



## Editorial

# Utilidad de los cuestionarios en pacientes con vejiga hiperactiva y síntomas del tramo urinario inferior



## The usefulness of questionnaires in the management of overactive bladder and lower urinary tract symptoms

Carlos Errando-Smet

Unidad de Urología Funcional y Femenina, Fundació Puigvert, Barcelona, España

En la práctica diaria, el clínico generalmente no se plantea el uso de cuestionarios para la detección, gradación y seguimiento de una cistitis o una retención de orina. Las singularidades de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) hacen que el interrogatorio pueda ser complejo. El hecho de que la micción fisiológica sea un acto voluntario, desencadenado por la liberación desde el córtex prefrontal de un reflejo medular coordinado a nivel pontino, cuyas aferencias se originan en la vejiga y llegan hasta el lóbulo frontal previa sinapsis en el tálamo y el sistema límbico, ya hace intuir que las sensaciones que percibe el paciente, su elaboración mental, interpretación (y a veces justificación) y, finalmente, su descripción verbal en la consulta serán, como mínimo, variadas, imprecisas y, a veces, contradictorias.

El síndrome de vejiga hiperactiva (VH) se define por la presencia de urgencia miccional, –aislada o en combinación con incontinencia de urgencia– generalmente asociada a aumento de la frecuencia miccional y a nicturia, en ausencia de otra enfermedad demostrable<sup>1</sup>. Sin embargo, las causas subyacentes de cada uno de los síntomas que la componen no están claramente definidas. En el caso de la nicturia, se reconoce su carácter multifactorial y la necesidad de determinar sus causas más allá de la próstata<sup>1,2</sup>. La urgencia, síntoma príncipes de la VH, fue definida por la ICS como «deseo súbito y apremiante de orinar que es difícil de diferir»<sup>1</sup>, aunque es debatible si se trata de un hecho repentino y un fenómeno *on-off* o de un síntoma gradual<sup>3</sup>. El deseo miccional puede presentarse de forma paulatina, pero ser difícil de diferir por dolor, por que se produzca escape, por *miedo* al escape sin que este se llegue a producir, etc. En un reciente metaanálisis que analiza cómo se estudia la urgencia en 636 artículos, se detecta que la dimensión y las gradaciones más comúnmente usadas son la frecuencia de la respuesta conductual frente a la urgencia (por ejemplo, correr al lavabo) y la magnitud de la molestia causada, siendo las menos estudiadas la calidad de la sensación y su incomfortabilidad<sup>4</sup>. Acertadamente, defienden el carácter multidimensional de la urgencia, donde el cerebro evalúa la intensidad, la

calidad y la inmediatez del estímulo haciendo un juicio de lo desagradable de la sensación y produciendo una respuesta emocional y conductual adecuada<sup>4</sup>. En este contexto, preguntar al paciente si «tiene que correr al lavabo cuando nota las ganas de orinar» resulta simplista. Otros síntomas como la frecuencia miccional diurna, nocturna y la incontinencia de urgencia pueden detectarse más fácilmente mediante un diario miccional, y por ello se usan frecuentemente como variables resultado en los estudios clínicos de evaluación de tratamientos.

Se ha refrendado ampliamente la alta prevalencia y afectación de la calidad de vida que condiciona la VH<sup>5</sup>, aunque no en todos los pacientes por igual. En un síndrome basado en la clínica existe el riesgo de considerar síntomas leves como anormales, cuando pueden estar expresando una variación fisiológica, asociada, por ejemplo, al envejecimiento. Una vez diagnosticado, el paciente tiende a considerar su síntoma como una enfermedad que requiere alguna intervención médica. Dado que no todos los pacientes requieren un tratamiento, y teniendo en cuenta que los mismos síntomas afectan a cada paciente de una manera diferente dependiendo de múltiples factores, se requiere una valoración objetiva del impacto de los síntomas en la calidad de vida. La entrevista médica ha demostrado ser menos fiable, con una infravaloración de hasta el 30% en el grado de molestia, que la evaluación con cuestionarios<sup>6</sup>. Por ello, los cuestionarios se imponen como instrumento de medida referido por el paciente (*patient-reported outcomes*) en la evaluación de resultados de los tratamientos, y las guías clínicas recomiendan su uso<sup>2</sup>.

