

HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA.

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Miguel Prósper Sierra

Médico de Familia. CS Algemesí

Lorena Catalá Mortelano

Médico de Familia. CS Algemesí

Luis Monedero Alonso

Enfermero. CS Algemesí

Jose Santamaría Meseguer

Médico adjunto Servicio Urología Hospital Clínico. Valencia



1. INTRODUCCIÓN

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es el tumor benigno más frecuente en varones mayores de 60 años. Su presencia está directamente relacionada con la edad, de forma que la evidencia anatómica o histológica de HBP encontrada en estudios sobre autopsias se ha estimado a los 50–60, 60–70 y 70–80 años en un 40%, 60% y 80% respectivamente. Sin embargo solo un 50% de estos pacientes con cambios histológicos de HBP van a presentar manifestaciones clínicas prostáticas y solo una parte de ellos va a solicitar consejo médico debido sobre todo a la gran variabilidad en la percepción de los síntomas y en su influencia en la calidad de sus vidas.

Una parte importante de los varones que atendemos a diario en nuestras consultas tienen o van a tener problemas en relación con la HBP. Así pues sería deseable que el médico de familia jugase un papel más activo en relación con esta patología que tradicionalmente ha sido abordada casi exclusivamente por los urólogos.

Clarificar los exploraciones diagnósticas recomendadas actualmente para su correcta valoración, las posibilidades terapéuticas eficaces a nuestro alcance y las situaciones en las que sea recomendable la derivación al urólogo, van a ser los objetivos de esta guía.

2. SÍNTOMAS.

La localización anatómica de la próstata en el cuello vesical, envolviendo a la uretra, juega un papel importante en la fisiopatología de la HBP, pero cabe destacar que la severidad de los síntomas que produce la obstrucción al vaciamiento vesical no están únicamente relacionados con el tamaño prostático. Sólo el 50 % de los pacientes con HBP constatada va a presentar dichos síntomas.

Dos son los componentes que contribuyen a producir los síntomas relacionados con la HBP:

– Componente estático: Debido a la obstrucción mecánica sobre el cuello vesical que produce el agrandamiento de la próstata por la hiperplasia del tejido glandular bajo el estímulo de la dihidrotestosterona (DHT).

– Componente dinámico: Debido al aumento y disfunción en el tono muscular que de forma reactiva se produce en el músculo liso prostático y vesical mediado por alfa-receptores.

Las manifestaciones clínicas por las que suele consultar el paciente pueden dividirse en:

1.- Obstructivas o de vaciado:

Vaciado incompleto.

Micción intermitente.

Menor calibre y fuerza del chorro de orina.

Disuria.

2.- Irritativas o de llenado: Debidas generalmente a la inestabilidad del detrusor y a la disfunción vesical.

Urgencia miccional.

Polaquiuria.

Nicturia.

Pesadez y dolor suprapúbico.

Aunque clásicamente a la presencia de estos síntomas se le ha denominado prostatismo, actualmente se considera más precisa la denominación de síntomas del tracto urinario inferior o su acrónimo inglés LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) puesto que no solo la patología prostática es la causante de los mismos.

3. COMPLICACIONES.

En términos generales la HBP es un problema que afecta más a la calidad que a la cantidad de vida del paciente. No obstante la obstrucción del flujo urinario puede producir en algunos pacientes repercusiones orgánicas potencialmente graves que requieren generalmente valoración y tratamiento por parte del urólogo.

1.- Retención urinaria aguda (RUA).

Producida por la misma próstata o por algún factor precipitante como determinados fármacos, anestesia, estreñimiento, cálculo vesical, post-cirugía prostática entre otros. La probabilidad estimada de tener una RUA en los próximos 5 años en un paciente a los 70 años es del 10% y a los 80 años del 33%. Esta probabilidad esta directamente relacionada con la severidad de los síntomas obstructivos y con el tamaño prostático. Algún estudio también ha conseguido correlacionar los niveles de PSA con una mayor probabilidad de tener una RUA en pacientes con HBP, probablemente porque el PSA aumenta paralelamente al crecimiento prostático. Además del tratamiento urgente mediante cateterización vesical, tras una RUA debe de ser considerada seriamente la solución quirúrgica de la HBP.

2.- Retención urinaria crónica e insuficiencia renal.

Los pacientes diabéticos con neuropatía asociada, los que presentan lesiones neurológicas y los que tienen un estado de conciencia alterado, son especialmente susceptibles de sufrir estas complicaciones por su HBP. El aumento progresivo del residuo miccional acaba por producir una atonía vesical por agotamiento del detrusor. La capacidad vesical puede encontrarse muy aumentada y no es infrecuente la incontinencia por rebosamiento. En fases más avanzadas se presenta fallo en el mecanismo antirreflujo y la consiguiente ureterohidronefrosis e insuficiencia renal secundaria a la obstrucción.

3.- Infecciones urinarias de repetición.

