

- **Male lower urinary tract symptoms associated with overactive bladder.**
- **Efficacy and Tolerability of Feoterodine Versus Tolterodine in Older and Younger Subjects With Overactive Bladder: A Post Hoc, Pooled Analysis From Two Placebo-Controlled Trials.**
- **Quality of Life in Patients with Overactive Bladder.**
- **Validation and Psychometric Properties of the Spanish Overactive Bladder Questionnaire-Short Form.**
- **Smoking and bladder symptoms in women.**
- **Medical Management of Overactive Bladder.**
- **Practical consensus guidelines for the management of enuresis.**
- **Antimuscarinic Effects on Current Perception Threshold: A Prospective Placebo Control Study.**
- **Review of cognitive impairment with antimuscarinic agents in elderly patients with overactive bladder.**
- **Vulnerable Elderly Patients and Overactive Bladder Syndrome.**
- **Predicting self-perceived antimuscarinic therapy effectiveness on overactive bladder symptoms using the Overactive Bladder 8-Question Awareness Tool.**

Coordinadores:

- *Dr. Manuel Esteban Fuertes (Servicio de Urología del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo)*
- *Dr. Jesús Salinas Casado (Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid)*
- *Dr. Marcos Luján Galán (Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina Parla)*
- *Dr. Santiago Méndez Rubio (Servicio de Urología del Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid)*

Cuadernos de lectura crítica en Urología

nº 1 2013

**editorial
SELEN E**

Drake M.J. Male lower urinary tract symptoms associated with overactive bladder. Can Urol Assoc J 2012;6(5):136-7. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.12202>

Comentario:

En este artículo se analiza el papel de los antimuscarínicos en varones con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) por hiperplasia benigna de próstata (HBP).

Aunque la primera línea de terapia en estos pacientes son los fármacos alfabloqueantes, éstos actúan principalmente sobre la sintomatología obstructiva, siendo otras opciones (como los antimuscarínicos) más eficaces sobre los síntomas de llenado.

El uso de antimuscarínicos como monoterapia en estos pacientes no se contempla en las guías clínicas, excepto en los casos cuya única sintomatología es la vejiga hiperactiva (VH).

El estudio NEPTUNE (cita #2 del artículo) reclutó 1500 pacientes de estas características. La urgencia miccional fue mejorada con la combinación de solifenacina 5 mg + tamsulosina 0.4mg frente a la monoterapia con tamsulosina. No obstante, no se evidenció beneficio significativo en la puntuación total del cuestionario I-PSS tras añadir un antimuscarínico al alfabloqueante.

Un mito a derribar es que el empleo de antimuscarínicos en estos pacientes produce retención urinaria. Se ha probado que, en la práctica, esto no ocurre.

DuBeau C.B. et al. Efficacy and Tolerability of Fesoterodine Versus Tolterodine in Older and Younger Subjects With Overactive Bladder: A Post Hoc, Pooled Analysis From Two Placebo-Controlled Trials. Neurourology and Urodynamics; DOI 10.1002/nau

Comentario:

Este artículo comprende el análisis a post-hoc de los resultados de dos ensayos clínicos prospectivos, randomizados y controlados con placebo, donde se evalúa eficacia y seguridad de Fesoterodina 8mg versus Tolterodina 4 mg en pacientes con vejiga hiperactiva (VH). El análisis actual se centra en la estratificación por grupos de edad de la población estudiada.

El estudio original fue denominado “FACT study” (“Fesoterodine Assessment and Comparison vs. Tolterodine study”). Se compone de dos ensayos clínicos (con idéntico diseño) en función de la zona geográfica mundial participante.

