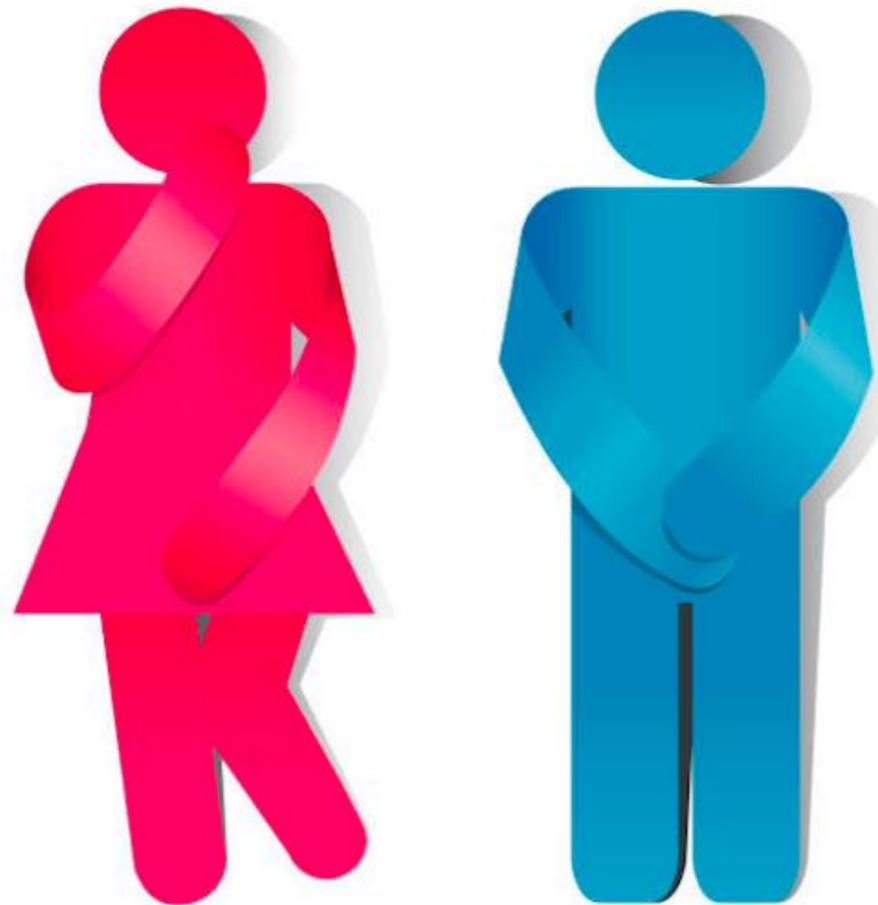




XXXI Congreso de la  
**SOMaMFyC**



Doctora ,me hago pis...



**Alba Vergaz Ballesteros**  
**Grupo de Trabajo Nefrourología**



# EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)

J.N. Cornu (Chair), M. Gacci, H. Hashim,  
T.R.W. Herrmann, S. Malde, C. Netsch, C. De Nunzio,  
M. Rieken, V. Sakalis, M. Tutolo  
Guidelines Associates: M. Baboudjian, N. Bhatt,  
M. Creta, M. Karavidakis, L. Moris  
Guidelines Office: N. Schouten



Paciente con STUI/VH

# EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms

C.K. Harding (Chair), M.C. Lapitan (Vice-chair), S. Arlandis,  
K. Bø, H. Cobussen-Boekhorst, E. Costantini, J. Groen,  
A.K. Nambiar, M.I. Omar, B. Peyronnet, V. Phé, C.H. van der Vaart  
Guidelines Associates: F. Farag, M. Karavidakis, M. Manso,  
S. Monagas, L. Moris, A. Nic an Riogh, E. O'Connor,  
N. Sihra, L. Tzelves  
Guidelines Patient Advocates: M. de Heide, T. van den Bos,  
M.L. van Poelgeest-Pomfret  
Guidelines Office: N. Schouten



© European Association of Urology 2024



XXXI Congreso de la  
**SOMaMFyC**



# ÍNDICE

1. PREVALENCIA
2. CRIBADO
3. CLASIFICACIÓN STUI
4. DIAGNÓSTICO
5. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
7. CRITERIOS DE DERIVACIÓN
8. PSA Y CÁNCER DE PRÓSTATA



XXXI Congreso de la  
**SOMaMFyC**



# PREVALENCIA

## STUI (SÍNTOMAS TRACTO URINARIO INFERIOR)

- Elevada prevalencia
- Alto impacto en la calidad de vida (de las personas que los padecen).
- Uso de recursos sanitarios (absorbentes, fractura de cadera por caídas por nocturia).
- Son la causa más frecuente de consulta de un varón en Atención Primaria y en Urología, y la HBP es la patología del varón que más se asocia a los STUI .
- En España, se estima que la prevalencia de VH es del 19.9% (23.4% en mujeres y 15.4% en varones)
- Alta tasa de infradiagnóstico.