Favorecida por la presencia de residuo vesical. Es más frecuente si ha habido ITU previas. Las enterobacterias son los gérmenes mas frecuentemente implicados.

4.- Hematuria.

Por congestión venosa vésico-prostática, cálculo vesical, ITU o tumor vesical.

5.- Cálculo vesical.

4. VALORACIÓN INICIAL.

En la valoración inicial de un paciente con síntomas del tracto urinario inferior los estudios realizados deben ir encaminados a tratar de constatar la presencia de HBP, descartar la presencia de complicaciones secundarias a la obstrucción, realizar el diagnóstico diferencial con las patologías de presentación clínica similar y cuantificar la severidad sintomática y su repercusión en la calidad de vida del paciente.

4.1.- Estudio básico: Como estudio básico en la valoración inicial de un paciente con sospecha de HBP se recomienda:

- ANAMNESIS:

- Antecedentes familiares de patología prostática.

- Antecedentes personales de

 - Enfermedades neurológicas: Neuropatía periférica (diabetes), enf. de Parkinson, esclerosis múltiple, AVC, lesiones medulares.

 - Intervenciones quirúrgicas pélvicas e instrumentaciones uretrales.

- Fármacos:

 - Diuréticos por aumento de la frecuencia miccional.

 - Calcioantagonistas que disminuyen la contratibilidad vesical.

 - Antidepresivos tricíclicos por aumento del tono prostático.

 - Antihistamínicos de 1ª generación que disminuyen la contratibilidad vesical.

- Cuestionario de valoración sintomatológica y calidad de vida (IPSS) : Clasifica la sintomatología del paciente en leve, moderada o severa con fines de orientación diagnóstica, terapéutica y de seguimiento, mediante un cuestionario autoadministrado de siete preguntas. Además una octava pregunta clarifica como la presencia de estos síntomas afecta a la calidad de vida del paciente, siendo esta última tomada cada vez más en cuenta a la hora de adoptar actitudes terapéuticas determinadas. (Anexo 1).

La utilización del IPSS no se correlaciona con el grado de obstrucción ni permite distinguir entre HBP y otras patologías que producen síntomas del tracto urinario inferior.

- EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Palpación abdominal hipogástrica para descartar la presencia de globo vesical.

- Exploración de los genitales externos para descubrir posibles obstrucciones al flujo (estenosis, hipospadias).

- Exploración del área perineal para cribado de lesiones neurológicas. Debe valorarse la sensibilidad de la zona y los reflejos bulbocavernoso (contracción anal al presionar el glande) y anal superficial (contracción anal al rozar la piel perianal).

- Tacto rectal: Se trata de una exploración fundamental cuando se sospecha la existencia de HBP. Interesa valorar el tamaño, la definición de los límites, la consistencia, movilidad, presencia de nódulos y si existe dolor a la palpación.

En la HBP la próstata se encuentra aumentada de tamaño en mayor o menor medida, de forma uniforme y con una consistencia firme y elástica, se conserva el surco medio (salvo en los adenomas más grandes) y no duele. Por el contrario en la próstata cancerosa se puede palpar una consistencia pétreo y nodular.

El valor predictivo positivo del tacto rectal es bajo para el cáncer de próstata, sobre un 20% de los tactos sospechosos se corresponden a una biopsia positiva de cáncer.

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- Sedimento urinario y urinocultivo: Útiles para valorar la presencia de infección urinaria y/o hematuria como posibles complicaciones de la HBP. Una alteración de estas exploraciones obligará a profundizar en los estudios realizados al paciente.

- Función renal: La creatinina plasmática debe de ser solicitada para detectar el deterioro de la función renal. Si la creatinina esta elevada, debería efectuarse una ecografía renal para descartar alteraciones asociadas.

- Glucemia: la presencia de hiperglucemia agrava muchos de los síntomas del tracto urinario inferior debido a la poliuria asociada. Además los pacientes diabéticos tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones asociadas a la HBP.

4.2.- Estudio opcional:

- **PSA:** Aunque no es objetivo de esta guía valorar la situación actual de las recomendaciones sobre el cribado del cáncer de próstata, resulta evidente que en la evaluación clínica de un paciente con HBP, el médico de familia puede plantearse la conveniencia de cuantificar el PSA como apoyo en el diagnóstico diferencial con el cáncer prostático y su diagnóstico precoz.

- La incidencia de cáncer de próstata no difiere entre pacientes con HBP y pacientes de la misma edad sin HBP. La HBP no se asocia a una mayor incidencia de cáncer prostático.

- En dos grandes revisiones realizadas y plasmadas en sus guías de práctica clínica por la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) y la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) se concluye que en la actualidad no puede recomendarse la determinación del PSA y la practica del tacto rectal como método de cribado sistemático para la detección precoz del cáncer prostático. No existen estudios que evidencien una disminución de la morbi-mortalidad con esta práctica. Esto puede deberse al escaso poder predictivo positivo de las pruebas, a la gran variabilidad evolutiva del cáncer prostático y al conocido riesgo de efectos adversos derivados de los tratamientos que conlleva .

