

Biblioscopia: Artigos de uroloxía

Mónica Diosdado Figueiredo
CS Valle Inclán (Ourense)

María Reyes Pérez Fernández
CS Ribadavia (Ourense), Profesora Universidad de Vigo

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Pág. 219-225

1. PREGUNTA: ¿ES LA HISTERECTOMÍA UN FACTOR DE RIESGO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO?

Artículo Comentado:

Daniel Altman, Fredrik Granath, Sven Cnattingius, Christian Falconer. "Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study". *The Lancet* 2007; 370:1494-1499.

Antecedentes del Tema:

Las indicaciones de histerectomía para patología benigna de útero, se ha asociado con un mayor índice de secuelas para tracto urinario inferior, pero los resultados no han sido concluyentes.

Objetivo:

Establecer el riesgo quirúrgico para la incontinencia urinaria de esfuerzo después de la indicación de histerectomía para patologías benignas.

Métodología:

- *Diseño*: estudio epidemiológico de cohortes.
- *Período de seguimiento*: 30 años.
- *Ámbito*: Nacional. Población sueca desde 1973 a 2003.
- *Población de estudio*: muestra de 165260 mujeres que se habían sometido a histerectomía (cohorte expuesta) y un grupo control de 479506 mujeres que no habían seguido este procedimiento (cohorte no expuesta), acompañando del año de nacimiento y lugar de residencia. En ambas cohortes, los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo tras la cirugía fueron creados a partir de la Secretaría Sueca para pacientes ingresados.
- *Variables de estudio*: Se evalúa la "presencia" o "ausencia" de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres sometidas a histerectomía por patología benigna.

Resultados:

Durante los 30 años de período de observación, la tasa de incontinencia urinaria de esfuerzo tras la cirugía para 100000 personas-año, fue de 179 (95% CI 173-186) en la cohorte expuesta frente a 76 (73-79) en la cohorte no expuesta. De la misma manera, los individuos en la cohorte de expuestos tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo tras la cirugía en comparación con los de la cohorte no expuesta (riesgo relativo 2,4 para un IC del 95%: 2,3 - 2,5), independientemente de la técnica quirúrgica. El riesgo de presentar incontinencia urinaria de esfuerzo tras la cirugía, varía ligeramente con el tiempo de seguimiento; así, el índice más alto de riesgo se registró dentro de los 5 años siguientes a la cirugía (2,7; 2,5 - 2,9) y el menor riesgo se observó después de un período de 10 años o más (2,1, 1,9 - 2,2).

Los cocientes de riesgo con IC del 95% se calcularon por Cox's de regresión de riesgos proporcionales.

Conclusiones:

Las Indicaciones para la histerectomía en patología benigna del útero, independientemente de la técnica quirúrgica, aumenta el riesgo para el posterior desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo tras la cirugía. Las mujeres deben ser asesoradas sobre los riesgos asociados relacionados con la histerectomía y otras opciones de tratamiento deben ser consideradas antes de esta.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Comentario:

Dada su baja morbilidad perioperatoria, la histerectomía es una opción de tratamiento para muchas mujeres con trastornos como metrorragias, prolapso uterino, adenomiosis...¹ (así por ejemplo en USA, el 90% de de estas intervenciones se llevan a cabo por patología benigna)².

Monica.diosdado.figueiredo@sergas.es

En este estudio de cohortes los resultados indican que la histerectomía por patología benigna se asocia al doble riesgo de precisar cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo, independientemente de la técnica quirúrgica empleada, siendo mayor en los 5 primeros años tras la intervención, mientras que el menor riesgo se vio a los 10 o más años.

La incontinencia urinaria de esfuerzo femenina, tiene una prevalencia de casi el 40% en la mayoría de los países industrializados, interfiriendo tanto en la esfera social, laboral, personal... de las mujeres y con la consecuente afectación en su calidad de vida³.

Por tanto la identificación y posible reducción de los factores de riesgo para su desarrollo, es de importancia para la mujer así como para la sociedad en su conjunto, en cuanto al consumo de recursos sanitarios y en definitiva económicos que esta conlleva⁴.

