

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie **Urología**

es una publicación de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Volumen 10, Número 5, Mayo 2024

Dirección, Comité de expertos, Fuentes científicas 3

Informes seleccionados

Reseñas seleccionadas

1 - Mejoras de los Parámetros

Urodinámicos con Mirabegron respecto de Agentes Antimuscarínicos en la Vejiga Hiperactiva no Neurogénica: Revisión Sistemática y Metanálisis del Efecto del Tratamiento

Warli S, Firsty N, Tala Z y col.

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 27(9):3864-3876, May 2023 4

2 - Conocimientos, Creencias y Prácticas

de Urólogos y Médicos Generales, Relevantes para el Rastreo Oportunista del Cáncer de Próstata: Revisión Sistemática con las Directrices PRISMA

Estevan-Ortega M, Castellano C, Lumbreras C y col.

Frontiers in Medicine 11:1283654, 2024 6

3 - Infertilidad Masculina y Tumores

Urológicos: Patogenia y Consecuencias Terapéuticas

Gulino G, Distante A, Akhundov A, Bassi P

Urologia 90(4):622-630, Nov 2023 8

Novedades seleccionadas

4 - Efectos Psicológicos y Sexuales de la Hiperplasia Prostática Benigna

Wing Chan A, Hee Chan S, Yan E y col.

American Journal of Men's Health 17(6):1-9, Nov 2023 10

5 - Electromiografía en la Detección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo después del Parto

Zhang H, Gou Y, Fang Y y col.

Medicine (Baltimore) 102(21):1-4, May 2023 11

Contacto directo 13

Autoevaluaciones de lectura, Respuestas correctas 14

Conexiones Temáticas

Los artículos de Trabajos Distinguidos, Serie Urología, pueden ser aprovechados por otras especialidades. A continuación se citan las comprendidas en esta edición:

Especialidades	Artículos, números
Atención Primaria.....	1, 2, 4
Bioquímica	2
Cirugía	3
Diagnóstico por Laboratorio.....	2
Educación Médica.....	1, 2, 4
Epidemiología	1-3
Farmacología	1
Fisiatría	5
Geriatría	1-4
Gerontopsiquiatría	4
Kinesiología	5
Medicina Familiar.....	1, 2, 4
Medicina Farmacéutica.....	1
Medicina Interna	1, 2, 4
Medicina Reproductiva	3
Obstetricia y Ginecología.....	5
Oncología.....	2, 3
Psiquiatría Clínica de Adultos	4
Salud Mental.....	4
Salud Pública	2





Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

Consejo Superior

Elías N. Abdala, Miguel Allevato, Sebastián A. Alvano, Pablo Bazerque, Daniela Bordalejo, Oscar Bruno, Carlos Camilo Castrillón, Juan C. Chachques, Luis A. Colombato (h), Sixto R. Costamagna, Carlos Crespo, Carlos Damin, Jorge Daruich, Eduardo de la Puente, Raúl A. De Los Santos, Blanca Díez, Ricardo Drut, Roberto Elizalde, Miguel Falasco (h), Germán Falke, Fernando R. Filippini Prieto, Pedro Forcada, Juan Gagliardi, María E. Gómez del Río, Alcides Greca, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirschon Prado, Roberto Iérmoli, Miguel A. Largaúa, Oscar Levalle, Daniel Lewi, Antonio Lorusso, Javier Lottersberger, Olindo Martino[†], Jorge Máspero, Marcelo Melero, José M. Méndez Ribas, José Milei, Alberto Monchablón Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Ángel Nadales, Carlos Nery Costa, Beatriz Oliveri, Domingo Palmero, Rodolfo S. Pasqualini, Ricardo Alfredo Pérez de la Hoz, Daniel L. Piskorz, Eduardo Pro, Guillermo Roccatagliata, Gonzalo Rubio, Graciela B. Salis, Oscar D. Salomón, Ariel Sánchez, Graciela Scagliotti, Elsa Segura, Norberto A. Terragno, Roberto Tozzini, Marcelo Trivi, José Vázquez, Juan C. Vergottini, Eduardo Vega, Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes, Ezio Zuffardi.

SIIC, Consejo de Dirección:
www.siicsalud.com

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales, por lo que se deslinda a Gador S.A. de toda responsabilidad al respecto. Trabajos Distinguidos/Trabalhos Destacados y Temas Maestros son marcas y procedimientos internacionales registrados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de SIIC.


Información adicional en
www.siicsalud.com


Artículo completo en
www.siic.info

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie

Urología

www.trabajosdistinguidos.com/trabdis.php

Director Ejecutivo

Dr. José Vázquez

Comité de expertos

Carlos Alberto Acosta Güemes, Jesús María Fernández Gómez, Gustavo Luis Garrido, Sergio Metrebián, Jesús Alfonso Osuna, Alberto José Puscinski, Juan Carlos Tejerizo, José Vázquez, Antonio Agustín Villamil.

Corresponsales

Achim Elert
Marburg, Alemania
Albany Braz
São Paulo, Brasil
Alex Vermeulen
Gante, Bélgica
Arnulf Stenzl
Innsbruck, Austria
Daniele Porru
Pavía, Italia
Estela M. del Luján Cardoso
Buenos Aires, Argentina
Fábio Firmbach Pasqualotto
São Paulo, Brasil

Jonathan M. Chalett
Tacoma, EE.UU.
Jorge Jaspersen-Gastélum
México D.F., México
José Antonio Portillo Martín
Santander, España
José Luis Guate Ortiz
Avilés, España
Juan C. Calamera
Buenos Aires, Argentina
Juha Koskimäki
Tampere, Finlandia
Karl J. Kreder
Iowa, EE.UU.

Laurence Levine
Chicago, EE.UU.
Louise Harding
Londres, Inglaterra
Martyn A. Vickers
Massachusetts, EE.UU.
Petros Perimenis
Patras, Grecia
Phei Lang Chang
Taipei, Taiwán
William Buckett
Montreal, Canadá

Fuentes científicas

Acta Dermato-Venereológica
Acta Ginecológica
Actas Urológicas Españolas
Aging Clinical and Experimental Research
Aging Male
American Journal of Cancer
American Journal of Geriatric Pharmacotherapy
Andrologia
Annales d'Endocrinologie
Annals of Clinical & Laboratory Science
Annual Review of Medicine
Anticancer Research
Archives of Internal Medicine
Archivio Italiano di Urologia e Andrologia
Archivos Españoles de Urología
Arquivos Brasileiros de Cardiologia
Asian Journal of Surgery
Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology
BMJ
British Journal of Urology
Bulletin du Cancer
Cancer
Cancer Biotherapy & Radiopharmaceuticals
Cancer Cell
Cancer Investigation
Chinese Medical Journal
Climacteric
Clinical & Translational Oncology
Clinical Endocrinology
Clinical Medicine
Clinical Therapeutics
CNS Drug Reviews
CNS Drugs
Drug Safety
Drugs
Drugs & Aging
European Journal of Cancer
European Urology
European Urology Today
Experimental Oncology
Fertility and Sterility
Gynecologic Oncology
Gynecological Endocrinology