- Por otra parte otras tres prestigiosas instituciones, American College of Preventive Medicine (ACPM), American Cancer Society (ACS), American Urological Association (AUA) reconocen la inexistencia de evidencias actuales que demuestren una mejora en la morbi-mortalidad con la práctica sistemática del cribado. Aún así

recomiendan que la práctica del PSA y tacto rectal puedan ser ofrecidas anualmente a los varones mayores de 50 años y con unas expectativas de vida superiores a 10 años. Las tres concluyen que la decisión de realizar el cribado debería adoptarse de forma individualizada previa información al paciente del riesgo-beneficio que suponen las consecuencias del cribado.

– Están en marcha dos ensayos clínicos para tratar de responder a la pregunta de si la detección precoz y tratamiento del cáncer prostático disminuye su mortalidad. Uno en Europa con 190.000 hombres de entre 55 y 70 años que está previsto finalice en el año 2008 y otro en Estados Unidos con 74.000 hombres entre 55 y 74 años que estará listo para el 2006.

– Actualmente y en espera de los resultados de estos estudios, no debería recomendarse el cribado sistemático para cáncer de próstata en varones asintomáticos. Los pacientes que lo soliciten y en los que la clínica lo justifique, deben recibir información objetiva sobre posibles beneficios y riesgos de la detección y tratamiento precoces. Si se lleva a cabo la determinación de PSA, debería acompañarse de tacto rectal y limitarlo a varones mayores de 50 años y con esperanza de vida superior a 10 años. Actualmente no hay evidencias suficientes para determinar la necesidad e intervalos óptimos para repetir el cribado o si es necesario ajustar el PSA para densidad, velocidad o edad del paciente.

- **Flujometría:** Mide varios parámetros de la micción de los que el más significativo es el flujo máximo (Qmax). Existen discrepancias sobre qué resultados del Qmax son indicativos de obstrucción. La mayor parte de los urólogos consideran normal si el Qmax es mayor de 15 ml/s aunque este punto de corte es arbitrario.

Se trata de una prueba utilizada frecuentemente por el nivel especializado para valorar la severidad de la obstrucción y la respuesta al tratamiento. Es una prueba poco específica para HBP y con una gran variabilidad intraindividual por lo que sus resultados deben ser analizados con alguna cautela. En atención primaria no se dispone normalmente de estos instrumentos de medida pero se acepta como suficientemente orientativos los resultados del IPSS.

- **Volumen de orina residual:** Determinado por sondaje vesical postmiccional o ecografía transabdominal. La variación intraindividual y el no estar claros los límites normales de residuo son sus principales limitaciones. La presencia significativa de orina residual debe hacernos plantear la toma de medidas terapéuticas más enérgicas para reducir el grado de obstrucción.

- **Ecografía:** La ecografía abdominal ofrece datos valiosos en la HBP como: tamaño prostático, residuo postmiccional, valoración de las vías altas en caso de complicaciones (hematuria, litiasis, ITU, insuficiencia renal). Debería practicarse ante la presencia de sintomatología moderada y severa o ante la sospecha de complicaciones.

La ecografía transrectal resulta más fiable para la exploración directa de la glándula prostática, pero no permite la cuantificación del residuo ni valoración de las

vías altas. La ecografía no ha demostrado que aumente el valor predictivo del PSA y el tacto rectal en el cribado del cáncer de próstata por lo que su uso no está indicado con este fin.

5. TRATAMIENTO.

No existe actualmente consenso en la indicación de tratamiento a los paciente con HBP. Las posibilidades son múltiples y variadas. El utilizar una u otra alternativa terapéutica debe fundamentarse especialmente en la severidad de los síntomas, la presencia de complicaciones, el tamaño prostático y cada vez más en la decisión del propio paciente una vez informado de los riesgos-beneficios que las pautas terapéuticas conllevan.

Los objetivos fundamentales del tratamiento de la HBP van a ser la mejoría clínica, disminución del grado de obstrucción y en lo posible prevenir la aparición de complicaciones.

5.1.- Vigilancia expectante:

El curso habitual de la HBP es progresivo aunque con frecuentes fluctuaciones y mejorías espontáneas. La introducción de simples cambios en el estilo de vida producen una mejoría sintomática y de la calidad de vida hasta en un 45% de los pacientes. Entre los cambios cabe destacar:

- Evitar el exceso de líquidos sobre todo en la cena.
- Regular el ritmo intestinal.
- Orinar antes de salir de casa y al acostarse.
- Evitar en lo posible el uso de los fármacos que pueden agravar la HBP: diuréticos, calcioantagonistas, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, y antihistamínicos de 1ª generación entre otros.

En ausencia de complicaciones, si los síntomas prostáticos son bien aceptados para el paciente (bien por su levedad o por circunstancias individuales), resulta adecuado indicar la vigilancia expectante como único tratamiento.

