

PROCESO DE ACTUACIÓN

ANTE UN PACIENTE
CON HIPERTROFIA
BENIGNA DE PRÓSTATA
Y SINTOMATOLOGÍA
DEL TRACTO URINARIO
INFERIOR

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad
Autónoma de la Región de Murcia

Grafismo: (VEA)

D. Legal: MU-474-2011

GRUPO DE TRABAJO

Amorós Bueno, Tomás. Centro de Salud de Santomera.

Baeza Alcaraz, Ángel. Gerencia de Área 6.

Ballesta Cabrero, Antonia. Gerencia de Área 6.

Cabello García, José Ángel. Gerencia de Área 6.

Carrasco Carrasco, Eduardo (SEMERGEN Murcia). Centro de Salud de Abarán.

Carrasco Gómez, Marina (SEMERGEN Murcia). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Fernández del Río, M^a del Pilar. Dirección General de Planificación.

Fernández López, M^a Lourdes. Dirección General de Planificación.

Ferrández Cámara, M^a Jesús. Gerencia de Área 7.

Gómez Marín, José (SEMG Murcia). Centro de Salud de Monteagudo.

Hernández Giménez, Pilar (SEMG Murcia). Centro de Salud de Cabezo de Torres.

Hidalgo García, Isabel (SMUMFYC). Centro de Salud de Vista Alegre.

Jiménez López, José Miguel. Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía.

López Guillén, Ramón (SEMERGEN Murcia). Centro de Salud de Zarandona.

López Santiago, Asensio. Dirección General de Planificación.

Martínez Ros, M^a Teresa. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS.

Martínez-Aedo Ollero, Rosa. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Medina Abellán, M^a Dolores (SMUMFYC). Centro de Salud de Vistabella.

Romero Hoyuela, Antonio. Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer.

Sempere Gutiérrez, Andrés. Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía.

Tomás Ros, Mariano. Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía.

Tourné García, Marina. Gerencia de Área 7.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	7
2.- OBJETIVOS	9
3.- METODOLOGÍA.....	11
4.- DEFINICIONES	13
5.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	15
I. Paciente que acude a consulta de AP.....	15
1ª visita	15
- Anamnesis	15
- Exploración física	16
- Pruebas complementarias.....	17
- Actitud terapéutica.....	19
2ª visita.....	20
- Valoración	20
- Actitud terapéutica.....	21
II. Paciente derivado por Urología para seguimiento por AP.....	24
6.- ANEXOS	25
Anexo 1. Listados (enfermedades y fármacos).....	27
Anexo 2. IPSS	28
Anexo 3. Recomendaciones Higiénico-Dietéticas	29
Anexo 4. Recuerdo Clínico y PSA	30
Anexo 5. Ecografía	31
Anexo 6. Manejo Terapéutico	32
Anexo 7. Algoritmo	35
7.- BIBLIOGRAFÍA	39

1 INTRODUCCIÓN

La Hipertrofia Benigna de Próstata es una enfermedad ligada a la edad. Se calcula que el 40% de los hombres mayores de 60 años la padecen y por encima de los 80 años el 70%; lo que representa unos 30.000 murcianos. Constituye la segunda causa de ingreso por intervención quirúrgica en los varones, después de las cataratas, y el primer motivo de consulta en los servicios de urología.

Los avances en los tratamientos con fármacos en los últimos 15 años han permitido mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen y disminuir de manera drástica el número de intervenciones quirúrgicas.

Gracias al trabajo de las tres sociedades científicas españolas de Atención Primaria -SEMERGEN, semFYC y SEMG- y a la Asociación Española de Urología (AEU), se puso en marcha en noviembre de 2008 un consenso sobre diagnóstico, tratamiento y derivación al urólogo de los pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP), con el fin de presentar y hacer realidad el protocolo de actuación titulado "Criterios de derivación en Hiperplasia Benigna de Próstata".

Esta nueva herramienta aporta a los médicos de familia unas recomendaciones avaladas por la evidencia científica y la seguridad de que la mayoría de estos pacientes pueden recibir un seguimiento con junto entre los médicos de familia y los servicios de urología. De esta manera se verá afianzado y reforzado el papel del médico de familia en el manejo de la mayoría de los pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata.

Aunque esta enfermedad no constituye, en la mayoría de los casos, una amenaza para la vida, sus síntomas pueden afectar negativamente la calidad de vida de los hombres que la padecen. En el ámbito de la gestión sanitaria

este documento surge con la finalidad de establecer un PROCESO ASISTENCIAL, mediante el cual los pacientes con sintomatología del Tracto Urinario Inferior (STUI) reciban una atención en la que se garantiza la continuidad asistencial y la coordinación entre el médico de familia y el urólogo, pues se han establecido criterios consensuados en el manejo de esta patología.

El presente documento será revisado cada dos años, siendo la fecha máxima de la próxima revisión en febrero 2013.

2 OBJETIVOS

Objetivo General:

Con este documento se pretende implantar un protocolo de área para el proceso asistencial de Hipertrofia Benigna de Próstata (HBP) que garantice la calidad y coordinación de la asistencia sanitaria en toda el área de salud.

Coordinación efectiva y eficiente entre los distintos niveles asistenciales, que contemple aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación.

Objetivos Específicos:

- Realizar un diagnóstico adecuado de la patología prostática.
- Poder tratar a los pacientes siguiendo los mismos criterios tanto en el Centro de Salud como en el Servicio de Urología de referencia.
- Homogeneizar la estructura del abordaje de la HBP - STUI.
- Disminuir las complicaciones derivadas de la HBP.
- Facilitar la atención a los pacientes garantizando y mejorando la continuidad en la asistencia.
- Identificar y establecer las actividades que se han de realizar desde AP y desde el Servicio de Urología.
- Mejorar la calidad en la atención a los pacientes.
- Eliminar factores que puedan producir alteraciones en la continuidad asistencial entre los dos niveles.
- Evaluar el impacto de la implantación del protocolo.