Se trata, por tanto, de un estudio a gran escala. Comprende la randomización de 4.129 pacientes con VH en tres brazos (12 semanas de tratamiento):

- Fesoterodina (4 mg durante 1 semana, y 8 mg durante otras 11 semanas).
- Tolterodina LP 4 mg.
- Placebo. El objetivo principal fue el cambio en el número de episodios de episodios de incontinencia urinaria de urgencia. Los pacientes fueron evaluados al principio, así como en las semanas 1, 4 y 12, con diario miccional y con varios cuestionarios:
- Urgency Perception Scale (UPS). Sólo una pregunta con una escala de 1-3 que evalúa la percepción del sujeto de urgencia miccional.
- Patient Perception of Bladder Condition (PPBC). Sólo una pregunta en una escala de 1-6 que evalúa la severidad de problemas relacionados con la vejiga.
- OAB-q. 8 preguntas sobre síntomas de VH y 25 de calidad de vida (HRQL).

También se evaluaron seguridad y tolerabilidad.

Los resultados se estratificaron en tres grupos de edad (<65 años, 65-74 años, >=75 años).

Los resultados en el brazo fesoterodina 8 mg fueron mejores (con ligeras variaciones entre los grupos de edad estudiados) respecto de los otros dos brazos en numerosos objetivos secundarios (número de micciones, episodios de urgencia, volumen miccionado, resultados de los cuestionarios UPS, PPBC, OAB-q, tasas de “diario seco”, etc).

No obstante, la reducción de los episodios de episodios de incontinencia urinaria de urgencia (objetivo principal del estudio) sólo fue significativa en el grupo <65 años.

El perfil de efectos adversos fue similar, aunque es preciso destacar una incidencia superior de estreñimiento y la sequedad de boca con la dosis de fesoterodina evaluada que con las otras dos ramas del estudio. Se observó sequedad de boca en 25,9-31,9% (según grupo de edad) de los pacientes del brazo fesoterodina 8mg. Tan sólo se observaron 5 casos de retención urinaria en toda la población estudiada, y sólo uno de ellos del grupo >=75 años lo cual indica que la probabilidad de retención urinaria (incluso en pacientes de mayor edad) es escasa con el tratamiento antimuscarínico.

En definitiva, se demostró una mejoría global de fesoterodina 8mg frente a tolterodina 4mg en gran variedad de parámetros clínicos de los pacientes con VH, aunque la reducción del número de episodios de episodios de incontinencia urinaria de urgencia sólo se observó en el grupo de pacientes de menor edad. Fesoterodina fue bien tolerado en todos los grupos de edad incluidos los mas mayores.

Arlandis S., et al. Quality of Life in Patients with Overactive Bladder. Validation and Psychometric Properties of the Spanish Overactive Bladder Questionnaire-Short Form. Clin Drug Investig 2012; doi: 10.2165/11633760-000000000-00000.

Comentario:

En este artículo se lleva a cabo un ejercicio de validación del cuestionario OAB-q SF, específico para vejiga hiperactiva (VH), en su versión traducida al idioma español.

El cuestionario OAB-q SF (“overactive bladder-quality of life short form”) es una herramienta autoadministrada (la debe cumplimentar el propio paciente) que consta de 19 preguntas y es específico de esta enfermedad (VH). De ellas, 6 corresponden a síntomas de la enfermedad y 13 tienen que ver con la calidad de vida relacionada con la salud (HR-QOL).

Para validar un cuestionario de aspectos clínicos de un determinado proceso, se evalúan aspectos como la factibilidad, fiabilidad, validez y respuesta al cambio. Para ello se emplea metodología similar a la utilizada previamente para la validación de la versión española de otros cuestionarios útiles en el ámbito urológico como el I-PSS (de creación también anglosajona).

- Factibilidad: cuantifica la dificultad de los pacientes para comprender y contestar los ítems. El factor más fácil de evaluar es la proporción de “respuestas en blanco”.
- Fiabilidad: se tienen en cuenta aspectos como la consistencia interna (alfa de Cronbach) que mide discrepancias entre ítems del mismo test, y la fiabilidad test-retest que analiza la comprensión y la coherencia de las respuestas cuando se entrega el test a la misma persona 24-48h después.
- Validez: se analizan factores del cuestionario como la dimensionalidad de su construcción, capacidad de discriminación, coherencia según grupos de pacientes, validez de criterio (relación entre el cuestionario estudiado y otros genéricos de HR-QOL, etc).
- Respuesta al cambio (en este caso, reevaluación tras 3 meses de tratamiento médico).