Bibliografía:

1. KJ Carlson, DH Nichols and I Schiff, Indications for hysterectomy, N Engl J Med 1993; 328:856–860.
2. CM Farquhar and CA Steiner, Hysterectomy rates in the United States 1990–1997, Obstet Gynecol 2002;99:229–234
3. P Miner, Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence, Gastroenterology 2004;126:S8–S13.
4. K Kenton and E Mueller, The global burden of female pelvic floor disorders, BJU Int 2006;98:(suppl 1)1–7.

2. PREGUNTA: ¿POR QUÉ LOS OBESOS TIENEN NIVELES DE PSA MÁS BAJOS?

Artículo comentado:

Lionel L. Bañez; Robert J. Hamilton; Alan W. Partin et Al.
 "Obesity-Related Plasma Hemodilution and PSA Concentration Among Men With Prostate Cancer". JAMA 2007; 298 (19): 2275–2280.

Antecedentes del tema:

Estudios recientes han sugerido que los hombres obesos tienen niveles más bajos de antígeno específico de la próstata (PSA) en suero que los no obesos.

Debido a que los hombres con un mayor índice de masa corporal (IMC) tienen un mayor volumen de plasma circulante, la reducción de las concentraciones de PSA entre hombres obesos puede deberse a hemodilución.

Objetivo:

Determinar la relación entre hemodilución y la concentración de PSA en los hombres obesos con cáncer de próstata.

Metodología:

- *Diseño*: Estudio epidemiológico retrospectivo
- *Período de seguimiento*: 8 años.
- *Ámbito*: Bases de datos compartidas de Igualdad de Acceso del Hospital regional de Cáncer (n =1373), Centro Duque de Próstata (n =1974) y Hospital Johns Hopkins (n =10287) de USA.
- *Población de estudio*: 14000 hombres con adenocarcinoma de próstata tratados con prostatectomía radical entre 1988 y 2006.
- *Variables de estudio*: Se evalúa la asociación entre el "IMC preoperatorio" (categorizado según propuesta de la OMS) y la media de las "concentraciones de PSA" ajustados, con la media del "volumen plasmático" y la media de "PSA masa" ajustado (calculada como la concentración de PSA x volumen plasmático).

Asociaciones con $P < .05$ fueron considerados estadísticamente significativas.

Se usaron modelos de regresión lineal multivariante para ajustar las características clínicopatológicas al analizar las principales medidas de resultado.

Resultados:

Después de ajustar los resultados según las distintas características clínicopatológicas se encontró asociación estadísticamente significativa entre un mayor índice de masa corporal (IMC) y un mayor volumen plasmático ($P < 0.001$) así como con el descenso de las concentraciones de PSA ($P < 0.02$) en todas las cohortes.

En 2 de las 3 cohortes, el "PSA masa" no varió significativamente con el aumento de índice de masa corporal (IMC). En la tercera cohorte, el mayor IMC sí se asoció con un aumento de "PSA masa" ($P < 0.001$), pero sólo en la categoría de $IMC < 25$.

Conclusiones:

En los hombres sometidos a prostatectomía radical, se asoció un mayor IMC con un mayor volumen plasmático; por tanto, la hemodilución puede ser responsable de la reducción de las concentraciones séricas de PSA entre hombres obesos con cáncer de próstata.

Se necesitan estudios prospectivos para evaluar esta asociación en poblaciones seleccionadas, que incluyan hombres sin esta patología.

Conflicto de intereses: No refiere

Comentario

Durante los últimos años la prevalencia de la obesidad ha aumentado drásticamente en los países industrializados¹.

Aunque existen bases biológicas que determinan un aumento de riesgo para padecer ciertos tumores en pacientes obesos², muchas

veces se produce un retraso en su diagnóstico debido a que la obesidad presenta problemas técnicos para la detección del cáncer, tanto en lo referente a la exploración física, como en el uso de pruebas complementarias³; y lo cierto es que este retraso en el diagnóstico, explica detecciones en estadios más avanzados de su enfermedad y por tanto peor pronóstico.