La atención integrada al paciente ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones crónicas, los ingresos hospitalarios por complicaciones agudas y la estancia media ajustada por grupos relacionados por el diagnóstico.

3 METODOLOGÍA

Para la elaboración de este documento, se convocaron a las distintas sociedades científicas de AP (semFYC, Semergen y SMEG) a la Asociación Española de Urología, y a los responsables de Continuidad Asistencial de las áreas VI y VII.

De esta convocatoria sale un grupo de trabajo constituido por profesionales implicados directamente en el proceso asistencial de la HBP-STUI.

Este grupo de trabajo, tomando como referencia el documento de consenso "Criterios de derivación en HBP para AP", tras varias reuniones, elabora el "Proceso de actuación ante un paciente con STUI-HBP" adaptado a la estructura asistencial de las áreas VI y VII.

4 DEFINICIONES

Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP)

- Es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento histológico de la glándula prostática, que produce una obstrucción al flujo de salida urinario y se manifiesta clínicamente por los denominados STUI.

Criterios de inclusión en el proceso

- Paciente que acude a consulta de atención primaria por síntomas del tracto urinario inferior, o por otra causa, y en el curso de la exploración se detecta una posible patología prostática.
- Paciente ya diagnosticado y tratado por urología, que requiere solamente un seguimiento.

Criterio de derivación

- Un criterio de derivación es una regla que se aplica para tomar una decisión. En este procedimiento se definirán aquellos "criterios" de priorización para decidir la derivación a la atención especializada.

Criterios de exclusión del proceso

- Pacientes que presentando signos y/o síntomas sugestivos de patología prostática no son diagnosticados de STUI (síntomas o signos debidos a otras causas).
- Pacientes con HBP que tras intervención quirúrgica son dados de alta (salvo los que, por indicación del urólogo, deban seguir algún control tras la intervención quirúrgica).
- Pacientes que rechacen el seguimiento de forma voluntaria (importante la información).

5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

I. PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA DE AP Y ES SUBSIDIARIO DE SER INCLUIDO EN EL PROCESO

- El propio paciente consulta por síntomas del tracto urinario inferior.
- Se detecta posible patología prostática tras exploración por cualquier motivo de consulta.

1ª Visita

1.- ANAMNESIS

Orientada a descartar:

- Enfermedades que modifiquen el tono vesical. (Anexo 1).
- Fármacos que alteren la contractilidad vesical y/o el tono uretral. (Anexo 1).
- Presencia de alteraciones potencialmente graves (hematuria macro-microscópica), dolor, fiebre, retención de orina (RAU), anuria, alteración de la función renal.

Dirigida a averiguar:

- Manifestaciones clínicas que sugieran patología prostática una vez descartada la presencia de alteraciones potencialmente graves:

Síntomas Obstructivos: ●

- Dificultad y retraso de la micción.
- Disminución calibre y fuerza del chorro.
- Micción intermitente o prolongada.
- Sensación de micción incompleta.
- Goteo postmiccional.
- Retención urinaria.
- Incontinencia por rebosamiento.

Síntomas Irritativos: ●

- Polaquiuria.
- Nicturia.
- Urgencia miccional.
- Incontinencia por urgencia.
- Dolor suprapúbico.

En la anamnesis es preciso valorar SEVERIDAD y CALIDAD DE VIDA (IPSS).

2.- EXPLORACIÓN FÍSICA

Completa y enfocada a identificar signos de patología nefro-urológica, debe incluir:

1. Exploración general, buscando la presencia/ausencia de edemas, fiebre, infección del tracto urinario (ITU), y otros signos de afectación renal (puño-percusión en ambas fosas renales).
2. Abdomen, para descartar masas y globo vesical.
3. Periné, tono muscular, sensibilidad y alteraciones de la inervación (reflejo anal superficial y bulbo-cavernoso).
4. Escroto, tamaño, consistencia y sensibilidad de los testículos, presencia de hidrocele, varicocele y masas induradas.

5. Tacto rectal: exploración más importante. Se coloca al paciente en bipedestación con los codos apoyados sobre la camilla o en decúbito lateral y con las rodillas flexionadas (en ancianos) en esta posición se accede a la región posterior de la próstata.

Se debe valorar:

- Tono del esfínter anal.
- Sensibilidad (muy dolorosa en el caso de prostatitis aguda).
- Tamaño glandular, se expresa en grado (I-IV). El crecimiento progresivo hace desaparecer el surco medio prostático.
- Consistencia. En condiciones normales fibroelástica, homogénea en toda su superficie. Si encontramos algún punto de consistencia pétreo sospechar patología tumoral.
- Límites. Se pueden acotar con nitidez los límites de la glándula en caso contrario sospechar patología tumoral.
- Movilidad, en condiciones normales discretamente móvil, si se encuentra fija sospechar proceso neoplásico.
- Estado de la mucosa rectal, descartar fisuras, valorar presencia de hemorroides, etc...

Tras la exploración:

No es sugestivo de HBP → El paciente sale del proceso

Si es sugestivo de HBP → El paciente sigue incluido en el proceso de HBP

3.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Para completar la valoración de la HBP se procederá a la realización al paciente del cuestionario IPSS (anexo 2).

IPSS

- Se trata de un cuestionario auto-aplicado por el paciente, que puede cumplimentarse con la ayuda del médico.
- Se recomienda completar el cuestionario entre la 1ª y la 2ª visita.
- Es el único baremo de sintomatología prostática que está validado a nivel nacional e internacional.
- Nos orienta sobre la gravedad y naturaleza de los síntomas y ayuda a la selección del tratamiento.