De los estudios consultados se deduce que la vigilancia expectante es la actitud que presenta una mejor relación coste-efectividad en pacientes con sintomatología leve. Los resultados de la vigilancia expectante en este tipo de pacientes se pueden resumir en: sobre un 40 – 45% mejoran de sus síntomas, el 40% se mantiene igual y un 15-20% empeoran y requieren tratamiento farmacológico o quirúrgico. Algún estudio reciente la considera también como la actitud más costo-efectiva cuando los síntomas son moderados.

Deberá realizarse seguimiento anual con IPSS, tacto rectal y analítica a fin de revalorar una posible progresión clínica o aparición de complicaciones que hagan replantearse el tratamiento.

5.2.- Tratamiento farmacológico:

El papel del tratamiento farmacológico en la HBP aún no ha sido enteramente determinado. Sus principales inconvenientes son: la escasa mejoría sintomática que producen comparada con el tratamiento quirúrgico y los efectos secundarios asociados.

• **Alfa-1-bloqueantes:** Actúan sobre el componente dinámico de la obstrucción. Presentan un efecto inmediato (días) una vez alcanzados niveles plasmáticos óptimos y su efecto se ha demostrado que persiste a largo plazo (>3 años). No hay evidencias de que algún alfa-bloqueante en particular tenga efectos superiores a los demás, las diferencias entre unos y otros radican en su posología y probablemente en la incidencia de efectos secundarios. Puede que sean especialmente útiles en pacientes hipertensos con HBP ya que también reducen la presión arterial aunque no existen evidencias claras de una reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular en estos pacientes hipertensos tratados con alfabloqueantes.

Varios ensayos clínicos controlados han demostrado la mejoría significativa aunque discreta de la sintomatología, el Qmax, el volumen residual y la calidad de vida de los pacientes tratados con diversos alfa-bloqueantes versus placebo. Una revisión sistemática de ensayos clínicos con alfa-bloqueantes mostraba una mejoría del 14% del IPSS, una reducción del 29 % de la orina residual y una mejoría de 1.5 ml/s del Qmax. Esta mejoría del flujo urinario solo se mantuvo durante 6 meses mientras que la mejoría sintomática se mantenía al final de los estudios (más de 3 años).

Los efectos secundarios más frecuentes son : Mareo (10-25%), astenia (10-13.5%), hipotensión ortostática (5.5-7.5%) y congestión nasal (6%). Estos efectos suelen mejorar con la dosificación progresiva o al poco tiempo de seguir el tratamiento. No alteran los niveles de PSA.

Los más usados en nuestro medio son:

– Alfuzosina: Precisa de dos tomas diarias debido a su vida media más corta. Dosis de 5 mgr/12 h.

– Doxazosina: Puede ser útil en la asociación de HBP y HTA. Dosis de 1-8 mgr./24 h.

– Terazosina: Una gran parte de ensayos clínicos relevantes que avalan la efectividad de los alfa-bloqueantes están realizados con terazosina. Útil también como antihipertensivo. Dosis 1-10 mgr./24 h.

– Tamsulosina: Inhibe selectivamente los receptores alfa-1-a (predominantes en la próstata) con lo que en teoría produce menos efectos secundarios sistémicos. No requiere dosificación progresiva. Dosis 0.4 mgr./24 h.

- **Finasteride:** Actúa sobre el componente mecánico al reducir el tamaño prostático. Esto lo consigue al disminuir los niveles de DHT por inhibición de la 5-alfa-reductasa. Requiere un mínimo de 6-12 meses para que pueda percibirse su acción terapéutica sin embargo su efecto se mantiene a largo plazo (>3 años).

Un meta-análisis de seis ensayos clínicos de finasteride controlados con placebo llevado a cabo en 1998 que incluía a 2601 pacientes mostraba la efectividad de finasteride en cuanto a la mejora de la sintomatología en un 21%, el Qmax en 1.6 ml/s y la reducción del volumen prostático en un 19% valorados a los 12, 24 y 36 meses de tratamiento. Estos efectos se mantenían al finalizar el estudio. Recientes estudios sugieren la efectividad del finasteride para reducir los episodios de retención urinaria aguda y la tasa de intervenciones quirúrgicas de HBP. Todos estos efectos beneficiosos del finasteride son significativamente mas evidentes para pacientes con próstatas grandes (> de 40 ml).

En el estudio de The Veterans Affairs Cooperative Studies Benign Prostatic Hyperplasia Study Group donde se comparaba el finasteride, la terazosina y un grupo control con placebo se concluía que a diferencia de la terazosina, que si se demostraba efectiva, los efectos del finasteride no eran superiores al placebo y que la asociación de terazosina y finasteride no mejoraba la efectividad de la terazosina aisladamente y sí el número de efectos indeseados. Estos resultados muy probablemente se deban a que el volumen medio de las próstatas de los sujetos incluidos en dicho estudio era inferior a 40 ml en los 3 grupos así como a que el seguimiento no llegó al año.

