológico (reducción de la puntuación del cuestionario IPSS <4 puntos). <ul style="list-style-type: none"> — Monoterapia con AB, AM, 5-ARI, IPDE-5 y combinación AB/AM: después de 3 meses de tratamiento. — Combinación AB/ 5-ARI: después de 6 meses de tratamiento. • Empeoramiento de los síntomas o refractariedad (incremento de la puntuación de cuestionario IPSS ≥4 puntos). • Imposibilidad de realizar tratamiento farmacológico (intolerancia, efectos adversos, interacciones farmacológicas, rechazo del paciente).
Complicaciones durante el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición de complicaciones o aparición de nuevos síntomas durante el seguimiento • En tratados con 5-ARI: elevación del PSA ≥0,3 ng/mL respecto al valor más bajo obtenido durante el tratamiento, confirmada y mantenida a las 4-6 semanas.

AB: bloqueantes de los receptores alfa-1-adrenérgicos; AM: antimuscarínicos; IPDE-5: inhibidores de la fosfodiesterasa 5; 5-ARI: inhibidores de la 5-alfa-reductasa.

2.3. Tratamiento

2.3.1. Perfiles de pacientes basados en síntomas: individualización del tratamiento

La comprensión de los STUI como una unidad funcional vesico-prostática y la etiología multifactorial de los síntomas asociados, plantea el tratamiento enfocado a los STUI en lugar de valorar la HBP como única entidad causante de las manifestaciones clínicas. Si bien las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las guías de práctica clínica han evolucionado a lo largo de los años, dichos instrumentos nunca deben reemplazar a la experiencia clínica a la hora de tomar decisiones terapéuticas individualizadas, sino que deben ayudar a enfocar la toma de decisiones en función de las preferencias y/o circunstancias individuales de cada paciente³⁷. De acuerdo con esta reflexión es fácil comprender la premisa de que “nada sirve para todo”. El enfoque del paciente ha cambiado por uno más amplio y a la vez más individualizado, ya que, tras la valoración de cada paciente, podremos proporcionar un tratamiento específico de acuerdo con el perfil de cada uno de ellos.

El concepto de unidad funcional vesico-prostática determina la valoración de los STUI en dependencia de las tres fases del ciclo miccional^{8,32}, correspondiendo a síntomas de llenado, de vaciado y posmiccionales (figura 4). En este aspecto, la evaluación del paciente es algo más compleja que anteriormente cuando se atribuía la sintomatología a la HBP y la opción quirúrgica era el tratamiento de elección. No obstante, la orientación diagnóstica actual es posible gracias a las nuevas herramientas disponibles, de modo que tras la anamnesis, el tacto rectal y el sedimento urinario, el IPSS^{26,38} reorganizado por tipos de síntomas constituye una aproximación útil para definir la sintomatología predominante en cada paciente, así como para determinar el impacto de las manifestaciones clínicas en la calidad de vida^{11,32}. La consideración adicional del DM3d, los resultados del análisis de la función renal y la medición del residuo posmiccional permiten establecer el enfoque diagnóstico definitivo y planificar el tratamiento (conservador, farmacológico, quirúrgico) más adecuado de los síntomas del paciente^{32,37}.

2.3.2. Tratamiento conservador

El tratamiento conservador está indicado en pacientes con síntomas leves-moderados que no ocasionan un deterioro significativo de la calidad de vida. La vigilancia expectante es una buena opción, ya que son pocos los pacientes que presentarán una evolución con RAO y/o complicaciones, y el resto pueden permanecer estables durante años¹¹. Una buena recomendación es añadir revisiones cada 6 meses y recomendar el seguimiento de las medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida.

Las guías de la Asociación Europea de Urología (*European Association of Urology, EAU*)⁵ recomiendan las siguientes medidas (tabla 7):

- Espera vigilante: para pacientes con STUI leves y no molestos (grado de recomendación fuerte).
- Medidas conductuales: reducción de la ingesta de líquidos en momentos específicos con el objetivo de disminuir la frecuencia urinaria cuando sea más inconveniente, evitar/moderar la ingesta de cafeína o alcohol, que puede tener un efecto diurético e irritante, aumentando así la producción de líquidos y aumentando la frecuencia, la urgencia y la nocturia; reentrenamiento de la vejiga que alienta a los hombres a aferrarse cuando tienen urgencia sensorial para aumentar su capacidad de vejiga y el tiempo entre micciones; revisar el medicamento y optimizar el tiempo de administración o sustituir medicamentos por otros que tengan menos efectos urinarios (estas recomendaciones se aplican especialmente a los diuréticos); brindar la asistencia necesaria cuando existe un deterioro de la destreza, la movilidad o el estado mental; y tratamiento del estreñimiento (grado de recomendación fuerte).

Tabla 7 Recomendaciones del tratamiento conservador

Recomendación	Grado de recomendación
Ofrezca a los varones con síntomas leves/moderados, mínimamente molestos por sus síntomas, una espera vigilante.	Fuerte
Ofrezca a los varones consejos sobre el estilo de vida de STUI antes o al mismo tiempo que el tratamiento.	Fuerte

2.3.3. Tratamiento farmacológico

Las alternativas farmacológicas son muy diversas, tanto individualmente como las posibles combinaciones existentes para poder personalizar el tratamiento de los STUI/HBP. Los diferentes fármacos disponibles según las recomendaciones de la EAU⁵ (grado de recomendación fuerte) son los siguientes:

2.3.3.1. Bloqueantes de los receptores α_1 -adrenérgicos

Reducen los síntomas prostáticos en un 30-40% y aumentan el Qmax hasta en un 25%⁵. La mejoría aparece a partir de la cuarta semana. No tienen ningún efecto sobre el volumen prostático ni modifican la evolución de la enfermedad o los valores del PSA. Están recomendados en varones con STUI moderados-graves y se debe advertir de los

posibles efectos secundarios relacionados con el sistema cardiovascular, como la hipotensión postural, mareos, síncope, etc., así como de la eyaculación retrógrada.

2.3.3.2. Inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5-ARI)

La eficacia clínica de estos fármacos se valora después de 2-4 años de tratamiento con una mejoría del IPSS del 15-30%, disminuye el tamaño de la próstata un 18-28% y aumenta el Qmax entre 1,5-2 mL en pacientes con STUI por agrandamiento prostático. Los efectos clínicos se obtienen a partir del año de tratamiento. Están recomendados en pacientes con síntomas moderados-graves en pacientes con próstatas agrandadas (>40 mL) y se debe informar a los pacientes que la mejoría clínica se presenta a partir de los 6 meses de tratamiento⁵.

2.3.3.3. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

Dada la relación existente entre STUI y disfunción eréctil, se realizaron diferentes estudios entre 12 y 64 semanas, que demostraron, no solo una mejoría en la función sexual, sino también una disminución de 6 puntos en el IPSS, en pacientes con síntomas especialmente de vaciado. Solo el tadalafilo 5 mg ha recibido la autorización de su uso en varones adultos con STUI, con o sin disfunción eréctil⁵.

2.3.3.4. Agonistas de los receptores β_3 -adrenérgicos

Mirabegron ha sido el primer fármaco de esta clase, y hasta ahora el único, que ha sido aprobado para el tratamiento de la VH. 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 vesical³⁹. Los efectos secundarios de mirabegron son comparables a los mostrados por placebo, y está contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada, por lo que siguiendo las guías de la EAU se recomienda para el tratamiento de varones con STUI moderados-graves con predominio de los síntomas de llenado⁵.

2.3.3.5. Anticolinérgicos

Estos fármacos son inhibidores competitivos de la acetilcolina, por lo que inhiben la contracción colinérgica de la musculatura vesical. Por este mecanismo de acción se aumenta la capacidad funcional de la vejiga, mejorando los síntomas de llenado. Es frecuente la coexistencia entre VH y obstrucción infravesical por HBP. En el 50-70% de los pacientes con obstrucción infravesical, se detectan signos urodinámicos de VH/detrusor hiperactivo⁴⁰. La recomendación de su uso es para varones con STUI moderados-severos con predominio de los síntomas de llenado, pero no deben ser utilizados en pacientes con un residuo posmiccional >150 mL⁵.

2.3.3.6. Tratamiento combinado con α -bloqueantes y antimuscarínicos

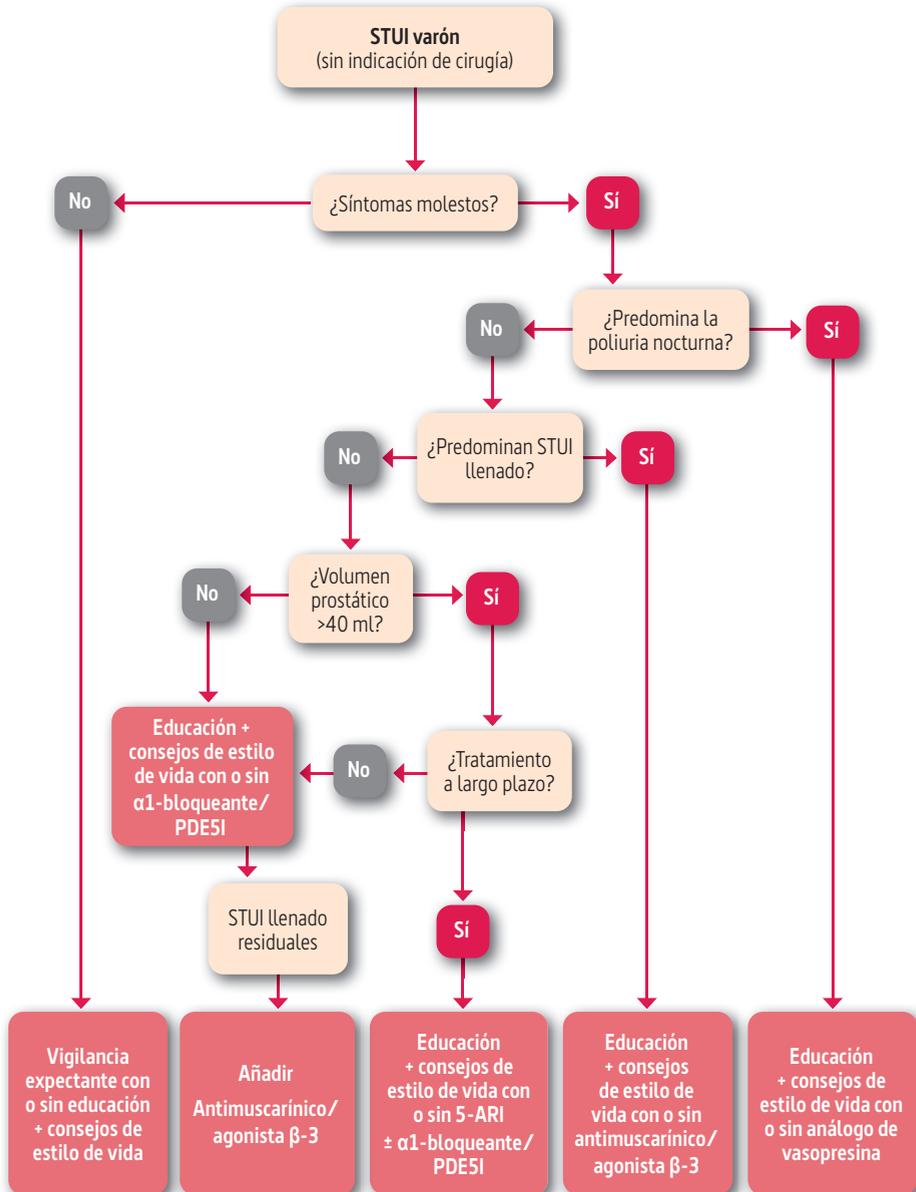
En el caso de asociación entre HBP-VH, el tratamiento con monoterapia puede resultar incompleto para estos pacientes con síntomas mixtos. En el estudio NEPTUNE (solifenacina 6 mg + 0,4 mg tamsulosina de liberación controlada [*oral controlled absorption system*, OCAS] en pacientes con IPSS ≥ 13) se observó una disminución estadísticamente significativa frente a placebo, tanto de la puntuación global del IPSS, como de los episodios de urgencia/frecuencia, demostrando la no inferioridad en IPSS total y mejoría en urgencia/frecuencia frente a la monoterapia con tamsulosina OCAS⁴¹. La última guía de la EAU⁵ establece que esta terapia combinada está indicada en pacientes con síntomas moderados-graves si el alivio de los síntomas de llenado ha sido insuficiente con monoterapia. Existe un bajo riesgo de retención aguda de orina en varones con residuo posmiccional <150 mL⁴².

2.3.3.7. Tratamiento combinado con α -bloqueantes y 5-ARI

Dos grandes estudios prospectivos, aleatorizados, doble ciego y multicéntricos (MTOPS y CombAT)^{43,44} han demostrado que a largo plazo (5 años), esta terapia combinada es más eficaz que las monoterapias respectivas en la reducción de la evolución clínica global y la incidencia de las complicaciones, incluidos los episodios de RAO y la necesidad de cirugía asociada a la HBP. A diferencia del estudio MTOPS⁴³, en el estudio CombAT⁴⁴ 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. La principal crítica que algunos autores hacen de este estudio es la falta de grupo placebo. Así, en el estudio MTOPS⁴³ 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 RAO. En el estudio CombAT⁴⁴, el 4,2% de los pacientes tratados con la asociación dutasterida/tamsulosina presentaron una RAO o fueron sometidos a cirugía frente al 5,2% en el grupo dutasterida y el 11,9% en el grupo tamsulosina. Siguiendo las indicaciones de la EAU⁵, esta combinación está indicada en pacientes STUI de moderado a grave y un mayor riesgo de progresión de la enfermedad (por ejemplo, volumen de la próstata >40 mL).

Así pues, existen distintos escenarios que precisan diferentes tratamientos individualizados (figura 9), basados en los distintos mecanismos de acción que poseen cada uno de los fármacos y las características de cada paciente, tanto en lo que se refiere a la gravedad de los síntomas como en la influencia de los mismos en el deterioro de la calidad de vida.

Figura 9 Algoritmo de tratamiento médico de los STUI de la EAU (las decisiones de tratamiento dependen de los resultados obtenidos durante la evaluación inicial)



3

Expectativas y satisfacción del paciente

Manuel Ramón Bernal Pacheco y Carmen González Enguita

Los STUI constituyen una de las dolencias más frecuentes del varón adulto y que más perturban su calidad de vida, siendo la HBP la causa más frecuente⁴⁵. Los STUI se asocian al envejecimiento, por lo que el paciente puede asumirlos como síntomas propios del proceso evolutivo. Al estar incluso el paciente habituado a convivir con ellos, se podrían considerar infradiagnosticados e infratratados⁴⁶. En un estado del bienestar, con la esperanza de encontrar una vida más saludable, son motivo de consulta cada vez más frecuente, lo que genera una alta demanda y dedicación.

Las guías de práctica clínica⁵ indican que los esquemas diagnósticos y las pautas terapéuticas nunca pueden reemplazar a la experiencia clínica en la toma de decisiones en pacientes individuales. Sin embargo, como recomendaciones que son, ayudan a enfocar o dirigir estas decisiones, teniendo siempre en cuenta los valores personales, las preferencias y las circunstancias de cada paciente. Los estándares de calidad se derivan de la mejor evidencia disponible y abordan tres dimensiones: efectividad clínica, seguridad y experiencia del paciente. La experiencia del paciente es la clave y la esencia para garantizar que la atención sanitaria sea la más apropiada posible⁴⁷.

3.1. Medicina basada en la evidencia, medicina basada en datos del mundo real y medicina centrada en el paciente

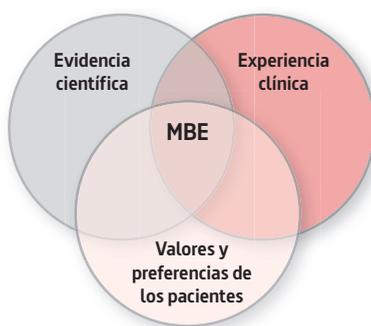
Vivimos sin duda momentos de cambios en la atención al paciente. Los datos de la medicina basada en la evidencia científica (MBE), que nos rige y nos dirige, deben de manera inexcusable conjugarse con los de la medicina basada en datos de la vida real (*Real World Evidence*, RWE), los de la clínica diaria y cotidiana, y con los que el propio paciente vierte. Formando parte de los resultados, se incorpora su opinión, su experiencia y su vivencia. Se instaura una nueva filosofía de trabajo que gira en torno al paciente, lo que hoy se conoce como medicina centrada en el paciente (MCP).

La MBE supuso hace unas décadas un cambio de paradigma en la práctica clínica⁴⁸. Siendo universalmente difundida, y rápidamente admitida, social y profesionalmente, sus fines

32 se centraron en la enfermedad como disfunción o alteración patológica. Y el saber y el conocimiento científico y tecnológico, en la mejor herramienta para poder abordarla y combatirla. Es la medicina que utiliza los hechos firmemente establecidos provenientes de ensayos clínicos, controlados y aleatorizados, de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Es la Medicina que exige que solamente las pruebas científicas observadas y consensuadas puedan ser la base en la que fundamentar las recomendaciones médicas.

De la filosofía de la MBE, la descripción de su triada ha sido la menos conocida o difundida (figura 10). Junto a la experiencia clínica y las habilidades diagnósticas (pericia) de los profesionales, asocia los valores y preferencias de los pacientes, conocidas hoy como expectativas y perspectivas, en el cuidado de su salud. De tal manera que, para tomar una decisión terapéutica, desde el prisma de la MBE, se requiere la integración de la experiencia clínica individual con los mejores datos objetivos (evidencia clínica disponible) considerando los valores y las preferencias de los pacientes. Como evidencia suficiente para la toma de decisiones, se resta importancia a la intuición, a la experiencia clínica no sistematizada y a la justificación fisiopatológica.

Figura 10 Medicina basada en evidencias. Intersección circunscrita a sus tres elementos: mejor evidencia científica disponible, experiencia (pericia) clínica y valores y preferencias de los pacientes



Adaptada de⁴⁹.

La información resultante de los ensayos clínicos presenta unas limitaciones muy conocidas a la hora de trasladarlos al mundo real. Hacen que sea difícil generalizar los hallazgos para poblaciones más grandes (miles de pacientes), así como para proveedores de salud y/o entornos o sistemas de atención médica que reflejan el uso real en la práctica. La clave para comprender y complementar el conocimiento adquirido de los ensayos clínicos tradicionales proviene de los datos que genera la medicina basada en evidencias del mundo real (RWE)⁵⁰. Es la información proveniente de otras fuentes ajenas a la investigación clínica (MBE) y es la que relaciona el estado de salud del paciente con la prestación

de la atención médica recibida, siendo esta recopilada de forma rutinaria por una variada relación de fuentes (registros móviles o electrónicos de salud, de enfermedad, de productos, reclamaciones, facturación o datos generados directamente por el paciente).

La RWE puede informar del desarrollo terapéutico aplicado, de la investigación de los sistemas de atención médica, de la mejora de la calidad, de la vigilancia de la seguridad, de los estudios de efectividad bien controlados, de resultados, y de la atención al paciente. Paralelamente también puede informar sobre cómo el sistema de salud, el entorno clínico y las características del que proporciona salud (proveedor) influyen en los efectos y resultados del tratamiento. El desarrollo de *big data* y sus herramientas permiten analizar multitud de datos provenientes de variables biomédicas tradicionales. Y así, posiblemente en un futuro muy próximo se podrán establecer algoritmos que con precisión podrán determinar diagnósticos, tratamientos, establecer pronósticos y predecir cursos evolutivos provenientes de datos de una trayectoria clínica real. Sin embargo, *big data* no puede incorporar datos que provienen directamente del paciente respecto a sus valores y preferencias, ya que esta información no se está recopilando de forma sistemática. Esta reflexión conlleva la urgencia de incorporar esta nueva manera de trabajar en el quehacer cotidiano de los profesionales de la salud.

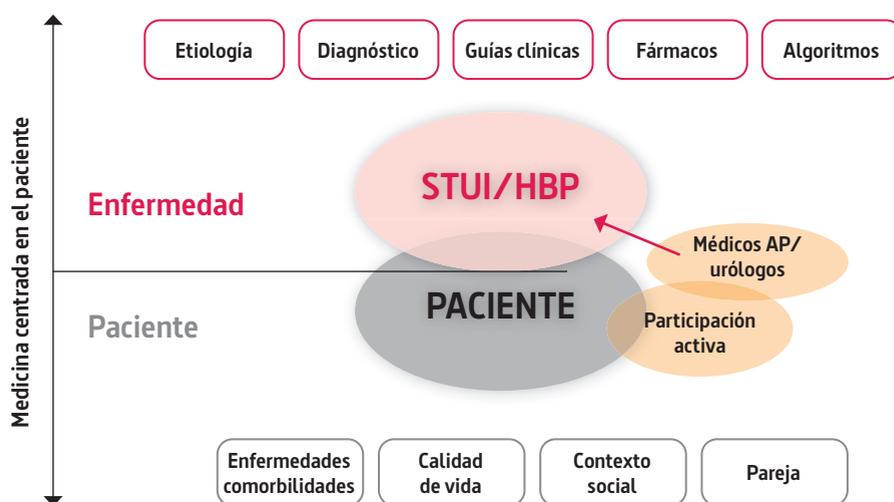
La medicina actual se está desarrollando en un nuevo escenario. Se encuentra inmersa en una profunda transformación gracias a los grandes avances del conocimiento de la biología molecular, de la tecnología y de la revolución digital. En este abrumador ambiente de avances y progresos hay que ser consciente y consecuente de que el enfoque médico debe estar puesto en el individuo y en el re-descubrimiento de la variabilidad individual. Para ello se precisa un profundo cambio cultural: se debe recuperar la esencia del cuidado médico, y potenciar el innegable principio hipocrático de que hay muchos pacientes parecidos, pero que todos son diferentes⁵¹.

La esencia de la MCP es tan antigua como la propia medicina. El término actual fue definido hace ya más de 20 años⁵² como la atención sanitaria que tiene como objetivo mejorar los resultados de pacientes individuales, teniendo en cuenta sus preferencias, objetivos y valores, así como los recursos económicos disponibles⁵³. El interés médico debe trascender más allá de los aspectos biológicos y técnicos del organismo enfermo y de la enfermedad, rememorando necesariamente el principio hipocrático de que deben tratarse enfermos y no enfermedades. Debe estar puesto en el individuo como persona, más allá de ser miembro de un grupo poblacional. Es preciso acercarse al paciente con la tecnología más avanzada, creando conexiones, cuidando la relación médico-paciente, y evitando que la distancia de lo digital lo transforme en un lejano y aislado e-paciente. Se trata de ver la necesidad de individualizar la atención, de ofrecer y humanizar el mejor cuidado sanitario, teniendo en cuenta los valores y preferencias de las personas⁵³. Este necesario

34 cambio cultural obligará a revisar los principios éticos de la relación médico-paciente. En pocos años veremos como el modelo de relación paternalista (beneficiencia) pasará a un nuevo modelo basado en la autonomía del paciente, donde las preferencias de estos, la toma de decisiones compartidas o la capacitación (empoderamiento/autogestión) serán elementos consustanciales para esta nueva manera de trabajar en Medicina⁵³.

La experiencia de la MCP en el área urológica es apenas existente, y sin embargo los STUI/HBP son un terreno especialmente fértil para la implementación de una MCP. Con los pacientes se pueden compartir directrices y tratamientos que constituyen la base sólida del conocimiento (MBE). Conocemos y conoceremos los resultados de regímenes de tratamiento ya instaurados con anterioridad pudiendo establecer tablas pronósticas (RWE). Y se sabe que habiendo pautas de tratamiento con resultados variables en diferentes procesos donde los STUI son protagonistas, se debe de contar con las expectativas, preferencias y sentimientos de los pacientes para la toma de decisiones (figura 11). No debería practicarse una MCP sin contar con la mejor evidencia disponible, ni es posible practicar una MBE cuyo objetivo final esté lejos del paciente individual. Optar por una MCP debe mejorar la atención al paciente y mejorar el cumplimiento terapéutico (adherencia)^{54,55}.

Figura 11 Modelo tradicional de manejo y tratamiento de los STUI/HBP



Adaptada^{54,55}.

Centrado en las características de la enfermedad, basado en las guías clínicas y algoritmos, y apoyados en la MBE (parte superior). Propuesta de interrelacionar el modelo tradicional con la implementación de una estrecha colaboración entre médicos de Atención Primaria y urólogos. Centrado en el paciente: participación activa del paciente durante los procesos de evaluación diagnóstica y toma de decisiones, considerando las dimensiones psicológicas de la experiencia de enfermedad (parte inferior).

3.2. La expectativa y la satisfacción del paciente

El paciente y su satisfacción son el termómetro actual de todas las actuaciones médicas, el motor central y principal del sistema sanitario. Hasta ahora, los profesionales de la salud eran capaces de delimitar las necesidades y medir la satisfacción de los pacientes en base a sus conocimientos y experiencia. Contrariamente deben ser ellos mismos quienes determinen sus necesidades reales y sus expectativas. Todo esto implica un profundo cambio cultural de las organizaciones sanitarias y en la forma en la que los profesionales deben ver y tratar al paciente⁵⁶.

La satisfacción del paciente se describe como la diferencia entre lo que el paciente espera que ocurra (expectativas) y lo que dice haber obtenido (percepción de la experiencia) respecto al servicio prestado. El mayor nivel de satisfacción se obtendrá cuanto mayor se adecuen (o se superen) las expectativas de los pacientes y la calidad de lo que estos perciben. La mayor insatisfacción se produciría cuando el paciente posee una expectativa exigente y recibe una mala asistencia⁵⁷. Atender pacientes que padecen STUI/HBP requiere contar con su satisfacción y, para ello, es preciso implementar una serie de herramientas que no son de uso común en los sistemas: cuestionarios, mayor tiempo de entrevista...⁴⁹ Por tanto, es necesario acudir a los propios pacientes y contar con su máxima participación. Conocer lo que necesitan y lo que esperan (expectativa real y potencial) del sistema sanitario, de una actuación diagnóstica/terapéutica, de un fármaco, de una atención médica, de un cuidado... Es preciso incorporar a las decisiones, sus preocupaciones, su opinión y su punto de vista. Implicarlos en el proceso de mejora potenciando su protagonismo (paciente activo) y su responsabilidad en la autogestión/autocuidado (empoderamiento). Es preciso mejorar su percepción sobre el esfuerzo que se está realizando para que el nivel de la calidad asistencial, el servicio y su satisfacción sean cada vez mejores.

Medir la satisfacción del paciente siempre es importante, pero esta importancia todavía es más relevante en aquellas situaciones en las que no hay un tratamiento definido, existen diferentes líneas terapéuticas disponibles, diferentes vías de administración, distintos regímenes de dosificación, cuando la eficacia de las alternativas terapéuticas es incompleta, se presentan efectos secundarios o cuando la adherencia al tratamiento a largo plazo es subóptima⁵⁸. Ello es especialmente notorio en las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas, de larga duración y de progresión lenta, y el envejecimiento son dos realidades de dedicación máxima para la medicina actual. El enfoque terapéutico suele basarse en medir la gravedad de la enfermedad con datos objetivos

y obtener resultados de los tratamientos aplicados, cuantificándolos respecto a la curación u otro efecto sobre la enfermedad⁵⁹. Como sabemos los STUI/HBP y la VH son entidades de carácter crónico que acontecen durante el proceso del envejecimiento. Nos preguntamos si como en otras patologías crónicas (psoriasis, enfermedad de Parkinson, artrosis, etc.), los objetivos terapéuticos no tienen en cuenta la perspectiva del paciente sabiendo de la necesidad de incluir sus preferencias en el manejo diagnóstico de la enfermedad y a la hora de realizar intervenciones. Se trataría de identificar aquellos síntomas menos visibles, psicológicos o de la esfera social del paciente que puedan tener un impacto significativo en la reducción de la carga de la enfermedad percibida⁵⁷.

Para situar al paciente en el centro del proceso es preciso conocer sus expectativas y la percepción de los tratamientos antes de tomar la decisión de iniciarlos (decisiones compartidas), así como la satisfacción con dicha opción terapéutica una vez instaurados⁵⁷. Recordando la silla del Dr. Marañón (1887-1960), como elemento vertebrador que permite observar, escuchar, palpar y tocar (explorar), sentir y acompañar al paciente, en ese escenario donde médico y paciente establecen un diálogo cercano, la anamnesis debe ir más allá de la entrevista clínica centrada exclusivamente en la enfermedad. Ese diálogo cercano debe de recoger la biografía completa del paciente: cómo vive, asume o se enfrenta a la enfermedad, cuál es su actitud, su estado de ánimo, su salud en general, cómo le afecta a su intimidad (personal o de pareja) o cómo lo conjuga con su entorno familiar (incluidos cuidadores), social (amigos) o laboral. Claramente los STUI/HBP influyen de manera destacada en todos estos factores descritos.