Human Reproduction
Indian Journal of Cancer
Indian Journal of Pharmacology
Indian Journal of Medicine
Indian Journal of Urology
International Brazilian Journal of Urology
International Journal of Fertility and Women's Medicine
International Journal of Gynecological Cancer
International Journal of Gynecology & Obstetrics
International Journal of Impotence Research
International Journal of Men's Health
JAMA
Jornal Brasileiro de Urologia
Journal of Clinical Oncology
Journal of Internal Medicine
Journal of International Medical Research
Journal of Nutrition and Aging
Journal of Obstetrics and Gynaecology
Journal of Postgraduate Medicine
Journal of Reproductive Immunology
Journal of Reproductive Medicine
Journal of Sexual Medicine
Journal of the National Cancer Institute
Journal of the Turkish German Gynecological Association
Journal of Urology
Journal of Women & Aging
Lancet
Lancet Oncology
Maturitas
Medicina-Buenos Aires
Medicinal Research Reviews
Menopause
New England Journal of Medicine
Obstetrics & Gynecology
Obstetrics and Gynecology Clinics of North America
Oncogene
Oncology
Onkologie
Orthopedics

Pharmacoeconomics
Pharmacoepidemiology and Drug Safety
Pharmacotherapy
Physics in Medicine & Biology
Postgraduate Medical Journal
Prostate
Prostate Cancer and Prostatic Diseases
QJM
Radiographics
Radiography
Radiology
Radiotherapy & Oncology
Reproducción
Reproduction
Reproductive Biology and Endocrinology
Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo
Revista Argentina de Medicina
Revista Argentina de Urología
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Revista Brasileira de Medicina
Revista Colombiana de Cirugía
Revista Cubana de Endocrinología
Revista de Medicina Interna
Revista de Oncología
Salud(i)Ciencia
Salud(i)Ciencia-Claves de Endocrinología
Scandinavian Journal of Surgery
Scandinavian Journal of Urology and Nephrology
Trabajos Distinguidos serie Cardiología
Trabajos Distinguidos serie Cirugía
Trabajos Distinguidos serie Clínica Médica
Trabajos Distinguidos serie Diabetes
Trabajos Distinguidos serie Factores de Riesgo
Trabajos Distinguidos serie Obstetricia y Ginecología
Trabajos Distinguidos serie Oncología
Tumor Research
Urologic Clinics of North America
Urology
Women & Health
World Journal of Urology

Amplias reseñas y trabajos de extensión convencional seleccionados de la literatura médica universal, resumidos en una o dos páginas. Los textos se redactan en español en base a las pautas de estilo editorial de los resúmenes SIIC que sintetizamos en los siguientes principios: calidad literaria, brevedad, objetividad y fidelidad a las opiniones de los autores.

1 - Mejoras de los Parámetros Urodinámicos con Mirabegron respecto de Agentes Antimuscarínicos en la Vejiga Hiperactiva no Neurogénica: Revisión Sistemática y Metanálisis del Efecto del Tratamiento

Warli S, Firsty N, Tala Z y colaboradores

Universitas Sumatera Utara Hospital - Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

[Urodynamic Parameter Improvements after Mirabegron vs. Antimuscarinics Agents in Non-neurogenic Overactive Bladder: A Systematic Review and Meta-analysis of Treatment Effect]

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 27(9):3864-3876, May 2023

Se confirma el papel emergente del mirabegron para potencialmente reemplazar a los antimuscarínicos como tratamiento farmacológico estándar en pacientes con vejiga hiperactiva no neurogénica. Los resultados urodinámicos favorecen el tratamiento con mirabegron, respecto de los antimuscarínicos.

La vejiga hiperactiva (VHA) se caracteriza por síntomas crónicos del tracto urinario inferior (TUI), los cuales afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes; por ejemplo, el mal control vesical genera aislamiento social. La *International Continence Society* (ICS) define la VHA en función de los síntomas urinarios, como urgencia, en general sin considerar datos urodinámicos u otra información clínica. La prevalencia de la VHA aumenta con la edad, con cifras de entre 10.2% y 31.3%. El tratamiento óptimo para esta enfermedad sigue siendo tema de controversia; incluso así, existe acuerdo en la necesidad de lograr el control vesical completo. El diagnóstico presuntivo de VHA debe surgir en pacientes con síntomas del TUI, especialmente cuando predominan las manifestaciones asociadas con trastornos del almacenamiento vesical, ya que la hiperactividad del detrusor es un diagnóstico basado en los datos urodinámicos.

El tratamiento de la VHA debe tener por objetivo la reducción de las consecuencias desfavorables de los síntomas sobre la calidad de vida de los pacientes. La *American Urological Association* (AUA) recomienda hábitos de vida y medidas educativas como abordaje terapéutico de primera línea; en ausencia de respuesta, se pueden indicar agentes antimuscarínicos. En los últimos años, estos fármacos se han considerado la terapia estándar de la VHA. Sin embargo, la comprensión de los mecanismos fisiopatogénicos que

participan en la VHA ha mejorado considerablemente. Actualmente se sabe que existe una expresión elevada de receptores beta-3 adrenérgicos (β_3) en el músculo detrusor y en el urotelio, de modo que las estrategias terapéuticas primarias podrían ser diferentes a las reconocidas con anterioridad. En este sentido, la eficacia y la seguridad de los agonistas adrenérgicos β_3 deben conocerse con precisión para establecer directrices, en términos del abordaje óptimo de pacientes con VHA. La mejoría de los parámetros urodinámicos podría ser un objetivo importante en este sentido, y se considera que la recuperación de la función vesical debería valorarse de manera objetiva, y no solo en función de los síntomas referidos por los pacientes. Si bien se reconoce que la mejoría de los síntomas es un objetivo primordial en el tratamiento de la VHA, la valoración de la función fisiológica de la vejiga mediante el análisis del flujo urinario, el volumen residual y la presión anatómica promedio, entre otras variables objetivas, es clínicamente relevante para determinar el mejor abordaje terapéutico, cuando fracasa el tratamiento de primera línea. Por lo tanto, el propósito de esta revisión sistemática fue determinar el papel del mirabegron para la mejoría de los parámetros urodinámicos, en pacientes con VHA no neurogénica.

Métodos

Para la revisión se siguieron las pautas PRISMA; para la selección de los estudios se aplicaron los criterios PICO (*Population, Intervention, Comparison, and Outcomes*), es decir ensayos realizados con pacientes adultos o pediátricos con síndrome de VHA confirmado por medio de diversas herramientas, como el *OAB Symptom Score* (OABSS) o el *International Prostate Symptoms Score and Quality of Life* (IPSS-QOL), o con poblaciones con síntomas sugestivos de VHA (urgencia persistente, frecuencia con incontinencia urinaria de urgencia o sin ella). Los pacientes debían haber sido tratados con mirabegron, un agonista adrenérgico β_3 , y con agentes antimuscarínicos (como terapia exclusiva o en combinación con mirabegron). Los estudios debían aportar información urodinámica basal y después del tratamiento. Se consideraron, en especial, los ensayos a gran escala, publicados en inglés, entre enero de 2013 y mayo de 2022. Los artículos se identificaron mediante búsqueda en PubMed, la *Cochrane Library* y ScienceDirect. También se realizó un rastreo manual de la lista de referencias de revisiones sistemáticas recientes y relevantes. El riesgo de sesgo se determinó con el método *Cochrane risk-of-bias* (RoB) para estudios controlados y aleatorizados. Se tuvieron en



Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

cuenta el diseño de las investigaciones, los criterios de inclusión de los pacientes, las intervenciones en los grupos, las variables de valoración y la duración del tratamiento. Se consideró en particular la información aportada por los estudios para las variables urodinámicas, como el índice máximo de flujo urinario (*maximum urinary flow rate* [$Q_{\text{máx}}$]) el volumen residual posmiccional (*post-void residual volume* [PVR]), la capacidad vesical máxima (*maximum cystometric capacity* [MCC]), el volumen miccional promedio (*mean voiding volume* [MVD]) y la presión máxima del detrusor durante el flujo urinario máximo (*maximum pressure of detrusor during maximum urinary flow* [Pdet. $Q_{\text{máx}}$]) en mm Hg. Se consideraron los datos basales y al final del seguimiento. También se analizó el índice de casos con hiperactividad del detrusor (*detrusor overactivity* [DO]), respecto de la población de análisis, en el gráfico en embudo.