Los cuestionarios específicos de cada enfermedad son más fiables que los genéricos, dada su mayor sensibilidad y respuesta al cambio. El cuestionario OAB-q<sup>7</sup>, de 33 preguntas, fue diseñado para valorar el grado de molestia de los síntomas y su repercusión en la calidad de vida en pacientes con VH con y sin incontinencia. La ventaja de los cuestionarios exhaustivos con múltiples ítems es que exploran los diversos dominios de la vida del paciente, aunque dificultan la puntuación e interpretación del clínico y complican la cumplimentación por parte del enfermo, quedando así restringidos a estudios clínicos, donde el paciente es tutorizado de cerca por el investigador. La versión corta (OAB-qSF), recientemente validada en castellano, consta de 19 preguntas distribuidas en 2 escalas que

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.10.032>  
Correo electrónico: [errandoc@gmail.com](mailto:errandoc@gmail.com)

valoran la molestia y el impacto en la calidad de vida<sup>8</sup>. Los cuestionarios de una pregunta son muy útiles gracias a su brevedad y fácil interpretación, como, por ejemplo, el *Patient Perception of Bladder Condition*<sup>9</sup>, que ha sido recomendado por la Agencia Europea del Medicamento como medida del resultado en incontinencia urinaria<sup>10</sup>.

Los cuestionarios de cribado no se consideran propiamente como una medida de resultado, pero tienen una indudable utilidad como herramienta de detección<sup>11</sup> en una dolencia que en España pasa desapercibida en un gran porcentaje de pacientes<sup>12</sup>. El cuestionario OAB-q V8 fue diseñado para la detección de VH en atención primaria con preguntas basadas en la molestia derivada de la urgencia, la frecuencia diurna y nocturna y la incontinencia<sup>13</sup>, mientras que el OAB-q V3 pregunta sobre el grado de molestia relacionado con la frecuencia diurna, la urgencia y la incontinencia de urgencia. La rapidez de cumplimentación y la facilidad de interpretación los hacen especialmente interesantes en atención primaria. Su traducción al castellano ha demostrado unas buenas características psicométricas para este uso<sup>14</sup>. Los resultados publicados en este mismo número muestran una ligera ventaja para la versión V3 en sensibilidad y capacidad discriminadora, lo que la hace especialmente indicada en atención primaria. La escala OABq V8 ha demostrado su utilidad también en la evaluación del beneficio del tratamiento con anticolinérgicos y la mejoría en la calidad de vida valorada por el enfermo y por el clínico en la práctica diaria<sup>15</sup>.

En el varón, los STUI originan actualmente múltiples estudios clínicos sobre su diagnóstico, tratamiento, evaluación de sus consecuencias, y de investigación básica sobre fisiopatología y el papel de las diferentes estructuras anatómicas en la génesis de los mismos. En 1994 Abrams ya introdujo el término STUI en sustitución de lo que hasta entonces se había denominado «prostatismo», y la diferenciación entre síntomas de llenado (frecuencia, urgencia, incontinencia de urgencia) y de vaciado (chorro débil, dificultad para iniciar la micción, necesidad de prensa abdominal y sensación de vaciado incompleto) en sustitución de los inespecíficos «síntomas irritativos» y «obstrutivos», respectivamente<sup>16</sup>. En 1999 el mismo autor resaltó la diferencia entre los términos hiperplasia de próstata (anatomopatológico), aumento del tamaño prostático (anatómico) y obstrucción prostática (funcional), enfatizando su independencia de la existencia de STUI<sup>17</sup>. Así, en la actualidad se acepta que la presencia de STUI no siempre es debida a enfermedad prostática. De hecho, se considera que solo dos tercios de los pacientes operados de próstata benigna tienen obstrucción infravesical, y que un tercio de los pacientes con agrandamiento prostático y STUI persistirán con síntomas tras la cirugía<sup>18</sup>. El papel de la VH como causa de los STUI en el varón cada vez es más evidente. Aunque los síntomas de vaciado son más frecuentes, los de llenado interfieren más en las actividades de la vida diaria, tienen una mayor repercusión en la calidad de vida, son el motivo de consulta principal del paciente y tienen una escasa correlación con el aumento del tamaño prostático<sup>19,20</sup>.

