

Diagnóstico y manejo en atención primaria de hiperplasia prostática benigna

Diagnóstico y manejo en atención primaria de hiperplasia prostática benigna

Síntomas

De vaciado: retraso inicio de la micción, chorro débil, micción en regadera, micción intermitente/prolongada, esfuerzo miccional.

Postmiccionales: sensación de vaciado incompleto, goteo postmiccional.

De llenado: polaquiuria, nicturia, micción imperiosa, incontinencia de urgencia, incontinencia continua. **(Síndrome de frecuencia-urgencia)**

Retención aguda de orina (RAO).

Retención crónica de orina. Puede asociar incontinencia urinaria.

Dolor genital o del tracto urinario inferior.

Reflujo vésico-ureteral: dolor en flanco en relación con la micción.

Valoración

Tabla 1.

1. Anamnesis	• Características y duración • IPSS (valora severidad: 0-7 leve, 8-19 moderado, 20-35 severo) • Enfermedades: parkinsonismo, diabetes, ACV, insuficiencia cardiaca, estenosis uretral, prostatitis... • Fármacos: Anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, adrenérgicos, calcioantagonistas.
2. Exploración física	• Globo vesical • Tacto rectal (tamaño, consistencia, homogeneidad, surco medio, fijación a estructuras vecinas) • Neurológica
3. Sedimento orina	Si síndrome frecuencia-urgencia severo: citología para descartar Carcinoma in situ.
4. Análisis sangre	• PSA si esperanza de vida mayor de 10 años, en caso de que el diagnóstico de cáncer de próstata vaya a suponer un cambio en el manejo. ◦ Menor de 4 ng/ml normal. ◦ Mayor de 10 ng/ml patológico. ◦ 4-10 ng/ml: ver relación PSA libre/PSA total. Relación baja, menor de 0.15- 0.25 (punto corte controvertido): mayor probabilidad de cáncer. • Creatinina.
5. Ecografía nefro-urológica	Ver sistema excretor, hipertrofia detrusor, divertículos y cálculos vesicales.

Diagnóstico y manejo en atención primaria de hiperplasia prostática benigna

Tabla 2.

IPSS (Baremo internacional de sintomatología prostática)	Ninguna	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	Alrededor de la mitad de las veces	Mas de la mitad de las veces	Casi siempre
Vaciado incompleto Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no haber vaciado su vejiga totalmente después de acabar de orinar?	0	1	2	3	4	5
Frecuencia Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar antes de las 2 horas de haber realizado la última micción?	0	1	2	3	4	5
Intermitencia Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha observado que paraba de orinar y volvía a comenzar de nuevo durante la micción?	0	1	2	3	4	5
Imperiosidad Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
Chorro débil Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha observado que tenía un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
Chorro forzado Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido usted que esforzarse o apretar para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
Nicturia Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido que levantarse de la cama durante la noche para ir a orinar desde que se fue a dormir hasta el momento de levantarse por la mañana?	0	1	2	3	4	5

Diagnóstico y manejo en atención primaria de hiperplasia prostática benigna

Tabla 3.

DERIVACION AL UROLOGO SI...	• IPSS severo (20-35) • Tacto rectal dudoso o patológico. • Retención aguda o crónica de orina. • Hematuria. • Insuficiencia renal. • Infecciones tracto urinario recurrentes. • PSA>4 ng/ml. • Aumento anual PSA >0.75 ng/ml. • Síntomas leves o moderados, sin mejoría tras tratamiento médico.
--	---

Tratamiento

MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS: de elección. Evitar beber mucha agua de repente, especias, embutidos, picantes, alcohol, anticolinérgicos y neurolépticos. Realizar ejercicio físico moderado.

VIGILANCIA EXPECTANTE: si síntomas leves (IPSS 0-7) bien tolerados.

FITOTERAPIA: A considerar en caso de síntomas leves. *Serenoa repens* y *pygeum africanum* igual de efectivas que finasteride.