Se aplicaron diversos abordajes para la interpretación de los datos matemáticos y se usaron análisis estructurados para la comparación de los cambios hemodinámicos desde el inicio hasta el final del tratamiento. Los cambios se expresan como diferencias promedio (DP) en los distintos grupos de tratamiento; se refieren los valores de los cocientes de riesgo (*risk ratio* [RR]). La heterogeneidad entre los estudios se valoró con el estadístico I^2 . En presencia de valores $> 50\%$ se utilizaron modelos de efectos aleatorios.

Resultados

Inicialmente se identificaron 528 estudios, 5 de los cuales (de diseño controlado y aleatorizados) con 420 pacientes fueron aptos para la revisión. En 3 trabajos se utilizó solo mirabegron en dosis de 50 mg por día, mientras que en los otros 2 ensayos se agregó un alfabloqueante (silodosina y tamsulosina) para el control. En todos los estudios se aplicaron criterios diagnósticos propios para la identificación de las poblaciones, por ejemplo, sobre la base de los síntomas, de manera independiente del tratamiento previo. El análisis final se limitó, sin embargo, a la comparación de las propiedades urodinámicas del agregado de mirabegron, respecto de la terapia estándar, sin agregado de mirabegron, en pacientes con VHA. En el modelo de efectos aleatorios, el uso de mirabegron se asoció con mejoras significativas del $Q_{\text{máx}}$, con DP de 1.78 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.31 a 2.26 ml/s, $p < 0.05$) desde el inicio hasta completado el seguimiento. En el grupo control (sin mirabegron) no se observaron cambios significativos en este parámetro; la mejora del $Q_{\text{máx}}$ fue de solo 0.02 ml/s (IC 95%: -2.53 a 2.57) en el período de estudio, en el mismo modelo de análisis. Sin embargo, se encontró que la diferencia entre las mejoras de los subgrupos no fue significativa ($p = 0.18$), aunque se comprobó una mejora del flujo en relación con el mirabegron. En el análisis del PVR, los dos grupos de tratamiento se asociaron con mejoras significativas, con valores de 12.00 ml (IC 95%: -22.51 a -1.50) y de 10.21 ml (IC 95%:

-17.21 a -3.22) en los grupos de mirabegron y de agentes antimuscarínicos, respectivamente ($p < 0.05$). Se observaron resultados similares para la MCC, es decir que ambos tratamientos se vincularon con mejoras significativas después del período completo de observación, con aumento de la MCC con mirabegron (DP de 54.38; IC 95%: 25.89 a 82.86 ml; modelo de efectos aleatorios, $p < 0.05$) y con antimuscarínicos (DP de 47.78; IC 95%: 36 a 59.55 ml; $p < 0.05$). Se registró un incremento significativo del volumen miccional promedio en el grupo de mirabegron (DP de 40.29 ml; IC 95%: 12.70 a 67.88) en comparación con 6.36 ml (IC 95%: -51.81 a 64.54 ml) en el grupo de antimuscarínicos; no obstante, la diferencia entre los grupos no fue significativa ($p = 0.3$). En relación con la Pdet. $Q_{\text{máx}}$ se comprobó un incremento significativo en el grupo de antimuscarínicos (DP de 4.32; IC 95%: 1.50 a 7.14 cmH_2O), respecto de mirabegron (DP de 1.2; IC 95%: -3.96 a 6.37 cmH_2O ; $p > 0.05$).

En ambos grupos se observó una cantidad sustancial de casos de DO, a pesar de que la tasa fue cuantitativamente mayor entre los pacientes tratados solo con antimuscarínicos (RR de 1.93; IC 95%: 1.42 a 2.64), frente a mirabegron (RR de 1.35; IC 95%: 1.02 a 1.79).

Conclusión

Esta revisión tuvo por objetivo establecer la comparación entre mirabegron y agentes antimuscarínicos, en términos de las mejoras de los parámetros urodinámicos en pacientes con VHA no neurogénica. El metanálisis demostró que la mejora del $Q_{\text{máx}}$ fue más pronunciada en el grupo de mirabegron, en comparación con el grupo de antimuscarínicos, según los hallazgos en el análisis del modelo de efectos aleatorios con IC 95%. Se observaron resultados similares en otros parámetros urodinámicos relacionados con la función de almacenamiento de la vejiga, por ejemplo, el PVR y la DO; en la mayoría de los casos, los resultados favorecieron al mirabegron. Por lo tanto, se concluye que este fármaco es superior para la mejora de la mayoría de las variables urodinámicas, en comparación con los agentes antimuscarínicos, aunque las directrices actuales siempre deben hacer referencia a la mejora de los síntomas. Si bien la valoración urodinámica no se incluye en el abordaje inicial de pacientes con síntomas del TUI, la información que brinda el estudio urodinámico es confiable y objetiva y, en teoría, el perfil urodinámico se correlaciona con los hallazgos en la ecografía. En estudios futuros se deberá hacer hincapié en el papel de las mediciones urodinámicas para confirmar objetivamente el efecto terapéutico de un determinado fármaco.



2 - Conocimientos, Creencias y Prácticas de Urólogos y Médicos Generales, Relevantes para el Rastreo Oportunista del Cáncer de Próstata: Revisión Sistemática con las Directrices PRISMA

Estevan-Ortega M, Castellano C, Lumbreras C y colaboradores

Facultad de Farmacia, Universidad Miguel Hernández de Elche; Departamento de Salud Pública, Alicante, España

[Urologists' and General Practitioners' Knowledge, Beliefs and Practice Relevant for Opportunistic Prostate Cancer Screening: a PRISMA-compliant Systematic Review]

Frontiers in Medicine 11:1283654, 2024

Es necesario implementar estrategias educativas con recursos confiables basados en la evidencia disponible y las directrices actuales, con el objetivo de facilitar a los profesionales de la salud la toma de decisiones compartidas con los pacientes, en relación con el rastreo oportunista del cáncer de próstata.

La determinación de los niveles séricos de antígeno prostático específico (APE) permite detectar el cáncer de próstata (CP) en estadio precoz, con el objetivo de reducir la mortalidad específica asociada con la enfermedad. El *European Randomised study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC) fue un estudio aleatorizado, realizado con 182 160 hombres; la valoración del APE redujo significativamente la mortalidad específica por CP en un 20%, a los 16 años de seguimiento. Aunque el ensayo para el rastreo de cáncer *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian* (PLCO) no logró mostrar una reducción en la mortalidad específica del CP, un análisis reciente con los datos de los ensayos ERSPC y PLCO mostró una reducción de aproximadamente 25% a 32% en la mortalidad por CP. Cabe destacar, sin embargo, que la determinación de APE puede asociarse con resultados falsos positivos y diagnóstico erróneo de CP. En función de los riesgos y los beneficios, la *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) actualizó sus recomendaciones en 2017. Se determinó que la detección oportunista podría ser útil para hombres de 55 a 69 años, aunque la decisión de rastreo debe realizarse de manera individualizada.