De entre los resultados obtenidos destacan menos del 2% de ítems “en blanco” (lo cual representa una buena comprensión por parte de los pacientes), elevados valores de consistencia interna (alfa de Cronbach), elevada estabilidad “test-retest”, buena sensibilidad tras el periodo de tratamiento farmacológico, etc.

Sus potenciales utilidades clínicas son, entre otras, la identificación de casos con especial impacto en la calidad de vida, o la monitorización del tratamiento con antimuscarínicos. Por ello, parece una buena herramienta para la evaluación y el seguimiento de los pacientes con VH.

Tähtinen RM, Auvinen A, Cartwright R, Johnson TM 2nd, Tammela TL, Tikkinen KA. Smoking and bladder symptoms in women. Obstet Gynecol. 2011 Sep;118(3):643-8.

Antecedentes

En el mundo hay unas 250 millones de mujeres fumadoras. La relación del tabaco con los síntomas del tracto urinario, permanece poco clara.

En este estudio se valoran los efectos del consumo del tabaco y su intensidad con la frecuencia miccional, nocturia, incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), urgencia e incontinencia urinaria tipo urgencia (IUU), en una cohorte de mujeres de 18 a 79 años.

Material y métodos

Se enviaron aleatoriamente 3000 cuestionarios con preguntas sobre tabaquismo, síntomas vesicales, medicación, variables sociodemográficas, antropométricas, estilo de vida y reproductivo a mujeres finlandesas.

Se clasificaron los sujetos en: nunca han fumado, exfumadores y fumadores y por la intensidad del consumo del tabaco. Se recogieron los síntomas vesicales según el cuestionario danés de síntomas prostáticos con una pregunta adicional sobre nicturia de la Asociación Americana de Urología.

Resultados

De 3000 mujeres participaron 2002 (67 %), 11 no estaban disponibles, 114 se excluyeron por embarazo, puerperio o infección del tracto urinario. El 94,8 % respondieron a todas las preguntas. 24,1% eran ex fumadoras y 23,2% fumadoras actuales.

En los análisis ajustados por edad, todos los síntomas vesicales, excepto la nicturia, se asociaban con fumar. En el multivariante, el tabaquismo actual se asoció con urgencia (OR 2,7, IC 1.7 a 4.2) y frecuencia miccional (OR 3,0, CI 1,8 -5,0), pero no con nicturia (OR 1,1, IC 0,7 a 1.8) ó IUE (OR 0,8, IC 0,5-1,3) ó IUU (OR 1,5, IC 0,6 -3,8). Asociaciones consistentes, pero más débiles, con urgencia y frecuencia se encontraron en exfumadores. Las diferencias de prevalencia entre los que nunca habían fumado y los fumadores actuales fueron 6,0% (3,0-9,1%) para urgencia y 6.0% (3.3 a 8.7%) para frecuencia miccional.

Fumar más se asoció con urgencia (OR 2.1, IC 1.1 a 3.9) y frecuencia (OR 2.2, IC 1.2 a 4.3), pero no con nicturia (OR 1.4, IC 0.6 -2.9), SUI (OR 1.3, IC: 0.6 -2.8), ó IUU (OR 1.7; CI 0.3-8.5).

Discusión

El tabaquismo y su intensidad, se asocian con la frecuencia miccional y la urgencia, pero no con la IUE ni la nicturia. Estos datos son congruentes con otros estudios.

En este estudio, fumar no se relacionaba con la IUU de forma estadísticamente significativa, pero dados los OR (OR 1.5 fumadores y 1.7 fumar en exceso), podría ser clínicamente significativo.

