

#### Introducción

Los síntomas urinarios bajos (SUB) comprenden a los problemas de almacenamiento, miccionales y post-miccionales que afectan al tracto urinario bajo. Estos síntomas provocan deterioro significativo de la calidad de vida de los hombres y pueden ser un indicador de patologías graves del tracto urogenital.

Su prevalencia aumenta con la edad y se estima que en más del 30% de los hombres mayores de 65 años puede observarse estos síntomas.

Existen mucha incertidumbre y variabilidad en el manejo de los SUB para lo cual esta guía brinda recomendaciones claras sobre su evaluación, tratamiento y seguimiento.

#### Definiciones

**Evaluación inicial:** evaluación por un profesional de la salud sin entrenamiento específico en el manejo de sintomatología urinaria baja en hombres.

**Evaluación por especialista:** evaluación llevada a cabo por profesionales de la salud con entrenamiento específico en estas patologías.

**SUB leves:** Puntaje Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS) entre 0 y 7.

**SUB moderados:** IPSS entre 8 y 19.

**SUB severos:** IPSS entre 20 y 35.

#### Puntos claves para la implementación

##### Evaluación inicial

- Realizar la historia clínica de los pacientes para determinar posibles causas de SUB y las comorbilidades asociadas. Revisar la medicación habitual para identificar drogas que posiblemente contribuyan al problema.

- Realizar el examen físico guiado por los síntomas urológicos y otras condiciones médicas que incluyan el examen abdominal, de los genitales externos y el tacto rectal.

- Sugerir a los pacientes con síntomas molestos completar una tabla de frecuencia de síntomas urinarios.

- Derivar al especialista aquellos pacientes con: infección del tracto urinario persistente o recurrente, retención urinaria, deterioro de la función renal ocasionado por patología del tracto urinario bajo o sospecha de neoplasia urológica.

- Evaluar la repercusión que esta patología les trae a nivel físico, emocional, psicológico, social y sexual y ofrecer ayuda adecuada.

##### Manejo conservador

- Ofrecer dispositivos de contingencia (p. ejemplo, apósitos o bolsas colectoras) hasta llegar al diagnóstico definitivo particularmente en los pacientes con incontinencia.

- Ofrecer técnicas de entrenamiento vesical supervisado, consejos acerca de la ingesta de líquidos, cambios de estilo de vida, y si es necesario, dispositivos de contingencia a los pacientes con síntomas sugestivos de vejiga hiperactiva.

##### Tratamiento quirúrgico de los síntomas miccionales

- Si se sospecha que los síntomas son secundarios a hiperplasia prostática benigna (HPB), ofrecer tratamiento de resección transuretral monopolar o bipolar de la próstata, la vaporización transuretral monopolar prostática o la enucleación láser.

- Si los síntomas son secundarios a HPB, no ofrecer tratamientos mínimamente invasivos (resección transuretral con aguja, termoterapia transuretral con microondas, ablación prostática transuretral con alcohol o coagulación láser) como las alternativas a los procedimientos mencionados en el ítem anterior.

#### **Evaluación inicial por un profesional de la salud sin entrenamiento específico en el manejo de sintomatología urinaria baja en hombres**

- Realizar la evaluación de la historia clínica general de cada paciente, para identificar las posibles causas y las comorbilidades asociadas. Debe revisar las medicaciones actuales que puedan contribuir al problema\*\*.

- Efectuar el examen físico guiado por los síntomas que refiere el paciente y otras condiciones médicas que incluya la evaluación de la región abdominal, los genitales externos y el tacto rectal\*\*.

- Confeccionar la tabla de frecuencia de síntomas urinarios\*\*.

- Realizar el análisis de la orina mediante tirillas reactivas para detectar hematuria, glucosuria, proteinuria, leucocituria y nitratos urinarios.

- Ofrecer información y asesoramiento para decidir la determinación de antígeno prostático específico (en inglés, PSA) a los pacientes con: los síntomas sugestivos de obstrucción secundaria a HPB, próstata anormal al tacto rectal y en pacientes preocupados por la posibilidad de cáncer de próstata.

- Ofrecer el dosaje de la creatinina plasmática solo si se sospecha deterioro de la función renal (p. ejemplo: palpación de vejiga al examen físico, enuresis nocturna, infección urinaria recurrente o antecedentes de litiasis renal).

- No ofrecer de rutina cistoscopia, flujometría, medición del residuo post-miccional ni otros estudios por imágenes del tracto urinario superior a pacientes con SUB no complicados en la evaluación inicial.

- Reasegurar, asesorar sobre intervenciones del estilo de vida (como la ingesta adecuada de líquidos) e informar acerca de su condición clínica a los pacientes con sintomatología leve.