Con todo esto, no disponemos de claras evidencias que determinen que pacientes deberían tratarse con finasteride y que otros con alfa-bloqueantes ni de si su asociación puede reportar algún beneficio. No obstante de los estudios de que se dispone en la actualidad parece inferirse que el finasteride estaría indicado en aquellos pacientes con próstatas grandes (> 40 ml) y en aquellos en que la mejoría clínica podemos planteárnosla a medio o largo plazo. La terapia combinada podría resultar complementaria en algunos pacientes por este mismo motivo.

Los efectos secundarios más frecuentes son de índole sexual presentándose en aproximadamente un 10% de los pacientes tratados impotencia, disminución de la libido o alteraciones de la eyaculación.

El finasteride reduce el PSA sérico a la mitad lo que habrá que tener en consideración (multiplicando por 2 el resultado) en caso de que se solicite el antígeno prostático en un paciente en tratamiento con este fármaco.

La dosis habitual del finasteride es de 5 mgr./24 h.

- **Fitoterapia:** Se denomina así a múltiples sustancias extraídas del mundo vegetal y que se han venido utilizando de forma empírica en la HBP. No se conoce el mecanismo de acción de la mayor parte de estas sustancias.

A pesar de que alguna de estas sustancias han demostrado efectividad a corto plazo en la mejoría de síntomas y de los flujos alterados de pacientes con HBP, las

últimas revisiones sistemáticas sobre el tema destacan la necesidad de nuevos estudios de mayor duración y correctamente diseñados para poder confirmar la efectividad de los agentes fitoterapéuticos. Además hacen falta mayor número de análisis de laboratorio para determinar los componentes activos de estos compuestos y de su mecanismo de acción.

5.3.- Tratamiento quirúrgico :

Cuando con el tratamiento médico no se consiguen mejorar los síntomas o ante la presencia de complicaciones deberemos plantearnos la solución quirúrgica. Es el tratamiento más eficaz. La técnica actualmente más usada es la resección transuretral prostática (RTUP), con una eficacia en la mejora sintomática del 90%. La indicación de la resección se hace para próstatas menores de 60 ml. Entre las complicaciones a largo plazo de esta técnica destacan: Estenosis uretrales (3%), incontinencia urinaria (1%), impotencia y la eyaculación retrograda (85%) que más que una complicación es un efecto secundario sin consecuencias médicas salvo en la fertilidad del varón.

Las otras dos técnicas de efectividad demostrada para el tratamiento de la HBP son la prostatectomía abierta, para próstatas mayores de 60-70 ml. y la incisión transuretral que resulta útil para próstatas de pequeño tamaño (< de 30 ml)

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico son:

- **Absolutas:**

Retención urinaria aguda.

Infecciones urinarias de repetición.

Macrohematuria de origen prostático recurrente.

Cálculo vesical.

Incontinencia urinaria de rebosamiento.

Deterioro progresivo de la función renal.

Dilatación de la vía urinaria superior.

- **Relativas:**

Síntomas del tracto urinario inferior que produzcan un deterioro significativo de la calidad de vida del paciente.

6. SEGUIMIENTO.

El seguimiento de los pacientes con HBP va depender de la actitud terapéutica adoptada:

- **Pacientes en vigilancia expectante:** Controles anuales con IPSS, tacto rectal y creatinina sérica.

- **Pacientes en tratamiento farmacológico:**

Alfa-bloqueantes:

Control al mes de iniciado el tratamiento valorando mejoría sintomática con IPSS, cumplimiento y efectos adversos.

Después controles anuales con IPSS, tacto rectal, creatinina sérica, cumplimiento y efectos adversos.

Finasteride:

Control a los 6 meses de iniciado el tratamiento valorando mejoría sintomática con IPSS, cumplimiento y efectos adversos.

Después, controles anuales con IPSS, tacto rectal, creatinina sérica, cumplimiento y efectos adversos.

- **Pacientes tras tratamiento quirúrgico:**

- Controles post-cirugía valorando el éxito terapéutico y la presencia de complicaciones que son llevados a cabo generalmente por el urólogo.

- Aunque un alto porcentaje de pacientes mejoran significativamente de sus síntomas (88-90% para la RTUP), quedando muchos de ellos asintomáticos, habrá que tener algunas consideraciones en cuenta con respecto a estos pacientes:

Un 9% post-RTUP precisan de reintervención antes de 5 años por recidiva de sus síntomas. Este porcentaje es menor para la prostatectomía abierta.

Tras la RTUP los pacientes siguen teniendo riesgo de padecer cáncer prostático, pues la cápsula prostática y cierta cantidad tejido glandular prostático quedan libres de la resección.

El personal de enfermería en atención primaria debería jugar un papel fundamental en la atención al paciente con HBP en los siguientes niveles:

- Detección activa de casos durante las consultas de enfermería de pacientes con síntomas del tracto urinario inferior mediante entrevista y cuestionario IPSS

- Educación sanitaria del paciente con HBP respecto a cambios de estilo de vida que disminuyan o mejoren sus síntomas y su grado de obstrucción.