Incorporar la experiencia del paciente, enmarcada dentro de su propia atención sanitaria es una necesidad, pero la tarea no es fácil. Comprender las frustraciones del paciente en torno a su patología, sus inseguridades/temores e incertidumbres en las fases en las que interactúa con los profesionales del equipo multidisciplinar es complejo y requiere un análisis profundo⁶⁰. Valorar la experiencia del paciente nos ayudará a entender en qué fases podemos cubrir sus necesidades para establecer una relación terapéutica más efectiva, intentando reconocer oportunidades que favorezcan el incremento de la calidad de la atención sanitaria recibida, elevar su nivel de satisfacción, así como sus propias expectativas⁶¹. Con el nombre de *patient journey* se conoce la realización de un mapa con la descripción de todo el proceso relativo a un paciente desde el momento en que se detecta un problema de salud, su interacción con los médicos que realizan el diagnóstico, la concienciación de la enfermedad y el tratamiento para la curación o para frenar el curso de la enfermedad. Al mismo tiempo, incorporar herramientas que pongan en relieve la experiencia de los pacientes,

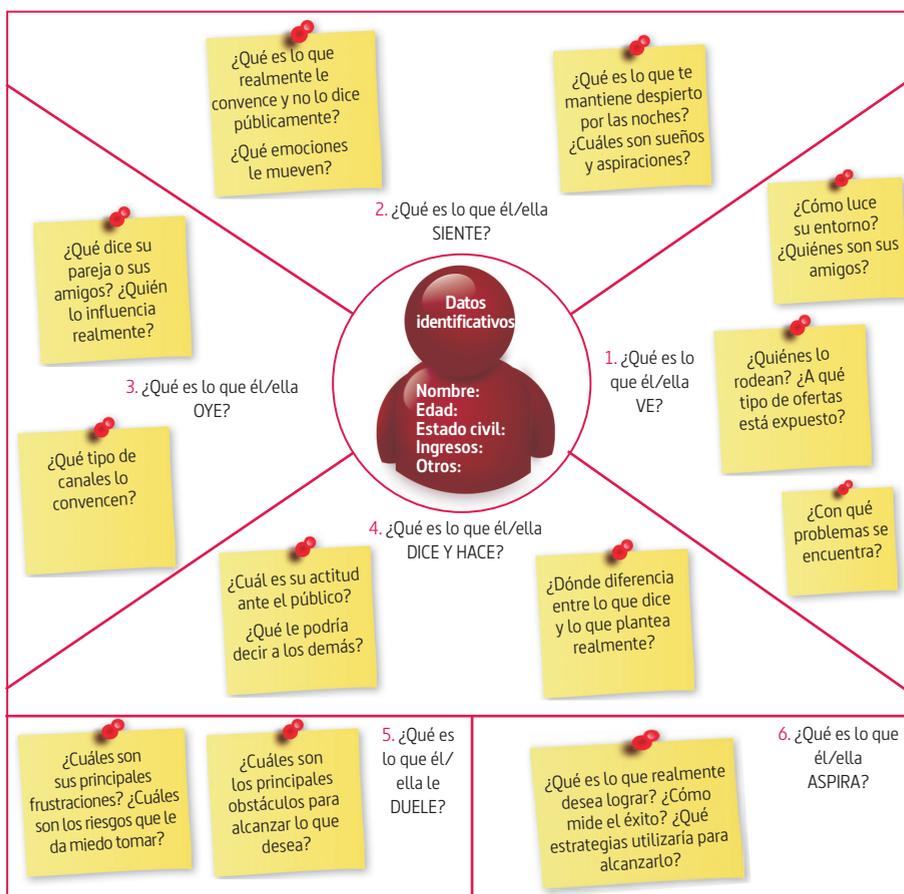
provocará una mayor racionalización de recursos sanitarios, mejorará los resultados clínicos, contribuirá a desarrollar su salud a través de cambios en los estilos de vida, disminuirá la aparición de complicaciones y se incrementará la capacidad de afrontamiento de la persona y su entorno. En consecuencia, aumentará su calidad de vida y mejorará la adherencia a los tratamientos propuestos⁶².

La puesta en marcha de estas iniciativas requiere de una metodología concreta basada en un ejercicio guiado por la empatía en la identificación de las competencias básicas demostradas por el paciente, y cuyos objetivos principales son los siguientes:

- Promover la figura de equipos de profesionales especializados en la atención a personas con HBP, que permita ofrecer una continuidad asistencial en el manejo de su proceso asistencial.
- Ofrecer personas de apoyo al paciente para lograr una mayor empatía y mejor entendimiento de la información brindada.
- Crear espacios de encuentro entre pacientes y profesionales que permitan resolver dudas y ampliar la información. Y, de igual forma, actividades educativas para los profesionales sanitarios y para dar a conocer las necesidades desde la perspectiva del paciente y en materia de comunicación.
- Promover las asociaciones de pacientes con la implicación de profesionales sanitarios. El apoyo entre personas afectadas por la misma enfermedad favorece la comprensión mutua y reduce la angustia.
- Ofrecer una mayor información sobre el proceso asistencial, que permita a la persona comprenderlo y encontrar el sentido del mismo.
- Adoptar un enfoque asistencial centrado en la persona, no en la enfermedad, ofreciendo una continuidad en la atención que contemple aquellas dificultades que vayan apareciendo en la vida de la persona.
- Crear comités de pacientes en los centros hospitalarios, que permitan asesorar acerca de cómo adaptar la asistencia a las necesidades y expectativas de los usuarios.

En definitiva, debemos promover el contacto y diálogo entre pacientes y profesionales, así como aunar esfuerzos e implicación con los profesionales sanitarios. Esta intervención es el resultado del trabajo en equipo de personas involucradas en un espacio de trabajo colaborativo para favorecer la reflexión y concienciar acerca de la importancia de escuchar al paciente y considerar aquellos factores que le importan y le preocupan (figura 12)⁶³, más allá del impacto clínico de su propia patología⁶⁴.

Figura 12 Mapa de la empatía con el paciente y sus circunstancias en el centro: lo que piensa, siente, oye, ve, dice y hace



Adaptada de⁶³.

3.3. Herramientas de medida

Para realizar el análisis y la evaluación de la opinión/satisfacción del paciente, los sistemas e instituciones sanitarias precisan herramientas de investigación, tales como informes y encuestas para pacientes. Las encuestas deben centrarse en aspectos relacionados con el diagnóstico, en el impacto de las manifestaciones de la enfermedad en la calidad de vida, en la relación entre médicos y pacientes, en las necesidades de tratamiento no atendidas, en la percepción de los pacientes con respecto a la atención médica, en las terapias actuales y/o recibidas y en el deseo de nuevas terapias.

La encuesta tradicional está creada por profesionales sanitarios y en multitud de ocasiones la percepción de los pacientes no se corresponde con la percepción del médico para una misma situación de la enfermedad⁶⁵. No recoge aspectos que el paciente puede considerar esenciales, lo que de verdad le interesa, lo que realmente le importa. No incluye toda su biografía ni todo su universo (personal, íntimo, social o laboral). Hay que tener presente estas circunstancias que sugieren un desajuste entre la percepción del paciente y los objetivos del tratamiento⁶⁶, ya que se ha demostrado que la satisfacción del paciente predice la adherencia al tratamiento y mejora la efectividad.

Las razones de estas discrepancias pueden estar relacionadas con que el médico únicamente tiene en cuenta medidas objetivas probablemente basadas en la exploración física, mientras que los pacientes valoran la gravedad de un modo subjetivo. Básicamente no son coincidentes los fines de unos y de otros, o es diferente la importancia que otorga cada uno de los colectivos a diferentes aspectos. Cuando estas discrepancias existen deben ser tenidas muy en cuenta para asegurar el control de la enfermedad debiendo buscar un adecuado alineamiento entre médicos y pacientes. Es conveniente pensar que se deben minimizar estas discrepancias, sobre todo sobre datos que determinan el impacto o la gravedad de la enfermedad, utilizando para ello herramientas de evaluación adecuadas. Es fundamental en el manejo de la enfermedad reforzar la comunicación, los objetivos y decisiones compartidas teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes⁶⁷.

A pesar de que las guías de práctica clínica reconocen la importancia de tener en cuenta las preferencias del paciente a la hora de determinar el tratamiento más apropiado de los STUI/HBP, apenas existen trabajos publicados referentes a estos aspectos. Una revisión sistemática que analizaba las preferencias, percepción y satisfacción de pacientes, urólogos y médicos de Atención Primaria de los diferentes tratamientos para pacientes de HBP, puso de manifiesto que la variabilidad era muy alta cuando se trataba de comparar los diferentes estudios por la heterogeneidad de los mismos⁶⁸. A pesar de ello, los autores sugieren que los estudios de satisfacción del paciente con tratamientos específicos generalmente muestran un alto nivel de satisfacción. Asimismo, que las perspectivas/satisfacción del paciente, y las del médico, con la gestión del tratamiento de la HBP pueden diferir, lo que puede generar un impacto en los resultados clínicos y en el cumplimiento (adherencia). Los pacientes prefieren las terapias que afectan a la progresión de la enfermedad a largo plazo frente a las que proporcionan una mejoría de los síntomas a corto plazo, lo que contrasta con las creencias de sus médicos^{68,69}. En otro estudio se demuestra que las expectativas del paciente con el tratamiento de la HBP fueron la mejora rápida de los síntomas (36,0%), la estabilización de los síntomas (35,5%) y la reducción del riesgo potencial de intervención quirúrgica (25,8%)⁷⁰.

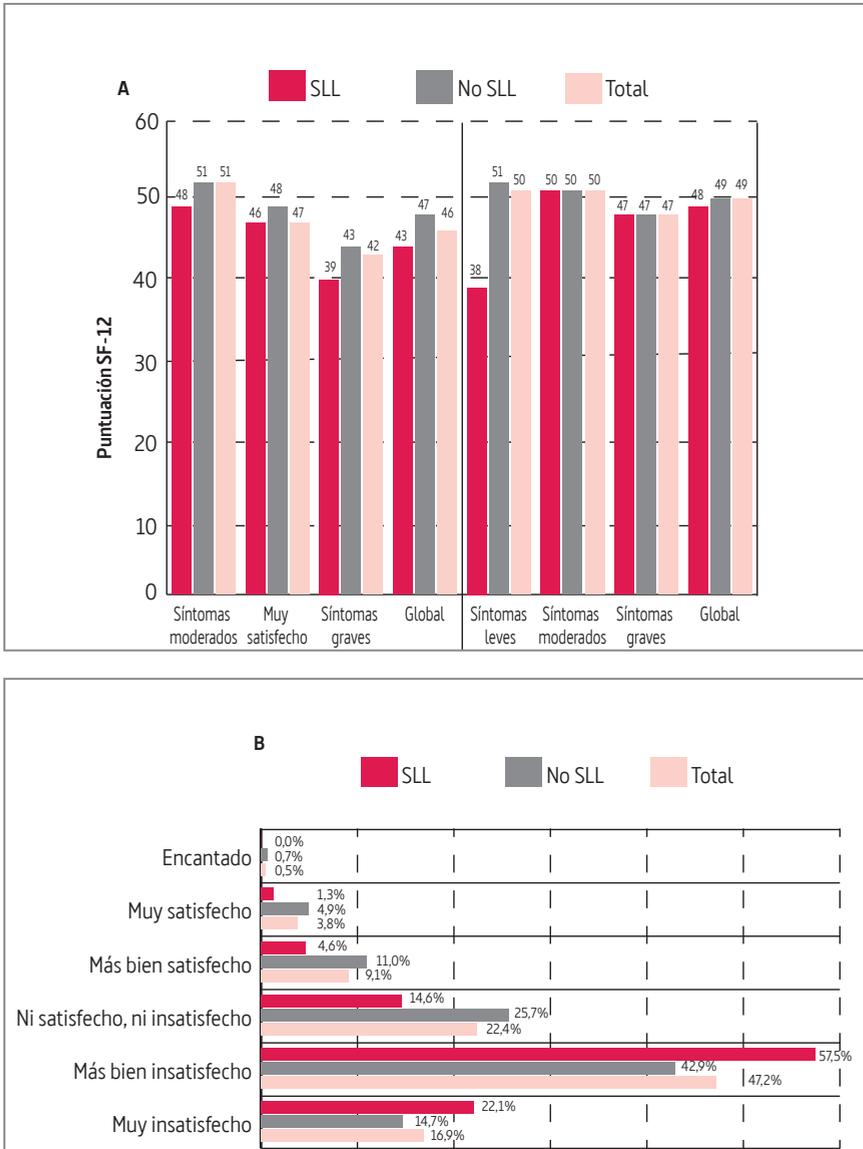
Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de cuestionarios validados para cuantificar y cualificar los STUI/HBP⁵. Sabiendo que los cuestionarios no son específicos de la enfermedad, ni de la edad, puntuar los síntomas es útil para su cuantificación y cualificación, lo que permite identificar su significado. A pesar de la recomendación, una revisión sistemática demuestra que no existe una correlación adecuada entre la valoración de síntomas individuales, con la expresión de los cuestionarios, así como la información de los estudios urodinámicos con cada uno de ellos⁵.

El cuestionario IPSS es una puntuación internacional de STUI relacionados con la próstata⁷¹. Consta de ocho ítems con 5 opciones de respuesta (0-5). Siete ítems consisten en preguntas sobre síntomas (de llenado y vaciado), y una última, la número 8, pregunta por la repercusión que estos provocan en la calidad de vida. La puntuación es sumatoria de tal manera que clasifica a los pacientes en asintomáticos (0 puntos), sintomáticos leves (1-7 puntos), moderados (8-19) y severos (20-35 puntos). No valora la incontinencia urinaria, ni los síntomas posmiccionales, ni la molestia causada por cada síntoma por separado. La pregunta número 8 es el único ítem que valora la repercusión de dichos síntomas en el bienestar del paciente, con un rango de 0 a 6 (desde la mínima a la máxima repercusión)⁷¹.

Por otra parte, apenas existen trabajos que relacionen los STUI/HBP con su impacto en la calidad de vida. Cambroneró *et al.*⁷² evaluaron el perfil de los STUI y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que acudían a las consultas externas de Urología, incluyendo 826 pacientes adultos varones que presentaban al menos un STUI *de novo* previamente no tratado. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Los pacientes completaron el cuestionario IPSS, el cuestionario de autoevaluación de control de la vejiga (B-SAQ) y los cuestionarios SF-12. Los síntomas de llenado fueron motivo de consulta en el 86%. La subpoblación con predominio de síntomas de llenado, frente al resto de pacientes del estudio, presentaba puntuaciones CACV más altas (6,9 frente a 4,8 para los síntomas; 7,8 frente a 5,1 para la molestia) y peor calidad de vida (ítem 8 del IPSS) (figura 13).

El estudio EpiLUTS^{73,74} es una encuesta transversal, representativa de la población, que se realizó a través de Internet en los Estados Unidos, el Reino Unido y Suecia. Se pidió a los participantes que calificaran la frecuencia y la molestia específica de los síntomas de los STUI individuales. Se utilizaron estadísticas descriptivas para examinar las diferencias en los subgrupos STUI del ICS. La muestra incluyó 30.000 participantes de los cuales 14.139 fueron varones. El porcentaje de respuesta a la encuesta fue del 59%. La tasa de molestia fue mayor para aquellos que informaron de STUI múltiples/combinados (de llenado, vaciado y posmiccionales) (varones 83%). A pesar de los altos porcentajes de superposición de síntomas y molestias específicas de síntomas, pocos participantes buscaron tratamiento para los STUI (menos de un tercio de los participantes con STUI de los tres grupos).

Figura 13 Perfil de STUI en el varón con HBP y su impacto en la calidad de vida



Adaptada de⁷².

A. Puntuación media obtenida en el cuestionario SF-12 en el componente físico y mental por subgrupos: población con predominio de síntomas de llenado (SLL), población sin predominio de síntomas de llenado (no SLL) y población total. B. Calidad de vida percibida según el ítem de calidad de vida relacionada con la salud del cuestionario IPSS por subgrupos (SLL, no SLL y total). SLL: población con predominio de síntomas de llenado.

42 Hoy se conoce que los aspectos psicológicos, sociales y culturales del paciente afectan al pronóstico de las enfermedades, por lo que estos datos se deben incorporar en la historia clínica. En la actualidad nuevos instrumentos/herramientas van a permitir incorporar datos objetivos relacionados con la perspectiva y la percepción del paciente, las preferencias, la satisfacción o la calidad de vida relacionada con la salud, el estado funcional o el dolor. Los PRO son variables referidas y percibidas por los pacientes. Los PREM (*Patients Reported Experience Measures* o medidas las experiencias descritas por los pacientes) miden la experiencia y la vivencia de los pacientes. El fin debe ser conseguir una calidad de vida global⁷⁵ trabajando resultados globales en salud. El concepto de valor en la atención sanitaria fue definido por Michael Porter⁷⁶ en 2010. Se trata de relacionar los resultados (*outcomes*) con los costes de una actuación en salud. Esta nueva, próxima y emergente manera de visualizar la medicina está generando una atención creciente por parte de reguladores, proveedores, pagadores, pacientes y clínicos. Para Porter⁷⁶ no hay más valor en la atención sanitaria que el valor para el paciente, y dicho valor debe de relacionarse con el coste.

Una de las iniciativas puestas en marcha más interesante para obtener resultados globales en salud, con variables que realmente importen a pacientes y a clínicos, es la propuesta por ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measures*, www.ichom.org)⁷⁷. Tiene como objetivo definir los resultados de valor para el paciente en distintas condiciones médicas. Reúne para diferentes patologías un conjunto de estándares para medir los resultados que más importan a los pacientes. Existe un conjunto estándar de ICHOM para VH como resultado de un arduo trabajo de un grupo de líderes y expertos en mediciones y pacientes. Los resultados que importan a estos pacientes van a ser aquellos relacionados con la gravedad de los síntomas, el estado clínico y funcional logrado, el tiempo de recuperación, la satisfacción obtenida con los cuidados, el malestar/efectos secundarios con los tratamientos, la función sexual, complicaciones, el estado clínico y consecuencias a largo plazo, el impacto social y el bienestar emocional.

Es preciso instar a profesionales de la salud a comenzar a medir estos resultados para comprender mejor cómo mejorar la vida de estos pacientes. No cabe duda de que este nuevo enfoque de los resultados va a revolucionar la forma de entender y analizar la atención sanitaria y la atención al paciente.

4

Progresión y seguimiento de los varones con STUI relacionados con HBP

José María Molero García y Pedro Blasco Hernández

4.1. Concepto de progresión de la HBP

La HBP es un fenómeno histopatológico caracterizado por una hiperplasia nodular no difusa, del tejido glandular epitelial-estromal y muscular prostático que afecta a las zonas de transición y periuretral. A menudo, la hiperplasia es multinodular, uniéndose para formar adenomas⁷⁸. Con frecuencia el adenoma produce un crecimiento de la glándula que puede favorecer un grado variable de obstrucción benigna de la salida vesical y la aparición de STUI^{78,79}. Se ha constatado que la HBP histológica produce obstrucción por compresión uretral o distorsión de la salida de la vejiga⁷⁸. La obstrucción vesical no es la causa de la HBP, es una consecuencia del adenoma⁷⁸. En la clínica, la HBP hace referencia al crecimiento benigno de la próstata, asociado a una obstrucción a la salida de la orina y que se manifiesta clínicamente con STUI de tipo mixto (25-50% de los casos de HBP histológica)⁷⁸. La obstrucción se correlaciona mejor con el riesgo de complicaciones que con la expresión de STUI⁷⁸. Por otra parte, las manifestaciones clínicas dependen en mayor medida de la localización del adenoma que de su tamaño. El adenoma del cuello vesical situado en la zona periuretral que forma el lóbulo medio distorsionaría la salida de la vejiga y causaría una obstrucción grave, incluso si es de pequeño tamaño. Los adenomas localizados en la zona de transición periuretral que forma los lóbulos laterales necesitarían alcanzar un aumento de tamaño notablemente mayor antes de causar compresión de la uretra prostática y obstrucción⁷⁹.

Existen diferentes factores etiológicos asociados con el desarrollo de agrandamiento y la evolución de la HBP histológica. Los factores más relacionados son la edad, factores hormonales, metabólicos, genéticos, la inflamación y los estilos de vida⁸⁰. La edad *per se* es el principal factor de riesgo. La prevalencia de HBP aumenta con la edad, estando presente en el 8-10% de varones de 31 a 40 años, en el 40-50% de 50 a 60 años y en más del 80% a partir de los 80 años³⁶. El envejecimiento produce cambios histológicos y hormo-

nales que favorecen la fibrosis vésico -prostática, atrofia del músculo liso y un aumento progresivo del volumen prostático⁸⁰. Además, se asocia con inflamación y enfermedad microvascular que provocan isquemia y estrés oxidativo^{80,81}. El tamaño de la glándula, es hormonodependiente y aumenta con la edad^{80,82}. La testosterona se convierte en dihidrotestosterona por las 5 α -reductasa del tejido estromal e induce la síntesis de los factores de crecimiento y favorece la proliferación celular⁸⁰. Las enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico aumentan el volumen prostático e incrementan la prevalencia de HBP^{80,83}. Además, la arteriosclerosis pélvica que aumenta con la edad ocasiona isquemia pelviana que favorece la fibrosis e hiperplasia de las estructuras pélvicas⁸⁰.

El desarrollo de la HBP histológica favorece el aumento de volumen y el riesgo de obstrucción. Numerosos estudios han demostrado que existe una buena correlación entre la valoración ecográfica de protrusión prostática intravesical y el volumen prostático con el grado de obstrucción y la progresión de la enfermedad^{78,79}. El aumento del volumen y de la obstrucción se relacionan con la mayor incidencia de complicaciones^{82,84}. Diferentes estudios han demostrado la progresión de la HBP a largo plazo y que el crecimiento de la glándula depende del volumen inicial^{82,84-88}. La progresión de la HBP está asociada a la edad más avanzada, un aumento del volumen prostático (>30-40 mL), un valor del PSA $\geq 1,5$ ng/mL, un IPSS más alto (moderado a severo), un Qmax más bajo (<10 mL/s) y un aumento del volumen residual posmiccional^{32,33,44,82,85,86,89}. Estos parámetros deben tenerse en cuenta a la hora de decidir el manejo terapéutico más adecuado y para realzar el seguimiento clínico.

No obstante, esta progresión no se produce en todos los pacientes, y cuando se produce, no lo hace a la misma velocidad en todos ellos^{82,84-86}. A nivel clínico, la progresión se caracteriza principalmente por un empeoramiento de los STUI (IPSS ≥ 4 puntos), especialmente de los síntomas de llenado (urgencia, nocturia) y también debilidad del flujo urinario⁸⁷. El empeoramiento de los síntomas supone el 79,5% de los eventos de progresión general (14-20% en 4,5 años)^{82,88,90}. Las complicaciones son eventos de progresión menos frecuentes. Se estima aproximadamente entre un 2-3% la incidencia acumulada de RAO a los 4,5 años (14,8% de los eventos de progresión general) y del 5-6% en la necesidad de tratamiento invasiva relacionada con la HBP^{44,82,86,90}.

4.2. Seguimiento clínico de los pacientes con STUI relacionados con HBP

La necesidad de realizar un seguimiento clínico periódico y estandarizado está justificada por la tendencia a la progresión clínica de la HBP con la edad, así como la tendencia a una baja adherencia de los pacientes a las medidas terapéuticas adoptadas³². El seguimiento de todas las modalidades de tratamiento (vigilancia activa, farmacológico o quirúrgico) se basa en datos empíricos o consideraciones teóricas, pero no en estudios basados en

evidencia^{5,33}. El seguimiento de pacientes en tratamiento conservador y farmacológico lo realizará el médico de familia en Atención Primaria^{83,84}. Los pacientes sometidos a cirugía que obtienen un alivio sintomático son pacientes monitorizados habitualmente por Urología, por lo que cualquier recidiva de los síntomas deberá ser derivada^{5,33}. En el seguimiento es preciso definir los intervalos de seguimiento y exámenes a realizar. El contenido y la cronología del seguimiento (tabla 8) dependerán de la modalidad de tratamiento utilizado y si se utiliza o no tratamiento de combinación (con 5-ARI)⁸⁴.

Tabla 8 Recomendaciones de seguimiento de los pacientes con STUI/HBP en tratamiento farmacológico

Visitas de seguimiento	Fecha de la visita		Actividades
	AB, Tadalafilo, AM	5-ARI	
Seguimiento al inicio del tratamiento			
1. ^a	1. ^{er} mes	3. ^{er} mes	Anamnesis sobre tolerancia y efectos adversos
2. ^a	3. ^{er} mes	6. ^o mes	<ul style="list-style-type: none"> Anamnesis sobre efectividad, seguridad, tolerancia y adherencia Cumplimentar IPSS¹ Determinar PSA (tratamiento con 5-ARI)²
3. ^a	1. ^{er} año	1. ^{er} año	<ul style="list-style-type: none"> Anamnesis para confirmar la efectividad, seguridad y adherencia al tratamiento a medio plazo Cumplimentar IPSS¹ Repetir PSA (tratamiento con 5-ARI)³
Seguimiento del paciente con STUI/HBP en situación estable tanto en actitud de vigilancia sin tratamiento farmacológico como en varones con tratamiento farmacológico (buena tolerancia y respuesta al tratamiento¹)			
Anual	Cada 12 meses mientras el paciente se mantenga en situación estable		<ul style="list-style-type: none"> Monitorización clínica de los síntomas (anamnesis e IPSS) Valorar adherencia (anamnesis +/- cuestionarios específicos) Determinación de PSA (tratamiento con 5-ARI)⁴

5-ARI: Inhibidores de la 5-alfa-reductasa. AB: alfabloqueantes; AM: antimuscarínicos.

1. Buena respuesta IPSS: reducción de la puntuación del cuestionario IPSS ≥ 4 puntos. Si se consigue, se continuará el tratamiento pautado. Si no se consigue o empeora tras mejoría inicial, reevaluar como en valoración inicial y decidir según resultados: modificar el tratamiento o valorar derivación a Urología.
2. El valor del PSA se recude al 50% de su valor inicial tras 6 meses de tratamiento con un 5-ARI.
3. El valor del PSA sigue disminuyendo al menos durante el primer año del tratamiento. Repetir al año va a servir de valor de referencia para futuras monitorizaciones ("PSA nadir")
4. La elevación del PSA en el seguimiento, respecto al valor PSA nadir obliga a descartar la presencia de cáncer de próstata en varones con HBP. Suspender la determinación anual de PSA cuando la esperanza de vida sea < 10 años.

4.2.1. Cronología del seguimiento

El proceso del seguimiento debe contemplar:

- a. La valoración inicial de la tolerancia y de la respuesta tras la instauración del tratamiento (durante el primer año de iniciar el tratamiento).
- b. La monitorización de la evolución clínica y adherencia terapéutica, en varones en situación clínica de estabilidad de la buena tolerancia y respuesta al tratamiento.

4.2.2. Evaluación clínica durante el seguimiento

El seguimiento se realiza mediante la anamnesis de síntomas, cumplimentación del cuestionario IPSS y evaluación de la adherencia al tratamiento. La determinación de PSA se realizará en varones en tratamiento farmacológico con pautas de tratamiento en las que no estén incluidos los 5-ARI que muestren empeoramiento clínico y anualmente en varones en tratamiento con 5-ARI, para favorecer a la detección precoz de cáncer de próstata³³.

Al evaluar la efectividad se considera una buena respuesta al tratamiento farmacológico inicial la reducción de la puntuación ≥ 4 puntos del IPSS, respecto a la obtenida en el diagnóstico inicial. Si se logra esta reducción, se continuará el tratamiento pautado. Cuando se produce un empeoramiento objetivo de los síntomas (reducción del IPSS < 4 puntos respecto al basal o el incremento sobre el mismo), hay que realizar una nueva evaluación clínica, similar a la del diagnóstico inicial, valorar el cambio de tratamiento o la derivación a Urología de los pacientes seguidos en Atención Primaria^{5,32,33}.

4.2.3. Seguimiento en pacientes no tratados en espera vigilada

Se recomienda una revisión inicial a los 6 meses del diagnóstico, revisando el cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas. Posteriormente se realizará un seguimiento anual. Si existe un empeoramiento del IPSS alcanzado puntuaciones de intensidad moderadas, se reevaluará al paciente con el mismo protocolo que en el diagnóstico inicial: anamnesis, IPSS, exploración física, sedimento de orina, bioquímica (glucemia, creatinina y PSA) y ecografía urológica-abdominal, y a partir de los resultados se valorará iniciar un tratamiento farmacológico³³.

4.2.4. Seguimiento del tratamiento farmacológico

4.2.4.1. Seguimiento al inicio del tratamiento farmacológico

Los objetivos de este seguimiento tras iniciar el tratamiento farmacológico son comprobar la tolerancia al tratamiento y la repuesta clínica³². Los detalles del seguimiento se describen en la tabla 8.

- a. Primera visita. Se realizará de forma general al mes de iniciar el tratamiento, Se evalúa tolerancia a la medicación. Si no se tolera se debe cambiar el fármaco.
- b. Segunda visita. Su objetivo es confirmar la tolerancia y se evalúa la efectividad y adherencia al tratamiento, mediante la anamnesis con cumplimentación del cuestionario IPSS. En pautas de tratamiento sin 5-ARI, se realizará al tercer mes de iniciar el tratamiento. En varones con pautas de tratamiento con 5-ARI, se realizará al sexto mes de iniciado el tratamiento. Se evaluará mediante la anamnesis con cumplimentación del cuestionario IPSS. Además, en las pautas con 5-ARI, se determinará el PSA. Si existe un cumplimiento adecuado, el valor del PSA se reduce al 50% de su valor a los 6 meses de iniciar el tratamiento. Si no se alcanza este nivel, se debe valorar un incumplimiento terapéutico.
- c. Tercera visita. Se realiza al año de iniciar el tratamiento, sus objetivos son confirmar la efectividad y adherencia al tratamiento a medio plazo. Se realiza mediante la anamnesis, la cumplimentación del cuestionario IPSS y valoración de adherencia. En varones tratados con pautas que incluyen 5-ARI, se determinará el PSA, pues su valor sigue disminuyendo durante el primer año del tratamiento. En este periodo es muy probable que se alcance la máxima reducción posible del PSA con el tratamiento del 5-ARI. Este nivel más bajo del PSA durante el seguimiento o PSA nadir se utilizará como valor de referencia para futuras monitorizaciones.