La *European Association of Urology* (EAU) actualizó sus recomendaciones en 2015 y, más recientemente, en 2021. Específicamente se estableció que el rastreo del CP por medio de APE debería ofrecerse a pacientes mayores de 50 años con buen estado funcional y expectativa de vida de al menos 10 a 15 años, a pacientes afroamericanos, a sujetos mayores de 45 años con antecedentes familiares de CP, y a individuos mayores de 40 años portadores de mutaciones *BRCA2*. Recientemente, la Unión Europea publicó el *Europe's Beating Cancer Plan* que propone la introducción del rastreo del CP con APE para hombres de hasta 70 años, en combinación con una exploración adicional mediante resonancia magnética (RM) como

prueba de seguimiento. Existen discrepancias para la solicitud de APE y el cumplimiento de las pautas de detección de CP entre los médicos generales (MG) y los urólogos. Las pruebas de detección de APE no se realizan con la frecuencia recomendada por la USPSTF. Esta discrepancia plantea dudas sobre la posible influencia de las directrices en la práctica de los médicos. Hasta ahora no se dispone de información precisa, luego de que se publicaran recomendaciones puntuales en 2015 (EAU) y en 2017 (USPSTF). En este escenario, el objetivo de esta revisión sistemática fue comparar la evidencia reciente disponible para los MG y los urólogos, en relación con los conocimientos, las creencias y la práctica con respecto al rastreo oportunista del CP con la determinación del APE (intervención/exposición). La información será útil para diseñar estrategias específicas de educación para los médicos, en el contexto del *European Union Cancer Plan*.

Métodos

Para la revisión se siguieron las pautas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA). Para la selección de los estudios se aplicó el método PICO (población, intervención, comparador y resultados). Se analizaron estudios realizados con MG y urólogos que brindaron información acerca de la detección oportunista del CP basada en la prueba de APE. Las variables de valoración fueron los conocimientos, las creencias y las prácticas de los profesionales con respecto a la detección oportunista del CP con determinación de APE. Se incluyeron estudios observacionales publicados en inglés o español, publicados después de 2015. Los artículos se identificaron mediante búsquedas en las siguientes bases de datos hasta el 9 de enero de 2023: Medline (a través de PubMed), la *Web of Science* y Embase. Se tuvieron en cuenta el país y la fecha de publicación, el objetivo, el diseño del estudio, la población de estudio, las características sociodemográficas de la población incluida, el procedimiento, los resultados de los profesionales (conocimiento, creencias y práctica), las conclusiones y las limitaciones. La calidad de los estudios se determinó con las directrices *STrengthening the Reporting of OBServational Studies in Epidemiology* (STROBE). Los datos se recopilaron y sintetizaron mediante resúmenes narrativos y descriptivos.

Resultados

Se identificaron 918 citas potencialmente relevantes; 14 estudios cumplieron los criterios de inclusión: 10 artículos incluyeron profesionales de la salud de atención primaria, 3 estudios incluyeron urólogos y 1 ensayo incluyó a ambos. En relación con la calidad, la mediana de cumplimiento de los 22 criterios aplicados fue de 17.5.

Todos los artículos fueron transversales, y 7 de ellos (50%) fueron publicados entre 2015 y 2017. La mayoría de los trabajos se publicaron en EE.UU. (5, 35.7%) y la edad promedio de los profesionales fue de 49.5 años, y el tamaño promedio de la muestra fue 285 (entre 30 y 1192).

Conocimiento del APE, factores de riesgo y guías disponibles

El conocimiento de los médicos sobre los factores de riesgo y las características de la prueba de APE se cubrió en 4 artículos. Otros 4 estudios se centraron en el conocimiento de los médicos sobre la aplicación de guías de práctica clínica.

Las investigaciones con MG mostraron un nivel generalmente bajo de conocimiento acerca de los usos recomendados de la prueba. En Malasia, solo el 31% de los encuestados sabía que tener un familiar de primer grado con cáncer de mama también era un factor de riesgo de CP, y la mayoría de los MG entrevistados sobreestimaron el valor predictivo de la prueba. Un estudio realizado en España mostró que los profesionales con mayor conocimiento del APE tendieron a solicitar la prueba en pacientes de mayor edad, y cuestionaron con mayor frecuencia la utilidad de la prueba. En el estudio de Sudáfrica, solo el 5.1% de los profesionales de atención primaria refirieron buenos conocimientos sobre el CP. Los urólogos presentaron mayor conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados con el CP, respecto de los MG.

En relación con el conocimiento de los médicos sobre las guías de práctica clínica, en un estudio realizado en MG de los Países Bajos, solo la mitad de los entrevistados afirmaron que conocían y que seguían las recomendaciones disponibles. En otro trabajo efectuado en MG de España, aunque no se conocían las guías de práctica clínica, los profesionales refirieron que les gustaría tener más información relacionada con la prueba de APE. En otro estudio con MG de un hospital de EE.UU., el 90% conocía las directrices existentes, pero no las aplicaban en la práctica habitual.

Creencias en relación con la utilidad, los beneficios y los riesgos de la determinación del APE

En 8 estudios se evaluaron las opiniones de los médicos acerca de la utilidad del APE, y en 3 de ellos se analizaron sus beneficios y riesgos. En general, la opinión de los médicos sobre el APE fue desfavorable. En un estudio realizado en EE.UU., solo el 40% de los MG asumieron que la prueba era útil para la detección del CP. En otro estudio realizado en los Países Bajos, más del 60% de los MG indicaron que probablemente no recomendarían la prueba a sus familiares. En una investigación efectuada en España, más del 60% de los profesionales cuestionaron la utilidad del biomarcador, y casi el 30% de ellos no lo consideraron útil para diagnosticar el CP. En un estudio realizado en Sudáfrica, el 40.7% de los proveedores de atención primaria de la salud tuvieron una actitud negativa hacia el rastreo del CP, y este porcentaje fue incluso mayor entre enfermeras y trabajadores comunitarios de la salud, en comparación con otros profesionales.

En otros trabajos, los MG indicaron que los riesgos relacionados con el APE superaban los beneficios. Los urólogos mostraron una opinión positiva sobre el rastreo del CP mediante el APE, principalmente para los pacientes afrocaribeños, en quienes el riesgo de CP es más elevado.

Solicitud de APE en la práctica clínica; decisiones compartidas con el paciente

Seis estudios analizaron la toma de decisiones compartidas con el paciente, y 8 evaluaron la manera en que los médicos utilizan el APE en la práctica habitual. El 50% de los MG discutieron las decisiones con el paciente. En un ensayo llevado a cabo en EE.UU., más del 50% de los MG compartían la toma de decisiones con el paciente, pero solo el 24% se sentía cómodo al discutir los riesgos y beneficios del APE con ellos. En otro estudio, el 61.2% de los MG discutieron las consecuencias de un resultado anormal, pero solo el 20.4% discutió el tratamiento del CP antes de la determinación del APE. En una investigación de los Países Bajos, menos del 50% de los MG brindarían consejos detallados antes de solicitar una prueba de APE a un hombre asintomático. En los EE.UU., los MG compartieron las decisiones con el 50.4% de los hombres blancos y con el 54.8% de los afroamericanos; en un estudio de Sudáfrica, el 40% de los MG tuvieron malas prácticas con respecto a la toma compartida de decisiones para la detección del CP.

