



Evidence-based information sheets for health professionals

Intervenciones educativas para crear conciencia en los hombres sobre la salud de la vejiga y los intestinos

Recomendaciones

- Ejercicios de los músculos del suelo pélvico con o sin intervenciones adicionales tales como la biorretroalimentación que podría utilizarse para reducir la incidencia de la incontinencia urinaria en los hombres que han tenido una prostatectomía (**Grado B**).
- La educación sobre el estilo de vida y las modificaciones de comportamiento puede ser más eficaz en la reducción de los síntomas del tracto urinario inferior que no hacer nada (**Grado B**).
- Ejercicios de los músculos del suelo pélvico (PFME, por sus siglas en inglés) pueden ser efectivos en el tratamiento de goteo post-micción en hombres con o sin disfunción eréctil (**Grado B**).

Fuente de información

Este *Best Practice Information Sheet* se basa en una revisión sistemática² realizada por ACEBCC, Queensland Australia. El informe completo de la revisión sistemática está disponible en la Biblioteca de Revisiones Sistemáticas del Instituto Joanna Briggs (www.joannabriggs.org).

Antecedentes

La incontinencia urinaria (IU) es una condición objetivamente demostrable en la que la pérdida involuntaria de orina es un problema social o higiénico. La incontinencia urinaria es un problema común de salud que lleva consigo significantes cargas médicas, psicosociales y económicas.² La incontinencia fecal se ha definido como el paso involuntario o inadecuado de heces líquidas o sólidas y que también puede incluir la incontinencia de gases. Los estudios sugieren que el doble de hombres sufren de incontinencia fecal en comparación con la incontinencia urinaria, mientras que más de tres veces más de mujeres sufren de incontinencia urinaria en comparación con incontinencia fecal.² El consenso general en la literatura es que existen barreras para la búsqueda de ayuda para las personas con incontinencia, especialmente los hombres.

Grados de recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006¹

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice Information Sheet* es presentar la mejor evidencia disponible, establecida a partir de una revisión que evalúa la eficacia de las intervenciones educativas para crear conciencia en los hombres sobre la salud de vejiga y de los intestinos, con la idea de que una mayor sensibilización dará lugar a un aumento en el comportamiento de búsqueda de ayuda.

Tipos de intervención

La revisión consideró cualquier intervención, programa o acción que proporcionó información, o trató de aumentar la conciencia de los hombres de la salud de la vejiga y de los intestinos. Ninguno de los estudios incluidos evaluó las intervenciones para mejorar el conocimiento o la gestión de los hombres de la salud del intestino, o para mejorar la asistencia de los hombres en los eventos promocionales.

Calidad de la investigación

La revisión identificó 12 estudios aleatorios y dos cuasi experimentales y, en general, la calidad de los estudios incluidos fue moderada. Sólo dos pruebas controladas aleatorias (RCT, por sus siglas en inglés) describieron su método de asignación al azar y ningún ensayo informó del uso de ciegos. Dos estudios no proporcionaron las medidas de dispersión (sin desviación estándar), un estudio proporcionó solamente datos gráficos, y uno no presentó datos de ningún tipo.

Resultados

Ejercicios de los músculos del suelo pélvico (PFME) para el cáncer de próstata

Nueve pruebas controladas aleatorias (RCTs, por sus siglas en inglés) y dos ensayos controlados examinaron la eficacia de los PFME en la mejora de la incontinencia urinaria en los hombres (≥ 65 años) que han sido sometidos a prostatectomía. Para los participantes con incontinencia urinaria de esfuerzo, los PFME pueden entrenar a la persona para ejercer una contracción muscular del suelo pélvico voluntaria, oportuna, rápida y fuerte, justo antes de un esfuerzo. Esta contracción puede sujetar la uretra para aumentar la presión intrauretral y prevenir el escape de orina. Para los participantes con incontinencia urinaria de urgencia, se ha sugerido PFME, las condiciones de una inhibición refleja de contracción del detrusor, evitando así contracciones involuntarias y escape de orina.