– Manejo adecuado de las técnicas de sondaje vesical en pacientes con retención aguda de orina y aquellos con retención crónica no subsidiaria de intervención quirúrgica (Anexo 2).

7. INTERCONSULTA CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

- 1.- Síntomas refractarios al tratamiento médico.
- 2.- Presencia de complicaciones. (vistas anteriormente)
- 3.- Sospecha de cáncer prostático. (PSA elevado o tacto rectal sugestivo)
- 4.- Sospecha de estenosis uretrales.
- 5.- Sintomatología severa en pacientes menores de 50 años.

8. PUNTOS CLAVE

La HBP es una patología de alta prevalencia en nuestro medio y cuya correcta valoración inicial y diagnóstico se basa en técnicas sencillas (historia clínica, analítica simple y IPSS) al alcance del médico de atención primaria.

El tratamiento de la HBP debe basarse en la gravedad de la sintomatología, la presencia de posibles complicaciones y cada vez más en la opinión de los propios pacientes una vez conocidas las distintas opciones, de sus riesgos y de sus beneficios.

Ante la presencia de complicaciones es recomendable la valoración por el urólogo a fin de plantearse la solución quirúrgica como opción mas costo-eficaz.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. **Cabrera R. C@P Sesiones clínicas. Hiperplasia benigna de próstata.** <http://www.cap-semfyc.com/Sesclin/Sc0006/Sc0006.htm>
2. **Baile A, Asua J, Albisu A. Hiperplasia benigna de próstata. Variabilidad de práctica y guía de actuación basada en la evidencia. Aten Primaria 1999; 23: 142-150.**
3. **Ziada A, Rosenblum M, Crawford D. Benign prostatic hyperplasia: An overview. Urology 1999; 53: suplement 3A.**
4. **Kirby R. The natural history of benign prostatic hyperplasia: What have we learned in the last decade? Urology 2000; 56: suplement 5A.**

5. Curtis Nickel J. Long-term implications of medical therapy on benign prostatic hyperplasia end points. *Urology* 1998; 51: suplement 4A

6. Lepor H, Williford WO, Barry MJ, Brawer MK, Dixon CM, Gormley G et al. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia. Veterans Affairs Cooperative Studies Benign Prostatic Hyperplasia Study Group. *N Engl J Med* 1996; 335(8):533-539.

7. Emberton M, Anson K, Acute urinary retention in men: an age problem. *BMJ* 1999; 318:921-925.

8. Screening for prostate cancer. National guideline clearinghouse guideline synthesis.

9. http://www.guidelines.gov/FRAMESETS/guideline_fs.asp?view=synthesis&guideline=001299

10. Netto Júnior NR; DAncona CA; de Lima ML. Correlation between the International Prostatic Symptom Score and a pressure-flow study in the evaluation of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 1996 Jan, 155:1, 200-2

Roehrborn C, Meta-analysis of randomized clinical trials of finasteride. *Urology* 1998; 51: 46-49.

11. Lowe F, Fagelman E, Phytotherapy in the treatment of benign prostatic hyperplasia: an update. *Urology* 1999; 53: 671-678

- En negrita artículos de especial interés.

10. ANEXOS

ANEXO I

Baremo internacional de la sintomatología prostática (IPSS).

PREGUNTA	0	1	2	3	4	5	PUNTA CIÓN
1. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación, al terminar de orinar, de que su vejiga no se vaciaba por completo?	NINGUNA	1 DE 5	1 DE 3	1 DE 2	2 DE 3	CASI SIEMPRE	?
2. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar más de una vez en menos de dos horas?	NINGUNA	1 DE 5	1 DE 3	1 DE 2	2 DE 3	CASI SIEMPRE	?
3. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces le ha sucedido que se le interrumpia o cortaba con intermitencia el chorro mientras orinaba?	NINGUNA	1 DE 5	1 DE 3	1 DE 2	2 DE 3	CASI SIEMPRE	?
4. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces le ha resultado difícil aguantarse las ganas de orinar?	NINGUNA	1 DE 5	1 DE 3	1 DE 2	2 DE 3	CASI SIEMPRE	?
5. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido un chorro de orina flojo?	NINGUNA	1 DE 5	1 DE 3	1 DE 2	2 DE 3	CASI SIEMPRE	?
6. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o esforzarse para empezar a orinar?	NINGUNA	1 DE 5	1 DE 3	1 DE 2	2 DE 3	CASI SIEMPRE	?
7. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar cada noche, desde que se acuesta hasta que se levanta por la mañana?	NINGUNA	1 VEZ	2 VECES	3 VECES	4 VECES	5 o MÁS	?
Puntuación total del baremo sintomático IPSS (S) =							?

0 – 7 = Leve

8 – 19 = Moderada

20 – 35 = Grave

Calidad de vida derivada de los síntomas prostáticos.