Se observó un porcentaje similar entre los urólogos, ya que el 50% discutió las ventajas y las desventajas de la determinación del APE con los pacientes. En relación con el uso del APE en la práctica, en general se recomendó el rastreo en atención primaria para pacientes con factores de riesgo de CP. En un estudio de los EE.UU., la mayoría de los MG solo recomendaban la prueba teniendo en cuenta el riesgo individual, y un porcentaje menor nunca la solicitaba. De manera similar, en el trabajo de Arabia Saudita, solo el 2.8% de los MG no recomendaban de forma rutinaria la determinación de APE. En el estudio realizado en los Países Bajos, la mayoría de los MG solo recomendaron el rastreo en pacientes con factores de riesgo. Por el contrario, en otras investigaciones, los MG no tuvieron en cuenta los factores de riesgo para solicitar la prueba. En diversos estudios, los MG no estuvieron de acuerdo con las recomendaciones de edad para la prueba de APE. En el estudio de Arabia Saudita, aproximadamente el 60% de los MG recomendaron el rastreo en pacientes mayores de 80 años. En un trabajo de España, el 75% de los MG no estuvieron de acuerdo con el rango de edad en el que se ofrecía la prueba, y la mayoría consideró la utilidad de la medición anual del APE. Un estudio que comparó las prácticas entre MG y urólogos en Alemania mostró una práctica más proactiva entre estos últimos; el 75% de los MG y el 100% de los urólogos informaron a los pacientes sobre la prueba del APE durante un examen de detección precoz del CP. Los urólogos eran partidarios de indicar el rastreo a una edad más temprana, en pacientes con antecedentes familiares o en aquellos afrocaribeños. No obstante, según las referencias de los urólogos, se puso de manifiesto que las directrices existentes no estaban adaptadas a los pacientes afrocaribeños.

Conclusión

Los estudios en los que participaron MG mostraron un nivel generalmente bajo de conocimiento de los

usos recomendados de la prueba, mientras que los urólogos mostraron mayor conocimiento acerca de las guías de práctica clínica. La opinión de los MG acerca del APE fue, en general, desfavorable, en contraste con la de los urólogos, que fueron más propensos a solicitar la prueba. Menos de la mitad de los estudios incluidos evaluaron la toma de decisiones compartidas en la práctica y el 50% de los médicos encuestados la implementaron. En conclusión, los MG tuvieron menos conocimiento que los urólogos sobre los factores de riesgo de CP y las guías de práctica clínica para el uso del APE, lo que los hace menos propensos a seguir las recomendaciones disponibles. Se deberían implementar intervenciones educativas con recursos confiables basados en la evidencia disponible y las pautas actuales, para mejorar el rastreo del CP.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/174573

3 - Infertilidad Masculina y Tumores Urológicos: Patogenia y Consecuencias Terapéuticas

Gulino G, Distante A, Akhundov A, Bassi P

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma, Italia

[Male Infertility and Urological Tumors: Pathogenesis and Therapeutical Implications]

Urologia 90(4):622-630, Nov 2023

La infertilidad masculina en pacientes oncológicos se debe a efectos locales y sistémicos del tumor y a factores relacionados con la terapia oncológica.

La infertilidad masculina es responsable del 20% de los casos de parejas que no pueden concebir. Los cánceres del tracto genitourinario afectan de forma negativa la fertilidad masculina; esto es cierto no solo para el cáncer testicular, sino también para los cánceres de próstata, vejiga y pene. El efecto de estos cánceres sobre la fertilidad se asocia con la edad a la que comienzan a manifestarse. Asimismo, los niños que sobreviven al cáncer suelen experimentar problemas de fertilidad en la edad adulta. La infertilidad masculina en pacientes oncológicos se debe a efectos locales y sistémicos del tumor y a factores relacionados con la terapia oncológica. Se sabe que la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y los tratamientos hormonales tienen repercusiones negativas sobre la fertilidad. A su vez, esto trae aparejado problemas físicos, funcionales, familiares y sociales. En consecuencia, el abordaje de los cánceres urológicos es un tema sumamente complejo. El propósito de esta revisión fue destacar la infertilidad masculina inducida

por cánceres urológicos y los métodos para preservar la fertilidad masculina en un entorno oncológico.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía más reciente y disponible sobre este tema publicada en las bases de datos PubMed, ClinicalTrials.gov y Google Académico. Además, se consultaron los últimos consensos y directrices.

Resultados

Se incluyeron un total de 97 artículos. Los resultados se agruparon en seis secciones: abordaje de la fertilidad en el cáncer testicular, fertilidad y cáncer de próstata, fertilidad masculina en el cáncer de vejiga con invasión muscular, fertilidad en el cáncer de pene, y preservación de la fertilidad masculina en los cánceres genitourinarios.

Cáncer testicular

El cáncer testicular afecta a 7 de cada 100 000 varones de entre 14 y 44 años, y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. En la actualidad, la tasa de supervivencia de los pacientes con este tipo de cáncer ronda el 95%, debido al diagnóstico precoz y a la mejora en el tratamiento. Es el tumor urológico con mayor impacto en la fertilidad masculina, y se sabe que reduce de forma notoria la cantidad y calidad de los espermatozoides. Esto se asocia con destrucción del parénquima, alteraciones en la temperatura y la irrigación, factores hormonales y mecanismos autoinmunes. El tratamiento quirúrgico de los tumores testiculares, incluida la orquiectomía y la linfadenectomía retroperitoneal, afecta de forma notoria y directa la fertilidad. En particular, la orquiectomía reduce el recuento de espermatozoides, mientras que la linfadenectomía retroperitoneal tiene como efecto secundario la eyaculación o aneyaculación retrógrada (infertilidad fisiológica). La orquiectomía parcial tiene eficacia cuestionable y puede considerarse en pacientes seleccionados con cáncer testicular solitario que estén bien informados sobre sus ventajas y desventajas, y la necesidad de monitoreo estrecho y a largo plazo. La linfadenectomía retroperitoneal es el tratamiento de primera elección de las masas residuales retroperitoneales después de la quimioterapia. La radioterapia en los cánceres testiculares también tiene un impacto negativo en la fertilidad, incluso a dosis bajas, y puede ser irreversible. La radiación provoca apoptosis de las células precursoras de los espermatozoides. La radioterapia tiene tasas más altas de infertilidad que la quimioterapia, y esto se asocia con la forma y extensión del campo irradiado. La quimioterapia también tiene efectos sobre la fertilidad, lo cual es directamente proporcional a la dosis acumulada de los fármacos. La administración combinada de cisplatino, etopósido y bleomicina es la quimioterapia más utilizada para el cáncer testicular, y cada uno de estos compuestos tiene efecto citotóxico sobre los espermatozoides, pero la fertilidad se recupera después del tratamiento por lo que el

 Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

riesgo de infertilidad permanente asociado es bajo. La quimioterapia mínimamente invasiva muestra eficacia en el cáncer testicular y no deprime la espermatogénesis ni tiene efectos sobre los niveles de testosterona. Por último, está claro que los pacientes sometidos a cirugía, radioterapia y quimioterapia tendrán más comprometida la fertilidad que aquellos seleccionados de bajo riesgo tratados con orquiectomía y vigilancia activa.