El meta-análisis de los efectos aleatorios fue realizado con dos RCTs con poblaciones similares (hombres después de prostatectomía), intervenciones (entrenamiento muscular del suelo pélvico) y resultados (continencia urinaria a los 1, 3, 6 y 12 meses). Este análisis reveló que el tratamiento con PFME produjo reducciones estadísticamente significativas en el número de participantes con incontinencia a los 3 meses (RR= 0.35, 95%CI 0.25, 0.49), 6 meses (RR= 0.313, 95%CI 0.06, 0.25), y 12 meses (RR= 0.15, 95%CI 0.05, 0.42), del PFME en comparación con los controles que no practican los PFME.

Estos hallazgos se hicieron eco en un RCT de varones mayores (> 66 años, N = 58). El grupo de PFME mostraron significativamente más participantes que alcanzan la continencia en comparación con el grupo sin PFME a las semanas 1, 2 y 3 del tratamiento, pero no a las 4 semanas.

Dos RCTs examinaron la eficacia de los PFME en combinación con una biorretroalimentación en los hombres que se habían sometido a prostatectomía radical y ningún estudio informó de una mejoría significativa en el número de episodios de incontinencia por 24 horas, o en la reducción del número de gramos de pérdida de orina en un período de 24 horas, en comparación con los grupos de control.

Un RCT (n = 24) asignó al azar a los sujetos bien a un grupo de biorretroalimentación con ejercicios de los músculos del suelo pélvico (sesiones de 45 minutos a las 6, 7, 9, 11, y 16 semanas después de la operación) o bien a un grupo de control "sin instrucción". Los PFME más la biorretroalimentación no fue más eficaz que el grupo de control en los pacientes para reducir el número de episodios de incontinencia por 24 horas, o reducir el número de gramos de pérdida de orina en un período de 24 horas. En el segundo RCT, (n = 42) los hombres después de prostatectomía radical por cáncer de próstata localizado fueron asignados al azar para recibir bien los ejercicios de los músculos del suelo pélvico con biorretroalimentación o bien para los PFME con sólo retroalimentación verbal. Los resultados mostraron que aunque la pérdida de orina (medido mediante pruebas de almohadilla de 1 hora) redujo significativamente desde el inicio hasta 1, 2, 3 y 6 meses para ambos grupos, no hubo diferencia significativa entre los dos grupos.

En un RCT, 63 varones de cuatro o más semanas después de la prostatectomía radical retropúbica (media edad > 65 años) fueron asignados al azar a cualquiera de los ejercicios de los músculos del suelo pélvico con fisioterapia intensiva, PFME con estimulación eléctrica (ES, por sus siglas en inglés), o PFME sólo proporcionada por instrucciones simples escritas y verbales. Mientras que todos los grupos mostraron reducciones significativas en la pérdida de orina (utilizando la prueba de la almohadilla de 24 horas) a las 12, 16 y 24 semanas en comparación con el punto de referencia, no se encontraron diferencias significativas entre cualquier grupo en cualquier punto de tiempo.

En un RCT similar, 139 varones de edad avanzada (edad media 65 años) que se sometieron a prostatectomía radical fueron asignados al azar a uno de estos tres grupos de tratamiento:

1. ejercicios de musculatura del suelo pélvico más fisioterapia intensiva
2. PFME más estimulación eléctrica
3. PFME más biorretroalimentación más ES

Una vez más, mejoras significativas en el número de participantes continentes se observaron en cada punto de tiempo para cada grupo de tratamiento, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos de tratamiento en cualquier punto de tiempo.

En un RCT de 36 varones con incontinencia urinaria después de la prostatectomía radical (media de edad > 66 años), fueron asignados al azar a un tratamiento que consiste en PFME, o estimulación eléctrica funcional del suelo pélvico I (FES, por sus siglas en inglés), o estimulación magnética extracorpórea (ExMI, por sus siglas en inglés), y se siguieron durante 6 meses. Mediante una prueba de fuga de la almohadilla 24 horas, hubo poca diferencia en la eficacia comparativa entre los tres grupos de tratamiento. Hubo una reducción significativa en la cantidad de pérdida de orina con el tiempo en comparación con el punto de referencia (retirada de la sonda) que comienza en un mes después de la retirada del catéter.

A los 6 meses la pérdida urinaria fue de menos de 10 gramos en un período de 24 horas en comparación con > 660gramos en las 24 horas después de la retirada del catéter.