Aunque el conocimiento de la fisiología miccional está en constante avance, quedan factores por aclarar, especialmente en relación con el papel del músculo detrusor, el urotelio y su regulación e interacción. Sabemos que el detrusor no está en reposo durante la fase de llenado, sino que muestra cierta actividad espontánea en sus miocitos. Esta actividad y las aferencias sensitivas a través de fibras C y A-delta hacia el sistema nervioso central se han relacionado con la activación anómala del reflejo miccional<sup>21</sup>. Además de la originada en el detrusor, se ha demostrado que otra vía de actividad aferente por estas mismas fibras se produce desde el urotelio. El conocimiento reciente de las propiedades sensitivas del urotelio, así como la presencia de receptores para acetilcolina, noradrenalina, purinas, etc., resaltan su posible papel en la fisiopatología miccional. En respuesta a

estímulos mecánicos como el estiramiento o cambios de la composición de la orina, el urotelio libera sustancias como ATP, prostaglandinas, acetilcolina u óxido nítrico con actividad en las fibra aferentes de la vecindad<sup>22</sup>. La importancia de la vía aferente la refrendan los recientes estudios clínicos de los fármacos agonistas de los receptores beta 3 adrenérgicos para el tratamiento de la VH, como mirabegrón, que han demostrado su capacidad para inhibir la actividad aferente de las fibras C y A-delta *in vitro*<sup>23</sup>. Un estudio reciente con varones obstruidos y VH muestra la ausencia de cambios significativos en la fase de vaciado mediante estudio urodinámico, confirmando que el efecto del fármaco tiene lugar básicamente en la fase de llenado<sup>24</sup>. Por otra parte, se reportan similares conclusiones en un metaanálisis de 2006 donde se recogen los resultados de los únicos 4 trabajos que analizan el efecto de los antimuscarínicos sobre la fase de vaciado mediante urodinamia, evidenciando que los receptores muscarínicos en el urotelio podrían actuar también a través de la vía aferente<sup>25</sup>. La acción de ambos grupos de fármacos sobre la vía aferente y no únicamente mediante la disminución de la contractilidad del detrusor sustenta la utilidad de dichos fármacos en el paciente varón con clínica mixta de llenado y vaciado. El posible efecto del anticolinérgico sobre la contractilidad del detrusor en el vaciado prevenía sobre su uso en pacientes con sospecha de obstrucción y en varones en general. En este sentido, un estudio aleatorizado con placebo de varones con STUI de llenado y vaciado demuestra que la combinación de tamsulosina y solifenacina no aumenta significativamente el residuo posmiccional ni la tasa de retención urinaria<sup>26</sup>. Este enfoque terapéutico, que ya recomiendan las líneas guía europeas<sup>27</sup>, hace especialmente importante la detección de la VH como motivo de consulta del varón.

En definitiva, dado que existe actualmente una amplia variedad de cuestionarios específicos para la detección, valoración de calidad de vida y evaluación de la VH, a la hora de escoger un cuestionario es importante que este haya demostrado unas adecuadas propiedades psicométricas y que sea el indicado para la población en estudio. El uso de cuestionarios como herramienta auxiliar en la anamnesis del síndrome de VH, con la subjetividad intrínseca a los síntomas que la componen, supone una mejoría en la detección de una enfermedad con gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes y en la que se están produciendo notables aportaciones en su fisiopatología y tratamiento.