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es el cáncer con la incidencia anual más alta por año entre varones (128/100 000). El tratamiento de esta neoplasia maligna tiene consecuencias negativas para la fertilidad, que durante muchos años se han subestimado y restado importancia, debido a que este tipo de cáncer afecta principalmente a personas adultas mayores. La prostatectomía radical provoca azoospermia obstructiva permanente y se asocia con disfunción eréctil. La radioterapia prostática presenta como complicación el hipogonadismo y niveles bajos de testosterona. La terapia hormonal, sola o combinada con radioterapia, para los tumores de próstata también tiene efectos negativos sobre la fertilidad. La quimioterapia con taxanos para los casos avanzados de cáncer de próstata produce oligozoospermia y reduce el volumen testicular.

Cáncer de vejiga con invasión muscular

El cáncer de vejiga con invasión muscular tiene una carga más grande en varones en edad reproductiva que el cáncer de próstata. La cistoprostatectomía radical y la quimioterapia neoadyuvante, utilizadas para el abordaje del cáncer de vejiga, provocan azoospermia obstructiva y disfunción eréctil, así como efectos citotóxicos sobre los espermatozoides, respectivamente.

Cáncer de pene invasivo

La amputación parcial o total del pene en los pacientes con tumores invasivos de pene impide las relaciones sexuales y, por lo tanto, la fertilidad natural. Los procedimientos más nuevos permiten el abordaje eficaz de estos casos y preservan la fertilidad ya que posibilitan la erección y el coito. La infección genital por el virus del papiloma humano es una causa de cáncer de pene y, por lo tanto, pone en riesgo la fertilidad masculina.

Preservación de la fertilidad

Es importante destacar que en el abordaje de los cánceres genitourinarios se pueden tomar medidas para evitar los efectos adversos del tratamiento y conservar el tejido sano con el fin de preservar la fertilidad masculina. Ejemplo de estas son los escudos gonadales, la orquiectomía parcial y, en particular, la criopreservación del líquido seminal. La extracción de espermatozoides antes del tratamiento oncológico tiene numerosas ventajas y aspectos positivos, como la rentabilidad, respecto de técnicas que se llevan a cabo con posterioridad a la terapia. Sin embargo,

no es un tema que despierta interés en el paciente oncológico, no asegura la concepción, y tiene obstáculos técnicos, costo elevado y acceso limitado. Se recomienda la terapia de reemplazo androgénico en caso de hipogonadismo pronunciado y niveles bajos de testosterona después de la orquiectomía, además de para mejorar la espermatogénesis. En este sentido, es clave valorar los niveles de testosterona antes de los tratamientos oncológicos. Se están estudiando diversos métodos para preservar la fertilidad masculina del paciente oncológico, de los cuales los más destacados son la manipulación hormonal, el autotrasplante de células germinales y la maduración *in vitro* de células madre en espermatogonias, con injertos posteriores.

Conclusiones

Se ha postulado la necesidad de un cambio de paradigma en el abordaje de los tumores genitourinarios que priorice la fertilidad masculina. En este sentido, la evaluación funcional debe preceder a cualquier terapia oncológica, en particular cuando se esperan resultados irreversibles. En la actualidad, la fertilidad es un tema relevante para los varones de 50 a 60 años y esto debe ser tenido en cuenta y no subestimarse. La priorización y la preservación de la fertilidad masculina en pacientes oncológicos van a acompañar los cambios sociales y familiares en los que personas que han superado la edad reproductiva buscan concebir. El tratamiento del cáncer urológico debe centrarse en el paciente y sus necesidades. Esto forma parte de las directrices, pero se ha observado que no se aplica en la práctica diaria. Es fundamental que el médico proporcione información sobre el estado de fertilidad tanto del paciente como de la pareja, las consecuencias de los procedimientos oncológicos sobre la reproducción, así como aspectos psicológicos, éticos, médico-legales y sociales asociados. Al momento de brindar el consentimiento, el paciente oncológico debe estar completamente informado y el médico debe ser capaz de evacuar todas sus dudas y brindar un panorama real de la fertilidad actual y posterior al tratamiento. El asesoramiento adecuado previo al tratamiento de tumores genitourinarios debe ser proporcionado por un equipo multidisciplinario que incluya urólogos, oncólogos, radioterapeutas, psicosexólogos, andrólogos, ginecólogos y endocrinólogos reproductivos. Esto va a permitir obtener los mejores resultados oncológicos y, siempre que sea posible, preservar la fertilidad.

Las terapias oncológicas más recientes e innovadoras son menos tóxicas y menos invasivas y, por lo tanto, se consideran más seguras para la fertilidad que los abordajes tradicionales. Además, se están probando nuevos enfoques terapéuticos para preservar la fertilidad masculina, con resultados prometedores, pero que requieren investigación adicional. Un tema no menor en este contexto, y que requiere medidas urgentes, es el acceso limitado, e incluso nulo, al tratamiento oncológico y de fertilidad que existe en numerosas partes del mundo.

4 - Efectos Psicológicos y Sexuales de la Hiperplasia Prostática Benigna

Wing Chan A, Hee Chan S, Yan E y colaboradores

American Journal of Men's Health 17(6):1-9, Nov 2023

La hiperplasia prostática benigna (HPB) se asocia con síntomas del tracto urinario inferior (STUI); el trastorno es particularmente relevante en hombres mayores, y se asocia con diversos efectos físicos y psicológicos, como disfunción sexual, malestar urinario y reducción de la calidad de vida. Según estimaciones del *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE), al menos 3 millones de hombres en el Reino Unido padecen HPB y se espera que el número aumente sustancialmente en el futuro en relación con el incremento de la expectativa de vida de los hombres. La presencia y la gravedad de los síntomas son los principales factores que influyen en la búsqueda de tratamiento médico, cuyo principal objetivo es reducir los síntomas debidos a la HPB; de hecho, los STUI en hombres mayores afectan directamente la calidad de vida y el bienestar físico y mental.

Asimismo, la información disponible sugiere que las consecuencias de los STUI en el funcionamiento sexual son más pronunciadas en hombres mayores respecto de los más jóvenes. La prevalencia de STUI, valorados con el *International Prostate Symptom Score* (IPSS), es del 42.9% en general, con diferencias importantes entre hombres menores de 40 años (15.7%) y mayores de dicha edad (62.6%). Existe una correlación directa entre la presencia de STUI y la prevalencia de disfunción eréctil (DE), particularmente en hombres mayores de 40 años; alrededor del 82% de los pacientes con STUI pueden presentar DE. Los estudios han sugerido que las consecuencias físicas, psicológicas y sexuales de los STUI pueden afectar considerablemente la calidad de vida de los hombres mayores, con compromiso de la salud urológica, sexual y mental. Por lo tanto, este estudio tuvo por objetivo determinar la prevalencia de STUI en pacientes con HPB y analizar sus efectos sobre la función sexual y la salud mental de aquellos de edad avanzada.