El hecho de que las concentraciones de PSA en suero de hombres obesos sea menor a la de no obesos, puede llevarnos a errores diagnósticos ante la sospecha de padecer un cáncer de próstata⁴. Múltiples estudios han encontrado que los hombres obesos tienen más bajas estas concentraciones, y se han planteado hipótesis que relacionan este hecho con la disminución de la actividad androgénica⁵, o como en este caso, con la hemodilución⁶.

Los resultados de este artículo se refieren a pacientes ya diagnosticados y sometidos a prostatectomía radical, lo que puede implicar un sesgo de selección (actualmente no existen evidencias nivel I que indiquen que el screening con PSA reduzca la mortalidad por cáncer de próstata). Es necesario por tanto, contrastar resultados con otros posibles estudios en población general.

Bibliografía

1. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 2002; 288(14):1723-1727.
2. Bray GA. The underlying basis for obesity: relationship to cancer. *J Nutr*. 2002;132(11)(suppl):3451S-3455S.
3. Bray GA. Obesity: the disease. *J Med Chem*. 2006;49(14):4001-4007.
4. Freedland SJ, Platz EA, Presti JC Jr, et al. Obesity, serum prostate specific antigen and prostate size: implications for prostate cancer detection. *J Urol*. 2006;175(2):500-504.
5. Rodríguez C, Patel AV, Calle EE, Jacobs EJ, Chao A, Thun MJ. Body mass index, height, and prostate cancer mortality in two large cohorts of adult men in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2001;10(4):345-353.
6. Vollmer RT, Humphrey PA. Tumor volume in prostate cancer and serum prostate-specific antigen: analysis from a kinetic viewpoint. *Am J Clin Pathol*. 2003;119(1):80-89.

3. PREGUNTA: ¿SUPONE EL CONSEJO TERAPÉUTICO EN HOMBRES CON PATOLOGÍA DEL TRACTO URINARIO INFERIOR UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EFICAZ?

Artículo comentado:

Brown Ch. T, Yap T, Cromwell D, Rixon L, Steed L, Mulligan K, Mundy A, Newman S, Van der Meulen J, Emberton M. Self management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. BMJ. 2007;334:25.

Antecedentes y justificación:

Hace 10 años aproximadamente, Wasson y sus colaboradores mostraron que las pautas de autocuidado son una alternativa segura a la

resección transuretral de la próstata para los hombres con síntomas moderadamente severos del tracto urinario inferior. Desde entonces, el tratamiento habitual para este tipo de pacientes ha evolucionado desde las pautas de autocuidado al tratamiento con diferentes fármacos, intervenciones mínimamente invasivas o a la cirugía más tradicional.

Objetivo:

Evaluar la efectividad de la educación sanitaria como primera línea de intervención para los hombres con síntomas del tracto urinario inferior.

Metodología:

- **Ámbito:** Un hospital docente y un hospital general de distrito en Londres.
- **Diseño:** Ensayo clínico aleatorizado.
- **Población a estudio:** 140 hombres (edad media de 63 (SD 10,7) años), reclutados entre enero de 2003 y abril de 2004, remitidos por médicos generales al servicio de urología ambulatoria con síntomas del tracto urinario inferior sin complicaciones.

Resultados:

A los tres meses, el tratamiento fracasó en 7 pacientes (10%) del grupo intervención y en 27 (42%) del grupo control (diferencia = 32%, 95% intervalo de confianza del 18% al 46%). Similares diferencias se encontraron a los seis meses, 42% (27% a 57%), y a los 12 meses, 48% (32% a 64%). A los tres meses, la puntuación media del índice internacional de síntomas de próstata fue de 10,7 en el grupo de intervención y el 16,4 en el grupo control (diferencia = 5,7, 3,7 a 7,7). Similares diferencias en la puntuación se encontraron a los 6 meses, 6,5 (4,3 a 8,7), y a los 12 meses, 5,1 (2,7 a 7,6).