Por último, en un estudio cuasi experimental de 24 varones sometidos a prostatectomía (edad media de 70,2 años), la introducción de PFME resultó, en 16 de 24 (67%) participantes, una mejora de al menos el 50% en el número de episodios de incontinencia. Entre los meses 1 y 17 de seguimiento, 11 participantes que inicialmente habían mostrado mejoría, informaron de ningún cambio en su condición o mejora.

Goteo post-micción

Dos RTCs intentaron abordar el uso de las intervenciones educativas en la reducción de los síntomas del goteo post-micción. En el primer RCT, 44 hombres fueron asignados al azar para recibir ya sea:

- asesoramiento,
- formación en el ordeñado de la uretra, o
- formación en la realización de PFME.

Los autores encontraron que tanto el ordeñado como los ejercicios de los músculos pélvicos fueron significativamente más eficaces para reducir la cantidad de pérdida de orina post-micción que el asesoramiento.

En el segundo RCT, 55 hombres con disfunción eréctil y goteo post-micción fueron asignados aleatoriamente para recibir asesoramiento sobre cambios de estilo de vida (control) o PFME combinado con biorretroalimentación y consejos sobre cambios en el estilo de vida (tratamiento).

Los resultados mostraron que, después de 3 meses, casi todos los receptores del grupo de tratamiento estaban libres de goteo post-micción (19 de 21), mientras que sólo un tercio de los sujetos de control estaban libres (5 de 15) con un riesgo de goteo post-micción menos del 20% de la del grupo de control (RR 0.14, 95% CI 0.04, 0.56). A los 6 meses, sin embargo, ambos tratamientos fueron igualmente exitosos, sin nadie en el tratamiento y sólo 2 hombres en el grupo de control que todavía sufren de goteo después de la micción.

Síntomas del tracto urinario inferior

Un RCT evaluó la efectividad de las sesiones de estilos de vida y educación del comportamiento en los hombres que sufren de síntomas del tracto urinario inferior no complicados (LUTS, por sus siglas en inglés). El resultado primario fue que el número de fracasos del tratamiento definidos como prueba de retención de orina, un aumento de 3 puntos o más en el International Prostate Symptom Score, la necesidad de medicamentos o una intervención quirúrgica para controlar los LUTS. En comparación con un grupo de control de atención estándar, los participantes provistos de educación tuvieron significativamente menos fracasos en el tratamiento en cada punto de seguimiento en el tiempo (3, 6 y 12 meses), con una disminución del riesgo de fracaso de más del 60% (RR 0.38, 95%CI 0.24, 0.58 a los 12 meses). Se informó de una disminución en el número de fracasos del tratamiento en el tiempo para cada grupo.

Directrices basadas en la evidencia para el manejo de la incontinencia urinaria y / o fecal

Un estudio cuasi experimental examinó la efectividad de las guías de consenso

diseñadas para la gestión de la continencia por los equipos de atención primaria de salud ubicados en un área urbana de medicina general. Se envió por correo un cuestionario a una muestra aleatoria de pacientes de esta práctica general, para determinar su estado de continencia (N = 1.503). Aquellos que fueron identificados como incontinentes y acordaron el seguimiento (174 pacientes, 42 varones) fueron animados a asistir a la práctica donde los médicos de familia pudieron instituir las mejores prácticas de tratamiento de acuerdo con las directrices. Sólo 4 varones en realidad buscaban ayuda, y 3 ó 4 (número poco claro en el texto) siguen considerando su incontinencia como un problema después de la intervención. Por lo tanto, una conclusión en cuanto a la eficacia de estas directrices en los hombres no se puede determinar, debido a la falta de detalles en el informe del estudio.



Conclusiones

La revisión puso de relieve que, con la excepción de los PFME después de la prostatectomía, pocos ensayos controlados han examinado la efectividad de cualquier intervención en la creación de conciencia sobre la salud de la vejiga y el intestino en los hombres de 12 y más años. En concreto, ninguno de los ensayos examinó la eficacia de las intervenciones educativas sobre la incontinencia fecal y no se identificó ningún ensayo controlado que examinara exclusivamente las intervenciones dirigidas a mejorar el conocimiento y gestión de la salud del intestino; por otra parte, no se identificaron ensayos que trataron de mejorar la asistencia de los hombres a eventos promocionales. Además, la mayoría de los ensayos que evaluaron las intervenciones para controlar la salud de la vejiga y los intestinos, presentaron datos de ambos sexos combinados, por lo que es imposible estimar el efecto de la intervención (es) únicamente en los participantes masculinos. En algunos casos, cuando los datos de sexo masculino se presentaron por separado, la población era demasiado pequeña como para proporcionar la fuerza adecuada y, por lo tanto, la mayoría de las comparaciones entre los grupos de tratamiento mostraron diferencias no significativas estadísticamente. La mayoría de los ensayos en los que se incluyeron varones exclusivamente examinaron la eficacia de los ejercicios de los músculos del suelo pélvico con y sin otras co-intervenciones en los hombres de edad avanzada que sufren de incontinencia urinaria después de la prostatectomía.