Debería aconsejarse a las mujeres que acuden a consulta por síntomas de almacenamiento dejar de fumar.

Comentario

El consumo de tabaco es una epidemia mundial. Es la causa de muerte prevenible más importante en el mundo. Curiosamente, la patología urológica no es de las más estudiadas, salvo en su vertiente oncológica. En la mujer, los aspectos reproductivos se han llevado la gran parte de la investigación en su relación con el tabaco por razones obvias. Aún así, es en nuestro medio, poco probable encontrar en una historia urológica o ginecológica (no obstétrica) tener recogido el hábito tabáquico.

Los síntomas del tracto urinario inferior en la mujer están teniendo cada vez más relevancia, siendo el síndrome de vejiga hiperactiva y la incontinencia los más frecuentes en la clínica diaria.

La estimación de prevalencia de incontinencia para la población es, según algunos autores del 33,2 %, afectando más entre los 45 y 49 años (30,5 %). El 15,4 % pertenece a IUE, 39 %, IUU y el 45,6 %, a la mixta. Como factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria encontramos la edad, menopausia, embarazos, partos por vía vaginal e infecciones de repetición. El tabaco no suele estudiarse como factor de riesgo.

La investigación urofarmacológica cada vez arroja más luz sobre receptores y mediadores que afectan a la contractilidad del detrusor y su acción en los mecanismos de continencia. Por otra parte, la nicotina es un agonista de los receptores acetil colinérgicos nicotínicos, tanto en el Sistema Nervioso Central como en el periférico. Las neuronas pregangliónicas parasimpáticas liberan acetilcolina que actúa sobre receptores nicotínicos en las neuronas postganglionares del plexo pélvico. Por tanto, no sería de extrañar que la nicotina, tuviera algún papel en la patofisiología de las alteraciones funcionales del TUI.

En este estudio se recogen hallazgos poblacionales y asocia-

ciones estadísticas del tabaquismo, sobre todo con la frecuencia miccional y la urgencia. El siguiente paso sería estudiar qué parámetros urodinámicos son los que se alteran en los fumadores versus los no fumadores y cómo se modifican al dejar de fumar.

La investigación de una combinación de unas 4000 sustancias, como es el humo del tabaco, sobre la función vesical, parece apasionante y difícil. La nicotina, una de las mejor conocidas, puede abrirnos campos nuevos de investigación.

Radomski S.B. et al Medical Management of Overactive Bladder. Can J Urol 2012; 19(Suppl):2-9.

Comentario:

En este artículo de revisión, los autores ofrecen una guía para el manejo de los pacientes con vejiga hiperactiva (VH).

Se detallan los aspectos de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias para la evaluación de estos pacientes. Adicionalmente se ofrece una tabla con otras condiciones que constituyen el diagnóstico diferencial con la VH. Se aportan tablas con alternativas terapéuticas, dosis, perfiles de efectos adversos, etc. También proponen como tratamiento farmacológico de elección los fármacos antimuscarínicos. Recomiendan el evitar la oxibutinina en el anciano por el riesgo de deterioro cognitivo.

En definitiva, se trata de una buena guía para el manejo de la VH. Sólo una consideración anecdótica:

De modo acertado, los autores proponen la realización de un tacto rectal en los varones para la evaluación prostática (entre otros motivos) pero, curiosamente, también recomiendan la determinación de PSA sérico. Esto último resulta difícil de entender, ya que un cáncer de próstata no palpable difícilmente contribuiría a los síntomas del tracto urinario inferior.

Walle J.V. et al Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr (2012) 171:971–983.

Comentario:

Se trata de un artículo de revisión que establece una guía clínica para el manejo de los niños con enuresis nocturna.

La elaboración de una guía de consenso como la presente es necesaria dado que, de modo general, la enuresis nocturna en la infancia no se maneja de modo adecuado en el ámbito asistencial. Aunque es un problema de gran prevalencia y que causa un impacto psicológico no desdeñable en niños y padres, no se dedican demasiados esfuerzos a la formación de

profesionales en este campo. Esta guía se basa en las recomendaciones de varias sociedades científicas mundiales relevantes dentro del ámbito de la urología pediátrica.

