

## El uso de la medicación en urología

Francesc Bobé Armant<sup>a,\*</sup>, M.<sup>a</sup> Eugenia Buil Arasanz<sup>b</sup>, Griselda Trubat Muñoz<sup>c</sup> y Ana Isabel Allué Buil<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. EAP Jaume I. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

<sup>b</sup>Médico de Familia. EAP Dr. Lluís Sayé. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Diplomada Universitaria de Enfermería. Hospital Josep Trueta. Institut Català de la Salut. Girona. España.

<sup>d</sup>Médico de Familia. EAP Camp de l'Arpa. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

\*Correo electrónico: fbobe.tgn.ics@gencat.cat

### Puntos clave

- La sintomatología del tracto urinario inferior (STUI) es inespecífica de patología y de género. Tanto patología urológica como enfermedades neurológicas, fármacos y otras entidades pueden ser causa de STUI.
- El tratamiento farmacológico de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) está indicado en pacientes con síntomas de intensidad moderada-grave que repercuten en la calidad de vida, en ausencia de complicaciones y sin indicación quirúrgica.
- Los  $\alpha$ -bloqueantes son rápidos de acción, pero no tienen influencia en la historia natural de la enfermedad, mientras que los inhibidores de la 5 $\alpha$ -reductasa reducen los casos de retención aguda de orina (RAO) y la necesidad de intervención quirúrgica.
- Antes de prescribir antimuscarínicos es necesario valorar el riesgo de obstrucción (aumento de volumen prostático o presencia de signos obstructivos) en pacientes con HBP, vejiga hiperactiva o incontinencia de orina, ya que tienen un riesgo de empeorar la sintomatología obstructiva y pueden provocar RAO.
- El tratamiento del cáncer de próstata diseminado es el tratamiento hormonal mediante el bloqueo androgénico completo basándose en la asociación de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas junto con antiandrógenos, que no aumentan la supervivencia de los pacientes, pero sí su calidad de vida.

**Palabras clave:** Hiperplasia benigna de próstata • Cáncer de próstata • Vejiga hiperactiva • Incontinencia urinaria • Manejo terapéutico • Atención primaria.

Centraremos este artículo en el tratamiento farmacológico de aquellas patologías urológicas más prevalentes en atención primaria: hiperplasia benigna de próstata (HBP), incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva y cáncer de próstata, haciendo hincapié en aquellos tratamientos candidatos a ser prescritos o administrados en atención primaria, así como en los efectos adversos y posibles complicaciones de tratamientos hospitalarios, que deberemos identificar y tratar en nuestras consultas.

La sintomatología del tracto urinario inferior (STUI) es inespecífica de patología y de género. Tanto patología urológica como enfermedades neurológicas, fármacos y otras entidades pueden ser causa de STUI.

### Tratamiento farmacológico de la hiperplasia benigna de próstata

Está indicado en pacientes con síntomas de intensidad moderada-grave que repercuten en la calidad de vida, en ausencia de complicaciones y sin indicación quirúrgica.

Los fármacos autorizados para el tratamiento de los STUI/HBP con eficacia comprobada tanto en monoterapia como en combinación son los siguientes (tabla 1):

**$\alpha$ -bloqueantes** (tabla 2): reducen el tono simpático de la musculatura del cuello vesical y de la próstata, y mejoran

TABLA 1. Características de los diferentes fármacos comercializados para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata

Tratamiento	Rapidez de inicio de su efecto	Mejora STUI (IPSS)	Cambios en la flujometría ( $Q_{m\acute{a}x}$ )	Tamaño de la próstata	RPM	Progresión clínica y/o complicaciones	Evidencia y grado de recomendación
Espera vigilada sin tratamiento farmacológico	Meses	+					Ib/A
$\alpha$ -bloqueantes	Días	++	++		+/-	++	Ia/A
5-ARI	Meses	+	++	+ / ++	-	++	Ib/A
$\alpha$ -bloqueantes + 5-ARI	Días	++	++	+ / ++	- / +	++	Ib/A
IPDE-5 (tadalafilo)	Días	++	- / +		- / +		Ia/A
Antimuscarínicos	Semanas	++ STUI de vaciado			+		-
$\alpha$ -bloqueantes + antimuscarínico	Días	++	++				Ib/B