ANALÍTICA

Solicitar analítica que incluya:

- Sistemático de orina.
- Bioquímica:
 - Creatinina plasmática.
 - Urea.
 - Glucemia.
- Antígeno prostático específico (PSA).
- En pacientes con síntomas irritativos, sobre todo si son fumadores, solicitar **citología urinaria** para establecer el diagnóstico diferencial con el cáncer de vejiga "in situ".

ECOGRAFÍA

La Ecografía abdominal está indicada de primera elección en el caso de:

- Síntomas graves como retención urinaria.
- Diagnóstico diferencial para descartar otros procesos.
- En casos de que precise derivación al Servicio de Urología.

La petición de ecografía en la primera visita **no requiere su realización de forma sistemática**, aunque es aconsejable en hematuria, infección del tracto urinario, elevación de los valores de creatinina (insuficiencia renal), y litiasis.

4.- ACTITUD TERAPÉUTICA

Recomendaciones higiénico-dietéticas:

El tratamiento inicial siempre debe incluir las medidas higiénico-dietéticas.

- Beber líquidos en pequeñas cantidades, pero a intervalos regulares de tiempo. Una buena hidratación previene infecciones y la formación de cálculos.
- Evitar ingerir grandes cantidades de líquido en poco tiempo, sobre todo en la cena. Evitar las comidas copiosas.
- Eliminar comidas con alimentos fuertes (embutidos, picantes, salazones y especias) y la cafeína.
- Disminuir la ingestión de alcohol, por su efecto irritante sobre la próstata.
- Orinar siempre que se sienta necesidad, no retrasar la micción.
- Tener calma aunque se tarde algunos segundos en comenzar a orinar. Ejercer una presión progresiva de los músculos abdominales, nunca brusca.
- Evitar estar sentado mucho tiempo. Se aconseja realizar paseos diarios con el fin de descongestionar el área pélvica.
- Evitar los viajes largos. Efectuar descansos de unos 10 minutos para caminar y orinar.
- Evitar montar a caballo, bicicleta o moto.
- Evitar el estreñimiento.
- Orinar antes de salir de casa, al hacer un viaje largo.
- El estrés y el nerviosismo, pueden llevar a orinar más veces.
- Aprender a hacer ejercicios abdominales y practicarlos para fortalecer la pelvis.
- Procurar mantener relaciones sexuales con regularidad, a ser posible completas, es decir, con eyaculación, esto ayuda a disminuir la congestión pélvica.
- Evitar algunos fármacos que actúan sobre la fibra muscular lisa.

Hoja informativa para el paciente (anexo 3).

2ª Visita

1.- VALORACIÓN

Valoración Clínica / IPSS

Valorar la evolución de los síntomas, indagar si ha seguido las recomendaciones higiénico-dietéticas.

Valoración analítica

- Sistemático de orina: valorar hematuria, proteinuria, piuria, nitritos u otras manifestaciones.
- Creatinina plasmática: si hay sospecha de alteración de la función renal (creatinina > 1,5 mg/dl) debe solicitarse una ecografía para descartar uropatía obstructiva, que constituye un motivo de derivación a urología o al hospital. Si hay alteración de la función renal y se descarta uropatía obstructiva, la derivación se hará a nefrología.
- Glucemia.
- Urea.
- PSA (Antígeno prostático específico, anexo 4)
 - Se considera normal un PSA < 4ng/ml, pero un 25 % de los hombres con cáncer de próstata tienen valores de PSA < 4. Igualmente un nivel más alto de PSA no confirma presencia de cáncer.
 - Los hombres de edad avanzada presentan cifras de PSA ligeramente más altas que los hombres más jóvenes.
 - Cuando el PSA está entre 4 y 10, en menores de 70 años:
 - Tratándose de una primera determinación, repetiremos PSA.
 - Si PSA de seguimiento, en el contexto de STUI y próstata grande, solicitar ecografía.

Valoración ecográfica (Si se solicitó). (Anexo 5).

2.- ACTITUD TERAPÉUTICA

Fármacos comercializados para el tratamiento de la HBP			
Grupo Terapéutico	Principio Activo y Nombres Comerciales	Efectos Adversos más frecuentes	Dosis
Bloqueadores α -adrenérgicos	Doxazosina Carduran Neo® Doxatensa® Doxazosina EFG® Progandol® Progandol Neo®	Mareo, Astenia, Cefalea, Hipotensión, Vértigo, Náuseas, Dolor abdominal, Boca seca, Taquicardia, Palpitaciones, Disnea, Dolor torácico, Edema periférico, Prurito, Mialgia, Síntomas resp. y de vías urinarias.	4-8mg/24h Titulando dosis al inicio del tratamiento
	Terazosina Alfaprost®, Deflox® Magnurol®, Mayul® Sutif®, Teraumon® Terazosina EFG® Zayasel®	Mareo, Astenia, Cefalea, Hipotensión postural, Somnolencia, Congestión nasal, Impotencia	5mg/24h Titulando dosis al inicio del tratamiento
	Alfuzosina Alfetim® Alfuzosina EFG® Benestan®, Benestan retard® Unibenestan®	Mareo, Astenia, Cefalea, Hipotensión postural, Vértigo, Sequedad de boca, Náuseas, Diarrea, Dolor abdominal, Malestar	2,5mg/8h retard 5mg/12h retard 10mg/24h
	Tamsulosina Manfredol® Omnice®, Omnic Ocas® Sebrane® Tamsulosina EFG® Urolosin®, Urolosin Ocas® Vetevel®, Zuantrip®	Mareo	0,4mg/24h
	Silodosina Urorec® Silodyx®	Eyaculación retrógrada Aneyaculación	4-8mg/24h
Inhibidores de la 5 α -reductasa	Finasterida Ativol®, Finasterida EFG® Proscar®	Impotencia Disminución de la libido Disfunción eréctil	5mg/24h
	Dutasterida Avidart®	Disminución volumen de eyaculación	0,5mg/24h
Asociaciones	Dutasterida/Tamsulosina Duodart®		0,5/0,4mg/24h
Otros Tratamientos			
Fitoterapia	<i>Serenoa Repens</i> Permixon 160mg® Sereprostat 80mg®		160mg/12h