Conflicto de intereses: Ninguno conocido

Conclusiones:

Los autocuidados redujeron significativamente la frecuencia de fracaso del tratamiento y la reducción de los síntomas urinarios. Los buenos resultados generados con las pautas de educación sanitaria de este estudio, sugieren la realización de un ensayo clínico multicéntrico que confirme si las intervenciones en educación sanitaria se pueden considerar como tratamiento de primera línea para los hombres con síntomas del tracto urinario inferior.

Comentarios:

La educación y la promoción de la salud deberían abarcar todos los niveles de prevención, desde los consejos dirigidos a fomentar los hábitos de vida saludables hasta las recomendaciones para la mejora del cumplimiento terapéutico y el fomento del autocuidado en las enfermedades crónicas¹, como en este estudio.

En general se admite que la educación grupal ha demostrado una reducción en los costos sanitarios en hospitalizaciones, en consultas

médicas y en el consumo de fármacos en algunas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas, así como en diversos aspectos de la salud maternoinfantil².

Aunque es muy habitual que los propios profesionales sanitarios pongan en duda la efectividad de las intervenciones educativas y las posibilidades de su integración en las actividades habituales. Sin embargo, este estudio evidencia que estas intervenciones son posibles y efectivas, así como lo han demostrado otros estudios realizados en nuestro medio, por ejemplo, para disminuir el consumo de tabaco³ o de alcohol⁴ o para promocionar la actividad física⁵.

Bibliografía:

1. Nebot M. Educación sanitaria ¿dónde estamos? Aten Primaria. 1992;9: 508-11
2. Auba J, Altisent R, Cabezas C, Córdoba R, Fernández-Tenllado MA, Gobierno J, et al. Efectividad de la educación sanitaria en grupo en el marco de la atención primaria. Informe Técnico del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS, 1996 [accesido 10 Ene 05]. 3. Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. Aten Primaria. 1993;12:86-90.
3. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Melus E, Aranguren F. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria. Med Clin (Barc). 1997;109:121-4.
4. Ortega R, Jiménez C, Córdoba R, Muñoz, J, García ML, Vilaseca J. The effect of office-based physician's advice on adolescent exercise behavior. Prev Med. 2004;38:219-26.

4. PREGUNTA: ¿TIENEN ALGÚN EFECTO LOS ARÁNDANOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO?

Artículo comentado:

Jepson RG, Mihaljevic L, Craig J.. *Arándanos para la prevención de infecciones urinarias (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007*. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2007 Issue*

Antecedentes del tema:

Los arándanos (en particular en forma de jugo) se utilizaron ampliamente durante varias décadas para la prevención y tratamiento de las infecciones urinarias (IU). El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de los arándanos para la prevención de tales infecciones.

Objetivos:

Evaluar la efectividad del jugo de arándano y otros productos derivados del mismo para la prevención de las IU en poblaciones susceptibles.

Metodología:

- **Diseño:** Metaanálisis. Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas e Internet mediante el uso de términos en

inglés y en otros idiomas; se estableció contacto con empresas que se encargan de la promoción y distribución de las preparaciones con arándanos; se buscaron las listas de referencias de artículos de revisión y ensayos relevantes. Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL - La Cochrane Library, número 1, 2003) en febrero 2003.

- **Criterios de selección:** Todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) o cuasialeatorios del jugo/productos de arándano para la prevención de infecciones urinarias en poblaciones susceptibles. Se incluyeron ensayos de hombres, mujeres o niños

Resultados principales: Siete ensayos cumplieron los criterios de inclusión (cuatro cruzados [cross-over], tres de grupos paralelos). En seis ensayos se evaluó la efectividad del jugo de arándano (o jugo de arándano [cranberry]-arándano rojo [lingonberry]) versus jugo de placebo o agua y en dos ensayos se evaluó la efectividad de los comprimidos de arándano versus placebo (un estudio evaluó el jugo y los comprimidos). En dos ECA de buena calidad, los productos de arándano redujeron significativamente la incidencia de IU a los doce meses (RR 0,61 IC del 95%: 0,40 a 0,91) comparados con placebo/control en mujeres. Un ensayo administró 7,5 g (en 50 ml) diarios de un concentrado de arándano, el otro un concentrado de 1:30 en 250 ml de jugo o comprimidos. No hubo una diferencia significativa en la incidencia de IU entre el jugo de arándano versus cápsulas de arándano (RR 1,11 IC del 95%: 0,49 a 2,50). No se incluyeron cinco ensayos en el metanálisis debido a los defectos metodológicos o a la falta de datos disponibles. Sin embargo, sólo uno informó un resultado significativo con respecto al resultado de las IU sintomáticas. Los efectos secundarios fueron comunes en todos los ensayos y en varios el número de abandonos/retiros fue alto.