4.2.4.2. Seguimiento durante la fase de estabilidad clínica

Si existe una estabilidad clínica, se realizará un seguimiento anual, mediante anamnesis con cumplimentación del cuestionario IPSS e interrogatorio sobre adherencia. La determinación de PSA se realizará de forma anual en pacientes tratados con 5-ARI hasta que la esperanza de vida sea inferior a 10 años o cuando un diagnóstico de cáncer de próstata no alteraría el tratamiento ni el pronóstico de vida^{32,33}. El seguimiento clínico anual se mantendrá hasta que se produzca un empeoramiento de los síntomas. En este caso se realizará una evaluación de contenido similar a diagnóstico inicial. Según los resultados se valorará el cambio de tratamiento o la derivación a Urología (tabla 8).

48 En los pacientes tratados con 5-ARI es necesario interpretar correctamente la variación de las cifras de PSA para la detección de un posible cáncer de próstata coincidente con la HBP⁸⁴. En estos casos, si el valor del PSA obtenido en cualquier momento del seguimiento anual aumenta respecto al PSA nadir (valor más bajo del PSA obtenido durante el tratamiento 5-ARI), se recomienda lo siguiente:

- a. Confirmar cumplimiento terapéutico y descartar cambios entre presentaciones o moléculas de 5-ARI.
- b. En ausencia de estas circunstancias, se repetiría la determinación del PSA en 4-6 semanas.
- c. Si la nueva determinación indica un valor del PSA \geq al PSA nadir + 0,3, se debería descartar un cáncer de próstata^{32,33}.

4.3. Criterios de derivación a Urología durante el seguimiento de la HBP

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 seguimiento, pueden requerir la colaboración conjunta con los urólogos (tabla 9), generalmente por síntomas refractarios al tratamiento adecuado inicial, sospecha o necesidad de indicación de tratamiento quirúrgico y aparición de complicaciones durante el seguimiento^{5,32,33}.

Tabla 9 Criterios de derivación de Atención Primaria a Urología en pacientes con STUI/HBP durante el seguimiento del tratamiento farmacológico

Eventos	Características
Síntomas refractarios al tratamiento inicial adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Mala respuesta al tratamiento farmacológico (reducción de la puntuación del cuestionario IPSS <4 puntos) <ul style="list-style-type: none"> — Monoterapia con AB, AM, 5-ARI; IPDE-5 y combinación AB/AM: después de 3 meses de tratamiento. — Combinación AB/ 5-ARI: después de 6 meses de tratamiento. • Empeoramiento de los síntomas o refractariedad (incremento de la puntuación de cuestionario IPSS \geq 4 puntos). • Imposibilidad de realizar tratamiento farmacológico (intolerancia, efectos adversos, interacciones farmacológicas, rechazo del paciente).
Complicaciones durante el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición de complicaciones o aparición de nuevos síntomas. • En tratados con 5-ARI: elevación del PSA \geq0,3 ng/mL respecto al valor más bajo obtenido durante el tratamiento, confirmada y mantenida a las 4-6 semanas.

AB: bloqueantes de los receptores alfa-1-adrenérgicos; AM: antimuscarínicos; IPDE-5: inhibidores de la fosfodiesterasa 5; 5-ARI: inhibidores de la 5 α -reductasa.

4.4. La adherencia como problema en el seguimiento

A pesar de haberse establecido un marco de seguimiento claro, tanto por parte de los médicos de Atención Primaria como de los urólogos, la adherencia al tratamiento médico de los STUI asociados a la HBP, es baja en general. Por otra parte, la adherencia disminuye a medida que se prolonga el tiempo de tratamiento y, en general, esta falta de adherencia está relacionada con la presencia de efectos adversos secundarios a la toma de la medicación y la falta de cumplimiento de expectativas del paciente. Tan solo entre el 23% y el 40% de los pacientes continúa tomando la medicación al año del diagnóstico. La adherencia varía según el tipo de tratamiento establecido, así, según Cindolo *et al.*⁹¹ la tasa de adherencia en pacientes en tratamiento más de 6 meses fue de un 63% a los 10 meses, bajando a un 29% a los 12 meses. Esta persistencia es de un 35% (12 meses) y un 15% (60 meses en pacientes tratados con alfabloqueantes), un 18% (10 meses) y un 8% (12 meses) con tratamiento 5-ARI, un 9% (10 meses) y un 3% (12 meses) con tratamiento combinado (AB/5-ARI).

Como ocurre en cualquier otra enfermedad crónica la baja tasa de adherencia a largo plazo incrementa la progresión y la presencia de complicaciones. En la actualidad las posibilidades terapéuticas son claras, cada uno con sus características específicas y su tasa de adherencia concreta al año. Sin embargo, el hecho de la baja adherencia en general y de que el comportamiento sea similar al que ocurre en otras enfermedades crónicas hace pensar que algo se nos escapa, de modo que mejorar la tasa de adherencia tiene implicaciones adicionales a mejorar las moléculas y los regímenes de tratamiento. Una vez establecido un tratamiento correcto y un seguimiento adecuado deberemos poner en práctica un cambio de mirada que nos permita mejorar la adherencia realizando una atención centrada en el paciente y un trabajo integrado entre los profesionales.

4.5. Estrategias para mejorar la adherencia en el seguimiento

4.5.1. Atención centrada en el paciente

Si se admite que la adherencia al tratamiento en las patologías crónicas en general (y también en los STUI) es baja y considerada como un problema de primer nivel por la Organización Mundial de la Salud⁹², deberemos admitir también que el modelo de MBE, por sí mismo, no resuelve todos los problemas que se pensó en un primer momento resolvería. El concepto de MCP usado por primera vez en 1969 por Enid Blain⁹³ consiguió un rápido auge posiblemente en relación con la necesidad de dar un nuevo enfoque a la atención sanitaria que diese respuesta a problemas que la MBE no había resuelto, tales como la baja tasa de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.

Contra lo que se pueda creer, la MCP es un modelo de Medicina tan bien establecido como la MBE. Revisando diversos trabajos es posible reconocer dos dimensiones diferentes de este modelo que los profesionales deben tener presente:

1. La primera dimensión se refiere a que en una consulta centrada en el paciente el médico debe evaluar la enfermedad, así como cuatro dimensiones de la experiencia de la enfermedad por parte del paciente: los sentimientos acerca de estar enfermo, sus ideas sobre cuál es el origen de su enfermedad, el impacto del problema en su vida diaria y sus expectativas de tratamiento y de resultados a obtener⁹⁴.
2. La segunda dimensión implica fomentar un enfoque de consenso en las medidas terapéuticas participativo e igualitario con el paciente^{94,95}.

Estas dos dimensiones no son excluyentes y tienen efecto en la adherencia y resultados en salud. De esta forma podemos afirmar que el término MCP incluye la perspectiva de este, su contexto psicosocial, la toma de decisiones compartida, empoderamiento y responsabilidad⁵⁵. En un documento de consenso elaborado por representantes de la educación médica y organizaciones profesionales, se identificaron siete tareas esenciales de comunicación con el fin de mejorar la adherencia en el contexto de la MCP^{96,97} (tabla 10).

Tabla 10**Tareas fundamentales en la comunicación médico-paciente para mejorar la adherencia en el contexto de la MCP**

- Construir relación médico-paciente
- Abrirse a la discusión
- Recabar información
- Entender la perspectiva del paciente
- Compartir información
- Alcanzar consensos en los planes terapéuticos
- Cerrar la entrevista de forma adecuada

Adaptada de ^{96,97}.

4.6. Desarrollo de un trabajo integrado

Sabemos que el trabajo integrado mejora la adherencia y el cumplimiento terapéutico. En la actualidad el trabajo integrado no debe ser solo una idea estratégica de funcionamiento en un servicio de salud, sino que debe ser una forma real de trabajar que se traduzca en la implementación de herramientas concretas:

1. Desarrollo de comunicación interniveles fluida en ambos sentidos.

2. Implementación de las consultas de Enfermería como herramientas de control y seguimiento de tratamientos.
3. Integración de la Farmacia hospitalaria y comunitaria en la atención a los pacientes con STUI.

4.6.1. Desarrollo de la comunicación interniveles

El desarrollo de las técnicas de información (TIC) facilita la transmisión de la información, permite la formación complementaria entre niveles de atención, desarrollo de sesiones clínicas y, en definitiva, implementar la continuidad de cuidados. En el caso concreto de los STUI relacionados con la HBP la integración entre Atención Primaria y Especializada se encuentra ampliamente consolidada y definida.

4.6.2. Intervención de Enfermería

En una revisión sistemática sobre el papel de la intervención de la Enfermería en la mejora de la adherencia Verloo *et al.*⁹⁸ pusieron de manifiesto que las distintas intervenciones llevadas a cabo por la Enfermería de forma independiente y colaborativa con los facultativos se asociaban a un incremento de la adherencia terapéutica. Existen múltiples tipos de intervenciones de Enfermería descritas en la literatura tanto en solitario como en colaboración con otros estamentos (telemáticas, presenciales, etc.). En general cualquier tipo de intervención se ha mostrado útil en la mejora de la adherencia terapéutica frente a la no realización de la misma⁹⁸.

4.6.3. Integración de la farmacia hospitalaria

La integración de la Farmacia hospitalaria ha demostrado su eficacia en la mejora de la adherencia y la obtención de resultados en salud. En un ensayo clínico prospectivo y aleatorizado efectuado en el marco de las consultas de urología, los pacientes con STUI fueron asignados a un grupo de intervención del farmacéutico de hospital o a un grupo control⁹⁹. La adherencia al tratamiento fue del 91,4% en el grupo de intervención frente al 72,1% en el grupo control. La intervención por parte del farmacéutico tenía los siguientes objetivos:

1. Informar sobre la naturaleza y presentación clínica de los STUI secundarios al crecimiento prostático.
2. Informar sobre los tipos de medicamentos prescritos de forma habitual para esta enfermedad e información detallada sobre el medicamento prescrito al paciente.

3. Concienciar de la importancia de la adherencia a los medicamentos y su efecto en el control de los síntomas.
4. Recomendar modificaciones de la dieta y del estilo de vida que tendrán un efecto significativo en la mejora de los síntomas (pérdida de peso, cese de tabaquismo).
5. Explicar la asociación entre la interrupción de la medicación y el empeoramiento de los síntomas que sufren los pacientes.

Finalmente, además de este tipo de intervenciones, la prescripción electrónica se ha convertido en una herramienta muy útil en el tratamiento de los pacientes con STUI. Esta modalidad de prescripción mejora la seguridad del paciente, así como la disminución de los errores en la prescripción, mejora la gestión de los medicamentos, disminuye errores de dispensación, las falsificaciones, facilita la conciliación de medicamentos y reduce el riesgo de errores en la interpretación de la receta¹⁰⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for “prostatism”. *BMJ* 1994;308(6934):929-30.
2. Speakman MJ, McMeekin F. Management of male LUTS in general practice. *Trends in Urology & Men’s Health*. 2012;3:17-21.
3. Hald T, Blaivas, Buzelin JM, et al. Anatomy and aetiology of micturition disorders in old people and the role in this pathology. En Cockett ATK, Aso Y, Chatelain C, eds. *The international Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)*. Paris: World Health Organization, 1991; pp 21-7.
4. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmstern U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
5. Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Hermann TRW, Mamoulakis C, et al. Management of non-neurogenic male LUTS. *Guidelines European Association of Urology (EAU) 2020*. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>. Consultado el 13 de marzo de 2021.
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmstern 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.
7. Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp*. 2005;29(1):16-30.
8. 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.
9. Abdel-Aziz KF, Lemack GE. Overactive bladder in the male patient: bladder, outlet, or both? *Curr Urol Rep*. 2002;3(6):445-51.
10. Michel MC, Schneider T, Krege S, Goepel M. Does gender or age affect the efficacy and safety of tolterodine? *J Urol*. 2002;168(3):1027-31.
11. Alcántara Montero A. Concepto y Etiología. En *STUI/HBP: Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Hiperplasia benigna de próstata en el varón*. Madrid: Grupo Saned, S.L., 2019.
12. Alcántara Montero A. Síntomas del tracto urinario inferior en el varón. *Actualizaciones El Médico*. Madrid: Grupo Saned, S.L., 2016.
13. Unda Urzaiz M, Rodríguez Alcántara F, Badia X, García Losa M, Carballido Rodríguez J, Dal-Ré Saavedra R; Grupo ESECI-98. Socioclinical and diagnostic characteristics of prostatism in Spain at the end of the 20th century. [Article in Spanish]. *Actas Urol Esp*. 2001;25(3):200-6.
14. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol*. 1984;132:474-9.
15. Chatelain C, Denis L, Foo KT, Khoury S, McConnell J, editors. *Proceedings of the 5th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia*. United Kingdom: Health Publications Ltd; 2001; pp. 519-34.
16. Lepor H. Pathophysiology, epidemiology, and natural history of benign prostatic hyperplasia. *Rev Urol*. 2004;6 Suppl 9(Suppl 9):S3-S10.

17. Roehrborn CG, McConnell JD. Etiology, pathophysiology, epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ, editors. *Campbell's Urology*. 8th edition. Philadelphia, PA: W.B. Saunders, 2002; pp. 1297-336.
18. 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.
19. Miñana S, Rodríguez Antolín A, Prieto M, Pedrosa E. Perfiles de severidad en pacientes diagnosticados de hiperplasia benigna de próstata en España. *Actas Urol Esp*. 2013;37(9): 544-8.
20. García JL, Ravina M, Castro D. Evaluación preurodinámica. Cuestionarios. Atlas de urodinámica. Ed. Glosa. 2000, pp 27-34.
21. FDA Guidance for industry. Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims U.S Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, 2009.
22. Alonso-Caballero J, Ferrer-Flores M. Resultados reportados por los pacientes (PROs). Ed. Ergon, 2011.
23. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein AE. *Incontinence*. 6th edition. Bristol, UK: International Continence Society, 2017.
24. Matza LS, Thompson CL, Krasnow J, Brewster-Jordan J, Zyczynski T, Coyne KS. Test-retest reliability of four questionnaires for patients with overactive bladder: the overactive bladder questionnaire (OAB-q), patient perception of bladder condition (PPBC), urgency questionnaire (UQ), and the primary OAB symptom questionnaire (POSQ). *Neurourol Urodyn*. 2005;24(3):215-25.
25. Gray M. Psychometric evaluation of the International Prostate Symptom Score. *Urol Nurs*. 1998;18(3): 175-83.
26. Badía X, García-Losa M, Dal-Ré R, Carballido J, Serra M. Validation of a harmonized Spanish version of the IPSS: evidence of equivalence with the original American scale. *International Prostate Symptom Score*. *Urology*. 1998;52(4):614-20.
27. <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/baremo-internacional-sintomatologia-prostatica-ipss/>
28. Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm
29. DiNucci D. Fragmented future. *Print* 1999;53(4):32.
30. Cubelos J; 12-7-2007. Hacia una sanidad interactiva. *Diario Expansión*. Disponible en: https://www.expansion.com/2007/07/12/edicion_impresa/1015556.htm
31. Equipo Doctoralia. El perfil y el Comportamiento del Paciente 3.0 mostrado en el caso de los sitios web de Doctoralia. Disponible en: <https://www.blog.doctoralia.es/estudio-sobre-pacientes>
32. Esteban M, Alcántara A, Bernal MR, Blasco P, Flores H, Gutiérrez MI, et al. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Hiperplasia benigna de próstata en varón (HBP). Madrid: Sanidad y Ediciones, S. L., 2018. Disponible en: https://statics-correofarmacaceutico.uecdn.es/cms/sites/11/2018/12/criterios_paciente_STUI.pdf
33. Brenes FJ, Brotons F, Cozar JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Martínez-Berganza ML, et al. Criterios de derivación en HBP para AP, 5.G. 4ª edición. Madrid: J.F. Maguire, S.L., 2019.
34. Shim SR, Kim JH, Choi H, Bae JH, Kim HJ, Kwon SS, et al. Association between self-perception period of lower urinary tract symptoms and International Prostate Symptom Score: a propensity score matching study. *BMC Urol*. 2015; 15: 30. doi: 10.1186/s12894-015-0021-x.

35. Molero JM (coordinador), Adot JM, Brenes FJ, España M, Fernández-Pro A. Pautas de actuación y seguimiento (PAS): Síntomas del Trato Urinario inferior (STUI). Madrid: OMC, Fundación para la Formación, 2017.
36. Fernández C, Moreno J, Cano S, Fuentes ME, Bocardo G, Silmi A. Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hiperplasia benigna de próstata. Estudio de 1804 hombres de 40 años o más residentes en Madrid durante 1999-2000. *Actas Urol Esp.* 2009;33(1):43-51.
37. Burkhard FC (Chair), Bosch JL HR, Cruz F, Lemack GE, et al. Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. European Association of Urology (EAU) 2020. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/> Consultado el 24 de abril de 2020.
38. 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.
39. Alcántara Montero A. Novedades en el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva. *Semergen.* 2016;42(8):557-65.
40. Brenes Bermúdez F, Moncada Iribarren I, Hernández Fernández F. Utilidad de los alfabloqueantes en el tratamiento de distintos trastornos urológicos. *Med Clin (Barc).* 2012;139(13):582-7.
41. 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 randomized controlled NEPTUNE trial. *Eur Urol.* 2013;64(6):1003-12.
42. 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. doi: 10.1371/journal.pone.0170726.
43. 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.
44. 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.
45. Hong SJ, Rayford W, Valiquette L, Emberton M. The importance of patient perception in the clinical assessment of benign prostatic hyperplasia and its management. *BJU Int.* 2005; 95(1):15-9.
46. Blasco Hernández P. Los STUI están infradiagnosticados y son muy prevalentes. El médico interactivo. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/los-stui-estan-infradiagnosticados-y-son-muy-prevalentes/>. Consultado el 30 de marzo de 2020.
47. Clinical guideline NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services (CG138). Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg138. Consultado el 30 de marzo de 2020.
48. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71-2.
49. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA.* 1992 Nov 4;268 (17): 2420-5.
50. Sherman RE, Anderson SA, Dal Pan GJ, Gray GW, Gross T, Hunter NL, et al. Real-world evidence - What is it and what can it tell us? *N Engl J Med.* 2016;375(23):2293-7.

51. Sacristan JA. Medicina centrada en el paciente, medicina personalizada y medicina de precisión. ¿De qué estamos hablando? En: Medicina Centrada en el paciente. Reflexiones a la carta. Madrid: Unión Editorial S.A. Fundación Lilly, 2018.
52. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA* 1996;275(2):152-6.
53. Sacristan JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Making* 2013;13:6. doi: 10.1186/1472-6947-13-6.
54. Alcántara Montero A, Estacio García M, Martínez-Berganza Asensio ML. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente en el manejo de los síntomas del tracto urinario inferior por hiperplasia benigna de próstata en Atención Primaria. *Semergen*. 2018;44(8):527-529.
55. De Nunzio C, Presicce F, Lombardo R, Trucchi A, Bellangino M, Tubaro A, et al. Patient centred care for the medical treatment of lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction: A key point to improve patients' care. A systematic review. *BMC Urol*. 2018;18:62. doi: 10.1186/s12894-018-0376-x.
56. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(1):22-9.
57. Cadotte, Woodrujj R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Marketing Res* 1987;24:305-14.
58. Duffin KC, Yeung H, Takeshita J, Krueger GG, Robertson AD, Troxel AB, et al. Patient satisfaction with treatment for moderate-to-severe plaque psoriasis in clinical practice. *Br J Dermatol* 2014;170 (3):672-80.
59. Belinchon Romero I. Discrepancias entre los objetivos terapéuticos del médico y del paciente. Medicina Centrada en el paciente. Reflexiones a la carta. Madrid: Unión Editorial S.A. Fundación Lilly, 2018.
60. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ*. 2010;341:c4078. doi: 10.1136/bmj.c4078.
61. McCarthy S, O'Raghallaigh P, Woodworth S, Lim YY, Kenny LC, Adam F. Embedding the pillars of quality in health information technology solutions using "Integrated Patient Journey Mapping" (IPJM): case study. *JMIR Hum Factors*. 2020;7(3):e17416. doi: 10.2196/17416.
62. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570.
63. de Osterwalder A, Pigneur Y. Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers. John Wiley & Sons, 2010.
64. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(3):229-39.
65. Shikiar R, Rents AM. Satisfaction with medication: an overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value Health* 2004;7(2):204-15.
66. Lebwohl MG, Bachelez H, Barker J, Girolomoni G, Kavanaugh A, Langley RG, et al. Patient perspectives in the management of psoriasis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Am Acad Dermatol* 2014;70(5):871-81 e1-30.
67. Furst DE, Tran M, Sullivan E, Pike J, Piercy J, Herrera V, et al. Misalignment between physicians and patients satisfaction with psoriatic arthritis disease control. *Clin Rheumatol* 2017;36(9):2045-54.

68. Emberton M. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia: physician and patient preferences and satisfaction. *Int J Clin Pract.* 2010;64(10):1425-35.
69. Ertel P, Adalig B, Demircan I, Lartey B, Manyak MJ. Understanding patient and physician perceptions of benign prostatic hyperplasia in Asia Pacific, Latin America and the Commonwealth of Independent States: the Prostate Research on Behaviour and Education (PROBE) II survey. *Int J Clin Pract.* 2016;70(10):870-80.
70. Weibl P, Laurinc P, Tomaškin R, Klatte T, Shariat F S, Helbich M, et al. Patient's and physician's behavior on the management of benign prostatic hyperplasia among the patients at the risk of clinical progression. A multicenter noninterventional trial in Slovakia by "Prostate and Expectations of Treatment: Epidemiology Research" (PETER) study group. *Wien Klin Wochenschr.* 2015;127(11-12):434-9.
71. Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust 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(5):1549-57
72. Cambroner J, Arlandis S, Errando C, Mora AM. Profile of lower urinary tract symptoms in the male and their impact on quality of life. *Actas Urol Esp.* 2013;37(7):401-7.
73. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Irwin D, Kopp ZS, 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.
74. Sexton CC, Coyne KS, Kopp ZS, Irwin DE, Milsom I, Aiyer LP, et al. The overlap of storage, voiding and postmicturition symptoms and implications for treatment seeking in the USA, UK and Sweden: EpiLUTS. *BJU Int.* 2009; 103 Suppl 3:12-23.
75. Feigenbaum AV. Total quality control. Washington: McGraw- Hill, 1961.
76. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477-81.
77. ICHOM. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Overactive bladder data collection reference guide. Version 1.2.2. Revised April 10th, 2017. Disponible en: <http://www.ichom.org/medical-conditions/overactive-bladder/>
78. Foo KT. What is a disease? What is the disease clinical benign prostatic hyperplasia (BPH)? *World J Urol.* 2019;37(7):1293-6.
79. Foo KT. Pathophysiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian J Urol.* 2017;4(3):152-7.
80. Lee CL, Kuo HC. Pathophysiology of benign prostate enlargement and lower urinary tract symptoms: Current concepts. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi.* 2017;29(2):79-83.
81. Chughtai B, Lee R, Te A, Kaplan S. Role of inflammation in benign prostatic hyperplasia. *Rev Urol.* 2011;13(3):147-50.
82. Fitzpatrick JM. The natural history of benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2006;97 Suppl 2:3-22.
83. Sebastianelli A, Gacci M. Current status of the relationship between metabolic syndrome and lower urinary tract symptoms. *Eur Urol Focus.* 2018;4(1):25-7.
84. Anderson JB, Roehrborn CG, Schalken JA, Emberton M. The progression of benign prostatic hyperplasia: examining the evidence and determining the risk. *Eur Urol.* 2001;39(4):390-9.
85. Arrighi HM, Metter EJ, Guess HA, Fozzard JL. Natural history of benign prostatic hyperplasia and risk of prostatectomy. *The Baltimore Longitudinal Study of Aging. Urology.* 1991;38(1 Suppl):4-8.
86. Roehrborn CG. BPH progression: concept and key learning from MTOPS, ALTESS, COMBAT, and ALF-ONE. *BJU Int.* 2008;101 Suppl 3:17-21.

87. Fukuta F, Masumori N, Mori M, Tsukamoto T. Natural history of lower urinary tract symptoms in Japanese men from a 15-year longitudinal community-based study. *BJU Int.* 2012;110(7):1023-9.
88. Bosch JL, Bangma CH, Groeneveld FP, Bohnen AM. The long-term relationship between a real change in prostate volume and a significant change in lower urinary tract symptom severity in population-based men: the Krimpen study. *Eur Urol.* 2008;53(4):819-27.
89. Kim JH, Lee KS, Kim TH. Evaluation of clinical outcomes of prostatic urethral lift for benign prostatic hyperplasia: an Asian population study. *World J Mens Health.* 2020;38(3):338-44.
90. 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.
91. 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.
92. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization 2003 Disposition en: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Consultado el 24 de mayo de 2021.
93. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17(82):269-76.
94. Schofield T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. *BMJ.* 1995;311:1580.
95. Byrne PS, Long BEL Great Britain. Department of Health and Social Security. Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: London England Her Majesty's Stationery Office, 1976.
96. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-3.
97. Foo KT. From evidence-based medicine to evidence-balanced medicine for individualized and personalized care: As applied to benign prostatic hyperplasia/male lower urinary tract symptoms. *Int J Urol.* 2017;24(2):94-5.
98. Verloo H, Chioloro A, Kiszio B, Kampel T, Santschi V. Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: a systematic review. *Age Ageing.* 2017;46(5):747-54.
99. Ababneh M, Shamieh D, Al Demour S, Rababa'h A. Evaluation of the clinical pharmacist role in improving clinical outcomes in patients with lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Int J Clin Pharm.* 2019;41(5):1373-8.
100. Kauppinen H, Ahonen R, Timonen J. The impact of electronic prescriptions on medication safety in Finnish community pharmacies: A survey of pharmacists. *Int J Med Inform.* 2017;100:56-62.

STUI/VH

Criterios de derivación y manejo
integral del paciente con STUI

Vejiga hiperactiva en varón y mujer

MANUAL PRÁCTICO

Índice

1. Entender para comprender	62
1.1. Sensibilización y visibilidad de los STUI en la mujer	62
1.2. Anatomía del tracto urinario inferior en la mujer	63
1.3. Descripción y clasificación de los STUI en la mujer	66
1.4. Factores de riesgo y etiología en la mujer	67
1.5. Factores fisiopatológicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer	69
1.6. Factores fisiopatológicos de la VH (síndrome de urgencia-frecuencia)	70
1.7. Manifestaciones clínicas	70
1.8. Criterios diagnósticos	71
1.9. Las herramientas en manos del paciente (resultados y experiencias descritos por los pacientes)	74
2. Derivación y tratamiento de la mujer con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) relacionados con la vejiga hiperactiva (VH)	76
2.1. Detección, diagnóstico y derivación en el sistema sanitario	76
2.2. Detección precoz y proactiva de la VH	77
2.3. Pruebas diagnósticas de STUI relacionados con la VH	78
2.4. Algoritmo diagnóstico y valoración diferencial de la mujer con STUI	83
2.5. Tratamiento de la VH en la mujer	83
3. Expectativas y satisfacción del paciente con STUI	93
3.1. Concepto de calidad de vida según la OMS. Evolución	93
3.2. Relación terapéutica y educación para la salud	94
3.3. Empoderamiento del paciente	97
3.4. Mapa del paciente con VH	98
3.4. Evaluación	101
4. La Farmacia Comunitaria. Punto clave en la adherencia	102
4.1. Definición de adherencia	102
4.2. Papel de la FC para mejorar la adherencia	104
4.3. Factores que influyen en la adherencia y el papel de la FC ..	105
4.4. Tratamiento multidisciplinar de la adherencia	108
5. Corresponsabilidad en el tratamiento	109
5.1. ¿Qué es la corresponsabilidad?	109
5.2. La corresponsabilidad profesional	110
5.3. El paciente corresponsable. Nuevas formas de relación médico-paciente	112
5.4. Herramientas para fomentar la corresponsabilidad	115
Bibliografía	121

Abreviaturas

- 5-ARI:** inhibidores de la 5-alfa-reductasa
- CACV:** cuestionario de autoevaluación de calidad de vida.
- EMSP:** entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico
- FC:** farmacia comunitaria
- ICHOM:** *International Consortium for Health Outcomes Measurement*
- ICIQ-SF:** *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*
- ICS:** *International Continence Society*
- IMC:** índice de masa corporal
- IPSS:** *International Prostate Score Symptoms*
- ITU:** infección del tracto urinario
- IU:** incontinencia urinaria
- IUE:** incontinencia urinaria de esfuerzo
- IUGA:** *International Urogynecological Association*
- IUM:** incontinencia urinaria mixta
- IUU:** incontinencia urinaria de urgencia
- MSP:** musculatura del suelo pélvico
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OR:** *odds ratio* (razón de oportunidades)
- PREM:** *Patients Reported Experience Measures* (medidas de las experiencias descritas por los pacientes)
- PRO:** *Patient Reported Outcomes* (resultados percibidos por el paciente)
- PROM:** *Patient-related Outcome Measures* (medidas de los resultados percibidos por el paciente)
- RAM:** reacción adversa a la medicación
- RAO:** retención aguda de orina
- RUM:** revisión del uso de los medicamentos
- SNS:** Sistema Nacional de Salud
- SPD:** sistema personalizado de dosificación
- STUI:** síntomas del tracto urinario inferior
- VBHC:** *Value-based healthcare* (valor de la salud)
- VH:** vejiga hiperactiva

Autores

Pedro Blasco Hernández

Urólogo. Jefe del Servicio de Urología.
Hospital Universitario de Valme (Sevilla)
Secretario General de la SINUG

Alicia Martín Martínez

Ginecóloga. Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de las Palmas de Gran Canaria
Presidenta de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias
Secretaria de la Junta Directiva de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO
Vocal de Relaciones Institucionales de la SINUG

Manuel Ramón Bernal Pacheco

Enfermero de la consulta de reeducación de suelo pélvico y urodinamia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)
Presidente de la AEEU (ENFURO)

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
Profesora titular de Obstetricia y Ginecología en la UPV/EHU

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

Carmen González Enguita

Uróloga. Jefe de Servicio Corporativo de Urología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) y Hospitales Públicos QuirónSalud (Madrid)
Profesora Asociada de Urología en Unidad Docente HUFJD.
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

José María Molero García

Médico de Familia. CS San Andrés (Madrid)
Grupo de Nefrourología de semFYC/SoMaMFyC

Ana Borobia Pérez

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

1

Entender para comprender

Carmen González Enguita y José Luis Poza Barrasús

1.1. Sensibilización y visibilidad de los STUI en la mujer

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) engloban una gran variedad de síntomas relacionados con la micción. La cotidianidad del acto fisiológico de la micción hace que, pacientes y médicos, olvidemos lo importante que es para la vida diaria la normalidad de dicho acto. Únicamente cuando “sufrimos” alteraciones en la micción somos conscientes de su importancia. ¿Cuántas veces hemos buscado unos servicios de forma urgente en una reunión, en el cine, en la calle...? ¿Cuántas veces nos hemos sentido “incómodos” con la ropa interior mojada tras una crisis de tos, risa o estornudos...? La imagen que los demás tienen de nosotros mismos es, hoy en día, algo que nos preocupa. ¿Cómo podemos permitirnos no controlar nuestras micciones? ¿Qué pensarán de nosotros nuestros amigos, compañeros de trabajo o familiares si nuestra “obsesión” es tener localizados los servicios o no oler a orina?