- Sugerir un nuevo control en caso de que la sintomatología cambie.

- Considerar el tratamiento en base a la realización de una evaluación inicial de los síntomas según puntajes validados (IPSS).

- Ofrecer vigilancia activa (reaseguro y asesoramiento sobre intervenciones del estilo de vida, con visitas regulares) o intervenciones activas (manejo conservador, tratamiento farmacológico o resolución quirúrgica) para los pacientes con síntomas moderados o severos.

- Derivar al especialista aquellos pacientes que no respondan al manejo conservador, pacientes con SUB complicados con infección urinaria recurrente o persistente, retención urinaria, deterioro de la función renal secundario a disfunción del tracto urinario bajo o con sospecha de cáncer urológico.

#### **Evaluación por el especialista**

- Realizar la evaluación de la historia clínica general de cada paciente, para identificar las posibles causas y las comorbilidades asociadas. Se deben revisar las medicaciones actuales que puedan contribuir al problema.

- Efectuar el examen físico guiado por los síntomas que refiere el paciente y otras condiciones médicas que incluya la región abdominal, los genitales externos y el tacto rectal.

- Realizar medición de flujo urinario y de residuo post-miccional.

- Completar una tabla de frecuencia de síntomas urinarios.

- Ofrecer cistoscopia y/u otros estudios por imágenes del tracto urinario alto a aquellos pacientes con: infecciones recurrentes, piuria estéril, hematuria, síntomas persistentes, dolor, retención urinaria crónica.

- Ofrecer la realización de cistometría multicanal a los pacientes candidatos a cirugía.

- Ofrecer el uso de dispositivos colectores en pacientes que necesiten la medición del grado de incontinencia.

- Ofrecer información, asesoramiento y tiempo para que los



pacientes puedan decidir si desean realizar dosaje de PSA ante: síntomas sugestivos de obstrucción secundaria a HPB, próstata anormal al tacto rectal o pacientes interesados en el rastreo del cáncer de próstata.

### Manejo conservador

#### Síntomas de almacenamiento

- Ofrecer técnicas de entrenamiento vesical supervisado, asesorar sobre la ingesta de líquidos, estilo de vida y de ser necesario ofrecer dispositivos de contingencia si se sospecha vejiga hiperactiva.
- Ofrecer entrenamiento de los músculos del piso pélvico a pacientes con incontinencia de orina de esfuerzo secundaria a prostatectomía.
- Aconsejar continuar con los ejercicios por lo menos tres meses antes de considerar otras opciones.
- No ofrecer "clamps" o pinzas peneanas.
- Ofrecer dispositivos de contingencia temporarios, para lograr continencia social hasta llegar al diagnóstico de certeza y discutir el plan terapéutico. Discuta las alternativas existentes según las necesidades individuales de cada paciente.

- Recomendar el uso de dispositivos colectores externos antes de recurrir al cateterismo permanente.

#### Síntomas miccionales

- Ofrecer el cateterismo intermitente antes que el sondaje permanente o la cateterización suprapúbica en caso que los síntomas no puedan ser corregidos con medidas menos invasivas.
- Advertirle a los pacientes con obstrucción vesical constatada que el entrenamiento vesical es menos efectivo que la corrección quirúrgica.
- Explicar a los pacientes con goteo post-miccional técnicas para mejorar este aspecto.

### Tratamiento farmacológico

- Ofrecer tratamiento farmacológico solo a aquellos pacientes en los que el manejo conservador ha fracasado o no tiene indicación.
- Tener en cuenta las comorbilidades y la medicación habitual de cada paciente.
- Si los síntomas no responden al tratamiento farmacológico, ofrecer vigilancia activa o intervenciones activas (ver antes).
- No recomendar homeopatía, fitoterapia o acupuntura.

Síntomas	Tratamiento	Seguimiento
Síntomas moderados a severos	Ofrecer alfa-bloqueantes (alfuzosina, doxazosina, tamsulosina o terazosina)	A las 4 a 6 semanas, luego cada 6 a 12 meses.
Vejiga hiperactiva	Ofrecer anticolinérgicos	A las 4 a 6 semanas hasta obtener estabilidad, luego cada 6 a 12 meses.
Próstata > a 30g o	Ofrecer inhibidores de 5 alfa reductasa	A los 3 a 6 meses. Luego cada 6 a 12 meses.
PSA > 1,4 mg/ml y alto riesgo de progresión	Considerar alfa-bloqueantes más inhibidor de 5 alfa-reductasa	A las 4 a 6 semanas, luego cada 6 a 12 meses para los alfa-bloqueantes.
Síntomas moderados a severos, PSA >1,4ng/ml y próstata > 30 g	Considerar ofrecer diurético de asa vespertino.	A los 3 a 6 meses, luego cada 6 a 12 meses para los inhibidores de 5 alfa-reductasa.
Poliuria/nocturna	Considerar ofrecer desmopresina oral si no hubo respuesta al tratamiento previo y otras condiciones médicas han sido excluidas*.	Cuantificar natremia tres días después de la primera dosis y suspender en caso de hiponatremia.