Conflicto de intereses: Ninguno conocido

Conclusión:

Hay pruebas derivadas de dos ECA de buena calidad de que el jugo de arándano puede reducir el número de IU sintomáticas durante un período de 12 meses en mujeres. No está claro si es efectivo para otros grupos como niños, hombres. El gran número de abandonos/retiros de algunos de los ensayos indica que el jugo de arándano puede no ser aceptable durante períodos prolongados de tiempo. Además no está claro cuál es la dosis o el método óptimos de administración (p.ej. jugo o comprimidos). Se necesitan ensayos adicionales con un diseño adecuado y resultados relevantes.

Comentarios:

Interesante estudio que plantea una alternativa terapéutica no farmacológica a un problema de salud relativamente frecuente. Resulta muy interesante que dos ensayos metodológicamente correctos^{1,2}, encontraron que el jugo de arándano es efectivo para las IU sintomáticas en mujeres y este efecto no se mostró en ninguno de los

otros subgrupos (p.ej. hombres y niños)^{3,4}. Ninguno de los ensayos justificó las dosis que se administró a los participantes por tanto resultaría muy interesante que se realizasen estudios que determinasen la dosis de jugo o extracto necesaria para conseguir los beneficiosos efectos de los arándanos en las IU sintomáticas.

Bibliografía:

1. Kontiokari T, Sundqvist K, Nuutinen M, Pokka T, Koskela M, Uhari M. Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women. *BMJ* 2001;322(7302):1571-73.
2. Stothers L. A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women. A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women. *Canadian Journal of Urology* 2002;9(3):1558-62.
3. Foda MM, Middlebrook PF, Gatfield CT, Potvin G, Wells G, Schillinger JF. Efficacy of cranberry in prevention of urinary tract infection in a susceptible pediatric population. *Canadian Journal of Urology* 1995;2(1):98-102.
4. Schlager TA, Anderson S, Trudell J, Hendley JO. Effect of cranberry juice on bacteriuria in children with neurogenic bladder receiving intermittent catheterization. *Journal of Pediatrics* 1999;135(6):698-702.

5. PREGUNTA: ¿DISMINUYE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y AUMENTA LA DISFUNCIÓN SEXUAL CON LA EDAD?

Artículo comentado:

Stacy Tessler Lindau, M.D., M.A.P.P., L. Philip Schumm, M.A., Edward O. Laumann, Ph.D., Wendy Levinson, M.D., Colm A. O'Muircheartaigh, Ph.D., and Linda J. Waite, Ph.D. "A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States." *N Engl J Med.* 2007;357:762-774

Antecedentes del tema:

Poco se sabe sobre los comportamientos sexuales y la función sexual de las personas mayores a pesar de los signos de envejecimiento de la población.

Objetivo:

Ver si la actividad sexual y la disfunción sexual tiene relación con la edad.

Metodología:

- **Ámbito:** Nacional, 3005 adultos estadounidenses (1550 mujeres y 1455 hombres)
- **Población a estudio:** adultos de 57 a 85 años de edad
- **Diseño:** una muestra probabilística representativa a nivel nacional de personas de 57 a 85 años de edad de los hogares de Estados Unidos.
- **Variables a estudio:** edad, estado de salud y sexualidad.