La enuresis nocturna se considera “anormal” a partir de los 5 años de edad. El motivo de consulta es la preocupación del niño y familiares, junto con la dificultad de pernoctar en casas de amigos, reducción de su autoestima, rechazo social, impacto de la alteración del patrón del sueño sobre el rendimiento diurno, etc. Por ello, se recomienda no demorar el abordaje y tratamiento.

Además, los autores proponen una herramienta clínica basada en un “checklist” que determina si el paciente puede manejarse en Atención Primaria o si debe remitirse al especialista. Se recomienda el uso de diarios tanto diurno como nocturno. Proponen algoritmos de manejo (evaluación, tratamiento y seguimiento) para las dos alternativas terapéuticas más recomendadas (alarmas versus desmopresina).

Resumiendo, podríamos definir dos patrones de enuresis nocturna, que pueden observarse de modo aislado o combinados, dando lugar a cuatro perfiles de paciente con enuresis nocturna. El tratamiento de elección varía en función de la predominancia de uno u otro:

1. Reducción del volumen miccional. Para ello se estima la capacidad vesical esperada (CVE) mediante la fórmula $CVE (cc) = 30 + (edad \times 30)$. Si el volumen miccionado es inferior al esperado, es preferible el uso de alarmas.
2. Poliuria nocturna. Se define como sobreproducción nocturna de orina ($>130\%$ del CVE). En este caso se recomienda el uso de desmopresina (la forma liofilizada o “flas” es la más recomendada).

En definitiva, esta guía constituye una buena alternativa para la orientación de cara al manejo de la enuresis nocturna en niños.

Vijaya G., Digesu G.A., Derpapas A., Hendricken C., Fernando R., Khullar V. Antimuscarinic Effects on Current Perception Threshold: A Prospective Placebo Control Study. *Neurourology and Urodynamics* 31:75–79 (2012).

Comentario:

En este ensayo clínico randomizado prospectivo, controlado con placebo (aunque de limitado tamaño muestral), los autores intentan evaluar el efecto del antimuscarínico tolterodina a nivel de la inervación aferente (sensorial) uretral y vesical en mujeres con vejiga hiperactiva (VH).

Existe la sospecha de que cambios en la inervación aferente a nivel vesicouretral podrían ser responsables (al menos en parte) de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI). El papel de los antimuscarínicos en el control de la función motora vesicouretral es indiscutible. No obstante, se ha lanzado la hipótesis (gracias a la investigación en modelos animales), de que estos fármacos también podrían actuar a nivel aferente sobre la sensibilidad vesicouretral.

La metodología de este estudio se basa en la “neurometría”. El neurómetro es un aparato usado durante décadas para evaluar la integridad de los nervios sensitivos. Consiste en un electroestimulador con el que es posible determinar el “umbral de percepción” tras la estimulación con una corriente eléctrica o CPT según siglas en inglés. Este parámetro cuantifica el estímulo eléctrico mínimo necesario para producir una sensación no dolorosa en el paciente. Pues bien, en este estudio se ha empleado esta metodología para el cálculo del CPT en mujeres con VH antes y después del tratamiento con tolterodina.

Se han reclutado 20 pacientes, 10 en el brazo tolterodina y 10 en el placebo, y se ha estudiado el CPT tras una semana de tratamiento. Tras dicho periodo, se encuentra un aumento del CPT a 5Hz en el brazo con tolterodina.

El efecto es discreto, ya que sólo se observa a nivel vesical (no cambios significativos en los registros uretrales), y sólo tras la estimulación con 5Hz. Es posible que el escaso tamaño muestral de este estudio haya dificultado el poner de manifiesto una mayor diferencia entre los brazos, quedando el presente estudio realmente como un “estudio piloto” que abre la puerta a ensayos clínicos de mayor envergadura.