A partir de estos ensayos, hay cierta evidencia que sugieren un uso efectivo de los PFME. Ocho ensayos controlados aleatorios (RCT) mostraron un beneficio de los PFME, sin embargo, el tiempo y el alcance de ese beneficio fue variable. En un estudio de cuatro semanas de duración, el grupo con PFME fue más efectivo que el grupo de control durante las tres primeras semanas de la intervención, pero no en la cuarta.

Por el contrario, meta-análisis de dos RCT mostraron que mientras el PFME no fue estadísticamente más efectivo que el grupo de control a las cuatro semanas (aunque favorecía), el PFME fue significativamente más eficaz en la reducción de los síntomas de incontinencia urinaria a largo plazo (a los 3, 6 y 12 meses) en comparación con los participantes del grupo control.

Un interesante hallazgo fue que ninguno de los dos RCTs encontró ningún beneficio en la biorretroalimentación en comparación con la retroalimentación verbal cuando prestaban formación en PFME. Del mismo modo, en tres RCTs, se añadieron otras intervenciones a los PFME, como fisioterapia intensiva, o la estimulación eléctrica. Sin embargo, mientras que se observaron mejoras significativas en todos los grupos tratados con PFME durante el seguimiento en comparación con el punto de referencia, no se observaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en ningún momento. En otras palabras, solo los PFME parecen ser adecuados como estrategia efectiva para reducir la incontinencia urinaria en los hombres después de la prostatectomía, negando así la necesidad de terapias más extensivas y posiblemente costosas, tanto en tiempo como en dinero.

Con la excepción de la enseñanza de ejercicios de los músculos del suelo pélvico para los hombres después de la prostatectomía, ninguna investigación cuantitativa que se ha realizado establece la eficacia de una intervención para concienciar a los hombres sobre la salud de la vejiga y los intestinos. Mientras que numerosas intervenciones se han probado en poblaciones de ambos sexos, y estos ensayos sugieren que las intervenciones serían eficaces, su efectividad en los varones no se puede establecer de manera definitiva. Por lo tanto, se necesitan ensayos controlados bien diseñados utilizando exclusivamente muestras de población masculina para confirmar estas suposiciones.

Traducido por: Álvaro García Moreno

Revisores: Rosa Sánchez y David López-Zorraquino



Este *Best Practice information sheet* presenta la mejor evidencia posible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.³

Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Levels of evidence and Grades of Recommendations. <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach>
2. Hodgkinson B, Tuckett A, Hegney D, Paterson J, Kralik D. Effectiveness of educational interventions to raise men's awareness of bladder and bowel health: a systematic review. *The Joanna Briggs Library of Systematic Reviews* 2010;8(30):1202-1241
3. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

The Joanna Briggs Institute
The University of Adelaide
South Australia 5005
AUSTRALIA
www.joannabriggs.edu.org

© The Joanna Briggs Institute 2011
ph: +61 8 8313 4880
fax: +61 8 8313 4881
email: jbi@adelaide.edu.au

Published by
Blackwell Publishing



* Los procedimientos descritos en el *Best Practice* sólo deben ser utilizados por personas que tienen la experiencia adecuada en el ámbito al que se refiere el procedimiento. La aplicabilidad de cualquier información debe ser establecida antes de confiar en él. Si bien se ha tenido cuidado para asegurarse de que esta edición de *Best Practice* resume la investigación disponible y el consenso de expertos, cualquier pérdida, daño, coste, gasto o responsabilidad sufrida o incurrida como resultado de la confianza en estos procedimientos (tanto si se producen en un contrato, negligencia o en cualquier otro caso) están excluidos, en la medida permitida por la ley.