Resultados:

La probabilidad de ser sexualmente activos disminuye de manera constante con la edad y fue de manera uniforme menor entre las

mujeres que entre los hombres. Además, la probabilidad de ser sexualmente activos se asoció positivamente con la autovaloración del estado de salud. La odds ratio para ser sexualmente activos entre los que se informó de su salud como "mala" o "justo" en comparación con los informes "muy bueno" o "excelente" la salud es 0,21 (95% IC 0,14 a 0,32) para los hombres, y 0,36 (95% IC 0,25 a 0,51) para las mujeres.

Entre los encuestados que eran sexualmente activos, la frecuencia de relaciones sexuales fue menor en los de 75 a 85 años de edad que entre las personas más jóvenes.

Las mujeres tenían más probabilidades de pensar en las relaciones sexuales como "nada importante" (35%, en comparación con el 13% de los hombres). Un total de 41% de los encuestados en el grupo de edad más alta las consideró como "no importante en absoluto", en comparación con el 25% de los encuestados en el grupo medio de edad, y el 15% de los encuestados en el grupo más joven. Los encuestados que no eran sexualmente activos también eran más propensos a dar esta respuesta (48%, en comparación con el 5% de los encuestados que eran sexualmente activos).

Aproximadamente la mitad del total de respondedores (hombres y mujeres) contestaron tener al menos un problema sexual molesto, y casi un tercio de los hombres y mujeres afirman tener al menos dos problemas sexuales molestos. Entre los hombres, los problemas sexuales más prevalentes y los correspondientes porcentajes de aquellos que los percibieron como molestos fueron dificultad en lograr o mantener la erección (37% e 90%, respectivamente), la falta de interés en el sexo (28% y 65%), culminación demasiado rápido (28% y 71%), ansiedad por el rendimiento (27% y 75%), y la imposibilidad de culminación (20% y 73%). Para las mujeres, eran la falta de interés en el sexo (43% y 61%, respectivamente), dificultades con la lubricación (39% y 68%), incapacidad de clímax (34% y 59%), no placer sexual (23% y 64%) y dolor (17% y 97%).

En comparación con los encuestados que calificaron su salud como excelente, muy buena o buena, los encuestados que calificaron su salud como regular o mala había una mayor prevalencia de varios problemas, entre ellos dificultades con la erección o la lubricación, dolor, y la falta de placer.

Pero solo el 38% de los hombres y el 22% de las mujeres comentó haber hablado de problemas en sus relaciones sexuales con un médico.

Conclusiones:

Muchos adultos mayores son sexualmente activos. Las mujeres son menos propensas que los hombres a tener una relación sexualmente activa a igual edad. Los problemas sexuales son frecuentes en las personas adultas mayores, pero no es frecuente que se consulten con los médicos estas disfunciones.

Comentario:

En este estudio podemos observar que las tasas de actividad sexual disminuyen con la edad, pero muchas personas de edad son sexualmente activas. De estos adultos se ha visto que las mujeres tienen tasas más bajas de actividad sexual que los hombres.

Casi la mitad de los que se declaraban sexualmente activos referían alguna disfunción sexual, siendo los más frecuentes en las mujeres el bajo deseo sexual, la escasa lubricación vaginal y la incapacidad para el orgasmo, frente a los hombres que su principal problema era la disfunción eréctil.

También se observa una asociación positiva de la probabilidad de ser sexualmente activo con la autovaloración del estado de salud; así las personas con mejor estado de salud son también más sexualmente activas.

Si bien, este es un estudio hecho en EE.UU. pero podríamos extrapolarlo a nuestra población ante la falta de estudios en la misma. En ella encontramos una relación positiva entre a mayor edad menor actividad sexual y más disfunción sexual tanto masculina como femenina; pero quizás lo que más llama la atención es la poca demanda de consejo profesional médico que estos problemas generan.

Referencias:

1. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassell-Fyr CL, et al. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006;107:755-764.
2. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.
3. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the Health Professionals Follow-up Study. *Ann Intern Med* 2003;139:161-168.
4. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *Int J Impot Res* 2005;17:Suppl 1:S52-S56.
5. Nicolosi A, Moreira ED Jr, Villa M, Glasser DB. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *J Affect Disord* 2004;82:235-243.