No obstante, este estudio adelanta una evidencia experimental de que los antimuscarínicos no sólo ejercen su efecto a nivel motor, sino también a nivel sensorial. Ello introduce una variable de gran relevancia a la hora de conocer la patogenia de trastornos como la VH.

Wagg A et al. Review of cognitive impairment with antimuscarinic agents in elderly patients with overactive bladder. *Int J Clin Pract*, August 2010, 64, 9, 1279–1286.

Comentario:

En este artículo de revisión, los autores ponen de manifiesto la infratilización de los antimuscarínicos en población anciana debido a su potencial riesgo de empeoramiento cognitivo. Por ello pretenden establecer las condiciones de uso de estos fármacos en esta población.

Es cierto que existen reparos respecto a la administración de estos fármacos debido a su perfil de efectos adversos y posibles interacciones con otros fármacos. No obstante, el renunciar a emplear antimuscarínicos en población anciana supone no tratar los síntomas de la vejiga hiperactiva (VH) en aproxi-

madamente un 20% de esta población (prevalencia de VH en hombres y mujeres >60 años).

Aunque los antimuscarínicos pueden causar efectos adversos relacionados con su acción sobre el sistema nervioso periférico como la sequedad de boca, el estreñimiento o la visión borrosa, más importante es su acción sobre el sistema nervioso central, donde existe el riesgo de deterioro cognitivo.

Aunque no se espera empeoramiento con el tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo leve, en pacientes con enfermedad de Parkinson, esquizofrenia, enfermedad cerebrovascular o esclerosis múltiple, los antimuscarínicos sí podrían empeorar dicho status cognitivo, sobre todo si se asocian al uso de otros fármacos con potencial antimuscarínico como los antidepressivos tricíclicos, la ranitidina, broncodilatadores, antipsicóticos, IECAs, etc.

Los antimuscarínicos con mayor selectividad para receptor M3 frente al M1 tienen menor potencial de producir deterioro cognitivo. Además poseen menor poder lipofílico (menor capacidad de penetrar en el sistema nervioso central). Por ello se ha observado en los ensayos clínicos realizados un mayor deterioro cognitivo con anticolinérgicos más antiguos como la oxibutinina (cuyo uso debería restringirse en gente anciana), y ausencia de deterioro cognitivo significativo para otros más modernos (darifenacina, solifenacina, tolterodina, o incluso el trospio). No obstante, todos estos fármacos deben administrarse con precaución cuando existen medicaciones concomitantes con potencial antimuscarínico o en presencia de patología del sistema nervioso central como las arriba indicadas.

Kraus J.R. y cols. Vulnerable Elderly Patients and Overactive Bladder Syndrome. Drug Aging 2010; 27 (9): 697-713.

Comentario:

Este artículo de revisión analiza el abordaje de la vejiga hiperactiva (VH) en el “anciano vulnerable”, definido como el mayor de 65 años con un mayor riesgo de deterioro funcional en los próximos 2 años. Estos pacientes no son precisamente los incluidos en los ensayos clínicos que evalúan la eficacia y seguridad de los antimuscarínicos, por lo que su uso en esta población incluye una adicional problemática (deterioro cognitivo, estreñimiento, etc).

La población mayor de 65 años está incrementándose en el mundo desarrollado, y es conocido que la incidencia de VH aumenta con la edad. También las comorbilidades generales son más prevalentes con la edad, así como las específicas de la especialidad de Urología (como la hiperplasia prostática y el prolapso de órganos pélvicos).

Hasta un 32% de los pacientes >=65 años pueden etiquetarse como “ancianos vulnerables” según la definición mencionada. Pueden emplearse para ello herramientas como el cuestionario

“Vulnerable Elders Survey” VES-13, capaz de predecir tanto el fallecimiento como el deterioro funcional en los próximos 2 años.