Para valorar la naturaleza, severidad de los síntomas la calidad de vida y como instrumento de referencia para la toma de decisiones y selección del tratamiento utilizamos el IPSS (International Prostate Symptom Score anexo 2):

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL FÁRMACO

a) IPSS < 8 (1-7)

- 1) Reforzar las medidas higiénico dietéticas + consejos estilos de vida.
- 2) Espera vigilada y revisión en 1 año salvo cambio en la sintomatología o criterio del paciente.

b) IPSS < 20 (8-19)

- 1) Medidas higiénico dietéticas.
- 2) Si próstata pequeña: tratamiento con alfa-bloqueantes.
Seguimiento 1º y 3º mes (con IPSS).
 - Mejoría: **revisión al año** (analítica, IPSS).
 - No mejoría al 3º mes: **derivar a Urología.**
- 3) Si próstata grande tratamiento con alfa-bloqueantes o con inhibidores de la 5-alfa-reductasa*.
Seguimiento 3º y 6º mes (con IPSS).
 - Mejoría: **revisión en 1 año** (analítica, IPSS).
 - No mejoría al 6º mes: **derivar a Urología.**

(*A tener en cuenta que este grupo de fármacos reducen los valores del PSA a la mitad a partir de los 6 meses de tratamiento).

- 4) Con próstata grande y PSA > 1,5: iniciar el tratamiento con alfa-bloqueantes o valorar la indicación de tratamiento combinado (alfa-bloqueantes + inhibidores de la 5-alfa reductasa).

c) IPSS > 20 y/o mala calidad de vida: derivar a Urología.

Fitoterapia

Aunque no existe evidencia científica sólida, debido a las condiciones de manejo en nuestro medio, en los casos en los que las medidas higienico-dietéticas no responden, algunos clínicos inician tratamiento con *serenoa repens*.

En cualquier caso, la Guía Europea 2010 recoge que, no hay datos consistentes para avalar o rechazar su indicación.

Manejo de fármacos. (Anexo 6).

Seguimiento

El seguimiento de los pacientes sin complicaciones y con buena evolución debe tener una periodicidad **ANUAL**.

Realizaremos una *valoración clínica* con las mismas exploraciones de la evaluación inicial (IPSS, analíticas).

- Si no hay cambios clínicos, recordar medidas higiénico dietéticas y mantener el tratamiento.
- Si hay cambios, empeoramiento o aparición de complicaciones, ajustar medicación y si no hay buena evolución → derivación.

Derivación a Urología

El paciente que cumple criterios de derivación es remitido por el médico de familia a consulta de urología.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UROLOGÍA

- Tacto Rectal patológico.
- IPSS > 20 y/o mala calidad de vida.
- PSA > 10 ng/ml.
- PSA > 4 ng /ml y PSA Libre < 20 %.
- Edad < 50 y STUI.
- Creatinina elevada > 1.5 ng /ml.
- Urolitiasis.
- Divertículos.
- Uropatía obstructiva.
- Residuo miccional >150 ml (si se hizo eco).
- No mejoría con el tratamiento.
- A petición del paciente.

II. PACIENTE QUE, TRAS VALORACIÓN POR UROLOGÍA, ES DERIVADO A AP PARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO POR AP

- IPSS menor de 20.
- Próstata no quirúrgica.
- Buena respuesta al tratamiento.
- Situación estable.
- **Informe de urología.**
- Que el paciente acepte ser derivado a AP, explícitamente como continuación de tratamiento y no como abandono.



ANEXOS

ANEXO 1

ENFERMEDADES QUE MODIFICAN EL TONO VESICAL

- DIABETES.
- DEMENCIA.
- ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
- INSUFICIENCIA CARDIACA.
- PARKINSON.
- ORQUITIS.
- ARTERIOSCLEROSIS.
- TRAUMATISMOS.
- ENFERMEDAD VESICAL.
- INFECCIONES.
- VEJIGA NEURÓGENA.
- TUMORES.
- HERNIA DISCAL.
- ANEMIA PERNICIOSA.
- LESIÓN MEDULAR.
- ENFERMEDAD RECTAL.
- ANTECEDENTES DE ETS.
- POLIOMIELITIS.
- ACC. VASCULAR CEREBRAL.

FÁRMACOS QUE DISMINUYEN LA CONTRACTILIDAD VESICAL Y/O AUMENTAN EL TONO URETRAL

- ANTICOLINÉRGICOS.
- SIMPATICOMIMÉTICOS.
- CALCIOANTAGONISTAS.
- ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS (ADT).
- IMAO.
- ANTIHISTAMÍNICOS.
- ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS.
- OPIÁCEOS.

ANEXO 2

IPSS - L (International Prostate Symptom Score)

	Nunca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Puntuación: < 8 puntos = Leve. 8 a 9 puntos = Moderada. > 20 puntos = Severa.

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los tiene ahora?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Puntuación: ≥ 4 = Afectación significativa de la calidad de vida del paciente.