Todas estas situaciones esconden un problema que muchas veces es invisible para el personal sanitario no especialista, pero que provoca un enorme sufrimiento a las pacientes, no en cuanto a riesgo vital, sino como factor limitante que influye en una relación social y familiar normal. Está demostrado que todos los STUI provocan inseguridad, ansiedad e, incluso, depresión. Frases como: “no voy a casa de mis hijos para no mojar la cama”, “no quiero ir para no molestarles por la noche”, “tengo que entrar en un bar y tomar algo cada vez que salgo para poder usar los servicios”, “no viajo en autobús porque no aguanto las 2 horas entre paradas”, etc., son frecuentes en las mujeres que sufren estos síntomas.

Las repercusiones de los STUI no solamente se circunscriben a la calidad de vida de las pacientes, sino también al ámbito sanitario y económico. El riesgo de fractura de fémur por caídas en pacientes de edad avanzada con nocturia no debe ignorarse. El uso de los recursos sanitarios está incrementado: uso de protectores, frecuentación de visitas, uso inadecuado de tratamientos médicos, etc. Por otra parte, la esperanza de vida está aumentando en nuestro país. Vamos a vivir más y queremos vivir mejor, pero con una buena calidad de vida. Por lo tanto, los pacientes nos van a solicitar, pedir, exigir que apliquemos aquellas medidas terapéuticas que les garanticen esa mejor calidad de

vida. Tratar los STUI está dentro de las medidas encaminadas a mejorar la vida diaria de las pacientes, y debemos ser conscientes de que su correcto tratamiento influye en gran medida a la hora de optimizar los recursos en nuestro sistema sanitario.

Los STUI no son exclusivos de pacientes de edad avanzada (aunque es bien conocido que su prevalencia es superior en este grupo de edad que en el de la población más joven)¹, por lo que no se han de ignorar en grupos poblacionales de menor edad mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados. Para hacer visibles los STUI y poder tratarlos correctamente son necesarias dos líneas estratégicas. La primera, hacia los pacientes, en busca de la eliminación de las barreras que les impiden explicar su sintomatología a los profesionales de la salud (habitualmente por vergüenza o por un malentendido “sentido del ridículo”); y la segunda, hacia los profesionales sanitarios, ofreciéndoles información y formación sobre los STUI para evitar lo que hace dos siglos Claude Bernard ya indicaba: “quien no sabe lo que busca, no reconoce lo que encuentra”.

La prevalencia e incidencia de los STUI es difícil de determinar. La mayoría de los estudios realizados en mujeres hace referencia a la incontinencia urinaria (IU). De forma global se acepta una prevalencia para la IU en mujeres entre un 25% y un 45 %. En Europa, el estudio de Hunskaar *et al.*² en una población de 29.500 mujeres de más de 18 años refiere una prevalencia de IU del 44 % en Francia, 41 % en Alemania, 23% en España y del 42 % en Reino Unido. Por subtipos de IU, el más frecuente es la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) seguido de la incontinencia urinaria mixta (IUM) y por último la incontinencia urinaria de urgencia (IUU).

1.2. Anatomía del tracto urinario inferior en la mujer

Los órganos del tracto urinario inferior en la mujer son la vejiga urinaria y la uretra. Para que la micción se produzca de forma normal, se necesita una integridad anatómica de los órganos encargados de la misma, así como el correcto funcionamiento de los mismos gracias a su adecuada inervación.

La vejiga urinaria es un órgano pélvico en el que desembocan los uréteres y que se comunica con el exterior a través de la uretra. Tiene forma aplanada cuando está vacía y globular cuando se llena de orina. Está en íntima relación con la musculatura pelviana y en su base con la pared vaginal anterior en la mujer. Es un órgano hueco cuya pared está formada por tres capas: capa epitelial o urotelio, capa muscular o detrusor (músculo liso) y capa serosa o peritoneal. En la pared vesical se distinguen dos áreas diferenciadas: el trigono (situado en la base de la vejiga, cuya composición músculo-sensitiva varía respecto al resto de la pared vesical) y el cuello vesical (zona de unión con la uretra) que adopta forma de embudo durante la micción. La misión de la vejiga urinaria

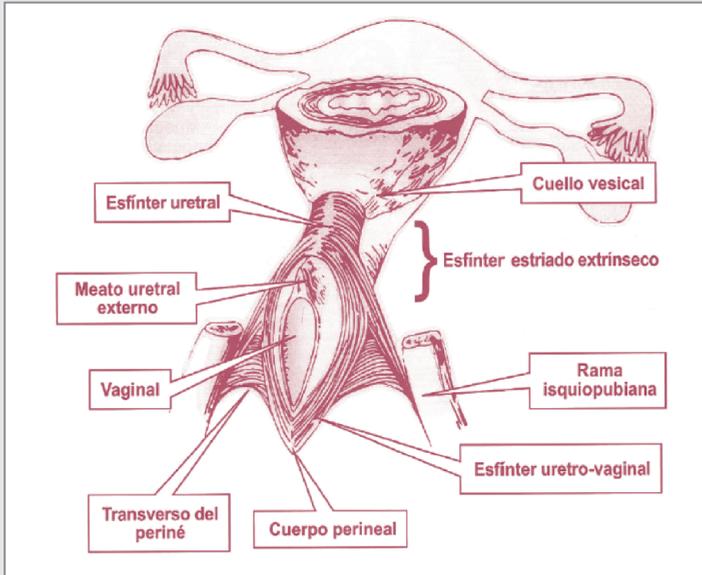
64 es el almacenamiento de la orina (fase de llenado) y su expulsión al exterior (fase de vaciado). La mayor parte del día se dedica a la fase de llenado. Gracias a su capacidad de distensión es posible aumentar de volumen de forma notable sin que ello se traduzca en un gran aumento de la presión intravesical; es lo que se conoce como acomodación vesical o *compliance*. A partir de un determinado volumen-presión, se desencadena el reflejo de la micción. La inervación de la vejiga se realiza a través del plexo vesical con fibras simpáticas y parasimpáticas. La estimulación de las fibras simpáticas facilita la relajación del músculo detrusor, mientras que la del sistema parasimpático provoca contracción de las fibras musculares de la pared vesical.

La uretra es el conducto que pone en contacto la vejiga, a través del cuello vesical, con el exterior. La luz uretral tiene forma estrellada. La pared de la uretra consta de una capa epitelial o urotelio, un plexo venoso submucoso, la capa muscular interna (músculo liso que se une a las capas musculares del cuello vesical) y la capa muscular externa (músculo estriado). La uretra está en íntima relación con la pared vaginal anterior y se mantiene en su posición gracias al soporte que le proporciona la musculatura pelviana y la pared vaginal anterior, así como del correcto funcionalismo de los ligamentos pubouretrales. La inervación de la uretra es compleja, participando el sistema nervioso autónomo para las fibras musculares lisas (nervios hipogástricos) y sistema nervioso somático para las fibras musculares estriadas (nervio pudendo).

El conocimiento anatómico de la anatomía del tracto urinario inferior (figuras 1 y 2) permite entender gran parte de la sintomatología de los STUI, por ejemplo:

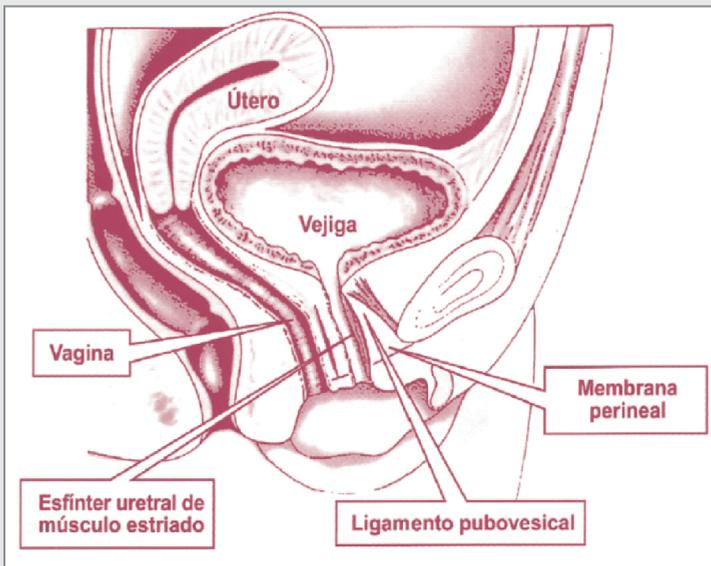
- La fase de llenado vesical estará alterada en todas las situaciones en las que la *compliance* vesical esté disminuida, como en las infecciones urinarias, con la hiperactividad del músculo detrusor, etc. lo que se traducirá clínicamente en incontinencia urinaria y/o frecuencia miccional aumentada.
- La fase de vaciado vesical se verá dificultada en aquellas situaciones clínicas en las que hay obstrucción al flujo de salida de la orina, tales como prolapsos genitales, por hipertono de la musculatura pelviana, o por hipercorrecciones tras cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo; provocando síndromes de urgencia-frecuencia, incontinencia urinaria y disfunciones de vaciado.

Figura 1 Músculos del esfínter externo localizados en el diafragma urogenital



Tomada de³.

Figura 2 Vejiga y su relación con las vísceras vecinas



Tomada de³.

1.3. Descripción y clasificación de los STUI en la mujer

Siguiendo las recomendaciones de la *International Continence Society* (ICS) y de la *International Urogynecological Association* (IUGA)⁴, los STUI más frecuentes se pueden clasificar y definir tal como se indica a continuación.

Síntomas de incontinencia urinaria:

- Incontinencia urinaria (IU): pérdida involuntaria de orina.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): pérdida involuntaria de orina asociada a los esfuerzos (realización de ejercicio físico, tos, estornudo, risa...).
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): pérdida de orina asociada a la sensación de urgencia.
- Incontinencia urinaria mixta: pérdida de orina tanto asociada a los esfuerzos como a la sensación de urgencia.
- Incontinencia urinaria postural: pérdida involuntaria de orina asociada a un cambio de postura de la paciente (p.ej., al levantarse de una silla).
- Incontinencia urinaria continua: pérdida involuntaria de orina de forma continua.
- Incontinencia urinaria insensible: pérdida de orina en la que la paciente no es capaz de reconocer cómo ha ocurrido.
- Incontinencia urinaria coital: pérdida de orina durante el coito.
- Enuresis nocturna: pérdida de orina que ocurre durante el sueño.

Síntomas de llenado:

- Frecuencia miccional diurna aumentada: sensación de que la micción ocurre de forma más frecuente durante el día que lo que la paciente consideraba como normal anteriormente.
- Nocturia: interrupción del sueño, una o más veces, para realizar una micción. La micción es precedida y seguida por sueño.
- Urgencia: deseo brusco e imperioso de orinar que es difícil diferir.
- Síndrome de urgencia-frecuencia o VH: urgencia miccional, generalmente asociada a frecuencia miccional aumentada y nocturia, con o sin incontinencia urinaria, en ausencia de infección urinaria o patología.

Síntomas de vaciado:

- Vaciado incompleto: sensación de que la vejiga urinaria no se ha vaciado por completo.

- Esfuerzo para la micción: sensación de tener que realizar un esfuerzo intenso (abdominal o suprapúbico) para iniciar o mantener la micción.
- Micción que depende de la posición: la necesidad de realizar determinadas posturas para iniciar la micción o completarla.
- Retención urinaria: imposibilidad de realizar la micción a pesar de la realización de esfuerzos importantes para ello.

1.4. Factores de riesgo y etiología en la mujer

Muchos estudios han analizado la asociación entre diferentes factores sociales, demográficos, ambientales o de estilo de vida con la IU; sin embargo, esta asociación no debe entenderse como factores etiológicos de la IU.

1.4.1. Edad

La incontinencia urinaria moderada y severa se incrementa de una forma constante a lo largo de la vida, con un discreto pico alrededor de la menopausia; la IUE es más frecuente en las décadas de la vida de los 50 y 60, mientras que esta prevalencia disminuye en edades más avanzadas donde la IUU es más frecuente².

1.4.2. Obesidad

Es quizás el factor de riesgo más claramente establecido para IU en la mujer.

La obesidad aumenta la presión intraabdominal predisponiendo a la IUE, mientras que el síndrome metabólico asociado a la obesidad predispone a la IUU⁵. Por otra parte, estudios de intervención han demostrado que la pérdida de peso, incluso en moderada proporción, mejora tanto la IUE como la IUU⁶.

1.4.3. Paridad, embarazo y modo de parto

La paridad se considera el factor de riesgo más importante para la IU. Un parto único se asocia a un riesgo (*odds ratio*, OR) para IU de 1,3-1,6; mientras que los partos subsiguientes incrementan este riesgo (OR) hasta 1,5-2,7⁷. El modo de parto también presenta diferencias en cuanto a la IU. A corto plazo (<1 año postparto) la cesárea tiene un efector protector sobre la IUE (OR 0,56) y la IUU (OR 0,70)⁸. Lo mismo ocurre a largo plazo (>1 año postparto) donde el riesgo para la IUE es casi el doble en el parto vaginal (OR 1,85) que en la cesárea; mientras que para la IUU el efecto protector de la cesárea sobre el parto vaginal es menor (OR 1,30)⁹. A pesar de que los estudios observacionales

muestran claramente el efecto protector de la cesárea frente al parto vaginal, no se dispone de evidencia científica robusta que indique la necesidad de realizar el parto mediante cesárea para prevenir la IU en la mujer¹⁰. Tampoco es infrecuente que durante el embarazo la mujer presente IU. Por trimestres de gestación, es poco habitual en el primero, pero se incrementa a lo largo del segundo y tercero. La prevalencia de la IUE durante la gestación oscila entre el 9% y 31% en las nulíparas y entre el 24% y 42% en las múltiparas, mientras que la prevalencia de la IUU es similar en ambos grupos (6-16% en nulíparas y 8-20% en múltiparas)¹¹.

1.4.4. Menopausia y tratamiento hormonal sustitutivo

Durante la menopausia se ha observado un incremento en la incidencia de IUE e IUU. Esta mayor incidencia se ha atribuido a una disminución de la capacidad de sostén de las estructuras de los músculos y las fascias del suelo pélvico, lo que favorecería la aparición de prolapsos genitales e IU. El hipoestrogenismo es un factor bien conocido como responsable del síndrome genito-urinario¹². Este síndrome combina síntomas genitales (sequedad vaginal, dispareunia por falta de lubricación vaginal, prurito) con sintomatología urinaria (infecciones urinarias de repetición, urgencia miccional con o sin IU) que se han atribuido a la falta de las hormonas sexuales a nivel vaginal y uretrovesical.

1.4.5. Factores dietéticos

La ingesta de café, té, alcohol o bebidas con gas se ha relacionado con la patogénesis de la IU en numerosos estudios poblacionales; sin embargo, hay datos contradictorios respecto a la acción de estas bebidas sobre la IU. Las bebidas con cafeína son las más ampliamente estudiadas. En el estudio EPICONT¹³ se encontró una correlación positiva del café con la IUM, pero no con la IUE. En el estudio WHI¹⁴ también se observó una asociación positiva, dosis dependiente, entre la IUU y el café, lo que no ocurría con los cafés descafeinados. La ingesta de té se ha asociado con la IUE e IUU en el estudio EPICONT¹³, y con la VH en el estudio *Swedish Twin Registry Cohort*¹⁵, aunque esta asociación no se observó en el *Leicester MRC Incontinence Study*¹⁶. La asociación entre la ingesta de alcohol y la IU también es controvertida, con datos a favor¹⁷ y en contra¹³. En el *Leicester MRC Incontinence Study*¹⁶ se demostró una mayor incidencia de IUE en relación con la ingesta de bebida con gas y una reducción de la incidencia de VH con respecto a dietas ricas en pan, patatas y verduras.

1.4.6. Tabaco

Los datos son también contradictorios. Únicamente en el *Leicester MRC Incontinence Study*¹⁶ se demostró un mayor riesgo de IU en mujeres fumadoras. Sin embargo, los datos de la mayoría de estudios han sido negativos.

1.4.7. Ejercicio físico

También los datos son contradictorios. Parece que el ejercicio intenso favorecería la presencia de IU, mientras que el ejercicio moderado actuaría como factor protector. En estudios poblacionales parece que el descenso del índice de masa corporal (IMC) asociado al ejercicio sería el responsable de este factor de protección frente a la IU.

1.4.8. Comorbilidades

Respecto a la diabetes *mellitus*, varios estudios han observado una mayor incidencia de IU en mujeres con diabetes tipo 1 o 2 que en mujeres sin diabetes^{18,19}.

La infección aguda de orina es una causa evidente de IU transitoria; sin embargo, la asociación de IU con infección urinaria crónica es más controvertida, ya que es frecuente que las pacientes con IU presenten infecciones de repetición y que las pacientes con infecciones de repetición presenten IU²⁰. En pacientes con demencia parece que la incidencia y prevalencia de IU es mayor²¹. Por último, en el caso de la depresión, se ha observado una asociación de esta enfermedad con la IU²¹. Aunque el estigma de la IU pudiera favorecer la depresión (p.ej., por limitación de la interacción social), parece que existe una peor tolerancia a la sintomatología de la IU en las pacientes con depresión.

1.4.9. Limitaciones funcionales (movilidad, fragilidad)

Las limitaciones funcionales se han asociado de una forma clara con IUU, pero no con la IUE ni la IUM²²; sin embargo, no está claro si la IU es consecuencia de las limitaciones de acceso a los aseos debido a la limitación de la movilidad, o tanto la IU como la limitación de la movilidad son debidas a la propia fragilidad de las pacientes de edad avanzada¹⁰.

1.5. Factores fisiopatológicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer

Tradicionalmente se han considerado dos posibles mecanismos fisiopatológicos para la aparición de IUE. El primero es la hipermovilidad uretral que impide a la uretra mantener su correcta ubicación anatómica durante los esfuerzos; y el segundo, una debilidad esfinteriana que impide la correcta coaptación de la luz uretral durante la fase de llenado vesical. Si bien fisiopatológicamente son dos causas distintas, no es infrecuente que coexistan en la misma paciente. La causa de la IUE tiene importantes connotaciones clínicas (la gravedad de la incontinencia suele ser mayor en pacientes con debilidad esfinteriana) y terapéuticas (peores resultados quirúrgicos en las pacientes con debilidad esfinteriana).

1.6. Factores fisiopatológicos de la VH (síndrome de urgencia-frecuencia)

La fisiopatología de la VH no es bien conocida y se ha atribuido un origen multifactorial¹⁰. Básicamente se consideran dos posibles mecanismos: no neurógeno (por obstrucciones urinarias, IU de causa anatómica, y envejecimiento) y neurógeno. El mecanismo neurógeno se explicaría por un aumento de la actividad de las fibras aferentes de la uretra y vejiga (ya sea a nivel urotelial o a nivel de las fibras del músculo detrusor), así como por una repuesta anormal del cerebro a las señales de las vías aferentes de vejiga y uretra (p. ej., lesiones suprapontinas, ictus, enfermedad de Parkinson o lesiones medulares).

1.7. Manifestaciones clínicas

En el apartado 1.3. se han indicado los signos y síntomas característicos de los STUI, pero desde el punto de vista práctico, las manifestaciones más frecuentes son la IU, la urgencia miccional y las disfunciones de vaciado vesical.

1.7.1. Incontinencia urinaria

La paciente de forma no deseada presenta pérdidas de orina. Estas “fugas” pueden aparecer durante la realización de un esfuerzo (comúnmente tos, risa, estornudo, ejercicio), lo que añadiría el calificativo de esfuerzo a IU (IUE). También puede aparecer de forma brusca asociada a la sensación de deseo miccional (generalmente más intenso de lo habitual o urgencia miccional), no siendo infrecuente que provoque una “fuga masiva de orina” antes de acceder al servicio, siendo catalogada entonces de incontinencia urinaria de urgencia (IUU). No es infrecuente que la paciente presente pérdidas de orina en las dos situaciones anteriores, tratándose entonces de una incontinencia urinaria mixta (IUM). Esta incontinencia la podemos objetivar (signo) observando la salida de orina a través de la uretra. En la IUE la fuga se produce sincrónicamente al toser la paciente, y cesa cuando interrumpe la tos. En la IUU se puede poner de manifiesto la salida de orina a través de la uretra con la tos, pero no sincrónicamente con ella, si no unos segundos más tarde, y no cesando cuando finaliza la tos, ni la paciente la puede frenar voluntariamente; en este caso la tos ha provocado una contracción involuntaria del músculo detrusor que ha provocado la salida de la orina y por ello ésta aparece de forma retardada respecto a la maniobra provocadora. Asimismo, la gravedad de la pérdida se puede medir cualitativamente en función del uso de protectores (salvaslips, compresas o pañales) y el número necesario al día, lo que aportará un dato importante para la toma de decisiones terapéuticas.

1.7.2. Urgencia miccional

Es el deseo inmediato y difícilmente diferible de orinar. Se asocia con frecuencia miccional aumentada (a veces como mecanismo de evitación de la fuga de orina) y nocturia. Es el síntoma principal de la VH/síndrome de urgencia-frecuencia. Suele asociarse a acciones de la vida diaria tales como: colocar la llave en la cerradura al llegar a casa, llegar al ascensor, tocar agua, lavar los platos, etc. Parece ser debido al desbloqueo del reflejo de freno de la micción en el sistema nervioso central. Es un síntoma muy inquietante para la paciente por la brusquedad de su aparición y por su frecuente asociación con pérdidas masivas de orina.

1.7.3. Disfunciones de vaciado vesical u obstrucciones urinarias

Las manifestaciones clínicas son diversas, siendo las más comunes las siguientes: no quedarse satisfecha tras una micción normal; orinar en dos tiempos, tener que realizar una fuerza intensa abdominal para vaciar la vejiga, realizar movimientos no habituales (como incorporarse un poco) para orinar, y reintroducirse con los dedos un bulto genital para poder orinar. Suele obedecer a varias causas, entre la que destacan la presencia de prolapsos genitales (generalmente referido por la paciente como bulto vaginal), el exceso de corrección de una técnica quirúrgica anti-incontinencia y las estenosis uretrales. No es infrecuente que se asocie a frecuencia miccional aumentada debido a un insuficiente vaciado vesical durante la micción, lo que puede llegar a provocar lesiones de vías urinarias altas por reflujo véscico-ureteral.

1.8. Criterios diagnósticos

1.8.1. Historia clínica

La anamnesis es fundamental y debe ser realizada en profundidad. Requiere una buena empatía entre el médico y la paciente, así como un entorno que permita a la paciente manifestar su sintomatología con tranquilidad, privacidad y respeto, ya que se abordan temas delicados de la esfera personal, familiar, social, sexual... que no todas las personas pueden expresar de una forma cómoda en una entrevista médica. Es importante para la paciente que el médico reconozca la importancia que tiene su sintomatología para el profesional de la salud, y que comprende como altera su vida habitual. La verdadera exposición de toda la sintomatología y de la magnitud de sus repercusiones puede verse dificultada porque las pacientes consideran su sintomatología poco importante o porque la "imagen" que tienen del médico es de una persona dedicada a "problemas más importantes". El médico deberá considerar los síntomas característicos de STUI y preguntar a la paciente por todos ellos (IU, nocturia, urgencia, alteraciones en el vaciado, etc.).

Durante la entrevista será de gran utilidad conocer:

- La gravedad de la sintomatología. En el caso de la IU saber qué tipo de protección utiliza, las veces que precisa cambiarla al día, y qué mecanismos usa para minimizarla (habitualmente restricción de líquidos o aumentar la frecuencia miccional).
- Qué cambios le obliga la sintomatología a realizar en su vida diaria, lo que proporciona una idea indirecta, pero absolutamente real, de cómo afecta a su calidad de vida. Los viajes, asistencia a espectáculos, las visitas a familiares, la realización de sus ejercicios diarios, pasear... están habitualmente reducidos o suspendidos.
- Qué tratamientos ha realizado y cuál ha sido su resultado. No hay nada más frustrante para la paciente, y para el profesional, que se le indique una terapia que ya ha realizado y haya sido totalmente ineficaz.
- Un buen conocimiento de la sintomatología de los STUI permitirá poder preguntar a la paciente por síntomas que ella no reconoce; esto generará un buen clima entre la paciente y el profesional, ofreciendo la seguridad de que se encuentra delante de un profesional que conoce bien su “caso”.

No debe finalizar la entrevista dirigida sin preguntar por la continencia fecal y por la presencia de alteraciones en la esfera sexual. Asimismo, la anamnesis no deberá olvidar indagar por su estado de salud en general: enfermedades que padece y sus tratamientos correspondientes, intervenciones quirúrgicas y motivos, número de embarazos y tipo de parto, edad de la menopausia y datos del tratamiento hormonal sustitutivo.

1.8.2. Exploración física

La exploración física permite poner de manifiesto parte de la sintomatología y convertirla en signos. Deberá realizarse respetando al máximo la intimidad y el grado de comodidad de la paciente. La inspección visual de su cuerpo facilita la detección de alteraciones neurológicas, estado nutricional, obesidad o dificultades en la movilidad. La exploración ginecológica se realizará tanto mediante tacto abdomino-vaginal como mediante la utilización del espéculo vaginal. Hay que prestar especial atención a las tumoraciones uterinas y/o anexiales (que pueden provocar de forma indirecta sintomatología urinaria por compresión), presencia y tipos de prolapso genital, grado de trofismo vaginal y puntos dolorosos durante la exploración.

Es importante dejar para el final la prueba de la tos (*stress test*) para evidenciar la fuga urinaria por lo embarazoso que suele ser para la paciente. La fuga puede ser muy notoria, lo que incomodará notablemente a la paciente, por lo que durante el resto de ex-

ploración estará anímica y físicamente en tensión. Es frecuente que las pacientes orinen antes de la visita médica, por lo tanto, la no observación de pérdida de orina durante la prueba de la tos no significa que no exista; ya que tiene que realizarse con un cierto volumen en la vejiga, o por lo menos con un tiempo previo de unas 2 horas sin haber orinado para tener valor diagnóstico real.

Una buena exploración física es básica para la detección de patología susceptible de ser tratada quirúrgicamente. La suma de una buena anamnesis y de una buena exploración física ofrece una orientación diagnóstica adecuada en el 90% de los casos.

1.8.3. Exploraciones complementarias

Como complemento del diagnóstico, la información proporcionada por el diario miccional y los cuestionarios específicos es de gran interés para evaluar la repercusión de la sintomatología en la vida diaria de la mujer:

- El diario miccional es un registro en el que se recogen de forma diaria el volumen de la ingesta de líquidos, el número de micciones diurnas y nocturnas, el número de los episodios de fugas y las circunstancias que los provocan, así como las necesidades de protección que han precisado. Es una herramienta básica para el diagnóstico y para la evaluación de los tratamientos prescritos. Habitualmente se realiza durante 3 días, aunque se pueden prolongar hasta 7. Es muy importante mentalizar a la paciente de su importancia diagnóstica, y estar seguros de que ha entendido cómo debe cumplimentarlos, ya que es habitual que no se cumplimenten de la forma correcta.
- Los cuestionarios enfermedad-específicos de síntomas y su impacto en la calidad de vida son de gran ayuda para conocer el impacto de la sintomatología sobre los aspectos de la vida diaria. Los cuestionarios más utilizados son el *King's Health Questionnaire*²³ y el *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)*, ambos validados en español²⁴.