Se aplicaron análisis estadísticos descriptivos, de correlación y de regresión para investigar el impacto de la próstata y de la salud urinaria del tracto inferior de hombres mayores ($n = 3056$) en su salud psicológica, incluida la ansiedad, la depresión y la salud psicológica general. Los métodos de investigación incluyeron una revisión de la literatura y un análisis estadístico de datos secundarios. Las principales variables del estudio fueron la depresión, la ansiedad y la salud mental, que se midieron mediante escalas relevantes. Para la depresión y la ansiedad se utilizaron la *Geriatric*

Depression Scale (GDS) y la *Zung Self Rating Anxiety Scale* (SAS), respectivamente. La GDS se creó en 1982 y es aceptada y aplicada en muchos países, debido a su adecuada confiabilidad y validez. La escala incluye 30 secciones que describen las manifestaciones primarias de la depresión en los adultos de edad avanzada. El principal indicador estadístico de la GDS es la puntuación total, la cual refleja el grado de síntomas depresivos: ≥ 11 puntos indican síntomas depresivos, entre 11 y 20 sugieren depresión leve, y entre 21 y 30 indican depresión de moderada a grave. La SAS de 4 puntos valora la ansiedad; las puntuaciones más altas indican síntomas más pronunciados de ansiedad. La escala general de salud mental adoptó los criterios de evaluación de la profesión médica para la salud mental, que incluyen la adaptabilidad al medio ambiente, la tolerancia o resistencia a la estimulación mental o al estrés, la capacidad de autocontrol y regulación, el nivel de conciencia, la capacidad de comunicación social y la resiliencia, es decir la capacidad para recuperarse después de un trauma psicológico.

Se analizaron 3056 hombres de 60 años o más. El valor medio de la autoevaluación de la salud prostática fue de 3.52 (entre 1 y 5). El valor medio de la autoevaluación de la salud del tracto urinario inferior fue 3.06 (entre 1 y 5). En la dimensión de funcionamiento sexual, el valor medio fue 3.47 (entre 1 y 5). En la dimensión de ansiedad, el valor medio fue 3.8614 (entre 1 y 5). El valor medio para la dimensión de depresión fue 3.5899 (entre 1.44 y 5), mientras que el valor promedio de la dimensión de salud mental fue 3.3185 (entre 1 y 5).

Mediante matriz de correlación se analizaron las correlaciones por pares entre las diferentes dimensiones de la salud. Los valores más cercanos a 1 indican una correlación positiva fuerte, los valores más cercanos a -1 indican una correlación negativa fuerte y los valores más cercanos a 0 indican poca o ninguna correlación. Se comprobó una correlación positiva fuerte ($r = 0.768$) entre la autoevaluación de la salud de la próstata y la autoevaluación de la salud del tracto urinario inferior, lo que indica que los individuos que calificaron la salud de su próstata como buena también tendieron a calificar la salud del tracto urinario inferior como buena. Se observó una correlación positiva débil ($r = 0.05$) entre la función sexual y la salud de la próstata, mientras que se registró una correlación positiva fuerte ($r = 0.131$) entre la salud mental y la autoevaluación de la salud del tracto urinario inferior. La correlación positiva débil ($r = 0.066$) entre la salud mental y la autoevaluación de la salud de la próstata indica una asociación débil entre las dos.

Hubo una correlación negativa fuerte ($r = -0.577$) entre la salud mental y la depresión, lo que indica que las personas con buena salud mental tienden a tener niveles más bajos de depresión. También hubo una

correlación negativa débil ($r = -0.055$) entre la ansiedad y la autoevaluación de la salud de la próstata. De manera similar, se registró una correlación negativa débil ($r = -0.039$) entre la ansiedad y la autoevaluación de la salud del tracto urinario inferior. En general, la matriz de correlación proporcionó cierta información sobre las relaciones entre las diferentes dimensiones de la salud, un fenómeno puede ser útil para comprender cómo se interrelacionan las condiciones de salud.

En el análisis de regresión lineal múltiple, la ansiedad fue la variable dependiente. La ecuación de regresión reveló un R^2 de 0.172 y un valor F de 4.913, lo que indica que el modelo de regresión fue significativo y explicó el 17.2% de la varianza en la variable dependiente de ansiedad.

El valor B para la salud de la próstata fue -0.089 , con un valor de p correspondiente < 0.05 , con un efecto negativo significativo de la salud de la próstata sobre la ansiedad. De manera similar, el valor B para la salud del tracto urinario inferior fue -0.050 , con un valor de $p < 0.05$, es decir un efecto negativo significativo de la salud del tracto urinario inferior sobre la ansiedad. Este hallazgo implica que las personas con tractos urinarios inferiores más sanos informan niveles más bajos de ansiedad. El valor B para la función sexual fue -0.030 , con un valor de $p < 0.05$, lo que indica que la función sexual afecta significativamente y de manera negativa la variable dependiente de ansiedad. Esto sugiere que los sujetos con función sexual más fuerte refieren niveles de ansiedad más bajos. El modelo de regresión tuvo un valor de R^2 de 0.181 y un valor F de 5.283, es decir que el modelo fue significativo y explicó el 18.1% de la varianza en la depresión.

Las variables demográficas afectaron significativamente la depresión. El valor B para la salud de la próstata fue -0.040 , con un valor de $p < 0.05$, lo que indica un efecto negativo significativo de la salud de la próstata sobre la depresión: la próstata más sana se asoció con menor depresión. De manera similar, el valor B correspondiente para la salud del tracto urinario inferior fue -0.016 , con un valor de $p < 0.05$, es decir un efecto negativo significativo de la salud del tracto urinario inferior sobre la depresión: el tracto urinario inferior más saludable se asoció con menor depresión. Además, el valor B para la función sexual fue -0.073 , con un valor de $p < 0.05$, lo que indica un efecto negativo significativo de la función sexual sobre la depresión, o sea que la función sexual más favorable se asocia con menor depresión.

En el análisis de regresión lineal múltiple con la salud mental como variable dependiente, el valor de R^2 fue de 0.196 y el de F de 5.43; el modelo de regresión fue significativo y explicó el 19.6% de la varianza en la variable dependiente de salud mental.

Se confirma que la salud de la próstata ejerce efectos positivos significativos sobre el bienestar psicológico. Cuanto más sana esté la próstata, mayor será el grado de bienestar psicológico. Además, el grado de salud del tracto urinario inferior tuvo un efecto positivo significativo en la variable dependiente

de la salud psicológica general. Los hallazgos sugieren que cuanto más sano esté el tracto urinario inferior, mayor será el grado de salud psicológica. Finalmente, la función sexual tuvo un efecto positivo significativo en el bienestar psicológico general. Estos resultados sugieren que cuanto más adecuada es la función sexual, mayor es el grado general de bienestar psicológico. En conclusión, la mejor salud de la próstata y del tracto urinario inferior influye positivamente en el bienestar psicológico, y la función sexual también ejerce una influencia positiva. La intervención temprana es crucial para mitigar el impacto negativo de los STUI en la calidad de vida de los hombres mayores. El abordaje de los problemas de salud de la próstata y del tracto urinario inferior mediante intervenciones adecuadas podría mejorar el bienestar psicológico. Los profesionales de la salud deben considerar los efectos adversos de la HPB y los STUI sobre la función sexual y la salud mental, e implementar oportunamente estrategias adecuadas para mejorar la calidad de vida general de los hombres mayores.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/174569

5 - Electromiografía en la Detección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo después del Parto

Zhang H, Gou Y, Fang Y y colaboradores

Medicine (Baltimore) 102(21):1-4, May 2023

La incontinencia urinaria (IU) posparto es la pérdida inconsciente de orina inducida por daños en el suelo pélvico después de dar a luz, y se asocia con prolapso urogenital debido al embarazo y el parto. La IU de esfuerzo, un tipo principal de IU, se detecta en el 33% de las mujeres después del parto y puede ocurrir en todos los períodos del embarazo. Además, puede producirse tanto después del parto normal como de la cesárea.