ANEXO 3

Recomendaciones para pacientes con Sintomatología obstructiva del tracto urinario inferior (STUI)

La próstata es una glándula del tamaño de una nuez que rodea la uretra y está situada debajo de la vejiga urinaria y delante del recto. Se encuentra únicamente en los hombres y produce un líquido que forma parte del semen.

El aumento de su tamaño es frecuente en hombres mayores de 50 años.

Una próstata grande puede presionar la uretra, haciendo difícil orinar. Los primeros síntomas suelen ser una menor fuerza en el chorro de la orina, deseo más frecuente de orinar, sobre todo durante la noche, o la necesidad de empujar mucho para poder orinar. Más tarde, puede aparecer un goteo después de acabar de orinar y dolor al orinar.

Estos síntomas requieren que su médico le realice un tacto rectal con lo que puede determinar el tamaño y características de su próstata. Recuerde que aunque un poco molesto, el tacto rectal no es doloroso.

Habitualmente, también se le realizarán análisis de orina y de sangre, y en algunas ocasiones puede ser necesaria una ecografía de la próstata y una biopsia.

¿Qué puede hacer?

Al inicio puede no necesitar tratamiento, sólo cuidados como los que se indican más adelante, para mantenerse sin molestias:

- Beba **líquidos en pequeñas cantidades**, pero a intervalos regulares de tiempo. Una buena hidratación previene infecciones y la formación de cálculos.
- Evite ingerir grandes cantidades de líquido en poco tiempo, sobre todo en la cena. Evite las comidas copiosas.
- Elimine comidas con alimentos fuertes (embutidos, picantes, salazones y especias) y la cafeína, café y té.
- Disminuya la ingestión de alcohol, por su efecto irritante sobre la próstata.
- Orine siempre que sienta necesidad, no retrase la micción.
- Tenga calma aunque tarde algunos segundos en comenzar a orinar. Ejercer una presión progresiva de los músculos abdominales, nunca brusca.
- Evite estar sentado mucho tiempo. Se aconseja realizar paseos diarios con el fin de descongestionar el área pélvica.
- Evite los viajes largos. Efectúe descansos de unos 10 minutos para caminar y orinar.
- Evite montar a caballo, bicicleta o moto.
- Evite el estreñimiento.
- Acuérdesse de orinar antes de salir de casa, al hacer un viaje largo.
- El estrés y el nerviosismo, pueden llevar a orinar más veces.
- Aprenda a hacer ejercicios abdominales y practíquelos para fortalecer la pelvis.
- Procure mantener relaciones sexuales con regularidad, a ser posible completas, es decir, con eyaculación, esto le ayudará a disminuir la congestión pélvica.

ANEXO 4

Recuerdo Clínico y PSA

DEFINICIÓN DE HBP Se entiende por hiperplasia benigna de próstata (HBP) el aumento de tamaño de la glándula prostática que determina una obstrucción al flujo urinario y produce síntomas del tracto urinario inferior.

Es el tumor benigno mas frecuente en varones mayores de 50 años, aumentando su frecuencia con la edad.

Se observa HBP histológicamente demostrada en más del 50 % de los hombres mayores de 60 años y en el 90% de los mayores de 85 años. Su prevalencia va aumentando fundamentalmente debido a las mayores expectativas de vida. Estudios en 1996 y 1998 en Andalucía y Madrid, con una prevalencia del 19 y 21 % entre los varones de 50-59 años, hasta el 41 y 45 % de los de 70- a 79 años.

Tamaño de la próstata alrededor de 30cc (una castaña). Peso: 20-30 g. Crecimiento anual a partir de los 40 años, pero no hay una relación directa entre el tamaño de la próstata y los síntomas prostáticos.

Según criterios histológicos se pueden diferenciar dos grandes procesos:

- HPB histológica microscópica: inicio del proceso en edades muy tempranas de la vida (alrededor de los 25-50 años).
- HBP histológica macroscópica: cuando adquiere un volumen manifiesto.

Los dos únicos factores claramente implicados en su etiopatogenia son: edad y testículos funcionantes.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS. Hay dos componentes en las manifestaciones clínicas de la HPB:

- El mecánico por la obstrucción debida al agrandamiento de la próstata y que provoca la compresión del cuello vesical y de la uretra. Efecto mediado por la 5- alfa-reductasa.
- El dinámico provocado por el aumento del tono de las fibras musculares del cuello vesical y de la propia próstata, estando el efecto mediado por los receptores alfa-1-a (70% alfa-1-a solo detectados en esta región anatómica).

Por lo tanto según los componentes, predominan unos síntomas u otros, siendo este aspecto importante para la actitud terapéutica.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA HBP Hematuria, Infección urinaria, RAU (retención aguda urinaria), Insuficiencia renal, Hidronefrosis, Litiasis vesical.

PSA- Antígeno prostático específico

- Se considera valores de normalidad un PSA < 4ng/ml, pero un 25 % de los hombres con cáncer de próstata tienen valores de PSA < 4. Igualmente un nivel más alto de PSA no confirma presencia de cáncer.
- Los hombres de edad avanzada presentan cifras de PSA ligeramente más altas que los hombres más jóvenes.

La medición del PSA en suero y el tacto rectal aumentan la tasa de detección de cáncer de próstata, en comparación con el tacto rectal aislado, pero los beneficios del cribado poblacional no pueden ser establecidos. Sí se conocen, sin embargo, sus riesgos. La American Cancer Society y la American Urological Association recomiendan el cribado con tacto rectal y PSA anual a partir de los 50 años. La USS Preventive Medicine Taskforce no encuentra argumentos para generalizar el screening de masas. En caso de producirse toda petición de PSA debe ir precedida de una detallada conversación con el paciente sobre los pros y contras. Se valorarán las expectativas de vida superior a 10 años y a aquellos en los que el diagnóstico de cáncer de próstata, una vez establecido, podría cambiar el plan terapéutico (riesgo cardiovascular elevado...).