Además de estos instrumentos, disponemos de dos exámenes complementarios adicionales de gran ayuda diagnóstica. Se recomienda que se realicen por las unidades especializadas:

- El estudio urodinámico es una prueba invasiva que permite conocer el funcionamiento de las vías urinarias bajas. Es recomendable su realización antes de realizar un tratamiento quirúrgico, en la evaluación de casos complejos (asociados a prolapso genital, recidivas de IUE tras cirugía, mala respuesta a los tratamientos fisioterapéuticos o médicos) o cuando haya sospecha de patología neurológica responsable de la sintomatología.

- El estudio ecográfico es una prueba no invasiva que cada vez se utiliza con más frecuencia. Permite obtener datos anatómicos de los genitales internos, de la musculatura pelviana y de las vías urinarias bajas, así como de su funcionalismo en relación con los grados de desplazamiento y movilidad de cuello vesical y uretra.

1.9. Las herramientas en manos del paciente (resultados y experiencias descritos por los pacientes)

Pensar en síntomas es pensar en el paciente. Los STUI en la mujer, así como sucede en el varón, plantean una importante repercusión que afecta a la calidad de vida global, su actividad física, rendimiento laboral, sueño, relaciones personales, función sexual, salud mental, estado emocional y, en definitiva, a la capacidad para tener una vida plena.

Las entidades que se expresan mediante STUI, como en cualquier patología centrada en síntomas, precisan un diagnóstico que pivote sobre estos. Supone un cambio de paradigma donde hoy sabemos que lo más importante es favorecer que el paciente se exprese y los describa. En esta nueva visión de la salud, los profesionales implicados deberán centrar su interés en obtener resultados percibidos por los pacientes (PRO) basados en su percepción sobre la enfermedad y de los tratamientos, no solo por la prevalencia de un cuadro que aumenta con la edad, y que va a tener un incremento progresivo con la esperanza de vida, sino porque no existen medidas preventivas establecidas a nivel poblacional para frenar esta entidad de carácter crónico. Es muy importante esta nueva visión de la salud porque el punto de vista del paciente podría no captarse mediante una medición clínica. Con la denominación PROM se conoce a las herramientas que recopilan estos datos y que permitirán medir los PRO. Estas mediciones pueden transformar la atención médica en un nuevo modelo centrado en los beneficios reales alcanzables para los pacientes. Mediante las PREM (medidas de la experiencia descritas por el paciente) conocemos la experiencia del paciente en el proceso de salud, abarcando un extenso escenario, habitualmente en el ambiente hospitalario, ya que miden la experiencia durante la permanencia en la institución durante toda la asistencia, desde que se programa el caso en la consulta, durante la atención en el hospital y hasta el alta hospitalaria. Con todo ello se construye el valor de la salud (*Value-Based Helthcare*, VBHC)^{25,26}.

Por tanto, es necesario **entender para comprender** mejor lo que significan estos resultados para el paciente. Personas distintas en un estado de salud similar, ante el mismo diagnóstico o ante una enfermedad idéntica, en nuestro caso ante STUI en vejiga hiperactiva, incontinencia urinaria, prolapso perineal, dolor pélvico crónico, etc. pueden tener percepciones distintas de cómo se sienten, de cómo afecta a su capacidad funcional

y de cómo reaccionan para afrontar las circunstancias que puedan estar alterando la percepción de su nivel de satisfacción en la vida. En las enfermedades crónicas, que no representan un peligro inmediato para la vida del paciente, se suele estar más preocupado por la situación anímica y/o emocional para poder disfrutar de una vida plena, por la mejora en el estado del bienestar y la repercusión que la enfermedad provoca en sus seres más queridos.

La evidencia y la sabiduría común sugieren que la información obtenida de trabajos con grupos focales o entrevistas individuales con pacientes con experiencia adecuada, como punto de partida para el desarrollo de herramientas de medida en PRO y PROM, conduce a una mejor comprensión de la experiencia de la enfermedad, a la clarificación de los diferentes dominios y a la generación de mejores conclusiones, ayudando a interpretar las decisiones²⁷.

La atención en la salud, por lo tanto, está cambiando. Y es preciso que lleguemos a entenderla para comprenderla mejor. Hasta la fecha lo importante para los sistemas sanitarios ha sido el volumen de los servicios prestados. En la actualidad se está dando un giro para centrar la atención en lo que al paciente realmente le importa, lo que le genera beneficio, lo que se denomina valor, donde también se incluyen los costes. Michael Porter en su conocido artículo *What is value in healthcare* (2010) decía que no hay más valor en la atención sanitaria que el valor para el paciente y que este debe relacionarse con el coste²⁸. El *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) tiene por objetivo definir los resultados de valor para el paciente en distintas condiciones médicas, considerando como valor en salud global el conjunto de estándares de medidas que más le importan o que más le interesan al paciente. Y entre todas las condiciones médicas está incluida la VH.

En definitiva, tanto los PRO como las PREM deberán formar parte de la historia clínica en la nueva Medicina porque ayudan en la construcción del valor en salud y porque permiten identificar los aspectos susceptibles de mejora. No hay que olvidar que se trata de conocer y comparar pacientes con enfermedades similares, pero en personas diferentes.

2

Derivación y tratamiento de la mujer con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) relacionados con la vejiga hiperactiva (VH)

Irene Díez Itza, José María Molero García y Ana Borobia Pérez

2.1. Detección, diagnóstico y derivación en el sistema sanitario

2.1.1. Diferenciación por categorías de los STUI

Para el correcto manejo clínico de los STUI tanto en el varón como en la mujer, es necesario diferenciar el tipo de síntomas. La *International Continence Society* (ICS)²⁹ y el Grupo Español de Urodinámica y la SINUG³⁰ clasifican los STUI en las siguientes categorías:

- De llenado o irritativos. Se perciben durante la fase de llenado vesical e incluyen aumento de la frecuencia miccional diurna o polaquiuria (más de 7-8 ocasiones), nocturia (despertar nocturno una o más veces para orinar por el deseo de orinar), urgencia (aparición súbita e imperiosa de deseo de orinar claro e intenso difícil de demorar) e IU (escapes involuntarios de orina).
- De vaciado u obstructivos: se perciben durante la micción, incluyen chorro débil/lento (reducción del flujo miccional), retardo o dificultad en el inicio de la micción desde el momento en que se ha decidido orinar, esfuerzo miccional (contracción muscular que se realiza para iniciar, mantener o mejorar el flujo miccional), retención aguda de orina (RAO) (incapacidad repentina y dolorosa de orinar voluntariamente a pesar de tener la vejiga llena), goteo terminal (prolongación del final de la micción, cuando el débil flujo se transforma en goteo) y la micción en regadera, dispersa o en sifón.
- Posmiccionales. Son percibidos inmediatamente tras la micción, incluyen la sensación de vaciado incompleto, goteo posmiccional (pérdida involuntaria de orina en forma de goteo tras haber acabado de orinar y usualmente tras haber dejado el inodoro o a la salida del aseo).

La ICS define en la actualidad la VH como un síndrome clínico caracterizado por la presencia de urgencia miccional, usualmente acompañada de aumento de la frecuencia miccional y/o nocturia, con incontinencia urinaria (VH húmeda) o sin (VH seca) en ausencia de infección del tracto urinario u otra enfermedad detectable^{31,32}.

2.2. Detección precoz y proactiva de la VH

La prevalencia de los síntomas de llenado en la mujer a partir de los 50 años es elevada^{33,34}. A menudo las mujeres que sufren VH con IU frecuentemente lo vivencian como una patología vergonzante y no lo suelen consultar³⁵. Por estos motivos se justifica realizar una detección proactiva específica por los profesionales sanitarios (médicos de familia y Enfermería) y/o farmacéuticos comunitarios. Se recomienda llevar a cabo un despistaje de STUI, de forma oportunista y al menos una vez a las mujeres a partir de los 50 años. Se puede preguntar específicamente por los tres síntomas clave de la VH (urgencia miccional, frecuencia miccional aumentada y nocturia) y si existe pérdida involuntaria de orina. También se puede detectar mediante la cumplimentación de la escala OAB-V3 (*Overactive Bladder Awareness Tool Abbreviated version-V3*)³⁶ (tabla 1). En caso de obtener una respuesta afirmativa, sería conveniente iniciar una valoración diagnóstica completa.

Tabla 1 Cuestionario OAB-V3

Por favor, rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto ha sentido molestias en relación con cada síntoma. Sume los puntos para obtener una puntuación total y anote esta puntuación en las casillas del final.

¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a...	Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. ... tener que orinar con frecuencia en las horas del día?	0	1	2	3	4	5
2. ... tener deseos repentinos de orinar con poco o ningún aviso?	0	1	2	3	4	5
3. ... tener pérdida de orina asociada con un fuerte deseo de orinar?	0	1	2	3	4	5
Puntuación	<input type="checkbox"/>					

Adaptada de³⁶.

2.3. Pruebas diagnósticas de STUI relacionados con la VH

La evaluación diagnóstica inicial se orienta hacia el reconocimiento de los signos y síntomas de VH e IU y a la exclusión de procesos patológicos que pueden cursar con síntomas de la VH (tabla 2)³⁷.

Tabla 2 Alteraciones que pueden causar o contribuir a los STUI

a. Infección del tracto urinario.
b. Obstrucción vesical. <ul style="list-style-type: none"> — Varones: obstrucción-estenosis prostática y cuello vesical. — Mujeres: prolapso de órganos pélvicos, poscirugía, divertículo uretral, esclerosis de cuello vesical primaria, debilidad del esfínter.
c. Deterioro de contractilidad del detrusor vesical (envejecimiento, isquemia). <ul style="list-style-type: none"> — Anomalías vesicales o inflamación: cistitis por ITU, cistitis crónica (radiación, inflamatoria, química), litiasis vesical, tumor vesical, cuerpos extraños.
d. Alteraciones neurológicas: accidente cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer, demencia multiinfarto, otras demencias, Parkinson, esclerosis múltiple, hidrocefalia normotensiva, tumores benignos y malignos.
e. Transgresiones dietéticas, aumento de la ingesta de líquidos, consumo de excitantes vesicales.

Tomada de³⁶.

De acuerdo con las diferentes recomendaciones^{38,39} en la evaluación inicial de pacientes con STUI secundarios VH se debe incluir:

- a. Historia clínica y anamnesis para valorar el estado general y las características de los síntomas urinarios.
- b. Exploración física general y abdomino-pélvica.
- c. Cumplimentación del diario miccional.
- d. Valoración de intensidad de los síntomas y calidad de vida mediante cuestionarios.
- e. Análisis básico de orina.

En síntesis, el diagnóstico de la VH es eminentemente clínico. Es preciso racionalizar el uso adecuado y secuencial de las pruebas complementarias en la valoración diagnóstica de los pacientes con STUI.

2.3.1. Historia clínica

Debe recoger el tipo de síntomas, inicio, tiempo de evolución y gravedad, especialmente la presencia de IU y el tipo. La urgencia urinaria es el más molesto y el síntoma clave para el diagnóstico del VH. El predominio de nocturia y la ausencia o presencia de escasos STUI diurnos es sospechoso de un cuadro de poliuria nocturna. Hay que preguntar por dolor hipogástrico o perineal, antes, durante o después de la micción. Por otra parte, hay que excluir situaciones que cursan con la sintomatología de una VH o intensifican los síntomas como patologías (enfermedades gineco-obstétrica, insuficiencia cardíaca, diabetes, cirugía pélvica lumbosacra, alteraciones del sistema nervioso central o periférico), tratamientos (diuréticos, calcioantagonistas, antihistamínicos, sedantes o hipnóticos, antidepresivos tricíclicos o litio, sustancias irritantes vesicales como descongestivos, opiáceos), consumos de irritantes vesicales (cafeína, teína, tabaco) (tabla 2).

2.3.2. Exploración física general y abdomino-pélvica con o sin examen vaginal y tacto rectal

La exploración física proporciona datos relevantes para el diagnóstico de VH y descarta otras patologías con sintomatología compatible con VH. Hay que explorar el aspecto físico de la paciente (movilidad, estado nutricional, edemas, etc.) para descartar enfermedades crónicas, principalmente las enfermedades neurológicas. Mediante la exploración abdominal se descartará la presencia de masas abdominales, y en el examen pélvico y perineal, la presencia de prolapso de órganos pélvicos (el tipo y el grado en caso de prolapso). El examen vaginal permite valorar la existencia de masas pélvicas. La inspección de la vagina y los genitales externos permite valorar el grado de trofismo de las mucosas y descartar la atrofia urogenital en mujeres posmenopáusicas. En pacientes con IU es conveniente realizar una prueba de esfuerzo mediante la tos para detectar escapes de orina involuntarios con el esfuerzo. Si es positiva se debería explorar la musculatura del suelo pélvico (examen vaginal o tacto rectal).

2.3.3. Diario miccional

Es una herramienta diagnóstica de gran utilidad en pacientes con VH e IU. Evalúa la evolución de los síntomas y su respuesta al tratamiento. Mide el volumen miccional, la frecuencia urinaria y los episodios de urgencia e incontinencia (figura 3). Se registra entre 3 y 7 días completos. El diario miccional de 3 días (DM3d) validado en España para la evaluación de STUI en las mujeres puede alertar acerca de una etiología de los síntomas diferente de la VH (p. ej. poliuria de causa diabética, cardiológica, ingesta excesiva de líquidos y/o potomanía, etc.)⁴⁰.

Figura 4 Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUCIÓN DEL CONTROL DE LA VEJIGA
(Spanish version of the Bladder Control Self-Assessment Questionnaire)

Es usted: HOMBRE MUJER

Por favor, anote el número aplicable a su caso en las casillas indicadas por las flechas, teniendo en cuenta lo siguiente:

En absoluto: 0	Un poco: 1	Bastante: 2	Mucho: 3
-----------------------	-------------------	--------------------	-----------------

	SÍNTOMAS	MOLESTIA	
<input type="checkbox"/>	• ¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?	• ¿En qué medida le molesta?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	• ¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?	• ¿En qué medida le molesta?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	• ¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar?	• ¿En qué medida le molesta?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	• ¿Tiene pérdidas de orina?	• ¿En qué medida le molesta?	<input type="checkbox"/>

Ahora sume las puntuaciones de cada columna e introduzca los resultados en estas casillas

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Mi puntuación de síntomas	Mi puntuación de "molestia"

Tomada de⁴².

2.3.5. Análisis de orina

Mediante tira reactiva para realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías de tracto urinario como infecciones (piuria, nitritos) o descartar complicaciones (hematuria, proteinuria).

2.3.6. Exámenes complementarios específicos

La necesidad de efectuar estudios complementarios específicos es indicativa de una VH complicada, por lo que en muchos casos deberá remitirse a la paciente a una unidad especializada para el adecuado diagnóstico y el correspondiente tratamiento etiológico. Entre los exámenes complementarios destacan los siguientes:

- a. Determinación del volumen residual posmiccional (VRP) para detectar una obstrucción del tracto urinario inferior. Es preferible realizarla mediante ecografía

- abdominal. Es recomendable en mujeres con edad avanzada, historia de cirugía pélvica anti-incontinencia, prolapso vaginal grado ≥ 2 , sospecha de IU complicada y en pacientes que reciben tratamientos que podrían causar o empeorar los síntomas de vaciado⁴³. Un volumen >150 - 200 mL se considera anormal.
- b. Estudios de imagen (ecográficos) de las vías urinarias o de genitales internos. Se recomiendan ante la presencia de hematuria o la presencia de patología ginecológica detectada en la anamnesis o en la exploración física.
 - c. Estudio urodinámico. Para completar el diagnóstico del tipo de IU y diagnosticar disfunción del vaciado vesical. Se recomienda en mujeres con incontinencia grave, antecedentes de cirugía urológica o ginecológica, enfermedad neurológica, en presencia de residuos posmiccionales elevados o dolor vesical³⁹.

2.3.7. Criterios de derivación

Los casos en los que la evaluación inicial básica no establezca un diagnóstico han de remitirse a un especialista con formación específica o a unidades especializadas multidisciplinarias en STUI en la mujer (tabla 3)^{38,39,44}.

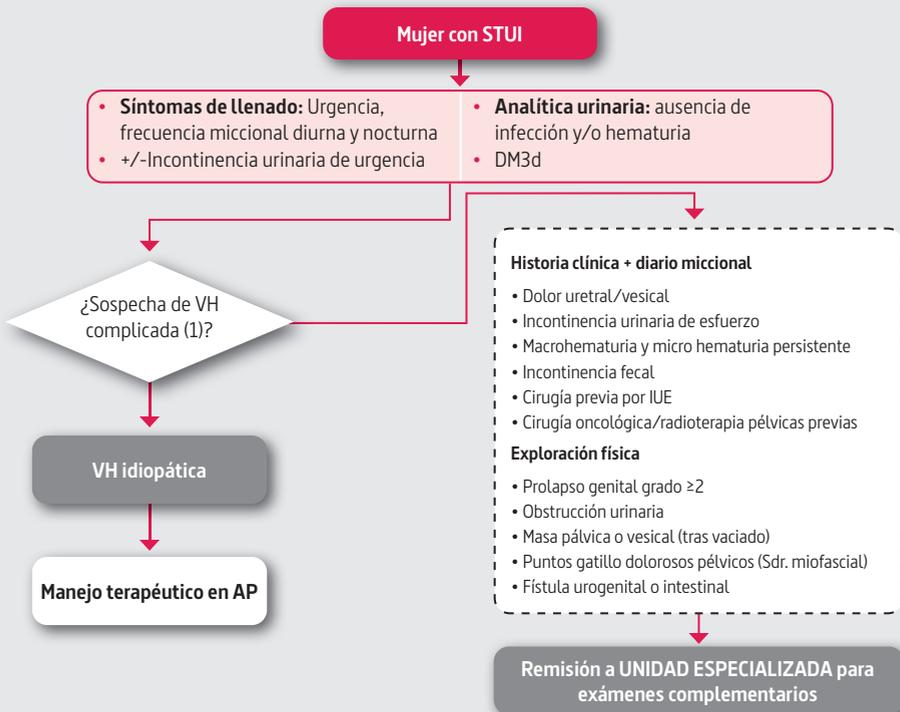
Tabla 3 Criterios de derivación

- a. Durante la valoración diagnóstica inicial:
 - VH/IU “complicada”
 - Macrohematuria o microscópica persistente (no justificada).
 - Dolor vesical/uretral persistente.
 - Infección del tracto urinario (ITU) recurrente (recaída).
 - Prolapso sintomático o grado ≥ 2 .
 - Antecedentes de irradiación pélvica y cirugía pélvica radical.
 - Masa pélvica o vesical palpable tras vaciado miccional.
 - Sospecha de síndrome miofascial (puntos gatillo doloroso en los músculos del piso pélvicos).
 - Sospecha de fistula urogenital o intestinal.
 - Dificultad de vaciado o residuo vesical posmiccional anormal (>200 mL).
 - IU recurrente, IUE, incontinencia total o incontinencia fecal asociada.
 - Gran limitación de la calidad de vida.
 - STUI en la mujer que no pueden clasificarse o diagnóstico incierto.
- b. Durante el tratamiento:
 - Aumento de síntomas o aparición de nuevos.
 - Ausencia de respuesta al tratamiento conservador, incluyendo el farmacológico (3 meses).

2.4. Algoritmo diagnóstico y valoración diferencial de la mujer con STUI

En la figura 5 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 5 Algoritmo diagnóstico de VH idiopática complicada



Elaboración propia.

2.5. Tratamiento de la VH en la mujer

El tratamiento de la VH tiene como objetivo fundamental aliviar los síntomas de urgencia, frecuencia miccional diurna aumentada, nocturia e IUU. Puesto que no se conoce el mecanismo fisiopatológico que favorece el síndrome de VH, el tratamiento actual va dirigido al control de los síntomas. Además, al tratarse de un problema crónico, cualquiera de las medidas que se recomienden para aliviar la sintomatología han de mantenerse a largo plazo. Habitualmente se distinguen dos niveles de actuación en pacientes con VH. Un tratamiento inicial o de primera línea que se puede instaurar en cualquier entorno asistencial (Atención Primaria y Especializada) y un tratamiento de segunda línea, indicado en las pacientes que no han respondido adecuadamente al tratamiento inicial, y aplicable únicamente en unidades especializadas.

2.5.1. Tratamiento de primera línea

El tratamiento de primera línea para las pacientes con VH que se puede instaurar en cualquier entorno asistencial incluye el tratamiento conservador y el tratamiento farmacológico. A su vez el tratamiento conservador agrupa los cambios en el estilo de vida, la reeducación vesical y la rehabilitación. Habitualmente los cambios en el estilo de vida y la reeducación vesical se aplican como primera opción de tratamiento, y si la mejoría de los síntomas no es suficiente se continúa con la asociación de un tratamiento rehabilitador y/o farmacológico.

2.5.1.1. Cambios del estilo de vida

Las diferentes intervenciones relacionadas con el estilo de vida se caracterizan por ser medidas no invasivas, de bajo coste y con mínimos efectos secundarios. Como contrapartida, algunas han sido evaluadas para la IU sin tan claros efectos para los síntomas específicos de la VH. Aun así, su bajo coste y la frecuencia con la que aparecen combinaciones de síntomas urinarios, justificarían su implementación en estas pacientes.

2.5.1.1.1. Pérdida de peso (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación fuerte)

La obesidad es un factor de riesgo independiente de la IU en la mujer. Promover la pérdida de peso puede ser útil para reducir la IU en aquellas mujeres con sobrepeso u obesas. Existe evidencia indicando una mejoría de la IU después de reducir el peso en un 5% en mujeres con obesidad⁴⁵. Por tanto, se debería recomendar perder peso a las pacientes con obesidad para mejorar su IU.

2.5.1.1.2. Reducción de la ingesta de líquidos (nivel de evidencia 2, grado de recomendación débil)

La reducción de la ingesta de líquidos es una medida generalmente adoptada por muchas mujeres con IU. Existen pocos estudios que proporcionen datos sobre el impacto de la disminución de la ingesta de líquidos en los síntomas urinarios. Se ha descrito que una reducción del 25% implica una disminución significativa en la frecuencia miccional diurna, la urgencia y la nocturia, aunque sin afectación en la incontinencia⁴⁶. En general, se aconseja recomendar una reducción en la ingesta de líquidos a las mujeres con hábito de beber mucho⁴⁷.

2.5.1.1.3. Consumo de alcohol, cafeína y tabaco (grado de recomendación fuerte)

El consumo de alcohol no aumenta la incidencia de VH⁴⁸. El consumo de cafeína exacerba la IU, la urgencia y la frecuencia miccional diurna. Los datos de ensayos clínicos sugieren que la disminución en la ingesta de cafeína mejora estos síntomas⁴⁸. Por tanto, se reco-

mienda reducir la ingesta de cafeína en mujeres con síntomas de VH (nivel de evidencia 2, grado de recomendación fuerte). Hay datos que sugieren que el tabaco aumenta el riesgo de IU. Se ha observado que la frecuencia urinaria puede mejorar al abandonar el hábito tabáquico (nivel de evidencia 3, grado de recomendación fuerte)⁴⁸.

2.5.1.1.6. Ejercicio físico

El efecto del ejercicio físico sobre la VH está poco documentado. Hay datos que sugieren que la actividad física reducida se asocia con la VH⁴⁹, constituyendo un factor modificable en el tratamiento.

2.5.1.2. Reeducción vesical y promoción del vaciado (grado de recomendación fuerte)

El entrenamiento vesical mejora los síntomas de incontinencia urinaria tanto en IUU, como en IUE e IUM (nivel de evidencia 1b)⁴⁸. También es útil para corregir el patrón alterado de la frecuencia miccional diurna, el control de la urgencia y la capacidad vesical restableciendo la confianza de la paciente en el control de su función vesical. Incluye diferentes pautas de control de la micción y tiene como objetivo la educación de los hábitos miccionales y la recuperación del control. La forma más habitual consiste en realizar micciones programadas que persiguen un incremento progresivo del intervalo entre micciones. El intervalo inicial se establece a partir de la información indicada por la paciente (basada en el diario miccional siempre que sea posible). En el momento programado se debe orinar, tanto si se 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. La promoción del vaciado vesical a intervalos fijos también puede ser útil para disminuir los episodios de IU⁵⁰. Las micciones deberían realizarse en función de los resultados del diario miccional y estaría indicado en pacientes que dependen de cuidadores.

2.5.1.3. Rehabilitación

El tratamiento rehabilitador debe implantarse, por supuesto, siguiendo las guías de práctica clínica y la evidencia científica, pero siempre individualizando los tratamientos, haciendo partícipe al paciente en la toma de decisiones terapéuticas, teniendo en cuenta sus valores personales, preferencias, circunstancias personales y estableciendo objetivos reales y alcanzables, con el fin de mantener la adherencia a largo plazo. Se dispone de diferentes opciones de rehabilitación para el tratamiento de los STUI, incluyendo el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) (nivel de evidencia 1, grado de recomendación A); el biofeedback (nivel de evidencia 1, grado de recomendación A); la electroestimulación (grado de recomendación B) y la estimulación del nervio tibial posterior para la IUU (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación B). El EMSP y el

86 biofeedback son las primeras medidas rehabilitadoras a indicar en el tratamiento de los STUI, ya que tienen una eficacia comprobada para los distintos tipos de incontinencia (IUE, IUM, IUU), así como para la VH. Los programas de rehabilitación resultan ser más eficaces si se ofrecen durante al menos 3 meses, tan intensivos como sean posibles y supervisados por un profesional (grado de recomendación A).

2.5.1.3.1. EMSP y el biofeedback

El EMSP⁵¹ y el biofeedback⁵² tienen como objetivo mejorar la función del suelo pélvico, la capacidad contráctil, el tono muscular, la estabilidad uretral y el ángulo anorrectal. Asimismo, las contracciones voluntarias de la musculatura del suelo pélvico (MSP) que se logran con este entrenamiento pueden inhibir la contracción del detrusor, mejorando la urgencia en la IUU y mejorando los síntomas de llenado en la VH (nivel de evidencia 1b). Este entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico se debe de ofrecer a los pacientes desde el inicio, durante al menos 3 meses, como tratamiento de primera línea para mujeres con IUE, IUM, IUU y en VH (grado de recomendación fuerte).

El EMSP consta de tres fases: concienciación, entrenamiento y mantenimiento. La fase de concienciación tiene como objetivo aprender a localizar y contraer correctamente la MSP, eliminando las sincinesias musculares y aprendiendo a coordinar esta contracción con la respiración. Para mejorar esta percepción de la musculatura, es decir, para identificar correctamente cual es el músculo que se debe contraer y cómo contraerlo, el EMSP se combina con el biofeedback, el cual ayuda a esta toma de conciencia mediante un estímulo visual, auditivo o táctil, ello unido a sondas vaginales. En casos de IUE, la asociación de EMSP y el biofeedback proporciona mayores beneficios que ambas técnicas por separado. En la fase de entrenamiento se deben de trabajar las contracciones lentas y sostenidas, que son las responsables del mantenimiento del tono constante y de la continencia en reposo, y las contracciones rápidas o fásicas, las cuales se contraen y se reclutan durante los aumentos súbitos de la presión intraabdominal como en un estornudo, al toser o coger un peso; y a su vez, se debe de enseñar también el denominado *the knack maneuver*, que es un bloqueo conjunto del periné, abdomen y diafragma antes de realizar un esfuerzo, por ejemplo al coger un peso, para evitar las pérdidas de orina con estas maniobras.

La última fase de mantenimiento es crucial para mantener e incrementar los resultados obtenidos y la calidad de vida de las pacientes a corto y a largo plazo, debiéndose incorporar el EMSP a la vida diaria de por vida. En esta fase de mantenimiento es cuando se necesita la máxima colaboración e implicación por parte del paciente, ya que si se abandonan estos ejercicios en el domicilio se perderán los beneficios obtenidos anteriormente.

2.5.1.3.2. Electroestimulación

La electroestimulación que consiste en un estímulo eléctrico endocavitario está indicada en pacientes que presentan un tono muscular del suelo pélvico muy bajo al inicio de la rehabilitación y con los EMSP no es suficiente; respecto a esta terapia es importante recalcar que no se recomienda ofrecer el uso de estimulación eléctrica con electrodos de superficie vaginal y anal en solitario, debiéndose asociar al EMSP (nivel de evidencia 2a, recomendación fuerte). Esta combinación mejora el tono, la fuerza y la resistencia muscular a corto plazo.

2.5.1.3.3. Estimulación del nervio tibial posterior

En el contexto de los STUI, la estimulación del nervio tibial posterior tiene su indicación en la VH y en la IUU (nivel de evidencia 2B; recomendación fuerte). Con esta técnica mediante unos impulsos eléctricos a nivel supramaleolar interno (región interna y superior de la tibia) en el recorrido del nervio tibial posterior, de manera transcutánea o percutánea, se consigue que de forma retrógrada se estimulen los centros sacros del control de la micción, en concreto de la raíz S3 (inhibición del plexo parasimpático), logrando un efecto inhibitorio sobre el músculo liso vesical, e inhibiendo por tanto las contracciones involuntarias del detrusor. Se ha demostrado que el tratamiento con la estimulación del nervio tibial posterior percutáneo, con un tratamiento de mantenimiento puede mantenerse la eficacia a 3 años de evolución (nivel de evidencia 1b) y sin efectos adversos relevantes (nivel de evidencia 1b). La modalidad percutánea ha demostrado aportar la misma eficacia que la tolterodina (nivel de evidencia 1b), y la modalidad transcutánea parece ser eficaz para reducir los síntomas de la VH en comparación con el tratamiento simulado (nivel de evidencia 1a).