## Bibliografía

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167-78.
- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol*. 2012;62:1130-42.
- De Wachter S, Hanno P. Urgency: All or none phenomenon? *Neurourol Urodyn*. 2010;29:616-7.
- Das R, Buckley J, Williams M. Dimensions of sensation assessed in urinary urgency: A systematic review. *J Urol*. 2013;190:1165-72.
- Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons. et al. Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: Results from PURE. *Eur Urol*. 2007;51:1073-81.
- Rodríguez LV, Blander DS, Dorey F, Raz S, Zimmern P. Discrepancy in patient and physician perception of patient's quality of life related to urinary symptoms. *Urology*. 2003;62:49-53.
- Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Qual Life Res*. 2002;11:563-74.
- Arlandis S, Ruiz MA, Errando C, Villacampa F, Arumí D, Lizarraga I, 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;32:523-32.
- Coyne KS, Matza LS, Kopp Z, Abrams P. The validation of the patient perception of bladder condition (PPBC): A single-item global measure for patients with overactive bladder. *Eur Urol*. 2006;49:1079-86.

10. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, Committee for Proprietary Medicinal Products. Note for guidance on the clinical investigation of medicinal products for the treatment of urinary incontinence. London: European Agency for the Evaluation of Medicinal Products and Committee for Proprietary Medicinal Products; 2002.
11. Ballert KN. Under treatment of overactive bladder. *J Urol*. 2010;183:1282–3.
12. Castro D, España M, Prieto M, Badía X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: estudio poblacional. *Arch Esp Urol*. 2005;58:131–8.
13. Coyne KS, Zyczynski T, Margolis MK, Elinoff V, Roberts RG. Validation of an overactive bladder awareness tool for use in primary care settings. *Adv Ther*. 2005;22:381–94.
14. Brenes F, Angulo J, Ochaytac D, Rojas 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;143:521–9.
15. Villacampa F, Ruiz MA, Errando C, Arlandis S, Arumí D, Lizarraga I, et al. Predicting self-perceived antimuscarinic therapy effectiveness on overactive bladder symptoms using the Overactive Bladder 8-Question Awareness Tool. *Int Urogynecol J*. 2013;24:573–81.
16. Abrams P. New words for old: Lower urinary tract symptoms for “prostatism”. *BMJ*. 1994;308:929–30.
17. Abrams P. LUTS, BPH, BPE, BPO: A plea for the logical use of correct terms. *Rev Urol*. 1999;1:65.
18. Apostolidis A. Male lower urinary tract symptoms: A riddle waiting to be solved. *Eur Urol*. 2013;64:408–10.
19. Cambronero J, Arlandis S, Errando C, Mora A. Perfil de síntomas del tracto urinario inferior en el varón y su impacto en la calidad de vida. *Actas Urol Esp*. 2013;37:401–7.
20. Roosen A, Chapple CR, Dmochowski RR, Fowler CJ, Gratzke C, Roehrborn CG, et al. A refocus on the bladder as the originator of storage lower urinary tract symptoms: A systematic review of the latest literature. *Eur Urol*. 2009;56:810–9.
21. Andersson KE. Detrusor myocyte activity and afferent signaling. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:97–106.
22. Birder LA, Ruggieri M, Takeda M, van Koeveeringe G, Veltkamp S, Korstanje C, et al. How does the urothelium affect bladder function in health and disease? ICI-RS 2011. *Neurourol Urodyn*. 2012;31:293–9.
23. Aizawa N, Homma Y, Igawa Y. Effects of mirabegron, a novel b3-adrenoceptor agonist, on primary bladder afferent activity and bladder microcontractions in rats compared with the effects of oxybutynin. *Eur Urol*. 2012;62:1165–73.
24. Nitti VW, Rosenberg S, Mitcheson DH, He W, Fakhoury A, Martin NE. Urodynamics and safety of the  $\beta_3$ -adrenoceptor agonist mirabegron in males with lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction. *J Urol*. 2013;190:1320–7.
25. Finney SM, Andersson KE, Gillespie JI, Stewart LH. Antimuscarinic drugs in detrusor overactivity and the overactive bladder syndrome: Motor or sensory actions? *BJU Int*. 2006;98:503–7.
26. 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 randomised controlled NEPTUNE trial. *Eur Urol*. 2013;64:1003–12.
27. Oelke M, Bachmann A, Descaseaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol*. 2013;64:118–40.