ANEXO 5

ECOGRAFÍA

- **Ecografía abdominal.** Aporta información acerca de:
 - Tamaño prostático.
 - Residuo postmiccional. Se acepta que es significativo si es superior al 10-20% del volumen miccional. Su presencia no es indicativa de obstrucción y puede estar más relacionado con la función del detrusor. Si se aprecian valores en el volumen postmiccional > 100-150ml indica disfunción vesical, lo que se asocia a una elevada probabilidad de retención aguda de orina y predice una menor respuesta al tratamiento, por lo que debe plantearse la cirugía como posible tratamiento. Aparece globo vesical en volúmenes de más de 200 ml.
 - Vías urinarias. Medición del volumen urinario. Se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Volumen (ml)} = A+B+C \times \frac{3}{4}$$

A, B y C son las medidas de los diámetros vesicales.

- **Peso de la próstata.** Se calcula en gramos por la siguiente fórmula:

$$\text{Peso (gramos)} = A \times B \times C \times \frac{1}{2}$$

A, B, C, son los diámetros de la próstata (anchura, altura y profundidad).

ANEXO 6

MANEJO TERAPÉUTICO

El tratamiento de la STUI tiene como objetivos disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida y evitar la aparición de complicaciones como la retención urinaria.

El abordaje terapéutico variará en función de la edad del paciente, la sintomatología, la calidad de vida, las complicaciones y la enfermedad asociada.

Si el paciente HBP no cumple criterios de derivación consideramos tratamiento por AP.

Vigilancia expectante y medidas higiénico-dietéticas

En pacientes con un IPSS < 8 (1-7), y con clínica sin complicaciones, se recomiendan cambios en el estilo de vida (evitar el sedentarismo, realizar ejercicio físico, restricción de líquidos por la noche, alcohol, café y algunos fármacos que actúan sobre la fibra muscular lisa -neurolépticos, anticolinérgicos-...) y modificar los hábitos miccionales.

(Se facilitará al paciente la hoja de apoyo con las recomendaciones higiénico dietéticas. Anexo 3).

Tratamiento farmacológico

A) Agentes fitoterapéuticos

Si las medidas higiénico-dietéticas no dan resultado, antes de iniciar otro tratamiento farmacológico, se podría usar *serenoa repens*. Tener en cuenta que no existe evidencia científica de su beneficio, su ventaja sobre otros fármacos es la menor incidencia de efectos adversos.

B) Alfabloqueantes

Actúan sobre el componente dinámico de la obstrucción vesical mediante la relajación del músculo liso prostático. No modifican la historia natural de la enfermedad, pero minimizan los síntomas disminuyendo la IPSS entre 4 y 6 puntos. Su efecto secundario más frecuente es la hipotensión ortostática.

No modifican los valores del PSA.

Alfabloqueantes utilizados para tratar la HBP:

- Alfuzosina (2,5, 5 y 10 mg comp. v.o.). Dosis 5-10mg/12h.
- Doxazosina (2, 4 y 8 mg comp. v.o.). Dosis 2-8mg/24h.
- Terazosina (2 y 5 mg comp. v.o. y 1mg sol.). Dosis 5-10 mg/24h.
- Tamsulosina (0,4 mg comp. v.o.). Dosis 0,4 mg/24h.
- Silodosina (4 y 8 mg caps. v.o.). Dosis 4-8 mg/24h.

Alfuzosina y tamsulosina son uroselectivos produciendo una mejoría importante en la tolerancia.

● Indicaciones para el uso de alfabloqueantes

- HBP no complicada.
- Sintomatología imitativa y obstructiva moderada: IPSS entre 8-19, residuo postmiccional < 150 ml).
- En espera de cirugía.
- Si la cirugía está contraindicada.
- Si el paciente rechaza la cirugía.
- Prevención de retención urinaria en pacientes con HBP.
- Complemento a otras opciones terapéuticas.

● Recomendaciones para la toma de alfabloqueantes

- Se minimizan los efectos al darlos por la noche comenzando con dosis bajas, y desaparecen estos al suspenderlos.

● Contraindicaciones de los alfabloqueantes

● Absolutas

- Insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a HBP.
- Hipotensión ortostática.
- Distensión vesical.

● Relativas

- Infecciones urinarias de repetición.
- Historia de síncope.
- Cálculos vesicales.
- Retención crónica incompleta.
- Accidente cerebrovascular (ACV) reciente.

● Efectos secundarios de los alfabloqueantes

- Vértigo.
- Hipotensión.
- Cansancio.
- Cefalea.
- Taquicardia.
- Sequedad bucal.
- Eyaculación retrógrada.

C) Inhibidores de la 5-alfa-reductasa

Inhiben la conversión de testosterona en dihidrotestosterona (DHT) dentro de la célula prostática necesaria para el crecimiento prostático; disminuyen el tamaño prostático hasta en un 30 %; tardan en hacer efecto entre 3-6 meses y *ocasionan descensos del PSA hasta en un 50 % de su valor inicial*.

- Se utilizan en la actualidad:

- *Finasterida* (5 mg comp. v.o.). Dosis 5mg/24h

Fármaco de acción hormonal (inhibe la isoenzima II de la 5 alfa- reductasa). Su efectividad es mayor en próstatas grandes (mayores de 40 g) y cuando predominan los síntomas obstructivos reduciendo el riesgo de retención aguda de orina y la cirugía. Su principal efecto secundario es la impotencia. Reduce las cifras de PSA en un 50 %, por lo que debe doblarse las cifras de PSA obtenidas para el seguimiento y detección del cáncer de próstata.