\*Diabetes Mellitus, diabetes insípida, insuficiencia adrenal, hipercalcemia, falla hepática, insuficiencia renal poliúrica, insuficiencia cardíaca, pielonefritis, uso de drogas (p. ejemplo, diuréticos, IRSS, etc.).

### Cirugía para síntomas miccionales

- Ofrecer cirugía solo si los síntomas son severos o si el tratamiento conservador y los fármacos han fracasado.
- Discutir con el paciente las ventajas, desventajas y alternativas de la cirugía.

### Cirugía para síntomas miccionales secundarios a HPB

Tamaño prostático	Tipo de cirugía
Todos	Resección transuretral prostática monopolar o bipolar (TURP) Vaporización transuretral prostática (TUVP) Enucleación prostática con láser holmium (HoLEP)
Tamaño menor de 30g	Incisión transuretral prostática (TUIP) como alternativa de las opciones anteriores
Tamaño mayor de 80g	Considerar prostatectomía convencional como alternativa a TURP, TUVP o HoLEP

- No ofrecer tratamientos mínimamente invasivos (ablación transuretral con aguja, termoterapia transuretral con microondas, ultrasonido de alta intensidad focalizado, la ablación con etanol transuretral o la coagulación láser) como alternativas a TURP, TUVP o HoLEP.
- Considerar las siguientes opciones solo como parte de ensayos clínicos aleatorizados y controlados para el manejo de síntomas secundarios a HPB.
- Inyección de toxina botulínica intraprostática
- Técnicas de vaporización láser

- TUVP bipolar
- Vaporización-resección transuretral prostática monopolar o bipolar (TUVRP)

### Cirugía para síntomas de almacenamiento

- Considerar cirugía para aquellos pacientes si el manejo conservador y el tratamiento farmacológico han fracasado.
- Discutir las alternativas al tratamiento quirúrgico.
- Informar la efectividad, los efectos adversos y los riesgos a largo plazo.
- Si se ofrece cirugía para los síntomas de almacenamiento, derivar los pacientes al urólogo para discutir:
- Las opciones quirúrgicas y no quirúrgicas para cada caso en particular.
- Los potenciales beneficios, las limitaciones para cada opción y los resultados a largo plazo.
- No ofrecer miomectomía para el manejo de la hiperactividad del músculo detrusor.

Indicación	Tipo de cirugía
Hiperactividad del detrusor	Cistoplastia Inyección de toxina botulínica intravesical Estimulación de nervios sacro
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Implante de esfínter artificial Implante de dispositivos ajustables intramurales solo como
Síntomas urinarios refractarios	parte de ensayos clínicos randomizados controlados Considerar ofrecer derivación urinaria

### Tratamiento de la retención urinaria

- Realizar la cateterización inmediata para la retención aguda.
- Ofrecer alfa-bloqueantes a los pacientes con retención aguda antes de remover el catéter.
- Realizar dosaje de la creatinina plasmática y estudios de imágenes del tracto urinario superior en pacientes con retención urinaria crónica.
- Efectuar cateterismo en pacientes que presenten falla de la función renal o hidronefrosis secundaria a retención urinaria crónica.
- Ofrecer la cateterización antes de cirugía en pacientes con retención urinaria crónica.

- Considerar cateterismo intermitente en pacientes en los que se sospecha deterioro de la función vesical.
- Ofrecer cateterización a largo plazo si el tratamiento médico ha fracasado, la cirugía no es apropiada o el paciente es apto para cateterismo intermitente (presencia de lesiones cutáneas como úlceras por decúbito o la irritación ocasionada por el contacto con orina).
- Discutir los riesgos y los beneficios del cateterismo a largo plazo con el paciente y su familia.
- Considerar el uso de dispositivos de contingencia solo si las demás opciones no son viables.

**Fuente de financiamiento:** National Institute for Health and Clinical Excellence.

**Nota:** las guías NICE son desarrolladas para su aplicación dentro del Servicio Nacional de Salud (sigla en inglés NHS) en el Reino Unido. El NICE no toma responsabilidad alguna por la traducción al español aquí publicada de la presente guía.

Manejo de los síntomas urinarios bajos en hombres. Evid Act Pract Ambul Abr-Jun 2013 (16) 2;71-73. **Resumido y Traducido de: National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of lower urinary tract symptoms in men.** Clinical guideline 97, May 2010. Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/cg97>