El índice de masa corporal y el modo de parto son factores de riesgo independientes para la progresión de la IU de esfuerzo. Se recomienda que las embarazadas realicen ejercicios de los músculos del suelo pélvico para prevenir la IU posparto. Es fundamental evitar la disfunción del suelo pélvico después del parto mediante la evaluación precisa de la función muscular del suelo pélvico y la detección temprana del grado de daño de este. La electromiografía de superficie analiza la actividad neuromuscular de los músculos del suelo pélvico mediante la recopilación de cambios bioeléctricos durante la activación neuromuscular en la superficie muscular.

Este estudio retrospectivo investigó las características de los parámetros de la electromiografía de superficie del suelo pélvico, sobre la base de la evaluación de Glazer, en mujeres a los 42 días del parto; asimismo,

analizó el valor predictivo de esta herramienta en la IU de esfuerzo después del parto.

Se seleccionaron mujeres que fueron examinadas 42 días después del parto en el *Women's Health Department del Jinniu District Maternal and Children's Health Hospital* de Chengdu, China, desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020. La electromiografía de superficie del suelo pélvico se realizó de acuerdo con el protocolo de Glazer. Se adoptó la regresión logística múltiple para analizar si las variables demográficas, el estado de incontinencia y los datos de la electromiografía de superficie tienen correlación con la aparición de IU de esfuerzo.

Se incluyeron un total de 3029 mujeres, con un promedio de edad de 29 ± 6.3 años. La media del índice de masa corporal y el peso al nacer del bebé fueron de 22.08 ± 4.51 kg/m² y 3.30 ± 0.58 kg, respectivamente. La prevalencia de IU de esfuerzo después del parto fue del 16.8% (n = 509). La media de edad en las afectadas fue de 32.54 ± 8.79 años frente a 28.06 ± 5.36 años en los grupos con IU de esfuerzo y sin esta (p < 0.05), en orden respectivo. Además, el índice de masa corporal materno (p < 0.05) y el peso al nacer de los bebés (p < 0.05) fueron más altos en los casos de IU de esfuerzo. El índice de masa corporal ≥ 25 (*odds ratio*: 1.29, intervalo de confianza del 95%: 1.00 a 0.66, p < 0.05) y el parto vaginal (*odds ratio*: 3.33, intervalo de confianza del 95%: 2.17 a 5.1, p < 0.05) se asociaron de forma positiva con la IU de esfuerzo y fueron factores de riesgo para la aparición de esta.

Entre los parámetros de electromiografía de superficie del grupo con IU de esfuerzo y el grupo sin esta afección, los valores máximos de electromiografía en la fase de contracción rápida (28.81 ± 14.41 frente a 30.41 ± 15.15), el tiempo de subida en la fase de contracción rápida (0.55 ± 0.36 frente a 0.51 ± 0.30) y el tiempo de descenso de fase (0.76 ± 0.76 frente a 0.68 ± 0.65), la media de electromiografía en la fase de contracción lenta (17.82 ± 10.10 frente a 19.69 ± 15.62) y la variabilidad de fase de contracción lenta (0.28 ± 0.12 frente a 0.26 ± 0.10), fueron estadísticamente diferentes (p < 0.05). En el grupo con IU de esfuerzo, el índice de masa corporal (parámetro estimado: 0.029, p = 0.023) se correlacionó positivamente con la IU de esfuerzo, mientras que la media de los valores de electromiografía durante la fase de contracción lenta (parámetro estimado: -0.013, p = 0.004) demostraron una correlación negativa.

La electromiografía de superficie basada en el protocolo de Glazer muestra actividad disminuida de las fibras musculares de contracción lenta, en pacientes con IU de esfuerzo después del parto, y existe una correlación con la aparición de IU de esfuerzo. En consecuencia, esta herramienta tiene utilidad para la evaluación cuantitativa del análisis del suelo pélvico en la IU de esfuerzo después del parto. Debido a las

limitaciones de este análisis retrospectivo y a la falta de controles estrictos, puede existir un posible sesgo en la selección de las participantes; asimismo, los resultados de este estudio deben confirmarse en estudios más amplios.



+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/173394

Autoevaluaciones de lectura

Trabajos Distinguidos Urología 10 (2024) 14

Por cada artículo extenso de Trabajos Distinguidos se formula una pregunta, con cinco opciones de respuesta. La correcta, que surge de la lectura atenta del respectivo trabajo, se indica en el sector Respuestas correctas, acompañada de su correspondiente fundamento escrito por el especialista que elaboró la pregunta.

TD N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Cuáles son los principales efectos urodinámicos del mirabegron, en pacientes con vejiga hiperactiva no neurogénica?	A) Mejora del índice máximo de flujo urinario. B) Mejora de la función de almacenamiento de la vejiga. C) Mejora del volumen residual posmiccional. D) Mejoría de la hiperactividad del detrusor. E) Todos ellos.
2	Señale el enunciado correcto en relación con la determinación del antígeno prostático específico (APE) en el rastreo oportunista del cáncer de próstata (CP):	A) Los médicos generales (MG) refieren un nivel bajo de conocimiento de los usos de la prueba, en comparación con los urólogos. B) Los MG refieren un nivel más bajo de conocimiento sobre los factores de riesgo del CP, en comparación con los urólogos. C) Los MG suelen identificar mal los grupos étnicos con mayor riesgo de CP. D) Los MG estén menos dispuestos a cumplir con las recomendaciones vigentes. E) Todos los enunciados son correctos.
3	¿Quién debe proporcionar el asesoramiento adecuado previo al tratamiento de tumores genitourinarios?	A) Un equipo multidisciplinario que incluya urólogos, oncólogos, radioterapeutas, psicosexólogos, andrólogos, ginecólogos y endocrinólogos reproductivos. B) Un urólogo solamente. C) Un médico clínico y un urólogo. D) Ginecólogos y endocrinólogos reproductivos. E) Un psicosexólogo solamente.

Respuestas correctas

TD N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	Todos ellos.	Los resultados de una revisión sistemática confirman el papel emergente del mirabegron, el cual podrá reemplazar a los antimuscarínicos como tratamiento farmacológico estándar en pacientes con vejiga hiperactiva no neurogénica.	E
2	Todos los enunciados son correctos.	En necesario implementar intervenciones educativas con recursos confiables basados en la disponibilidad de la evidencia y las directrices actuales, para facilitar a los profesionales de la salud la toma de decisiones en este contexto.	E
3	Un equipo multidisciplinario que incluya urólogos, radioterapeutas, oncólogos, andrólogos, ginecólogos y endocrinólogos reproductivos.	El asesoramiento adecuado previo al tratamiento de tumores genitourinarios debe ser proporcionado por un equipo multidisciplinario que incluya urólogos, oncólogos, radioterapeutas, psicosexólogos, andrólogos, ginecólogos y endocrinólogos reproductivos.	A