La VH, sobre todo la incontinencia urinaria de urgencia, se asocia con mayores cifras de institucionalización y de mortalidad en esta población. Además, la VH (independientemente de la edad), se asocia a más comorbilidad: caídas y fracturas (urgencia miccional y nicturia), infección urinaria, infecciones cutáneas, depresión, estreñimiento. El coste de estos pacientes para los sistemas sanitarios es elevado.

Como ya es sabido, las alternativas para la VH incluyen los fármacos antimuscarínicos, la terapia conductual, la inyección de toxina botulínica A y la neuroestimulación sacra. No obstante, no existen guías clínicas específicas para el “anciano vulnerable”.

Los pacientes con demencia suelen tratarse con inhibidores de la colinesterasa, fármacos que interaccionan con los antimuscarínicos. Y es necesario tener en cuenta que determinados anticolinérgicos podrían empeorar el deterioro cognitivo que muchos de estos pacientes ya presentan. Además, muchos de ellos suelen presentar estreñimiento persistente. Por todo ello, son de elección fármacos cuyo perfil de estos efectos adversos sea menor. Los antimuscarínicos con mayor selectividad para receptor M3 frente al M1 y menos lipofílicos deberían preferirse (evitándose, por ejemplo, los más antiguos como la oxibutinina).

La terapia conductual (biofeedback) basada en el aprendizaje del control de los músculos del suelo pélvico, suele ser eficaz para mejorar el número de episodios de incontinencia y de la calidad de vida en los pacientes sin demencia.

La toxina botulínica no ha sido aprobada por la FDA americana para el tratamiento de los pacientes con VH. Por otro lado, la neuroestimulación sacra puede tener un mayor perfil de efectos adversos que en la población más joven.

Lo cierto es que, aunque todas las alternativas mencionadas son válidas para el tratamiento de esta especial población, sus características implican limitaciones importantes para su aplicación.

Villacampa F. y cols. Predicting self-perceived antimuscarinic therapy effectiveness on overactive bladder symptoms using the Overactive Bladder 8-Question Awareness Tool. Int Urogynecol J DOI 10.1007/s00192-012-1921-x

Comentario:

Este estudio prospectivo, multicéntrico y observacional, pretende evaluar la eficacia del cuestionario autoadministrado “Overactive Bladder 8-Question Awareness Tool” (OAB-V8)

para evaluar el beneficio de la terapia antimuscarínica en pacientes con vejiga hiperactiva (VH).

Se reclutaron 246 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con VH (>8 puntos en dicho cuestionario). El estudio fue prospectivo de 3 meses de duración mientras se administró tratamiento antimuscarínico (a criterio clínico según principios activos y dosis autorizadas en España).

Los cambios en las puntuaciones del cuestionario estudiado se compararon con la mejoría clínica registrada mediante otros dos cuestionarios donde se hace una sólo pregunta, respondida bien por el médico o por el paciente. La puntuación de cada escala recoge el cambio clínico experimentado pasando por varios grados, desde “muchísimo mejor” a “muchísimo peor”:

- Desde el punto de vista del paciente: cuestionario “Treatment Benefit Scale” (TBS), donde el paciente

cumplimenta según la mejoría subjetiva experimentada.

- Desde el punto de vista del médico: cuestionario “Clinical Global Impression of Improvement” (CGI-I), cumplimentado por el médico.

El cuestionario OAB-V8 se administró de modo conjunto con el OAB-q SF (cuestionario ya validado previamente para su uso en español, que incluye evaluación de la calidad de vida).

En cuanto a los resultados, además de servir para el screening de los pacientes con posible VH, este cuestionario es capaz de predecir la eficacia del tratamiento hasta en un 70% de los casos. De este modo, los pacientes con puntuaciones pre-tratamiento más altas en la escala OAB-V8 presentarán una mejoría más amplia de los síntomas de VH así como de la calidad de vida relacionada con el proceso.

Con la colaboración de Pfizer



Trabajando juntos por un mundo más sano