2.5.2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico está indicado en mujeres con diagnóstico clínico de IUU/VH cuando con las medidas conservadoras no se han mejorado suficientemente los síntomas urinarios. Actualmente, hay dos grupos de fármacos que presentan un nivel de evidencia 1a y un grado de recomendación fuerte en el tratamiento de la VH: los antagonistas de los receptores muscarínicos o anticolinérgicos y los fármacos agonistas de los receptores adrenérgicos⁵³. Uno de los principales problemas del tratamiento farmacológico es la baja tasa de adherencia, que oscila del 14% al 35% a los 12 meses en el caso de los anticolinérgicos⁵⁴. Los problemas de la falta de adherencia se relacionan con la aparición de efectos secundarios, la falta de conocimiento de la cronicidad del proceso y el beneficio clínico insuficiente. En pacientes con atrofia urogenital, el tratamiento con estrógenos puede estar indicado.

2.5.2.1. Antagonistas de los receptores muscarínicos. Anticolinérgicos

Los fármacos anticolinérgicos han demostrado su eficacia en la reducción de la urgencia miccional, la IUU, mejoría de la calidad de vida en ensayos aleatorizados y controlados en comparación con placebo⁵⁵. Su eficacia también se ha demostrado evaluando la hiperactividad del detrusor en estudios urodinámicos⁵⁵.

La contracción vesical se produce como consecuencia de la activación del sistema nervioso parasimpático, cuyos receptores son muscarínicos y se activan mediante la acetilcolina. El efecto de fármacos antimuscarínicos-anticolinérgicos se basa en el bloqueo competitivo de dichos receptores y su objetivo fundamental es inhibir las contracciones involuntarias del músculo detrusor. Estos receptores también están presentes en otros órganos y sistemas que pueden verse afectados por el empleo de estos fármacos, ocasionando efectos secundarios con relativa frecuencia. Así, sobre las glándulas lacrimales y salivares favorecen la aparición de sequedad ocular y de boca, a nivel del colon favorecen el estreñimiento y en el sistema nervioso central pueden causar mareos y somnolencia. Para disminuir los efectos secundarios, se han desarrollado fármacos con especificidad para los receptores M2 y M3, que son los que predominan en el músculo detrusor, aunque algunos de ellos tienen asimismo una acción mixta. Así, la oxibutinina y la propiverina, además del efecto anticolinérgico, son antagonistas del calcio⁵⁵. Los fármacos con efectos anticolinérgicos disponibles actualmente en España se incluyen en la tabla 4. Todos ellos se administran por vía oral a excepción de la oxibutinina, que, además, tiene una presentación en parches para su administración vía transdérmica.

Tabla 4 Principales fármacos con efectos anticolinérgicos

Fármacos	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Antimuscarínicos		
Tolterodina	1	A
Tropio	1	A
Solifenacina	1	A
Fesoterodina	1	A
Desfesoterodina	1	A
Acción mixta		
Oxibutinina	1	A
Propiverina	1	A

El efecto secundario más común del tratamiento con anticolinérgicos por vía oral es la sequedad de boca, seguido de estreñimiento, cefalea y somnolencia. Estos efectos adversos son inferiores con los fármacos que tienen mayor selectividad por los receptores M2 y M3 (solifenacina) y mayor selectividad por la vejiga (tolterodina y fesoterodina)⁵⁵. La vía transdérmica comercializada para la oxibutinina ofrece la ventaja de evitar el primer paso hepático y con ello minimizar los efectos secundarios de los anticolinérgicos. Pero también puede tener efectos secundarios inherentes a la vía de aplicación, que consisten en reacciones cutáneas en la zona de colocación del parche. La comodidad en la administración del parche puede mejorar el cumplimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento⁵⁶.

El tratamiento antimuscarínico a largo plazo debe utilizarse con precaución en los pacientes de edad avanzada, especialmente los que están en riesgo o tienen disfunción cognitiva (grado de recomendación fuerte)⁵³. El tratamiento ha de ajustarse individualmente en función de los síntomas y la tolerancia. Además, teniendo en cuenta que la aparición de los efectos secundarios son una de las principales causas de abandono del tratamiento, es importante advertir a la mujer que la aparición de estos efectos puede preceder a los beneficios completos, que pueden tardar hasta 4 semanas desde el inicio de la medicación. Las contraindicaciones del tratamiento con fármacos anticolinérgicos incluyen el glaucoma de ángulo estrecho no tratado, miastenia *gravis*, retención u obstrucción urinaria severa, trastornos gastrointestinales obstructivos e insuficiencia hepática grave. Para mayor información, se recomienda revisar la ficha técnica de cada producto.

2.5.2.2. Agonistas de los receptores adrenérgicos

El mirabegrón es un fármaco agonista de los receptores beta-3 adrenérgicos, disponible en Europa desde el año 2013. Presenta un mecanismo de acción distinto al de los anticolinérgicos y en la actualidad existe evidencia sobre su eficacia como tratamiento farmacológico de primera línea en casos de IUU/VH. Este fármaco actúa promoviendo la relajación del músculo liso vesical a través de la activación de los receptores beta3-adrenérgicos detrusorianos durante la fase de llenado⁵⁷. Mirabegrón 50 mg ha demostrado su eficacia en ensayos aleatorizados y controlados frente a placebo en la reducción de la urgencia miccional, la frecuencia miccional y la IUU^{57,58}. También se ha demostrado su eficacia en estudios urodinámicos con un aumento de la capacidad vesical, disminución de las contracciones del músculo detrusor durante el llenado y un aumento del volumen miccional. También se ha puesto de manifiesto una mejoría clínicamente evidente en la calidad de vida⁵⁵. Los resultados de eficacia del tratamiento con mirabegrón se han observado tanto en pacientes con VH no tratadas previamente como en las que no han respondido o no toleran el tratamiento con anticolinérgicos⁵⁵.

Este fármaco tiene un perfil de seguridad favorable frente a los anticolinérgicos en cuanto a efectos adversos de tipo antimuscarínico, que podría justificar mejores tasas de cumplimiento terapéutico⁵⁹. Entre los efectos adversos destacan la hipertensión arterial (7,3%), la rinoфарингит (3,4%) y la infección urinaria (3%), con una tasa general de efectos secundarios similar al placebo⁵³.

El uso de mirabegron está contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada, definida como presión sistólica ≥ 180 mmHg y/o presión diastólica ≥ 110 mmHg⁵⁷. Este fármaco puede aumentar la presión arterial, especialmente en pacientes con hipertensión, por lo que se recomienda medir la tensión arterial antes de iniciar el tratamiento y periódicamente durante el tratamiento. Se requiere realizar ajuste de dosis en casos de insuficiencia renal con filtrado glomerular por debajo de 30 mL/min/1,73m e insuficiencia hepática clase B de Child-Pugh⁵⁷.

2.5.2.3. Estrógenos locales

Las mujeres menopáusicas con síntomas de IUU/VH pueden notar una mejoría de sus síntomas urinarios al tratar el componente de atrofia urogenital. El tratamiento con estrógenos vaginales puede mejorar los síntomas asociados con el síndrome genitourinario de la menopausia, del cual la VH puede ser un componente (nivel de evidencia 1a).

2.5.3. Seguimiento del tratamiento inicial

Las pacientes diagnosticadas de IUU/VH en las que se instaura un programa de reeducación vesical de larga duración deben ser evaluadas cada 6-12 meses. El objetivo es analizar la evolución en la eficacia para el control de los síntomas. Cuando se ha indicado un tratamiento farmacológico, se aconseja ofrecer a la mujer un primer control entre 4 y 8 semanas. Se debe evaluar la eficacia del tratamiento y la aparición de efectos secundarios. Las recomendaciones habituales son:

- Si la mejoría es óptima, seguir con el fármaco.
- Si no hay mejoría o esta es mínima, en función del perfil del paciente, la respuesta y las expectativas, habría que adecuar el siguiente paso terapéutico que consistiría en cambiar la dosis o probar un nuevo fármaco. Sería preciso revisar de nuevo el efecto a las 4 semanas.
- Si la paciente no desea probar un segundo fármaco, remitirla a una unidad especializada.

La eficacia de los tratamientos se mide con más exactitud si se utilizan instrumentos validados de calidad de vida y de satisfacción con el tratamiento. En caso de gran mejoría de los síntomas, se debe seguir con la disciplina miccional y se puede probar el resultado de ir reduciendo progresivamente el tratamiento farmacológico. Cuando no

se obtiene respuesta con el tratamiento de primera línea, hay que explicar a la paciente que puede optar a tratamientos de segunda línea. En este caso, es conveniente derivar a la paciente a una unidad especializada en patología uroginecológica para la práctica de pruebas más complejas (estudio urodinámico, cistoscopia, etc.) y decidir las opciones en función de los resultados.

2.5.4. Tratamiento de segunda línea

Los tratamientos de segunda línea para la IUU/VH incluyen la inyección de toxina botulínica en el músculo detrusor y la neuromodulación sacra, estando recomendados para pacientes con VH idiopática que no han respondido al tratamiento inicial⁵⁵. La neuromodulación sacra es más invasiva, pero ofrece eficacia a largo plazo mientras que el tratamiento con la toxina botulínica (onabotulintoxina) es menos invasivo, y necesita que se repita antes de un año para mantener su eficacia. Recientemente se ha publicado un estudio aleatorizado que compara ambos procedimientos en pacientes con IUU refractaria al tratamiento con anticolinérgicos. Ambas terapias tuvieron el mismo éxito en la reducción de la IUU y los efectos secundarios fueron escasos a los 2 años de seguimiento. Las mujeres con toxina botulínica estaban más satisfechas con el tratamiento, pero con una tasa mayor de infecciones urinarias⁶⁰.

No existe evidencia, ni tampoco existe acuerdo entre los expertos, sobre cuál de estos dos tratamientos debería ser aplicado en primer lugar, siendo en el momento actual un tema de discusión en foros científicos. Desde el punto de vista del clínico, si la paciente no tiene contraindicación para ninguna de las dos opciones terapéuticas, la decisión debería tomarse de acuerdo con sus preferencias, disponibilidad del producto y posibilidad de control posterior tras la aplicación del tratamiento.

2.5.4.1. Toxina botulínica

La única toxina botulínica aprobada para uso en pacientes con VH idiopática refractaria al tratamiento conservador y/o al tratamiento farmacológico es la onabotulintoxina. Esta modalidad terapéutica tiene un nivel de evidencia 1 y un grado de recomendación fuerte. Actúa inhibiendo la liberación de acetilcolina de las terminaciones nerviosas presinápticas. El acumulo del neurotransmisor produce una degeneración terminal axonal y con ello la parálisis muscular. También disminuye las señales aferentes que provienen de la vejiga, reduciendo neurotransmisores como ATP que se encuentran elevados. Como consecuencia de la inactivación neuromuscular crecen nuevas terminaciones nerviosas y se forman nuevas placas neuromusculares con lo que se reinicia la función contráctil. Por lo tanto, su efecto es transitorio. Habitualmente el efecto comienza al segundo- tercer día de la inyección, entre 2 y 6 semanas se produce el ma-

92 yor efecto y el efecto declina entre los 6 y 12 meses postinyección. La administración repetida tiene una eficacia reproducible. Solo un pequeño número de casos genera una respuesta inmunitaria que neutraliza el efecto. Se recomienda esperar 3 meses para una nueva inyección.

En dos estudios aleatorizados, la inyección intravesical de 100 U de onabotulintoxina ha demostrado ser significativamente más eficaz que el placebo para curar o mejorar los síntomas de VH y la calidad de vida en pacientes que no habían respondido adecuadamente al tratamiento con anticolinérgicos^{61,62}. Como efectos adversos cabe destacar el riesgo significativamente superior respecto al placebo, de presentar después de la inyección un residuo posmiccional elevado, que puede requerir autosondaje en un número limitado de pacientes y también el riesgo significativamente mayor de bacteriuria (nivel de evidencia 1).

2.5.4.2. Neuromodulación sacra

La neuroestimulación sacra comenzó su desarrollo al inicio de la década de los ochenta cuando se demostró que la estimulación continua de la raíz sacra S3 con un electrodo conectado a un generador de impulsos podría modular la actividad del músculo detrusor y el esfínter uretral mejorando el punto de presión de fuga⁶³. El mecanismo de acción de la neuromodulación sacra no es bien conocido. Parece que el efecto terapéutico surge de la estimulación eléctrica de fibras aferentes y eferentes que conectan las vísceras pélvicas y las neuronas de la médula espinal con el sistema nervioso central. La hipótesis más extendida es que la neuromodulación permite una restauración de los reflejos vesicales normales, aunque no hay evidencia de que el éxito del tratamiento vaya acompañado de una remodelación permanente en el sistema nervioso central o periférico⁶³.

Actualmente se considera una técnica mínimamente invasiva y se aplica en dos etapas. La primera es una fase de prueba en la que se coloca un electrodo en el foramen S3 y se conecta a un modulador externo. Si la mejoría de los síntomas es significativa (suele considerarse al menos un 50%), pasaríamos a la segunda fase que es la implantación definitiva del neuromodulador. El grado de recomendación de este tratamiento es fuerte. Los efectos adversos son frecuentes y están sobre todo relacionados con la inserción del neuromodulador, pero la gran mayoría de ellos se solucionan. Para mantener el efecto terapéutico se precisa reprogramación del neuromodulador y revisión quirúrgica en un número sustancial de pacientes y la evidencia es limitada en la eficacia a largo plazo. En un estudio multicéntrico tras 5 años de su utilización se ha evidenciado que el efecto adverso más común relacionado con el estimulador fue el cambio en la estimulación (22%), seguido de dolor en el lugar del implante (15%) e inefectividad terapéutica (13%)⁶⁴. Las cifras de eficacia descritas en varios estudios tras 5 años posinserción muestran una mejoría superior al 50% en el 68% de pacientes con IU y 56% en aquellos con urgencia-frecuencia⁶⁵.

3

Expectativas y satisfacción del paciente con STUI

Alicia Martín Martínez y Manuel Ramón Bernal Pacheco

3.1. Concepto de calidad de vida según la OMS. Evolución

La vejiga hiperactiva (VH) constituye un problema de salud con alta prevalencia y que incide de manera directa en una disminución de la calidad de vida de las personas que la sufren⁶⁶, ya que repercute negativamente en aspectos de integración socio-familiar, en el ámbito laboral y en la esfera sexual⁶⁷. En el abordaje de la VH, los cambios en el estilo de vida y las intervenciones conductuales son pilares fundamentales para controlar todas las formas de disfunción vesical que se manifiestan en estos pacientes. Al mismo tiempo, la atención multidisciplinar se establece como un espacio estratégico de convergencia en el que se propicia y habilita una relación terapéutica de confianza, que se traduce en la definición del objetivo consistente en generar un programa de educación terapéutico efectivo y eficiente, en personas diagnosticadas de VH con la finalidad de mejorar su autonomía e incrementar su calidad de vida⁶⁸.

La OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”⁶⁹. La calidad de vida no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de estos y otros conceptos de la vida⁶⁹. El concepto de calidad de vida ha variado a lo largo del tiempo, actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de, al menos, los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además, puede ser definido, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo^{70,71}.

Para otros autores, el concepto de calidad de vida se describe como una construcción multidimensional que incluye el bienestar o descontento en aspectos de la vida importantes para el individuo, que abarca la interacción de la salud y el funcionamiento psicológico, espiritual, socioeconómico y familiar⁷². Por lo tanto, la calidad de vida

puede ser definida como la evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de una persona en el contexto de cultura y sistema de valores con los que viven, es decir, la calidad de vida es un sentido subjetivo de bienestar que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. La calidad puede ser entendida también como una evaluación subjetiva de los atributos, ya sean positivos o negativos, que caracterizan la propia vida y consta de cuatro dominios que son; bienestar físico, psicológico, social y espiritual⁷².

3.2. Relación terapéutica y educación para la salud

La salud actualmente se define en lo cultural; los nuevos estilos de vida, la nueva cultura sanitaria son problemas con los que se encuentran nuestros métodos de trabajo y nuestras actividades en una sociedad con muchos elementos totalmente nuevos. La cultura sanitaria social es un concepto que evoluciona y se desarrolla, muchas veces independientemente del consejo sanitario profesional. La salud no es solo vivir más, sino vivir mejor, sentirse más y mejor atendido por parte de los profesionales sanitarios y gozar de un bienestar. Cambiar comportamientos y crear actitudes favorables a la salud es una tarea educativa⁷³.

Educar es ante todo comunicarse, establecer vías y procesos comunicativos relacionales, ofrecer puntos de referencia. Para ello tenemos que conocer cómo es la sociedad actual y cómo es su lenguaje. Cuando se trata de trabajar con sectores populares en una labor educativa, es preferible partir de sus códigos, de sus formas de percibir cotidianamente la realidad. En los últimos años observamos en la realidad que vivimos, hechos, acontecimientos, procesos de vida, que influyen en el nivel de salud de las personas y globalmente en la salud de los grupos y comunidades.

Mantener el nivel de salud requiere un protagonismo, una acción, por lo que la información que se adquiere a través de esta experiencia no se limita a organizar conocimientos, sino a cambiar en el modo de expresar y vivir la vida; ese impulso de salud requiere la conquista de la autonomía. Informar y formar son dos tareas complementarias, no conceptos parciales y aislados^{74,75}. La educación para la salud es una actividad intencional que requiere un programa con el análisis de la realidad o definición del problema, objetivos, actividades, contenidos, evaluación y definición de un método de trabajo⁷⁶. Se obtienen buenos resultados en promoción de la salud y prevención en pacientes con enfermedades crónicas para ayudarles a vivir saludablemente. El método educativo debe influir en la dinámica psicosocial y cultural de los estilos de vida o comportamientos asociados a la salud. De este modo, a la hora de dar un mensaje se está construyendo con datos que nos hacen conocer las motivaciones de las personas a las que va dirigido⁷⁷.

La información es uno de los elementos básicos de la acción educativa, y el conocimiento de los datos científicos es fundamental para la aceptación crítica de nuevos comportamientos. El papel de la información en la comunicación para la salud se considera que persigue estos objetivos dirigidos a mejorar la calidad de vida:

- Aumentar el conocimiento del paciente, familia y entorno.
- Proporcionar a quien toma decisiones la materia prima fundamental para el desarrollo de soluciones y la elección.
- Proporcionar una serie de reglas de evaluación y reglas de decisión para fines de control.

Por ello, las características de una buena información en salud se basan en las siguientes premisas:

- Que sea científica.
- Que responda a los datos epidemiológicos sobre el tema.
- Que comprenda las bases del comportamiento que se pretende favorecer con la intervención educativa.
- Analizar bien lo que se ofrece, no es necesaria la información excesiva.
- Dar información que no esté ideológicamente orientada.
- Debe ser motivadora para el aprendizaje.
- Debe implicar elementos que ayuden a superar los obstáculos y resistencias culturales al problema específico.
- Ser respetuoso con las creencias éticas y religiosas, pero dando siempre información verídica.

Por otra parte, esta educación para la salud, se debe dimensionar en el contexto de relación terapéutica, fundamentada en un proceso interpersonal que tiene lugar entre el profesional sanitario y el paciente, en un trato de propósito específico y orientada a la finalidad de favorecer en la medida de lo posible los intereses y el manejo de la salud de las personas. Paralelamente, supone una intervención primaria a la hora de fomentar la sensibilización, concienciación y el propio crecimiento de las personas. Las instituciones sanitarias deben considerar la relación terapéutica como un pilar fundamental en la calidad de vida, así como en la prestación de los cuidados, y aumentar progresivamente la oferta de oportunidades de competencias profesionales sanitarias para ayudarles a desarrollar esta relación de manera eficaz⁷⁸.

El equipo multidisciplinar debe asumir la responsabilidad de buscar nuevas oportunidades profesionales y liderar el aprendizaje tanto individual como grupal de las per-

sonas a las que cuidamos. Por tanto, debemos incorporar estrategias adicionales que puedan incrementar la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente como componentes clave de la atención sanitaria, así como cultivar destrezas y habilidades que afiancen la relación interpersonal.

Al mismo tiempo, conocemos que una relación terapéutica de calidad, se ha relacionado con una mayor satisfacción, adherencia al tratamiento y aumento del bienestar de los pacientes. Esta relación terapéutica, de la mano de intervenciones de educación para la salud viene siendo objeto, desde hace años, de una fuerte demanda social, ya que es imprescindible para el buen desarrollo de todas las capacidades humanas. Su reconocimiento da respuesta a un proyecto válido de sociedad y educación. La educación para la salud tiene como objetivo la adquisición de conocimientos y el desarrollo de hábitos que fomenten estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad. Según la Organización Mundial de la Salud, se puede definir la “educación terapéutica como el conjunto de actividades e intervenciones gestionadas por profesionales del cuidado de la salud, cuya misión es capacitar a la persona afectada, a su familia, entorno y relación con el medio en la gestión autónoma de la enfermedad y en la prevención de las complicaciones evitables, manteniendo y/o mejorando la calidad de vida”⁷⁸.

Debe ser un proceso metódico y claramente estructurado, dinamizador y facilitador; una negociación permanente entre los objetivos terapéuticos y las necesidades del paciente. Ahora bien, suficientemente flexible y con capacidad de adaptarse a las necesidades propias de cada persona, entorno y familia. En definitiva, con la educación terapéutica la persona será capaz de adquirir un papel proactivo y participativo en todos y cada uno de los pasos de la planificación de sus cuidados⁷⁹. La puesta en marcha de este proceso de educación terapéutica bien dependerá de la propia individualidad de la persona, su familia y entorno. Las personas deben ser capaces de participar y decidir hacia cómo dirigir el manejo de su propia salud. En consecuencia, hubieran de estar habilitados para resolver el momento idóneo para iniciar este proceso de educación terapéutica, que le hará evolucionar y alcanzar el nivel máximo de autonomía/independencia posible con un mayor control sobre su autocuidado. Hemos de respetar como profesionales los tiempos propios de cada persona. No obstante, para facilitar la respuesta, nuestro papel y obligación consiste en sensibilizar y concienciar al paciente, corresponsabilizarlo y acercarnos a él, motivarlo y activarlo para que adquiera la relevancia que en él tendrá iniciar este proceso de empoderamiento propio, huyendo del paternalismo que aún hoy emana de los profesionales sanitarios y que tiene como consecuencia no producir cambios conductuales en las personas ni favorecer una autonomía del paciente en el manejo de su patología que repercuta directamente en un aumento de la calidad de vida.

La educación terapéutica podría tener un abordaje individual basado en la comunicación interpersonal, en preguntar y escuchar e interpretar, para poder obtener una evaluación del paciente en todos los aspectos. En cambio, también podría ser ofrecida como educación terapéutica grupal, aquella que favorece el intercambio de experiencias y problemas cotidianos y ayuda a las personas al sentirse parte del grupo compartiendo dudas y conocimientos con otros⁷⁹. Ambos modelos educativos son complementarios y suman por sí mismos. En este sentido, la educación terapéutica grupal permite economizar personal y tiempo, y favorece la sociabilización de experiencias, pero nunca podrá sustituir a la educación terapéutica individual, dadas las características que a cada persona nos hace ser diferentes y a la evolución del propio proceso de salud. En cualquier caso, es necesaria una reorientación de la atención sanitaria, donde exista la aptitud y actitud necesaria para llevar a cabo una educación terapéutica eficaz, efectiva y eficiente.

3.3. Empoderamiento del paciente

Frente a los retos de transformación de la atención sanitaria con un papel activo y participativo de los pacientes es imprescindible evolucionar hacia un sistema de salud en el que se involucren los profesionales sanitarios, los pacientes, la industria, el ámbito social y nuevos agentes tradicionalmente no sanitarios, creando alianzas para abordar el reto de mejorar la calidad de vida, satisfacción y expectativas de los pacientes^{80,81}.

El concepto de empoderamiento del paciente se basa en el uso del principio de autonomía y alude a la asunción de un papel activo de la persona en la gestión de su propia salud⁸². La finalidad última es la de autogestión, autoeficacia, autocuidado, tomar el control de la situación, participar en la toma de decisiones y alcanzar una relación de poder en su relación con los profesionales, “todo para mejorar su calidad de vida”. Es un proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo, como grupo social, para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven. Este proceso también implica incrementar el nivel de autonomía y mejorar el acceso a todas sus esferas. Por tanto, no se improvisa, sino que requiere de una metodología efectiva basada en la identificación de las competencias básicas que un paciente debe tener y una formación del paciente en la transmisión de esas competencias^{83,84}. La importancia del empoderamiento del paciente se ha hecho notoria con el creciente número de estudios sobre el tema publicados en la última década, como reflejo de la realidad diaria de la exigencia de los pacientes de responsabilidad compartida, mayor control de sí mismos, sanidad compartida y codecisión médica. En definitiva, un mayor conocimiento en torno a su autocuidado, un elemento esencial en la percepción de su nivel de calidad de vida. De este modo, la atención sanitaria se convierte en un proceso más personalizado y humanizado al contemplar la necesidad de informar y formar a la persona o, lo que es lo mismo, empoderarla para cimentar conocimientos sólidos

98 que van a dirigirle hacia una mejor calidad de vida e incidir de manera directa sobre un mayor nivel de autonomía y satisfacción global⁸⁵.

3.4. Mapa del paciente con VH

La necesidad de incorporar la experiencia del paciente enmarcada dentro de su propia atención sanitaria no es una tarea fácil. Comprender las frustraciones del paciente en torno a su patología, inseguridades/temores e incertidumbres en las fases en las que interactúa con los profesionales del equipo multidisciplinar es complejo⁸⁶. Mapear la experiencia del paciente ayudará a entender en qué fases se pueden cubrir sus necesidades para establecer una relación terapéutica más efectiva, intentando reconocer oportunidades que favorezcan el incremento de la calidad de la atención sanitaria recibida, elevar su nivel de satisfacción, así como sus propias expectativas⁸⁷.

Al mismo tiempo, incorporar herramientas que pongan de relieve la experiencia de los pacientes contribuirá a una mayor racionalización de recursos sanitarios, obtención de mejores resultados clínicos, cambios en los estilos de vida, disminución de la aparición de complicaciones e incremento de la capacidad de afrontamiento de la persona y de su entorno. En consecuencia, un aumento de la calidad de vida y mejor adherencia a los tratamientos prescritos⁸⁸.

La puesta en marcha de estas iniciativas requiere de una metodología concreta basada en un ejercicio guiado por la empatía en la identificación de las competencias básicas que el paciente muestra y cuyos objetivos principales son los siguientes⁸⁹:

- Promover la figura de equipos de profesionales especializados en la atención a personas con STUI/VH que permita ofrecer una continuidad asistencial en el manejo de su proceso asistencial.
- Ofrecer personas de apoyo al paciente para lograr una mayor empatía y mejor entendimiento de la información brindada.
- Crear espacios de encuentro entre pacientes y profesionales que permitan resolver dudas y ampliar la información. Y, de igual forma, actividades educativas para los profesionales sanitarios y dar a conocer las necesidades desde la perspectiva del paciente y en materia de comunicación.
- Promover las asociaciones de pacientes con la implicación de profesionales sanitarios. El apoyo entre personas afectadas por la misma enfermedad favorece la comprensión mutua y reduce la angustia.
- Ofrecer una mayor información sobre el proceso asistencial, que permita a la persona comprenderlo y encontrar el sentido del mismo.

- Adoptar un enfoque asistencial centrado en la persona, no en la enfermedad, ofreciendo una continuidad en la atención que contemple aquellas dificultades que vayan apareciendo en la vida de la persona.
- Crear comités de pacientes en los centros hospitalarios que permitan asesorar acerca de cómo adaptar la asistencia a las necesidades y expectativas de los usuarios.

En definitiva, debemos promover el contacto y el diálogo entre pacientes y profesionales, así como aunar esfuerzos e implicación con los profesionales sanitarios. Esta intervención es el resultado del trabajo en equipo de personas involucradas en un espacio de trabajo colaborativo para favorecer la reflexión y concienciar acerca de la importancia de escuchar al paciente y considerar aquellos factores que le importan y le preocupan, más allá del impacto clínico de su propia enfermedad⁸⁶. Por todo ello, el equipo multidisciplinar debe ser capaz de elaborar un programa educativo para el paciente diagnosticado de VH que contemple sus expectativas⁸⁷ y cuyos objetivos principales persigan alcanzar los siguientes aspectos:

- Capacitar a las personas con VH en el manejo de su salud, mejorar su autonomía e incrementar su calidad de vida.
- Incorporar la experiencia de los pacientes, extrayendo el máximo partido de cada interacción con los profesionales, y apoyándolos en la superación de los obstáculos y la identificación de sus recursos que le lleve hacia mejores niveles de autonomía.
- Influir en el bienestar personal de los pacientes e impulsar su motivación y compromiso en torno al control de su proceso de vejiga hiperactiva, incidiendo en una mejor adherencia.