- *Dutasterida* (0.5 mg comp. v.o.) Dosis 0.5 mg/24h

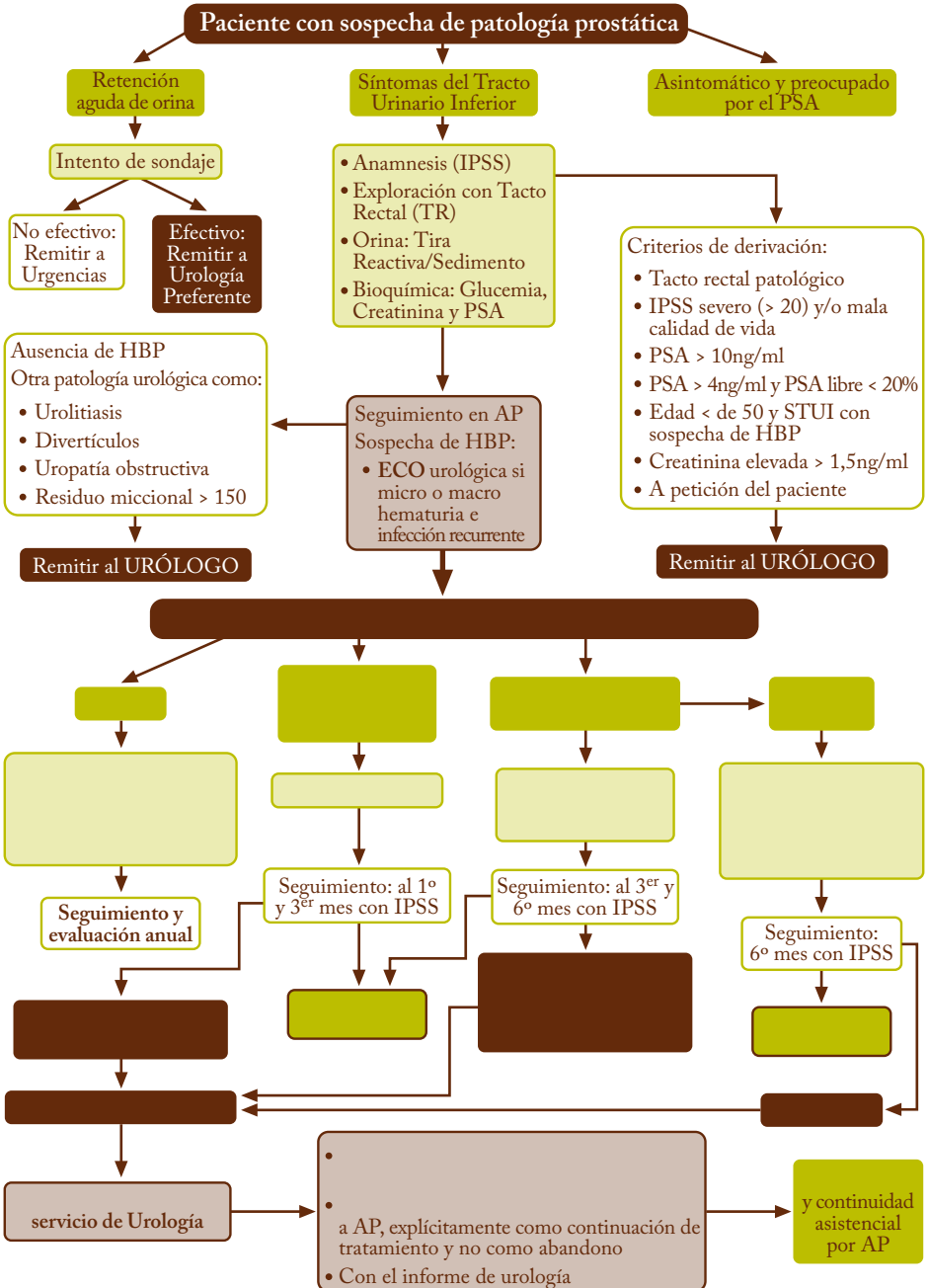
Inhibe la isoenzima I y II de la 5 alfa-reductasa. Redice los niveles de DHT en más del 90 %. Mejora los síntomas de forma continuada a lo largo del tiempo. Disminuye el riesgo de retención aguda de orina y la cirugía. Eficaz en próstatas grandes (mayores de 30 g).

- Efectos adversos de los inhibidores de la 5-alfa-reductasa:

- Alteración de la sexualidad: disfunción eréctil, alteraciones de la eyaculación y disminución de la libido.

Sí una vez iniciado el tratamiento con monoterapia no hay evolución favorable, valorar la indicación de tratamiento combinado (alfa-bloqueantes + inhibidores de la 5-alfa reductasa).

ANEXO 7



Paciente con sospecha de patología prostática

Retención aguda de orina

Intento de sondaje

No efectivo:
Remitir a Urgencias

Efectivo:
Remitir a Urología Preferente

Síntomas del Tracto Urinario Inferior

- Anamnesis (IPSS)
- Exploración con Tacto Rectal (TR)
- Orina: Tira Reactiva/Sedimento
- Bioquímica: Glucemia, Creatinina y PSA

Asintomático y preocupado por el PSA

Criterios de derivación:

- Tacto rectal patológico
- IPSS severo (> 20) y/o mala calidad de vida
- PSA $> 10\text{ng/ml}$
- PSA $> 4\text{ng/ml}$ y PSA libre $< 20\%$
- Edad < 50 y STUI con sospecha de HBP
- Creatinina elevada $> 1,5\text{ng/ml}$
- A petición del paciente