XXXI Congreso de la  
**SOMaMFyC**



# CRIBADO

## OAB-V3

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

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

La escala OAB-V3 (Overactive Bladder Awareness Tool Abbreviated version-V3):

Se compone de 3 preguntas con respuestas cuantificadas en una escala Likert de 6 puntos (0 a 5).

Un resultado  $\geq 3$  se considera **positivo para el cribado de VH**; el valor predictivo negativo es superior al 98%

# CLASIFICACIÓN STUI

**Tabla 1** Clasificación de los STUI

Síntomas de llenado	Síntomas de vaciado	Síntomas posmiccionales
Urgencia	Chorro débil	Sensación de vaciado incompleto
Frecuencia miccional aumentada	Retardo miccional	Goteo posmiccional
Nocturia	Chorro intermitente	
Incontinencia de urgencia	Goteo	



# DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la VH es eminentemente clínico.

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



XXXI Congreso de la  
**SOMaMFyC**



# TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Pérdida de peso.

Reducción de la ingesta de líquidos

Reducción del consumo de alcohol, cafeína y tabaco.

Promover el ejercicio físico.





# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fármacos	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
<b>Antimuscarínicos</b>		
Tolterodina	1	A
Trospio	1	A
Solifenacina	1	A
Fesoterodina	1	A
Desfesoterodina	1	A
<b>Acción mixta</b>		
Oxibutinina	1	A
Propiverina	1	A

Mirabegrón.

Terapia estrogénica.



# CRITERIOS DE DERIVACIÓN

## Durante la valoración diagnóstica inicial:

- *VH/IU “complicada”*
  - Macrohematuria o microscópica persistente (no justificada).
  - Dolor vesical/uretral persistente.
  - Infección del tracto urinario (ITU) recurrente (recaída).
  - Prolapso sintomático o grado  $\geq 2$ .
  - Antecedentes de irradiación pélvica y cirugía pélvica radical.
  - Masa pélvica o vesical palpable tras vaciado miccional.
  - Sospecha de síndrome miofascial (puntos gatillo doloroso en los músculos del piso pélvicos).
  - Sospecha de fístula urogenital o intestinal.
  - Dificultad de vaciado o residuo vesical posmiccional anormal ( $>200$  mL).
  - IU recurrente, IUE, incontinencia total o incontinencia fecal asociada.
- *Gran limitación de la calidad de vida.*
- STUI en la mujer que no pueden clasificarse o *diagnóstico incierto*.



# CRITERIOS DE DERIVACIÓN

## Durante el tratamiento:

- *Aumento de síntomas* o aparición de nuevos.
- *Ausencia de respuesta* al tratamiento conservador, incluyendo el farmacológico (3 meses).



# CRITERIOS DE DERIVACIÓN

## Durante el tratamiento:

- *Aumento de síntomas* o aparición de nuevos.
- *Ausencia de respuesta* al tratamiento conservador, incluyendo el farmacológico (3 meses).



# PSA Y CÁNCER DE PRÓSTATA

## ***Objetivo***

Evaluar el efecto de una única invitación para la prueba de PSA en la mortalidad específica por cáncer de próstata en una mediana de seguimiento de 15 años en comparación con no invitar a la prueba.

**Los resultados** medidos en el seguimiento de 15 años fueron la mortalidad específica por cáncer de próstata, la mortalidad por todas las causas y la etapa y grado de Gleason del cáncer de próstata en el diagnóstico.



# PSA Y CÁNCER DE PRÓSTATA

**En comparación con el control, la intervención de detección de PSA aumentó la detección de enfermedades de bajo grado (puntuación de Gleason [GS]  $\leq 6$ , pero no tumores intermedios (GS de 7), de alto grado (GS  $\geq 8$ ), avanzados localmente (T3) o avanzados a distancia (T4/N1/M1).**

**Hubo 45,084 muertes por todas las causas en el grupo de intervención (23.2%) y 50,336 muertes en el grupo de control (23.3%).**

***\*\*Conclusiones y relevancia:\*\****

Se redujo las muertes por cáncer de próstata en una mediana de seguimiento de 15 años. Sin embargo, la reducción absoluta en las muertes fue pequeña.

.

Martin RM, Turner EL, Young GJ, et al; CAP Trial Group. Prostate-Specific Antigen Screening and 15-Year Prostate Cancer Mortality: A Secondary Analysis of the CAP Randomized Clinical Trial. JAMA. 2024 May 7;331(17):1460-1470. doi: 10.1001/jama.2024



XXXI Congreso de la  
**SOMaMFYC**