De manera específica, focalizaremos nuestra intervención en cubrir áreas de conocimiento, actitudes y habilidades de los pacientes frente a su patología e incidiremos sobre estos puntos concretos⁸⁶:

- Reorganizar conceptos respecto a la VH y su tratamiento.
- Reconocer características de la urgencia miccional y la incontinencia.
- Identificar los efectos provocados.
- Conocer las posibles consecuencias de los hábitos nocivos (tabaco, drogas y alcohol).
- Conocer los principios generales de autocontrol.
- Identificar diferentes recursos y ayudas de las que disponen.
- Expresar creencias, experiencias y vivencias de padecer VH.

- Expresar aspectos que influyen en la correcta adherencia al tratamiento.
- Verbalizar aspectos que influyen en la adopción de hábitos nocivos.
- Analizar retos y dificultades en el cuidado de una persona con VH.
- Describir comportamientos o actitudes óptimas para la autogestión de la persona con VH.
- Manifiestar los motivos del buen manejo y la importancia de mantener una conducta miccional adecuada.
- Demostrar habilidades para el manejo de sistemas de contención y seguridad, la detección de signos y síntomas de urgencia miccional y cumplimentar un diario miccional.
- Desarrollar un programa semanal de ejercicio.
- Demostrar autonomía en la toma de decisiones.

Estos objetivos estarán alineados con la definición de un contenido del programa educativo, en el que reforzaremos la esfera cognitiva, nos acercaremos a la experiencia del paciente y evaluaremos la adquisición de nuevas habilidades en el manejo de la patología, tendremos en cuenta:

- Conceptos generales de la VH: definición, etiología, fisiopatología, complicaciones, beneficios del buen control.
- Conocimientos sobre el tratamiento de la VH: hábitos higiénico-dietéticos, conducta miccional, reeducación suelo pélvico, tratamiento farmacológico, electroestimulación del nervio tibial posterior, toxina botulínica, neuromodulación sacra.
- Experiencias positivas y negativas, sentimientos y preocupaciones respecto a la VH.
- Factores influyentes en la adherencia al tratamiento.
- Experiencias, sentimientos, preocupaciones, retos y dificultades en el cuidado de la VH.
- Comportamientos y actitudes adecuadas para el cuidado de la VH.
- Motivos, beneficios, dificultades e importancia del manejo de la VH.
- Reconocimiento de signos y síntomas de urgencia miccional y actuación.
- Manejo adecuado de métodos de seguridad y contención en caso de incontinencia, uso de absorbentes y dispositivos externos como colectores de orina.

Lograremos el impacto deseado sobre la calidad de vida de estas personas si labramos una relación de confianza mutua y comenzamos a dejar huella los unos en los otros, de manera que sumemos, fortalezcamos capacidades, visión y cedamos protagonismo, para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven los pacientes con VH⁹⁰.

3.4. Evaluación

La evaluación de este programa de educación debería permitir medir la pertinencia y eficacia, tanto de las actividades propuestas, la estructura y los recursos utilizados, como del tiempo empleado y las habilidades del educador, con el fin de identificar aspectos del programa susceptibles de mejora y, en consecuencia, establecer si se han de introducir modificaciones para ponerlo en práctica⁹¹. Asimismo, no hay que olvidar el empleo de cuestionarios clínicos (ICIQ-SF y otros) como herramientas en la valoración de la VH.

4

La Farmacia Comunitaria. Punto clave en la adherencia

Javier Chantada Abal

4.1. Definición de adherencia

En el 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario⁹². Esta definición se establece en referencia a un acuerdo médico-paciente (aspecto que lo diferencia del término cumplimiento) y que debe responder a las necesidades, posibilidades y expectativas del paciente. El foro de atención farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FC) define el “Servicio de Adherencia Terapéutica” como el servicio profesional en el que el farmacéutico, mediante su intervención, colabora activamente con el paciente para que, de forma voluntaria, siga las recomendaciones del profesional sanitario en relación con el adecuado proceso de uso de los medicamentos, con los hábitos higiénico-dietéticos y/o con el estilo de vida, para obtener los resultados esperados en la salud del paciente. Sus objetivos son maximizar la efectividad y seguridad del tratamiento, optimizar los recursos sanitarios disponibles, fomentar la educación sanitaria, mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como registrar y documentar la intervención profesional⁹³. Así pues, desde la perspectiva de la FC nuestra labor no solo va a limitarse a comprobar si el paciente es adherente a la toma de la medicación tal y como acordó con su médico, sino a reforzar positivamente las medidas higiénico-dietéticas, tales como reeducación vesical, fortalecimiento del suelo pélvico, abandono del hábito tabáquico, racionalización de la ingesta de líquidos, etc.

En este capítulo se exponen, desde un punto de vista práctico, las acciones que se pueden implementar desde la FC para mejorar la adherencia del paciente con STUI, así como para que el resto de los profesionales sanitarios (médicos de Atención Primaria, Especializada y Enfermería) conozcan el potencial y labor asistencial de la FC a la hora de detectar y prevenir la falta de adherencia en el marco del tratamiento integral del paciente con STUI. Según un estudio del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento basado en 6.150 encuestas en 132 oficinas de farmacia localizadas en todo el territorio nacional, el 49,8% de los pacientes con VH es no adherente al tratamiento prescrito por

su médico⁹⁴. Además del papel de la FC en la adherencia al tratamiento, es importante resaltar su labor en la detección, derivación y seguimiento de pacientes con STUI.

Los pacientes con STUI frecuentemente lo sufren con vergüenza o resignación al entender que es un peaje a pagar por ir cumpliendo años, de ahí que en muchas ocasiones no lo manifiesten de forma espontánea. Existen varias situaciones de alerta que ayudan a detectar un paciente que puede estar padeciendo un STUI. Entre ellos caben destacar las siguientes situaciones: paciente que acude a la FC solicitando compresas de incontinencia urinaria y no consulta por otra solución a su problema, paciente con un fuerte olor corporal o con patología dermatológica en zona genital que solicita una crema, paciente que demanda un antitusivo comentando molestarle la tos sin referirse a las pérdidas de orina asociadas por asumir que son normales, o un paciente que busca un complejo vitamínico argumentando sentirse cansado y en realidad deberse a episodios de nocturia asociados a la HBP. Es importante transmitir al paciente con sospechas de padecer STUI que su problema puede tener solución, que cada patología tiene un tratamiento específico y que por ello su médico le podrá recomendar el más adecuado.

La FC puede desempeñar un papel muy importante como refuerzo positivo de las medidas no farmacológicas para el tratamiento de los STUI, tales como:

- Pérdida de peso, evitar estreñimiento, racionalización de la ingesta de líquidos sobre todo a última hora del día, abandono del hábito tabáquico, ya que la tos del fumador puede desencadenar episodios de incontinencia; en FC podemos ofrecer el servicio de cesación tabáquica.
- Reeducación vesical, consistente en la programación de las micciones con un incremento progresivo del intervalo entre ellas, ayudando a mejorar el control de la urgencia y la capacidad vesical; además de restablecer la confianza del paciente en el control de la función urinaria.
- Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico, ejercicios de Kegel que consisten en la contracción repetitiva y programada de dichos músculos implicados en la continencia. Son frecuentes los abandonos debido a la dificultad para realizarlos, a los olvidos y al desconocimiento de la trascendencia del suelo pélvico en los STUI⁹⁵.

Para ayudar a la mujer a identificar y fortalecer dicha musculatura, en la farmacia disponemos de conos vaginales que una vez introducidos requieren ejercer una fuerza de contracción del suelo pélvico para que no descendan. Debemos transmitir a la mujer en el embarazo y en el postparto la importancia del suelo pélvico, reforzando el mensaje transmitido por su matrona, obstetra, etc. Hacer también hincapié en varones operados de cáncer de próstata, donde la incontinencia urinaria es una complicación frecuente y pueden recomendarse ejercicios de Kegel.

4.2. Papel de la FC para mejorar la adherencia

Los farmacéuticos comunitarios están en una posición excelente dentro del sistema sanitario para impactar positivamente en la adherencia. No solo como expertos en el medicamento, sino también como uno de los profesionales de la salud más accesibles y consultados. La farmacia es un lugar idóneo para la detección y abordaje de los problemas de adherencia terapéutica, implicándose el profesional farmacéutico en colaboración con el resto de profesionales sanitarios en la consecución de resultados en salud con y para el paciente⁹³. Escuchemos al paciente, que nos confiese sus dudas, sus creencias, sus miedos, sus expectativas con respecto a los STUI. Para ello es preciso fomentar un ambiente cómodo y de privacidad en la zona de atención personalizada. Tenemos una posición privilegiada para impactar positivamente en la adherencia. Conocemos al paciente, familiares, cuidadores y no es infrecuente que familiares que no tienen el mismo médico de Atención Primaria vayan a la misma farmacia, pudiendo comportarse esta como un eje vertebrador.

4.2.1. Detección de la falta de adherencia

Cuando se habla de adherencia no solo nos referimos a tomar correctamente la medicación; el término adherencia es mucho más, también es realizar correctamente las medidas higiénico-dietéticas acordadas, acudir a las citas con médico o enfermera, etc. Los métodos de detección de la adherencia se dividen en directos e indirectos. Los indirectos son fácilmente aplicables en la práctica diaria en el ámbito de la FC, incluyendo el test de Morisky-Green⁹⁶ y el de Haynes-Sackett⁹⁷. Ambos pueden realizarse al paciente en el transcurso de la dispensación sin que este tenga la sensación de que está respondiendo a un test, se hace necesario para ello que nosotros lo interioricemos y resulte espontáneo en la conversación con el paciente.

El test de Morisky-Green⁹⁶ consta de cuatro preguntas:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es adherente si responde No-Sí-No-No a dichas preguntas.

El test de Haynes-Sackett⁹⁷ consta de dos preguntas:

1. La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?
2. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos: ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?

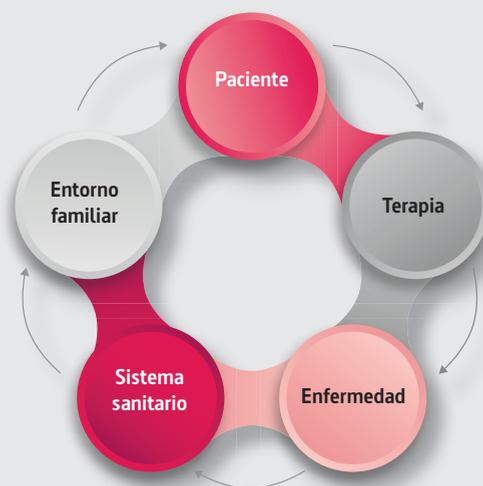
Si el paciente reconoce tener dificultad en alguna de las dos preguntas se considera no adherente.

La receta electrónica proporciona una valiosa información, ya que permite conocer la medicación activa del paciente, la lista de medicación para dispensar ese día, las fechas de inicio y fin del tratamiento, pudiendo consultar las fechas de recogida de las últimas prescripciones. Desgraciadamente, no en todas las comunidades autónomas la información que aporta receta electrónica es igual de homogénea⁹⁸. La introducción de receta electrónica en el sistema sanitario supuso un cambio en la manera en que el paciente se relaciona con su médico. La emisión de recetas no requiere de la presencia física del paciente en la consulta, con lo que muchos de ellos pueden pasar meses sin ver a su médico, y en ese tiempo haber visitado la farmacia 2-3 veces al mes, lo que se convierte en una oportunidad para la detección de la falta de adherencia y para reconducirla. Una vez identificadas las barreras que se oponen a la adherencia, se debe determinar las intervenciones individualizadas aplicables en cada paciente.

4.3. Factores que influyen en la adherencia y el papel de la FC

La OMS define los principales factores que influyen en la adherencia⁹², que están relacionados con el paciente: la terapia, la enfermedad, el sistema sanitario y el entorno familiar (figura 6).

Figura 6 Factores relacionados con la adherencia terapéutica



4.3.1. Factores relacionados con el paciente

En función de la adherencia podemos clasificar a los pacientes en: a) pacientes adherentes. Presentan buenos hábitos de salud, apoyo familiar, constantes..., desde la farmacia nuestra labor será motivarles a mantener su actitud y brindarles nuestra ayuda; y b) pacientes no adherentes, intencionados o no intencionados.

El paciente no adherente y no intencionado suele ser un sujeto de edad avanzada, confundido, que puede presentar deterioro cognitivo, lo que sumado a un tratamiento complejo por el número de fármacos y la dificultad para usarlos correctamente hace que pueda aparecer una falta de adherencia. Estos pacientes mejoran la adherencia con la elaboración del sistema personalizado de dosificación (SPD), con el servicio de revisión del uso de los medicamentos (RUM), alarmas en el móvil, asociar la toma de fármacos a actos cotidianos, etc.

Por el contrario, el paciente intencionado puede ser banalizador o desconfiado. El banalizador no da importancia a su patología ni a las consecuencias de no seguir correctamente el tratamiento y, además, suele tener malos hábitos relacionados con el estilo de vida. Debemos informar al paciente de la necesidad de seguir correctamente su tratamiento y las consecuencias que podrían acarrearle no hacerlo. El desconfiado es un paciente crítico con el tratamiento, con su médico, con el sistema sanitario, que se instruye por sí mismo... A estos pacientes debemos darles información contrastada tanto escrita como de webs fiables, adaptando la información a sus conocimientos. En ambos casos es importante nuestra labor de educar, informar y motivar con el objeto de intentar revertir la falta de adherencia; teniendo en cuenta que las intervenciones en adherencia tienen una eficacia limitada en el tiempo, de ahí la importancia de repetirlas.

El farmacéutico debe llegar a comprender las razones por las cuales el paciente no está siendo adherente, debe conocer su punto de vista sobre su tratamiento, qué le preocupa, qué dificultades encuentra en su toma, cuáles son sus expectativas... Además, debemos ayudar a desbancar falsos mitos y creencias relacionados con los STUI. Hablar de STUI es referirnos frecuentemente a vergüenza y resignación que padecen muchos pacientes al no querer contar su problema por pudor o por creer que no tiene solución. Esto les puede llevar a no consultar su patología o a hacerlo cuando el problema esté muy avanzado.

4.3.2. Factores relacionados con el tratamiento

La complejidad del tratamiento, su duración, el incumplimiento de las expectativas del paciente o la presencia de efectos secundarios son aspectos que facilitan la falta de adherencia. Podemos intervenir si es necesario en el caso de que la medicación interfiera en la vida diaria del paciente, como puede ser el paciente con nocturia agravada por la hora de toma de un diurético, sugeriremos al médico la posibilidad de cambio de hora para disminuirla.

En el tratamiento de los STUI, el desacuerdo entre las expectativas y los resultados puede dar lugar a una insatisfacción del paciente y al abandono del tratamiento. Ante el inicio de un tratamiento que nos indica receta electrónica o porque lo comenta el paciente, debemos reforzar el mensaje del médico acerca del tiempo necesario para empezar a notar los efectos que va a ser diferente si es un alfa-bloqueante o un inhibidor de la 5-alfa-reductasa (5-ARI). Además, es importante asegurar el conocimiento de la dosis, posología, forma de administración, descartar contraindicaciones, advertir de posibles efectos secundarios, como los que se pueden presentar con la toma de anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa...) o con los 5-ARI (disminución de la libido, disfunción eréctil, trastornos eyaculatorios...) que pueden determinar una falta de adherencia, por lo que el paciente debe estar advertido y saber relacionarlos.

El uso de preguntas abiertas al paciente cuando este nos indica que no va a retirar su medicación para el tratamiento de STUI se hace imprescindible. Puede subyacer en realidad la aparición de efectos secundarios, la percepción del paciente de ineffectividad del tratamiento o de uso excesivo de medicamentos, entre otros. Con esta información podremos realizar una intervención individualizada para reconducir la actitud del paciente. En el caso de no solucionarse, derivaremos a su médico, quién valorará un posible tratamiento alternativo e insistiremos en la importancia de no abandonar el tratamiento para sus STUI.

Además de la consulta del historial farmacoterapéutico obtenido a partir de la receta electrónica, hay que preguntar al paciente sobre el posible uso de medicación sin receta o procedente de medicina privada con la intención de detectar duplicidades y posibles interacciones. Así, a la hora de dispensar por primera vez un anticolinérgico para STUI, hay que tener en cuenta la carga anticolinérgica global del paciente si ya está tomando antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina...), antipsicóticos de segunda generación (olanzapina, quetiapina, risperidina), antihistamínicos de primera generación (doxilamina, bromfeniramina).. ya que puede haber efecto acumulativo y podría traducirse en ocasiones en efectos adversos a nivel cognitivo con pérdidas de memoria, déficit de atención, desorientación, caídas, etc. Debemos comentarlo al paciente, familiares y cuidadores para que lo tengan en cuenta y en caso necesario proceder a la derivación a su médico^{99,100}.

Es importante destacar la labor de la FC en la detección y comunicación de las sospechas de reacción adversa a la medicación (RAM) dentro de las actividades de farmacovigilancia de los profesionales sanitarios. La formación y proximidad del farmacéutico comunitario mejorará el servicio a los pacientes y promoverá una utilización más segura de los medicamentos. Debemos poner especial énfasis en pacientes de edad avanzada, en polimedicados, en embarazadas y en niños. Tanto si son fármacos de prescripción, como los que no la necesitan, y en los que la automedicación puede jugar un papel importante en la aparición de RAM.

4.3.3. Factores relacionados con la enfermedad

Para aquellos pacientes diagnosticados de una sola patología, la no adherencia es significativamente superior (54%)⁹⁸ comparado con los pacientes con dos o más enfermedades. Frecuentemente el tratamiento farmacológico de los STUI va asociado a cambios en el estilo de vida, a los que debemos prestar especial atención ya que en este aspecto los pacientes son menos adherentes. En estos casos nuestra labor de educar, informar y motivar cobra mayor importancia ya que el paciente debe ser consciente de la importancia de seguir las recomendaciones del personal sanitario ante su patología crónica.

4.3.4. Factores relacionados con el sistema sanitario

En ocasiones, la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente o la falta de confianza pueden llevar al abandono del régimen terapéutico. La comunicación entre la farmacia comunitaria y Atención Primaria es clave ya que comparten los mismos pacientes y se hace necesaria una comunicación óptima.

4.3.5. Factores relacionados con el entorno familiar

El apoyo otorgado por familiares y círculos más cercanos al paciente sirve como nexo que influye en su conducta y en la adherencia al tratamiento. Factores como el apoyo social y emocional, un entorno familiar cohesionado, no vivir solo, han demostrado incrementar las tasas de adherencia; mientras que los conflictos familiares las disminuyen⁹⁸.

4.4. Tratamiento multidisciplinar de la adherencia

El abordaje de la adherencia necesita una visión multidisciplinar. Es necesaria una estrategia conjunta en la que los profesionales participen de forma estructurada y coordinada⁹⁸. Una adecuada coordinación de los diversos niveles asistenciales (médicos de atención primaria, especializada, enfermería y farmacia comunitaria), además de una formación específica en STUI redundará en una mejor adherencia y por ello, en una mayor calidad de vida del paciente y una disminución de los costes socio-sanitarios. Una relación comunicativa basada en la confianza y el acercamiento de los profesionales sanitarios va sin duda a aumentar el grado de adherencia. A ello ayudaría la celebración de jornadas y congresos conjuntos, asistencia del farmacéutico a sesiones clínicas en el centro de salud de referencia en las que ponerse de acuerdo en el uso de cuestionarios comunes validados para detección de pacientes (p. ej., IPSS, ICIQ-SF) para la detección de pacientes con IU, determinar tipo de incontinencia y el impacto en la calidad de vida^{38,95}. En el día a día de nuestra labor asistencial se hace necesario un sistema de comunicación con Atención Primaria que sea rápido, bidireccional y eficaz, aunque para ello la receta electrónica debería ser de más ayuda.

5

Corresponsabilidad en el tratamiento

Pedro Blasco Hernández, Ana Borobia Pérez y Alicia Martín Martínez

5.1. ¿Qué es la corresponsabilidad?

Hasta casi finales del siglo XX, la relación médico-paciente se basaba en la confianza que tenía el paciente en el médico, dejando que actuara en el diagnóstico y en el tratamiento de su enfermedad, a cambio de una prestación económica, así como de su silencio sobre sus padecimientos. Era frecuente que el paciente no conociera de boca del médico con detalle el proceso patológico que padecía y seguía sus instrucciones en el tratamiento sin discusión. El paciente tenía obligación de cumplir el tratamiento que se le había prescrito e, incluso, corría el riesgo de que el médico le negara su asistencia si no lo hacía así. Sin embargo, esa confianza casi ciega en el médico no dificultaba que, en ocasiones, ante enfermedades o procesos que admitían dos o más tipos de tratamientos, se dejara que fuera el paciente quien decidiera cuál de ellos se debía aplicar.

Las mejoras sociales de la segunda mitad del siglo XX trajeron consigo la existencia de la Seguridad Social y los inicios de la universalización de la atención sanitaria. En esta, el médico era contratado por la institución (Seguridad Social) para prestar la asistencia sanitaria a una población determinada. Ello trajo consigo la modificación, en la relación médico-paciente, del elemento de remuneración, que pasaba de ser directo (el paciente abonaba directamente al médico su labor) a ser remunerado por una institución que se nutría económicamente de cotizaciones empresariales y de los trabajadores, así como del propio Estado; dicho de otro modo, se despersonalizó el elemento retributivo. Es decir, a la relación médico-paciente se le añadió ese otro elemento, el de la socialización en la remuneración del médico.

Por otro lado, la mejora de la cultura y del conocimiento, el acceso de prácticamente toda la población a la radio y a la televisión y, sobre todo, en este siglo, el acceso Internet y a las redes sociales ha hecho que la figura del médico como profesional que “todo lo sabía” y sobre el que “no había discusión en sus diagnósticos y tratamientos” haya pasado a ser un profesional más, en muchas ocasiones siendo un asalariado, al que se le exige que cumpla con sus obligaciones como un profesional más, pudiendo ser denunciado si no lo hace.

El enfermo es ahora el que decide sobre su salud, el que toma las decisiones sobre lo que hay que hacer, pero dentro de los márgenes de la Medicina; es decir, no puede exigir que se le practique una prueba diagnóstica ni que se le aplique un tratamiento si ello no se encuentra indicado en la Medicina o por el médico. Es decir, quién marca las líneas de lo que hay que hacer es el médico y el paciente es el que decide sobre las opciones que se le presenten. Este cambio social en el planteamiento del acto médico tuvo tal relevancia que en el año 2002 quedó reflejado en la coloquialmente denominada Ley de autonomía del paciente. En ella quedan reflejadas las obligaciones del médico.

El término de corresponsabilidad implicaría, en el caso del acto médico, que en la actuación o desarrollo del mismo existiera una responsabilidad compartida entre el médico y el paciente, es decir, que en los procesos derivados del diagnóstico y del tratamiento, la responsabilidad se encontrara en el mismo o parecido plano y, por tanto, que estuviera compartida entre los dos actuantes (médico y paciente). En realidad no es así, cada uno tiene su responsabilidad, responsabilidad que no se comparte, sino que cada actuante tiene la suya. No debe olvidarse que, salvo en muy pocas ocasiones, no se espera del acto médico un resultado beneficioso determinado, sino que lo que se espera es que el médico ponga los medios necesarios para resolver la situación de enfermedad.

5.2. La corresponsabilidad profesional

La **responsabilidad del médico** nace de sus obligaciones que brevemente podría dividirse en dos grandes apartados:

- La responsabilidad derivada del buen hacer médico, es decir, de su buena *praxis*. No cabe duda de que la responsabilidad del *saber y el hacer correctos*, es decir, de la *buen a praxis*, relacionada lógicamente con las cuestiones derivadas de la profesión de la Medicina, es exclusivamente del médico, del equipo médico y hasta podría ser de la institución, pero nunca será responsable el paciente. Es esta una cuestión que ha sido estudiada ampliamente y que no admite ni más extensión ni profundidad en este capítulo.
- La derivada de la toma de decisiones en las pruebas diagnósticas y de tratamiento, es decir, en el sentido de que sea el propio paciente quien tome la decisión sobre ellas, siempre que exista elección. Es esta una cuestión importante que ha dado lugar a que se haya plasmado, entre otros, en la Ley 41/2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)¹⁰¹ y que haya propiciado la aparición del consentimiento informado. En ella se recoge los principios en esta toma de decisiones:

“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios... después de que el paciente reciba una información adecuada.”

Y se insiste en la ley:

“El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.

En general, la información se hará verbalmente (constará en la historia clínica) y:

“formará parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.

La información que se suministre al paciente será por escrito en los casos de:

“intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

Por lo tanto, no cabe duda de que en la relación médico-paciente, el paciente debe conocer lo necesario y suficiente de todas las actuaciones médicas que requieran tomas de decisiones, como para que, libremente, decida la que él crea más conveniente^{102,103}. Y del no cumplimiento de estas obligaciones será responsable el médico y no el paciente. Cosa distinta es que el paciente renuncie a ser informado (*“además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada”*), en este caso, el médico queda liberado de estas obligaciones y actuará según su opinión sin que se le pueda reclamar por falta de información al paciente.

La responsabilidad del paciente nace de sus obligaciones que, al igual que en el otro apartado, podrían dividirse en dos bloques:

- La obligación que tiene el paciente derivada de la Ley 41/2002, ya citada¹⁰¹, en la que se dice que:

“los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria”.

- Pero, además de lo anterior, y sobre todo, de la obligación que tiene con el médico de no mentir ni ocultar datos en la anamnesis, ni simular o disimular signos

en la exploración, de acudir a las citas médicas y de cumplir con el tratamiento que se le haya prescrito. Si se derivara un mal resultado o un resultado no esperado por un incumplimiento de las anteriores, daría o podría dar lugar a dos cosas: que el médico se negara a continuar atendiendo al paciente y que en cualquier reclamación del paciente estuviera condenada al fracaso. En general, cuando el paciente acude al médico estando enfermo, su situación anímica es la de querer que se le “quite” su enfermedad, por lo que normalmente va a decir la verdad en la anamnesis, se va a dejar explorar y va a acatar la prescripción terapéutica. Sin embargo, existen casos de “*pérdidas voluntarias de memoria*” sobre enfermedades o intervenciones que, por ejemplo, por considerarse peyorativas, se han ocultado al médico y cuya ocultación modifican clara y perjudicialmente un tratamiento. En estos casos, la responsabilidad es del paciente.

Se observa, por tanto, que las obligaciones del médico y del paciente^{104,105} son distintas, por lo que utilizar el término de corresponsabilidad es, dudoso, se debería continuar con la idea primitiva de las obligaciones y responsabilidades del médico y las obligaciones y responsabilidades del paciente.

5.3. El paciente corresponsable. Nuevas formas de relación médico-paciente

5.3.1. ¿Qué es un paciente corresponsable?

El paciente corresponsable es el nivel más alto de implicación al que puede llegar un paciente. Un paciente corresponsable es aquel que conoce su enfermedad, participa de forma activa junto con los profesionales en el tratamiento de la misma y transmite y comparte su experiencia con otros pacientes. La responsabilidad, además de una actitud ante la vida, en el caso de la atención sanitaria no puede llevarse a cabo de forma eficaz sin un conocimiento y una formación adecuada del individuo. Podemos decir que el paciente corresponsable necesita mostrar una aptitud que debe ser complementada de forma imprescindible por una serie de actitudes.

5.3.1.1. Superar el desconocimiento

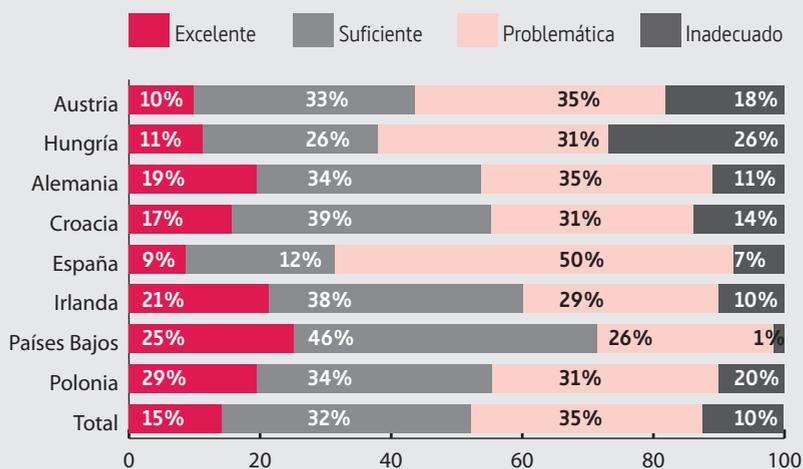
Son múltiples los ejemplos de desconocimiento crítico por parte de los pacientes de su patología en los diversos campos de la salud como son múltiples los motivos que mantienen dicho desconocimiento: escasa información por parte de los profesionales, escasa implicación de los pacientes con su enfermedad, falta de alfabetización en salud, etc. Lo que es indudable es que la falta de corresponsabilidad en el tratamiento de las distintas enfermedades redundará de forma inevitable en un incremento en el consumo de recursos, una menor adherencia y calidad percibida del cuidado recibido.

5.3.1.2. Alfabetización en salud

La alfabetización en salud se corresponde con el término anglosajón *health literacy* establecido en los años 70. La OMS define la alfabetización en salud como el conjunto de habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud. Sin embargo, a pesar de la unanimidad en su importancia no hay una definición uniformemente aceptada y sus dimensiones constitutivas siguen siendo objeto de controversia. En 2008 La Comisión Europea financió el consorcio HLS-EU compuesto por 8 países (Grecia, Irlanda, los Países Bajos, Austria, Polonia, España, Bulgaria y Alemania) planteó la necesidad de documentar, por primera vez, datos sobre la alfabetización en salud en los países del consorcio con el fin de establecer una Red Europea de Alfabetización en Salud¹⁰⁶.