Si tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo suele hacer ahora, ¿cómo se sentiría?						
0	1	2	3	4	5	6
ENCANTADO	CONTENTO	MÁS BIEN SATISFECHO	INDIFERENTE	MÁS BIEN INSATISFECHO	MAL	MUY MAL
Índice de valoración de calidad de vida (L) =						?

ANEXO II

PATRÓN FUNCIONAL ELIMINACIÓN.

• URINARIA:

La clínica más frecuente es: vaciado incompleto, micción intermitente, menor calibre y fuerza del chorro, interrupción del chorro y goteo postmiccional (obstruc-tiva) y polaquiuria, disuria, nicturia, pesadez suprapúbica, urgencia miccional (irri-tativa). Esta clínica puede mejorar introduciendo cambios en el estilo de vida como: restricción de la ingesta rápida de líquidos (en especial en la cena), regular el ritmo intestinal, orinar antes de salir de casa y al acostarse.

En caso de retención urinaria y prescripción de sondaje vesical, se recomienda utilizar una sonda con la punta acodada en lugar de una sonda recta para facilitar la técnica, ya que la punta de esta sonda es rígida y no se dobla cuando alcanza el obstáculo de la glándula prostática. La sonda debe ser de calibre fino (14-16 Fr). Si una vez sondado, la cantidad de orina que sale supera los 400 cc, es preciso clam-par y evitar que salga toda la orina, pues el cambio brusco de volumen vesical puede producir reflejos vagales que desarrollen un shock.

Enseñe la técnica de autosondaje intermitente, si es necesario, insistiendo en la importancia de la asepsia.

El paciente puede referir micción espontánea por irritación después de la retira-da de la sonda uretral. En este caso:

– Antes de retirar la sonda uretral, explique al paciente que es posible que orine en pequeñas cantidades durante las primeras 12h. después de la retirada de la sonda debido a la irritación que provoca.

– Lleve un registro del horario y cantidad de cada micción. Al principio la fre-cuencia de la micción es de 15-30 min, pero el intervalo transcurrido entre miccio-nes debe aumentar hacia un patrón más normal.

– Enseñar los ejercicios de Kegel para mejorar el control del esfínter. Consisten en ejercicios de la musculatura pélvica para reforzar los músculos peri-neales:

Para fortalecer el músculo proximal, debe interrumpirse el chorro de orina después de comenzar a orinar, aguantar unos segundos y después orinar de nuevo.

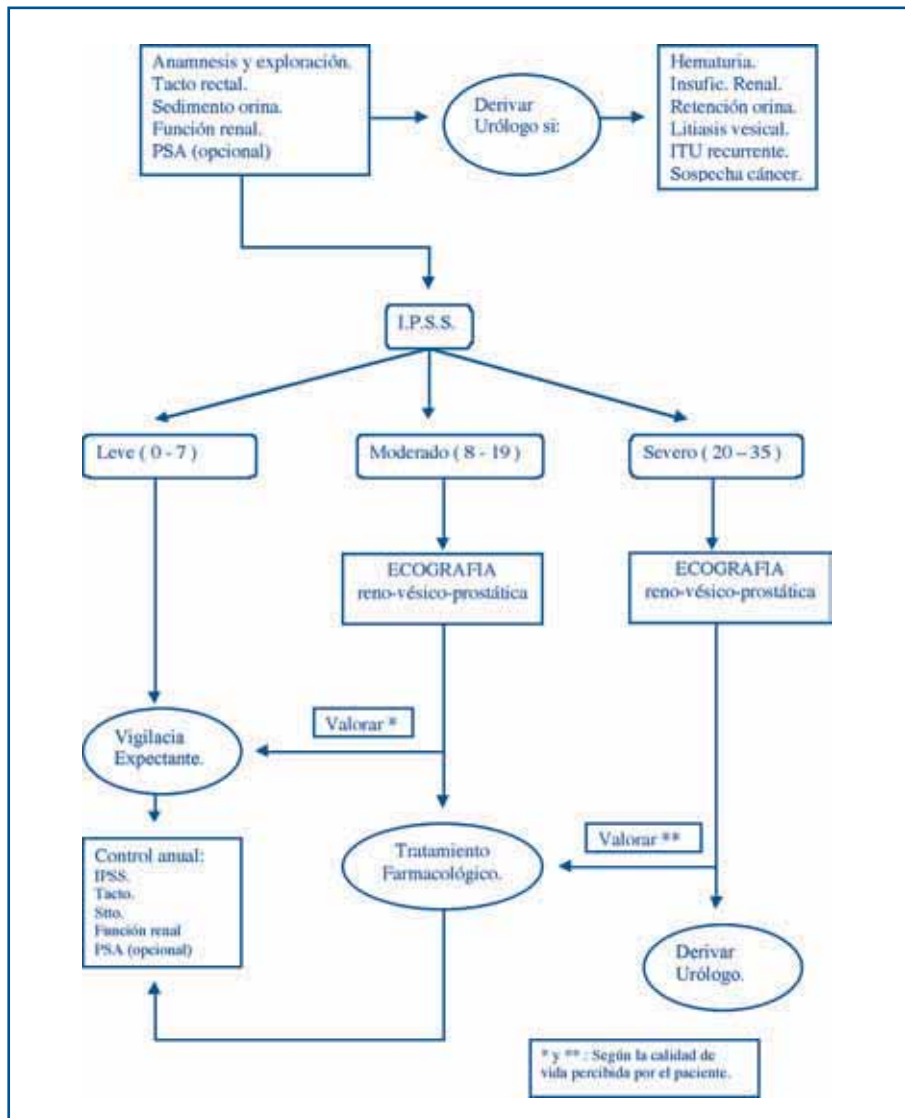
Para fortalecer el músculo distal, debe contraerse el músculo alrededor del ano como si se interrumpiera una defecación.