Serenoa repens 160mg/12 h con comidas. (Permixon® caps 80-160 mg).

Pygeum africanum 50 mg/12 h (1h antes o 2 h después de comidas), ciclos de 6 semanas. (Pronitol® caps 50 mg).

FÁRMACOS: Si síntomas moderados que afectan calidad de vida.

- **α-bloqueantes:** disminuyen el tono muscular del cuello vesical y en músculo liso prostático. Efectos secundarios: hipotensión ortostática, fatiga, vértigos, sequedad de mucosas y congestión nasal.
 - o **Doxazosina** (Doxazosina EFG comp 2 y 4 mg, Carduran Neo® y Progandol Neo® 4 y 8 mg). De 2 a 8 mg/noche. En ancianos, inicio 0.5 mg/noche. [1](#)
 - o **Terazosina** (Deflox®, Magnurol® 2 y 5 mg): inicio 1 mg/noche 4 días, y aumentar hasta 5-10 mg/noche.
 - o **Alfuzosina** (Benestan retard® 5 mg, Afluzosina Bexal® comp lib prolong 5 y 10 mg). 5 mg/12 h. Inicio por la noche. Comp lib prolong 10 mg/24 h, después de una comida.
 - o **Tamsulosina** (Omnice®, Urolosin® 0.4). 1 comp/ noche. Menor efecto hipotensor.
- **Anticolinérgicos:** si predominan los síntomas de urgencia-frecuencia. Descartar previamente residuo postmiccional, vigilar su aparición durante el uso.
 - o **Tolterodina** (Detrusitol, Urotrol comp 2 mg y caps lib prolong 2 y 4 mg). 2 mg/12 h o 4 mg (caps lib prolong) /24h.
 - o **Cloruro de Trosipio** (Uraplex). 20 mg/12h.

Diagnóstico y manejo en atención primaria de hiperplasia prostática benigna

- **Inhibidores de 5- α -reductasa: *Finasteride* (Proscar® 5 mg). 5mg/24h. A los 6 meses ↓PSA un 50%. ↓volumen prostático, ↓riesgo de intervención quirúrgica, ↓episodios de RAO. Efectos adversos: disfunción eréctil, ↓la libido, ↓el volumen eyaculado, ginecomastia. **Prescripción por especialista (visado)****

(1) Disminuyen LDL, triglicéridos y aumentan HDL.

Autora

- Núria Capilla Bolinches
C.S. Llíria.

Autora para correspondencia

- Núria Capilla Bolinches
E-mail: nuriacapi@hotmail.com

Bibliografía

1. American Urological Association, Inc. The management of benign prostatic hyperplasia. Baltimore (MD): American Urological Association, Inc.; 2003. Various p. [135 references] . Guideline. The management of benign prostatic hyperplasia.
http://www.auanet.org/guidelines/main_reports/bph_management/chapt_1_appendix.pdf
2. Anand K Patel, Christopher R Chapple. Benign prostatic hyperplasia: treatment in primary care. B MJ september 2006. Vol 333:9
3. E. Broseta, A. Budía, J.P. Burgués, J.F. Jiménez Cruz. Urología práctica 2004. Hospital universitario La Fe. Valencia. Tirant lo blanch. p. 331-337.
4. F. Brenes Bermúdez, J.L. Ródenas Aguilar, C. Lleal Barriga. Hiperplasia benigna de próstata: manejo y abordaje por el Médico de A.P. El médico interactivo, programa 2002-2003. Tema 6.
<http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema7/hiperplasiai.htm#7>
5. A.M. Muñoz Rodríguez, J.R. Toribio Onieva, M.I. Moreno Moreno, Raquel Luque Vargas. Hipertrofia benigna de próstata. Guías clínicas fisterra. 2002; 2 (2).
<http://www.fisterra.com/guias2/hbp.asp>