Remitir al URÓLOGO

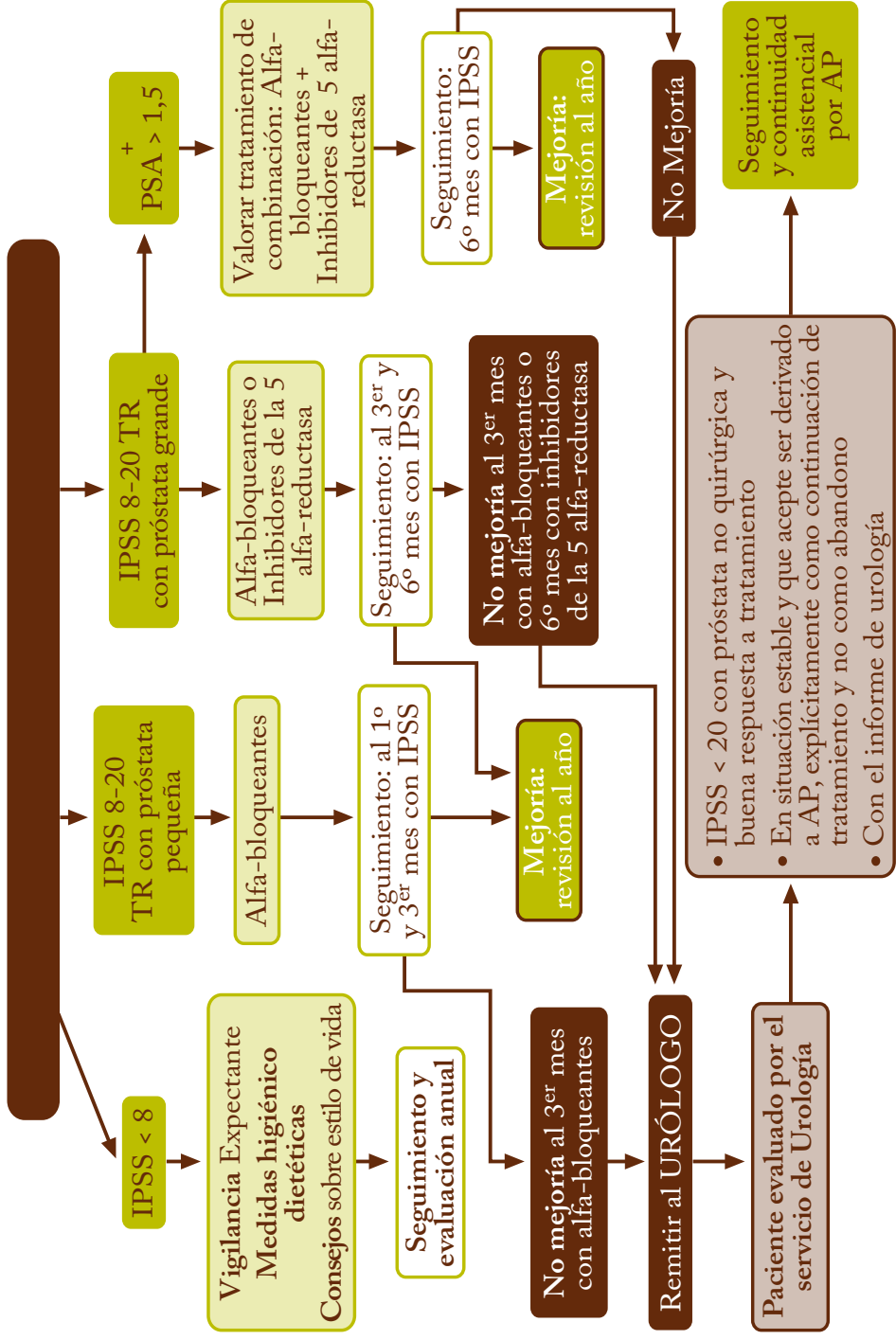
Seguimiento en AP
Sospecha de HBP:

- ECO urológica si micro o macro hematuria e infección recurrente

Ausencia de HBP
Otra patología urológica como:

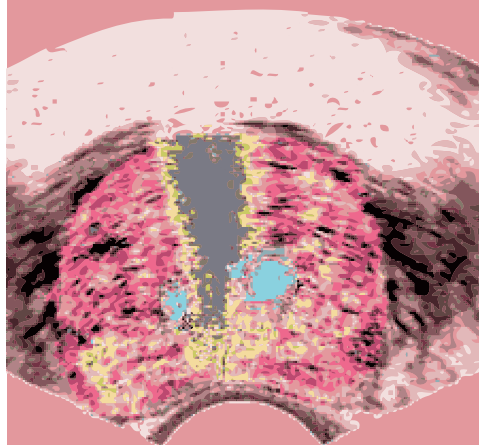
- Urolitiasis
- Divertículos
- Uropatía obstruiva
- Residuo miccional > 150

Remitir al URÓLOGO



7 BIBLIOGRAFÍA

- Guía de actuación clínica en Nefrología: HBP. semFYC. 2003.
- Protocolos FMC. Patología prostática. Año 2005.
- Guía práctica de la Salud. Enfermedades del aparato genital masculino, semFYC 2005.
- Brenes FJ, Pérez N, Pimienta M, Dios JM. Hiperplasia benigna de próstata. Abordaje por el médico de Atención Primaria. SEMERGEN. 2007;33(10):529-39.
- Criterios de derivación en HBP para AP. Un proyecto de semFYC. SEMERGEN, SEMG, Asociación Española Urología. Año 2009.
- Protocolos AP-UROLOGÍA Hospital Reina Sofía 2009.
- Fisterrae.
- Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica.
- www.aemps.es



PROCESO DE ACTUACIÓN

ANTE UN PACIENTE
CON HIPERTROFIA
BENIGNA DE PRÓSTATA
Y SINTOMATOLOGÍA
DEL TRACTO URINARIO
INFERIOR