6. PREGUNTA: ¿ALTERA LA NOCTURIA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HBP?

Artículo comentado:

Hernández Fernández C, Ristol Pont J, Estivill E, Batists Miranda JE, López Aramburu MA. Importancia de la nocturia y su impacto en la calidad de sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urológicas Españolas* 2007; 31(3):262-269.

Antecedentes del tema:

La nocturia es un síntoma de alta prevalencia en la población masculina con hiperplasia benigna de próstata, lo que obliga a despertar

res frecuentes y por lo tanto altera la calidad de sueño. La calidad de sueño es fundamental para la calidad de vida diaria.

Objetivos:

Conocer la fisiología del sueño y el efecto que la nocturia produce sobre la calidad del mismo y cómo ello altera la calidad de vida del paciente

Metodología:

- **Diseño:** Reunión de expertos, urólogos de toda España. En el año 2006 se realiza el estudio PreNoc, un estudio de ámbito nacional para conocer la prevalencia de nocturia en pacientes de 60 años ó mayores, diagnosticados de HBP (hipertrofia benigna de próstata); encontrándose una prevalencia del 83% para estos pacientes (IC 95%:79,8-86,4). En base a esto se han desarrollado instrumentos específicos para valorar la afectación de la nocturia en la calidad de vida diaria como es el cuestionario N-Gol, y la afectación en la calidad de sueño por medio de las horas de sueño interrumpido (HUS).

Resultados

La nocturia es la principal causa de interrupción del sueño en los varones adultos, lo que ocasiona un efecto negativo sobre su actividad diaria y por lo tanto sobre su calidad de vida; y cuanto mayor es el número de veces que se interrumpe, mayores son los efectos negativos. El sueño juega un papel importante en nuestro bienestar físico y psíquico, por lo que su distorsión acaba provocándonos alteraciones en nuestra salud.

El periodo del sueño tiene dos fases: la fase REM y la No-REM. La fase REM está relacionada con la función mental y por lo tanto con el descanso psíquico, mientras que la No-REM está relacionada con el descanso físico. Si dividimos la noche en dos mitades, durante la primera predomina la fase No-REM y durante la segunda la fase REM. De ahí que los varones con nocturia tengan mayor fatiga diurna, alteración en la concentración y en el estado de ánimo, conllevando un mayor riesgo de accidentes laborales y de tráfico, y caídas en ancianos. Pero a largo plazo la privación de sueño asociado a la nocturia también aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y depresión.

Conflicto de intereses: No refiere.

Conclusiones:

La nocturia es un síntoma de alta prevalencia en la población masculina tal y como demostró el estudio PreNoc, un 83%, y es el síntoma más molesto de los pacientes con HBP. Su impacto en la calidad del sueño se traduce en una disminución importante de la calidad de vida del paciente, produciendo un aumento de fatiga diurna, disminución en la función cognitiva y aumento en la susceptibilidad

a determinadas enfermedades como es la depresión o las enfermedades cardiovasculares. Si con fármacos podemos disminuir la nocturia mejoraríamos la calidad de vida de nuestros pacientes.

Comentarios:

La nocturia aparte de ser un síntoma de alta prevalencia en los pacientes de HBP, es el síntoma más molesto; les obliga a levantarse varias veces durante la noche ocasionando fragmentación del sueño y mermando su calidad de vida. Si conseguimos controlar los síntomas de llenado con fármacos, no solo mejoraríamos la calidad de vida sino que disminuiríamos la susceptibilidad a determinadas enfermedades. En estos momentos hay estudios en marcha para objetivar esto.

Bibliografía:

1. Schulman CC, Asplund R, Desgrandchamps F, Jonas U. The impacto f nocturia on health status and quality of life in patients with coger urinary tract symptoms suggestive of bening prostatic hyperplasia(LUTS/BPH). Eur Urol Suppl.2005;4:1-8
2. Asplund R. Nocturia: consequences for sleep and daytime activities and associated risks. Eur Urol Supl 2005;3(6):24-32
3. Chartier-Kastler E, Tubaro A. The Measurement of Nocturia and its impacto n Quality of life in LUTS/HPB. Eur Urol Suppl 2006; 5:3-11
4. Chapple CR, Batista JE, Berges R et al. The impact of Nocturia in Patients with LUTS/HPB: Need for new recommendations. Eur Urol Suppl 2006;5:12-18

7. PREGUNTA: ¿ES EFICAZ EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE CINTA TRANS-OBTURADORA (TOT) EN LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO?