El índice general de alfabetización en salud comprende el ajuste o relación que existe entre las competencias, expectativas y experiencias del individuo con las demandas de su entorno (figura 7). A su vez, la puntuación alcanzada permite definir 4 niveles de alfabetización en salud: 0-25 puntos = inadecuada; >25-33 = problemática; >33-42 puntos = suficiente; y >42-50 (o >50) puntos = excelente¹⁰⁶. La alfabetización en salud del 12,4% de los europeos resultó inadecuada, mientras que un 35,2% tenía una alfabetización en salud problemática. En otras palabras, una de cada dos personas en Europa tiene una alfabetización en salud limitada.

Figura 7 Índice de alfabetización en salud



Si establecemos la alfabetización en salud como un paso imprescindible para desarrollar la corresponsabilidad resulta evidente que deberemos mejorar dicha alfabetización con las herramientas de que disponemos. La alfabetización en salud es un concepto multifactorial y depende de circunstancias personales, de edad, formación, regionales, etc. Así, por ejemplo, la alfabetización en salud entre mujeres con patología del suelo pélvico decrece con la edad.

5.3.1.3. El profesional ante el paciente corresponsable

El afán de todo profesional es sentarse en la consulta ante un paciente corresponsable con su tratamiento. Conseguir que un paciente se implique no se consigue sin una implicación previa del profesional en la transmisión de información, la comunicación con el paciente y la consideración de este como un elemento crítico del equipo de toma de decisiones¹⁰⁷. Un paciente corresponsable empieza por un equipo convencido de su necesidad y que trabaja en consecuencia. Un equipo de profesionales sanitarios que se ponga como objetivo fomentar la corresponsabilidad del paciente debe:

1. Asumir que el paciente es el responsable de su enfermedad.
2. Entender que el equipo de profesionales es el responsable de aplicar los cuidados con los mayores niveles de eficiencia y seguridad.
3. Creer firmemente que la corresponsabilidad es una fortaleza y proporciona múltiples oportunidades en la asistencia sanitaria.
4. Exigir altos niveles de responsabilidad y de implicación a los integrantes del equipo.
5. Implementar herramientas que mejoren la comunicación con el paciente. Creer que el desarrollo de las habilidades blandas debe llevarse a cabo de forma paralela a las habilidades duras.
6. Favorecer la transmisión de información y los espacios en la asistencia para que los pacientes se impliquen, pregunten y asuman su rol de paciente.
7. Asumir que la figura del paciente corresponsable es un ideal al que se tiende y a la que se llega estableciendo una forma de pensar y trabajar diarias orientadas a conseguirla.
8. Fomentar la corresponsabilidad progresiva de los pacientes.
9. Proporcionar y ayudar a conseguir al paciente información fiable de su enfermedad. Convertirse en la fuente confiable que el paciente necesita.
10. Integrar al paciente experto como una figura de corresponsabilidad.

5.3.1.4. El paciente corresponsable y la sostenibilidad del sistema

La pandemia de SARS-Cov-2 ha puesto de manifiesto lo que puede conseguir la corresponsabilidad en tiempos de crisis. Solo gracias a esa corresponsabilidad se ha conseguido mantener el sistema en pie ante un envite de la magnitud de la pandemia de la COVID-19. La corresponsabilidad, pues, disminuye el consumo de recursos, racionaliza su uso y mejora los resultados en salud.

Tal y como afirma el declaración sobre ética y responsabilidad en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹⁰⁸, la sostenibilidad no se ve afectada solo por las decisiones políticas de los poderes públicos o por la actuación de los profesionales. La declaración contempla que las decisiones y la actitud de los usuarios en el uso de los recursos del SNS tienen consecuencias. Por ello, existe una conciencia cada vez más viva de que los ciudadanos, con derechos pero también con deberes, deben asumir mayor protagonismo en la toma de decisiones sobre el sistema sanitario.

Es necesario promover la formación de ciudadanos y pacientes en el uso adecuado de unos recursos que, aun en tiempos de bonanza económica, siempre serán limitados. Las autoridades sanitarias deben promocionar estas actuaciones mediante alianzas con las organizaciones de ciudadanos (consejos de salud, asociaciones de pacientes y usuarios, etc.) para impulsar programas dirigidos a optimizar el uso de la atención sanitaria del SNS, especialmente donde existe un libre acceso, como son los servicios de urgencias o las consultas de atención primaria. La figura del paciente corresponsable con el equipo sanitario que lo atiende debe ser el estándar a seguir si en el futuro se pretende conseguir un sistema sostenible.

5.4. Herramientas para fomentar la corresponsabilidad

5.4.1. El paciente experto

El paciente experto es aquel cuyo manejo de la patología propia supone un modelo o referente para otros pacientes, tanto en capacidad de asimilación de la enfermedad como en manejo clínico y terapéutico. Es aquella persona con una enfermedad crónica capaz de responsabilizarse de la propia patología y autocuidarse. El paciente experto debe recibir una buena base formativa para conocer bien su enfermedad y los recursos de autocuidado. Todo ello le permitirá ser participe en la toma de decisiones de manera coordinada con los profesionales sanitarios.

Las primeras referencias a este modelo están basadas en el curso de autocuidado de la salud para enfermos crónicos, de la Universidad de Stanford, en los Estados Unidos. En España la primera referencia es del año 2006 en la región de Murcia a la

que siguieron el Programa Paciente Experto en Andalucía, Cataluña o el País Vasco. Se define Educación para la Salud según la OMS como “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas quieran estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”. En Educación para la Salud resulta fundamental la integración no solo de profesionales de la salud, sino también de los propios pacientes y, en este caso, la labor del paciente experto puede ayudar a disminuir hospitalizaciones y reducir el uso de medicamentos y de cuidados.

Las tres características principales del paciente experto incluyen: 1) motivación (el paciente quiere estar sano), 2) información (el paciente sabe), y 3) apoyo (el paciente ayuda y se deja ayudar). A estas características derivadas de la definición de Educación para la Salud, se podría añadir una cuarta: la confianza o seguridad del paciente en lo que va a conseguir. En definitiva, el objetivo del paciente experto es controlar las herramientas para gestionar el impacto físico, emocional y social de su patología para mejorar la calidad de vida. Además, puede ayudar a otros pacientes debido al conocimiento que tiene de su patología crónica y a la relación de igualdad con otros afectados.

Los programas de educación para el autocuidado pueden mejorar los resultados clínicos y reducir los costes, pero los resultados a largo plazo no están bien estudiados, así como tampoco se han definido con claridad los pacientes respondedores y no respondedores. Una de las claves de este tipo de programas es que se centran en formar al paciente en el manejo de su patología crónica, siendo el formador otro paciente que asume el papel de experto. Además, en los grupos de formación se genera una red de apoyo emocional que ayuda al paciente a reforzar y mejorar su hábitos y comportamientos. A este tipo de formación se la denomina “formación entre iguales”.

El paciente experto va creando su “entorno personal de aprendizaje”, concepto que se ha desarrollado básicamente en el ámbito de la educación pero con grandes posibilidades al favorecer las conexiones profesionales y personales con la utilización de todo un ecosistema de contenidos y servicios: webs, mensajería, vídeos online, Wikipedia, redes sociales. Todo ello se lleva a cabo desde una perspectiva “transmedia”; es decir, integrando y combinando información procedente de distintas fuentes hasta incorporarla en una experiencia individual. En ámbitos en los que hay mucha más voluntad que medios y presupuesto, iniciativas como la alfabetización y educación de pacientes resultan muy prometedoras para generar estilos de vida que ayuden a controlar las enfermedades crónicas y mejorando la adherencia.

5.4.2. La escuela de pacientes

Según Joan Carles March, la mejor definición sería “una escuela de los pacientes, con los pacientes para los pacientes”. Las escuelas de pacientes nacen con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad crónica. Son proyectos de formación, intercambio y ayuda mutua en los que pacientes formados como expertos enseñan a otros a mejorar su calidad de vida.

Las escuelas de pacientes funcionan como una red colaborativa dentro del SNS en la que participan organizaciones públicas y privadas, asociaciones de pacientes y profesionales que ponen a disposición de los usuarios sus experiencias con la finalidad de aportar información sobre salud que sea fiable, contrastada y veraz. Además, proporcionan herramientas e instrumentos pedagógicos para la formación del paciente y sus familiares, de forma que cualquier persona pueda tener un conocimiento completo, atendiendo de manera especial a la cronicidad para mejorar la calidad de vida. La premisa básica de estas escuelas de pacientes es que cualquier persona pueda participar, ya sea proponiendo temas o dudas sobre determinadas enfermedades, enviando contenidos..., lo que favorece la colaboración y comunicación entre profesionales y pacientes. Para ello, desde estas escuelas se desarrollan cursos y actividades presenciales y telemáticas en las que, un paciente formado e informado explica sus experiencias y aporta consejos útiles. Otro elemento de gran relevancia dentro de estas escuelas son los espacios tipo “El experto responde”, donde un profesional de la salud se pone a disposición de los usuarios de forma online para tratar de resolver sus dudas. Además, hay otros aspectos que son comunes en la gran mayoría de escuelas, como son los foros, las guías, los directorios de enfermedades, aplicaciones útiles, etc.

Las ventajas de estas iniciativas son diversas, incluyendo la mejora de la salud y el bienestar, la autoestima del enfermo y la relación médico-paciente, disminuyendo la frecuentación a Servicios de Urgencias y a Atención Primaria, así como las complicaciones, el número de ingresos o bajas laborales. Además, aumentan la participación y el protagonismo de pacientes que se sienten partícipes y responsables de su propio cuidado. En este sentido, diferentes entidades y centros hospitalarios están desarrollando sus propios proyectos y la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía del Ministerio de Sanidad agrupa las diferentes iniciativas de las comunidades autónomas.

5.4.3. Las redes sociales

El sector de la salud está cada vez más ligado al entorno digital, con un notable incremento de las comunidades y redes sociales dedicadas a los pacientes de distintas patologías. Estas redes sociales facilitan que los pacientes puedan compartir inquietudes, dudas, consejos o simplemente su experiencia con otras personas que padecen su

enfermedad. Además, ayudan a encontrar asociaciones de pacientes con enfermedades determinadas y a la búsqueda de información sobre diversos aspectos relacionados con la sintomatología y prevención. A su vez, pueden servir como herramientas de educación y formación para profesionales sanitarios y pacientes siempre que la fuente de información empleada sea fiable.

El recurso <https://healthunlocked.com/> es la red social de salud más amplia del mundo y cuenta con más de un millón de personas que comparten sus experiencias sobre su estado de salud con otros pacientes. Es un espacio donde no se hacen diagnósticos y no se sustituye la relación médico-paciente, sino que se potencia la colaboración y el apoyo mutuo. Hay otras redes sociales de salud, tales como *Patients like me* (<https://www.patientslikeme.com/>) o *We are patients* (<https://wearepatients.com/>) y todas ellas tienen el propósito de conectar a pacientes que padecen la misma enfermedad para mejorar su calidad de vida a través del conocimiento fiable.

En el ámbito de la salud, el paciente encuentra tres principales utilidades en el uso de las redes sociales:

- Consulta: con la llegada de la llamada salud 2.0, cada vez son más los profesionales de la salud que han decidido “abrir consulta” en lugares como Twitter o Facebook. Ambas plataformas proporcionan la posibilidad de que dichos profesionales pongan su conocimiento al servicio de sus seguidores, resolviendo las dudas que estos les plantean.
- Información: aquí más que hacer búsquedas aisladas lo frecuente es hacerse seguidor de perfiles que hablen sobre temas de salud concretos que puedan interesar al usuario.
- Apoyo: una de las ventajas de las redes sociales más explotadas por los pacientes es la posibilidad de crear grupos de personas agrupadas por intereses comunes. Esta característica la han aprovechado muchos enfermos para crear grupos de apoyo en redes como Facebook donde poder hablar con otras personas en su misma situación y compartir material de interés sobre su enfermedad.

No obstante, si hubiera que destacar dos peligros de las redes sociales para la salud podrían ser: a) el exceso de información, no siempre veraz, y b) la falta de voces autorizadas. Existe escaso control sobre lo que circula en las redes sociales, lo que provoca que por ellas se extiendan todo tipo de informaciones inexactas o directamente erróneas; algo que es especialmente grave cuando se trata de información sanitaria como consejos para la salud. Esto unido a la dificultad para diferenciar las fuentes de información fiables hace que el binomio redes sociales y salud sea aún visto con recelo por parte de la comunidad médica, aunque es innegable que el buen uso de estas redes puede mejorar la comunicación médico-paciente.

5.4.4. La información fiable

Según el informe “Los ciudadanos ante la e-sanidad”, publicado por red.es para el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información en el año 2016, un tercio de los pacientes busca información sobre su salud en Internet antes de visitar al médico. Asimismo, el 26% comparte la información que encuentra en la red con su médico y un 20% cree que eso mejora la relación entre ambos. Hoy en día, Internet se ha convertido en el mayor banco de información del mundo, al que millones de personas acuden de forma diaria en busca de respuestas. Pero no todos los sitios son fiables, por lo que cuando se trata de cuestiones relacionadas con la salud, se debe tener especial cuidado y comprobar que la información proviene de una fuente con garantías. Para dar veracidad a esta información han nacido las Escuelas de Pacientes, una serie de portales donde encontrar información contrastada, así como herramientas útiles para pacientes, familiares y cuidadores.

El 21 % de los pacientes españoles participan de forma activa en la búsqueda de información y en la toma de decisiones sobre sus patologías. La información es básica para el paciente activo. Y más aún cuando es enfermo crónico, que requiere una comunicación fluida con los profesionales sanitarios y sociosanitarios para desarrollar su autocuidado a lo largo del tiempo. En una época en la que las TIC permiten a la ciudadanía ejercer directamente su derecho a la información y la comunicación, ha cobrado auge el llamado ‘Paciente 2.0’, un paciente formado e informado, con amplias experiencias y habilidades y dispuesto a compartir información y conocimiento a través de Internet. En este contexto de información cada vez más accesible, a las autoridades sanitarias les cabe una importante función, la acreditación de páginas web para que el ciudadano-paciente obtenga una información veraz.

La divulgación de información y la forma en la que interactuamos ha experimentado un cambio fundamental durante los últimos años. Los pacientes ya no solo usan internet para recopilar información, sino que participan de forma cada vez más activa. Con el fin de mejorar la calidad del diálogo del paciente, hay que tener en cuenta las experiencias y conocimientos de las organizaciones de pacientes. La comunicación 2.0 ofrece oportunidades y beneficios, tales como:

- Un marco más amplio en el cual comunicarse con pacientes y familiares.
- Comunicar e intercambiar información con los proveedores de servicios sanitarios.
- Aumentar las nociones sobre salud, promoviendo la acumulación sostenible de conocimiento útil.
- Los pacientes pueden compartir sus experiencias sobre “grupos de apoyo virtuales” y de esta manera establecer comunidades.

- Mejorar la investigación de los servicios de salud desde un punto de vista del paciente.

La evolución natural a la comunicación 3.0 confirmará la figura del paciente no solo como demandante de información veraz y fiable sino como generador y trasmisor de dicha información. En este entorno la figura de la corresponsabilidad cobra importancia personal a nivel médico-paciente pero sobre todo comunitaria ya que tanto profesionales como pacientes, cada uno en su ámbito, se convierten en generadores de una información accesible casi de forma universal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence; The Norwegian EPICONT study. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(11):1150-7.
2. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 2004;93(3):324-30.
3. Petros PP. Suelo pélvico en la mujer. Función, disfunción y tratamiento según la teoría integral. Barcelona: Ediciones Mayo, 2006.
4. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.; International Urogynecological Association; International Continence Society. 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.
5. Bump RC, Sugerman HJ, Fanti JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet and Gynecol* 1992;167(2):392-7.
6. Auwad W, Steggles P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(9):1251-9.
7. Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):428-34.
8. Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, Dadelszen von P. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth* 2007;34(3):228-37.
9. Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*. 2016;70(1):148-58.
10. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6th edition. Bristol, UK: International Continence Society, 2017. ISBN: 978-0956960733.
11. Wess SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG* 2009;116(5):700-7.
12. Palacios S, Cancelo-Hidalgo MJ, González SP, Manubens M, Sánchez-Borrego R. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(2):141-8.
13. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPICONT Study. *BJOG* 2003;110(3):247-54.
14. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J Urol*. 2011;185(5):1775-80.
15. Tettamanti G, Altman D, Pedersen NL, Bellocco R, Milso I, Iliadou AN. Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence in female twins. *BJOG* 2011;118(7):806-13.
16. Dalloso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK. Leicestershire MRC incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003;92(1):69-77.
17. Schmidbauer J, Temml C, Schatzl G, Haidinger G, Madersbacher S. Risk factors for urinary incontinence in both sexes. Analysis of health screening project. *Eur Urol*. 2001;39(5):565-70.

18. Waetjen LE, Liao S, Johnson WO, Sampsel CM, Sternfield B, Harlow SD, et al. Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol*. 2007;165(3):309-18.
19. Ebbesen MH, Hannestad YS, Midtjell K, Hunskaar S. Diabetes related risk factors did not explain the increased risk for urinary incontinence among women with diabetes. The Norwegian HUNT/EPICONT study. *BMC Urol*, 2009;9:11. doi: 10.1186/1471-2490-9-11.
20. Caljouw MAA, Elzen den WPJ, Cools HJM, Gussekloo J. Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. A population-based prospective follow-up study. *BMC Med*. 2011;9:57. doi: 10.1186/1741-7015-9-57.
21. Thom DH, Haan MN, Van Den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing*. 1997;26(5):367-74.
22. Sanses TV, Kudish B, Guralnik JM. The relationship between urinary incontinence, mobility limitations, and disability in older women. *Curr Geriatr Rep*. 2017;6(2):74-80.
23. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Grupo King's. Med Clin (Barc)*. 2000;114(17):647-52.
24. Espuña Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(8):288-92.
25. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Center for Drug Evaluation and Research (CDER). Center for Biologics Evaluation and Research (CBER). Center for Devices and Radiological Health (CDRH). Guidance for Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. Diciembre 2009. Disponible en: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/patient-reported-outcome-measures-use-medical-product-development-support-labeling-claims>. Consultado el 24 de marzo de 2020.
26. Eupati: Academia Europea de Pacientes. Evaluación de los resultados percibidos por los pacientes. Enero 2016. <https://www.eupati.eu/es/desarrollo-y-ensayos-clinicos/evaluacion-de-los-resultados-percibidos-por-los-pacientes-pro/>. Consultado el 24 de marzo de 2020.
27. Staniszewska S, Haywood KL, Brett J, Tutton L. Patient and public involvement in patient-reported outcome measures: evolution not revolution. *Patient*. 2012;5(2):79-87.
28. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-81.
29. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmstem U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
30. Grupo Español de Urodinámica Y SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp*. 2005;29(1):16-30.
31. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019;38(2):433-77.
32. Haylen. BT, 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. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.

33. 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.
34. Irwin DE, Abrams P, Milsom I, Kopp Z, Reilly K; EPIC Study Group. Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. *BJU Int*. 2008;101(11):1381-7.
35. 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.
36. Brenes FJ, Angulo J, Ochayta D, Rejas J, Arumí D, Cañadas A, et al. Validación psicométrica de las escalas OAB-V8 y OAB-V3 para la detección de pacientes con probable vejiga hiperactiva en la población española. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(12):521-9.
37. Banakhar MA, Al-Shajji TF, Hassouna MM. Pathophysiology of overactive bladder. *Int Urogynecol J*. 2012;23(8):975-82.
38. Adot JM, Esteban M, Batista JM, et al. (Coord.) Guía de la Vejiga Hiperactiva de la AEU Asociación Española de Urología; 2014. Disponible en: <http://www.aeu.es/UserFiles/files/GuiaVejigaHiperactivaAEU.pdf>
39. Bernal MR, Blasco P, Borobia A, et al. Criterios de derivación y manejo integral de los pacientes con STUI. Vejiga hiperactiva en varón y mujer. Madrid: Sanidad y Ediciones SL. 2018, pp. 51-98. Poner el ISBN
40. Jimenez-Cidre MA, Lopez-Fando L, Esteban-Fuertes M, Prieto-Chaparro L, Llorens-Martinez FJ, Salinas-Casado J, et al. The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(2):128-32. https://www.aeu.es/PDF/DIARIO_MICCIONAL_3_DIAS.pdf
41. Angulo JC, Calderín MP, Fernández Y, González M, Gómez E, Herreros MB, et al. Prevalencia y caracterización de la vejiga hiperactiva detectada en una población de Madrid con el cuestionario OAB-V3 autoadministrado en atención primaria. *Aten Primaria*. 2018;50:79-87.
42. Espuña Pons M, Puig Clota M, Rebollo Alvarez 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 *Actas Urol Esp*. 2006;30(10):1017-24.
43. Milleman M, Langenstroer P, Guralnick ML. Post-void residual urine volume in women with overactive bladder symptoms. *J Urol*. 2004;172(5 Pt 1):1911-4.
44. Molero JM (coordinador), Adot JM, Brenes FJ, Espuña M, Fernández-Pro A. Pautas de actuación y seguimiento (PAS): Síntomas del Trato Urinario inferior (STUI). Madrid: OMC, Fundación para la Formación; 2017.
45. 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.
46. Hashim H, Abrams P. How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU Int*. 2008;102(1):62-6.
47. Moore KN, Saltmarche B, Query A. Urinary incontinence. Non-surgical management by family physicians. *Can Fam Physician*. 2003;49:602-10.
48. Dumoulin C, Adewuyi T, Booth J. et al. Committee 12: Adult conservative management. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence 6th edition 2017*;1443-628.
49. 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.

50. Elustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;2000(2):CD002113.
51. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. No.: CD005654.
52. García Martín AI, del Olmo Cañas P, Carballo Moreno N, Medina Varela M, González LLuva C, et al. Reeducación del suelo pélvico. *Asociación Española de Enfermería en Urología.* 2005;94:19-22.
53. Burkhard FC (Chair), Bosch JL HR, Cruz F, Lemack GE, et al. Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology (EAU) 2020.* Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>. Consultado el 24 de abril de 2020.
54. 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.
55. Andersson K, Cardozo L, Chapple CR, Cruz F, Gratzke C, Lee KS, et al. Committee 8: Pharmacological treatment of urinary incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence.* 6th edition, Bristol, UK: International Continence Society, 2017; pp. 805-958.
56. Davila GW, Daugherty CA, Sanders SW, and 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.
57. Mirabegrón. Ficha técnica. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/112809010/FT_112809010.pdf
58. 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 3-adrenoceptor agonist (Mirabegron) for overactive bladder (OAB). *BJU Int.* 2015;115(1):32-40.
59. 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). doi: 10.1111/ijcp.12996.
60. Amundsen CL, Komesu YM, Chermansky C, Gregory WT, Myers DL, Honeycutt EF, et al. Two-year outcomes of sacral neuromodulation versus onabotulinumtoxinA for refractory urgency urinary incontinence: a randomized trial. *Eur Urol.* 2018;74(1):66-73.
61. Chapple C, Sievert KD, MacDiarmid S, Khullar V, Radziszewski P, Nardo C, et al. OnabotulinumtoxinA 100 U significantly improves all idiopathic overactive bladder symptoms and quality of life in patients with overactive bladder and urinary incontinence: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol.* 2013;64(2):249-56.
62. Nitti VW, Dmochowski R, Herschorn S, Sand P, Thompson C, Nardo C, et al. OnabotulinumtoxinA for the treatment of patients with overactive bladder and urinary incontinence: results of a phase 3, randomized, placebo controlled trial. *J Urol.* 2013;189(6):2186-93.
63. Schmidt RA, Bruschini H, Tanagho EA. Feasibility of inducing micturition through chronic stimulation of sacral roots. *Urology.* 1978;12(4):471-7.
64. Siegel S, Noblett K, Mangel J, Bennett J, Griebing TL, Sutherland SE, et al. Five-year follow-up results of a prospective, multicenter study of patients with overactive bladder treated with sacral neuromodulation. *J Urol.* 2018;199(1):229-36.
65. Rovner E, Athanasiou S, Choo MS. Committee 14: Surgery for urinary incontinence in women. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence,* 6th edition. 2017; pp. 1741-1854.

66. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 2009;33(2):159-66.
67. Sacco E, Tienforti D, D'Addressi A, Pinto F, Racioppi M, Totaro A, et al. Social, economic, and health utility considerations in the treatment of overactive bladder. *Open Access J Urol*. 2010;2:11-24.
68. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmstem U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
69. Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de vida. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS, 2002; pp. 84-6.
70. Oblitas Guadalupe LA. Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas. Bogotá, Colombia: PSI-COM Editores, 2006.
71. Padilla GV, Grant MM, Ferrell B. Nursing research into quality of life. *Qual Life Res*. 1992;1(5):341-8.
72. Ferrell BR. La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer. ONS/Bristol-Myers. 1996;23(6):1-6.
73. Valverde Gefaell, C. Para saber estar: comunicación terapéutica en Enfermería. Difusión Avances de Enfermería, Madrid, 2007.
74. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*. Octubre 2009.
75. Zoppi K, Epstein RM. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *Anales Sis San Navarra*. 2002;24 (Suppl 2):23-31.
76. Rodríguez García MJ, del Castillo Arévalo F. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. *Index Enfer*. 2011;20(3):160-4.
77. Figuerola D. Manual de Educación Terapéutica en Diabetes. Madrid: Díaz de Santos, 2010.
78. World Health Organization. Regional Office for Europe. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>
79. Dalmau Llorca MR, García Bernal G, Aguilar Martín C, Palau Galindo A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria*. 2003;32(1):36-41.
80. Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, McAllister M. Assessment of patient empowerment--a systematic review of measures. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126553. doi: 10.1371/journal.pone.0126553.
81. Camerini AL, Schulz PJ. Health literacy and patient empowerment: separating con-joined twins in the context of chronic low back pain. *PLoS One*. 2015;10(2):e0118032. doi: 10.1371/journal.pone.0118032.
82. Fumagalli LP, Radaelli G, Lettieri E, Bertele' P, Masella C. Patient Empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*. 2015;119(3):384-94.
83. Wang RH, Hsu HC, Lee YJ, Shin SJ, Lin KD, An LW. Patient empowerment interacts with health literacy to associate with subsequent self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: a prospective study in Taiwan. *Patient Educ Couns*. 2016;99(10):1626-31.
84. Valderas JM, Ferrer M, Mendivil J, Garin O, Rajmil L, Herdman M, et al. Development of EMPRO: a tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures. *Value Health*. 2008;11(4):700-8.

85. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):13-20.
86. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ*. 2010;341:c4078. doi: 10.1136/bmj.c4078.
87. McCarthy S, O'Raghallaigh P, Woodworth S, Lim YL, Kenny LC, Adam F. An integrated patient journey mapping tool for embedding quality in healthcare service reform, *J Decis Syst*. 2016;25(Suppl 1):354-68.
88. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570.
89. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(3):229-39.
90. Monsalve Llorente L. La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje* 2013;1(1):107-23.
91. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud*. 2006;4(2):33-37.
92. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization 2003 Disponible en: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Consultado el 24 de mayo de 2021.
93. Amaro L, López-Torres R, Hidalgo T, Recio C, Martín L, Peinado FL, et al. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Disponible en: www.portalfarma.com. Consultado el 19 de mayo de 2020.
94. Noticias: Sanidad lo mejor de la Sanidad. Disponible en: <https://isanidad.com>. Consultado el 24 de mayo de 2020.
95. Alcántara Montero A, Bernal Pacheco MR, Blasco Hernández P, Esteban Fuertes ME, Flores Tirado H, Gutiérrez Pérez MI, et al. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Madrid: Grupo Saned, S.L., 2018.
96. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
97. Sackett DL, Haynes RB, Fuyatt GH, Tugwell P. Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. En: *Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica*, 2.ª ed. Madrid: Medica Panamericana SA, 1994, pp. 249-78.
98. Prats Más R. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento. Guía práctica para el farmacéutico comunitario. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), 2017.
99. Robert L, Diego L, Casanovas M, Pellicer À, Ribes E, Rodríguez G. CARGA ANTICOLINÉRGICA: ¡PENSEMOS EN ELLA! Aspectos de seguridad más allá de la visión borrosa y la sequedad de boca. *Butlletí d'Informació Terapèutica*. 2018;29(8):52-6.
100. Carga anticolinérgica: ¿cómo aligerarla?. *INFAC Información Farmacoterapéutica*. 2019;27(5):33-8.
101. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid. [Accessed 17 May 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>. Consultado el 17 de mayo de 2020.
102. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL. La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica. *Revista Española de Medicina Legal*. 2013;39(4):142-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2013.09.001>.

103. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(4):152-6.
104. Dora I. Molina, Santiago Valencia-Urbe y Lina M. Agudelo-Rojas. La educación a pacientes y su corresponsabilidad como herramientas terapéuticas. *Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev Colomb Cardiol*. 2017;24(2):176-81.
105. Hernández Gil, A; Responsabilidad Legal del Médico, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. Madrid: Master Line & Prodigio S.L., 2004.
106. Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*. 2012;2(2):91-8.
107. Altisent R. Declaración sobre ética y responsabilidad en la sostenibilidad del sistema nacional de salud. *Cuadernos de Bioética*. 2019;30(98):79-88.
108. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama of self-management initiatives in Spain. *Gac Sanit*. 2013;27(4):332-7.