5-ARI: inhibidores de la 5 $\alpha$ -reductasa; IPDE-5: inhibidor de la fosfodiesterasa de tipo 5; IPSS: Escala internacional de síntomas prostáticos; RPM: residuo posmiccional.

la sintomatología y el flujo urinario en 2-3 semanas, sin modificar el tamaño prostático. Los uroselectivos y de acción prolongada son fármacos de elección en pacientes con STUI/HBP moderada-grave y próstatas de menor tamaño (<40 cc). También son útiles para el uso intermitente en pacientes con intensidad fluctuante de los síntomas que no necesitan tratamiento a largo plazo.

Los principales efectos secundarios son cardiovasculares (hipotensión postural, mareos, palpitaciones, edema periférico, síncope), sobre el sistema nervioso central (fatiga, astenia, cefalea, somnolencia), rinitis, congestión nasal, y trastornos eyaculatorios. Tienen que evitarse si existen antecedentes de hipotensión ortostática. La terazosina y la doxazosina están contraindicadas en el uso conjunto con inhibidores de la fosfodiesterasa de tipo 5 (IPDE-5). Los más uroselectivos, especialmente la silodosina, ocasionan con mayor frecuencia trastornos eyaculatorios como aneyaculación o eyaculación retrógrada. Especialmente, la tamsulosina aumenta el riesgo de complicaciones quirúrgicas, durante la facoemulsificación de la catarata, derivadas del síndrome del iris flácido intraoperatorio (IFIS). No modifican las cifras de antígeno prostático específico (PSA) ni el volumen prostático, y tampoco reducen el riesgo de retención aguda de orina (RAO) o la necesidad de cirugía a largo plazo<sup>1</sup>.

**Inhibidores de la 5 $\alpha$ -reductasa** (tabla 3): opción recomendada para el tratamiento a largo plazo en pacientes con sintomatología moderada-grave, especialmente en próstatas de mayor tamaño (>40 cc). Inducen regresión del tamaño prostático y aumenta la velocidad del flujo urinario máximo. Consiguen menor incidencia de RAO y cirugía prostática. Las próstatas de mayor tamaño son las que responden de

forma más favorable, por lo que el volumen prostático inicial es un factor predictivo en la respuesta al tratamiento. A los 6 meses de tratamiento se constata una reducción del PSA del 50%, sin modificar el porcentaje de PSA libre, que es independiente del valor basal y de la edad.

Los efectos indeseables más frecuentes son debidos al bloqueo hormonal, y provocan trastornos de la función sexual, como disfunción eréctil, disminución de la libido y reducción del volumen eyaculatorio e impotencia, y otros como: ginecomastia, aumento de la sensibilidad mamaria y erupciones cutáneas. Otros con menor frecuencia son dolor precordial e hipertricosis<sup>2</sup>.

**Fitoterapia:** *Serenoa repens* es el principio activo, de este grupo, del que se dispone mayor evidencia. Sigue existiendo controversia sobre su eficacia clínica y un desconocimiento sobre su mecanismo de acción. Ocasionan mejora clínica y del flujo urinario superior a placebo y similar a otros grupos de tratamiento. Tienen pocos efectos adversos (similares a placebo). No modifican los niveles séricos del PSA, no reducen el tamaño prostático, ni la progresión de la enfermedad<sup>3</sup>.

**Inhibidores de la fosfodiesterasa (IPDE-5):** tadalafilo en dosis de 5 mg/día es el único IPDE-5 y la única dosis que ha recibido la autorización para el tratamiento de los signos y síntomas de la HBP en hombres adultos con o sin disfunción eréctil. Ha demostrado mejorías significativas y rápidas (primera semana) de los STUI/HBP, flujo urinario máximo ( $Q_{m\acute{a}x}$ ) y nicturia similares a la tamsulosina, además de mejorar la función eréctil. Existe también evidencia a favor de la eficacia de los IPDE-5 en el tratamiento de los STUI/HBP, asociados a disfunción eréctil.

Los efectos adversos más frecuentes son: cefalea, dolor de espalda, rubor facial y dispepsia. Están contraindicados

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679257>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679257>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)