Artículo comentado:

Pardo Schanz J, Ricci Arriola P, Tacla Fernández X, Betancourt Ortiz E. "Cinta trans-obturadora (TOT) en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Experiencia de tres años con 200 pacientes". Actas Urológicas Españolas 2007; 31:1141-1147.

Antecedentes del tema:

El tratamiento quirúrgico con cinta trans-obturadora(TOT) es una técnica segura y eficaz en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero más simple, y más cómoda para el paciente.

Objetivo:

Evaluar eficacia y seguridad de TOT en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Metodología:

- **Diseño:** Estudio prospectivo
- **Periodo de seguimiento:** Enero 2003-Octubre 2006
- **Ámbito:** Pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Barros Luco-Trudeau.

- **Población a estudio:** 200 pacientes de edad entre 34 a 78 años y paridad de 1 a 8 partos, a las que se les realizo TOT como tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- **Criterios de selección:** Incontinencia urinaria de esfuerzo de carácter permanente y de al menos por un año
- **Variables a estudio:** tiempo de cirugía, complicaciones, efectividad de la técnica, grado de satisfacción.

Resultados:

Durante los 46 meses de duración del estudio se realizaron 200 operaciones con la técnica TOT de las cuales 120 eran debidas a incontinencia de esfuerzo pura y 80 a incontinencia de esfuerzo mixta. De ellas el 92% obtiene curación completa, el 6% mejoría y el 5% falla. Se entiende por "mejoría" episodios de incontinencia menores de 1 vez por semana y "falla" episodios de incontinencia mayores de 1 vez por semana. El tiempo de cirugía y las complicaciones fueron menores que con la técnica de cinta transuretral y el grado de satisfacción de las pacientes fue mayor (el 95% frente al 91%).

Conflicto de intereses: No refiere.

Conclusiones:

La TOT es una técnica segura y efectiva para la curación de la incontinencia urinaria que precisa poco tiempo en su ejecución con pocas complicaciones y con mayor grado de satisfacción para las pacientes.

Comentarios:

Hasta la aparición de la cinta trans-obturadora (TOT) en la corrección quirúrgica de la incontinencia de esfuerzo solo existía la técnica de la cinta suburetral (TVT). Con la técnica de la cinta trans-obturadora se obtiene la misma eficacia pero al ser más rápida, más simple y tener menos complicaciones, se postula como la alternativa en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Bibliografía:

1. Delorme E. Transobturador uretral suspensión: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinente in women. Prog Urol. 2001; 11(6):1306-1313.
2. De Tayrac R, Deffieux X, Droupy S, Chauveaud-Lambling A, Calvanese-Benamour L, Fernandez H, et al. A prospective randomized trial comparing tension-free vaginal tape and transobturador suburethral tape for surgical treatment of stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 2004; 190(3):602-608.
3. Mellier G, Benayed B, Bretones S, Pasquier JC. Suburethral tape via the obturator route:is the TOT a simplification of the TVT?. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004; 15(4):227-232.
4. Corticelli A, Corticelli C, Venuti F, Pedritti L, Dodero D. Preliminary experience with transobturador suburethral tape for surgical treatment of urinary incontinence in women. Minerva Ginecol. 2005; 57(6):637-640.

Material adicional en Internet

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA é accesible por internet (www.agamfec.com). Os autores que o desexen poden presentar material complementario na páxina web (enquisas utilizadas, anexos, aspectos metodolóxicos máis detallados, fotos,...). Este tipo de material enviarase de modo diferenciado ao resto do texto. Cando algún traballo inclúa material adicional na páxina web, éste identificarase na revista con esta imaxe.