• INTESTINAL:

El estreñimiento puede empeorar la sintomatología de un paciente con HBP por lo que resulta recomendable que

- Obtenga información basal sobre el hábito intestinal normal del paciente y regístrelo.
- A menos que esté contraindicado, aconseje un consumo de 2-3 l/día de líquido.
- Consulte la administración de laxantes.
- Aconseje el aumento de la cantidad de fibra en la dieta.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HBP.





HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

DIAGNOSTICO

Manifestaciones clínicas obstructivas o de vaciado (vaciado incompleto, micción intermitente, menor calibre y fuerza del chorro de orina, y disuria) y/o irritativas o de llenado (urgencia miccional, polaquiuria, nicturia y pesadez o dolor suprapúbico).

Complicaciones: Retención urinaria aguda, retención urinaria crónica e insuficiencia renal, infección urinaria de repetición, hematuria y calculo vesical.

Valoración inicial: Antecedentes de enfermedades neurológicas y uso de fármacos, cuestionario de valoración sintomatológica y calidad de vida (baremo internacional de la sintomatología prostática IPSS) y exploración de genitales externos, área perineal y tacto rectal.

Pruebas complementarias: Sedimento, urinocultivo, función renal y glucemia.

Antígeno prostático específico (PSA): Si clínica y/o hallazgos exploratorios. No puede recomendarse su uso como método de cribado sistemático para la detección precoz del cáncer prostático. Independientemente de los hallazgos del tacto rectal, valores de PSA >10 ng/ml condicionan la derivación al urólogo para la práctica de una biopsia prostática.. Ante valores de PSA entre 10 y 4ng/ml se recomienda solicitar el índice de PSA, si el PSA libre es < 25% remitir a urología, si el PSA libre >25% repetir la determinación a los seis meses. La elevación del PSA tendrá mayor significación pronóstica en los pacientes más jóvenes.

Otras pruebas (atención especializada): Remitir para Ecografía si existe sintomatología moderada o severa o ante complicaciones

TRATAMIENTO

Varia en función de la severidad de los síntomas, la presencia de complicaciones, el tamaño de la próstata y la decisión del propio paciente. Existen las siguientes opciones:

Vigilancia expectante (recomendaciones higienico-dietéticas y desaconsejar uso de algunos fármacos referenciados en la Guía) es la actitud más coste efectiva en pacientes con sintomatología leve.

Fármacos: Alfa 1-bloqueantes (terazosina, tamsulosina, alfuzosina y doxazosina) efectos secundarios y posología descritos en la Guía. Finasteride tratamiento de 6-12 meses mínimo, indicado en próstatas grandes (> 40 ml) requiere visado de ins-

pección con informe previo del especialista. Fitoterapia no existe evidencias de su utilidad a largo plazo.

Tratamiento quirúrgico: Es el tratamiento más eficaz, de las posibles técnicas la mas utilizada es la resección transuretral prostática (RTUP). Como posibles complicaciones están la estenosis uretral, incontinencia urinaria, eyaculación retrograda y disfunción eréctil

SEGUIMIENTO

Depende de la actitud terapéutica adoptada, si vigilancia expectante el seguimiento es anual con valoración clínica, tacto rectal y creatinina serica. Si el tratamiento es con alfa 1-bloqueantes la primera visita se realiza en el primer mes para valorar mejoría clínica, visitas posteriores con periodicidad anual igual que en la vigilancia expectante pero valorando además cumplimiento y efectos adversos. Con finasteride la primera vista se pospondrá hasta los seis meses de iniciado el tratamiento, las sucesivas son iguales que en las situaciones anteriores.

CRITERIOS DE DERIVACION/INTERCONSULTA

Síntomas refractarios al tratamiento medico

Complicaciones: Retención urinaria aguda, retención urinaria crónica e insuficiencia renal, infección urinaria de repetición, macrohematuria recurrente, calculo vesical e incontinencia urinaria por rebosamiento

Sospecha de cáncer prostatico (PSA y tacto rectal)

Sintomatología severa en pacientes < de 50 años