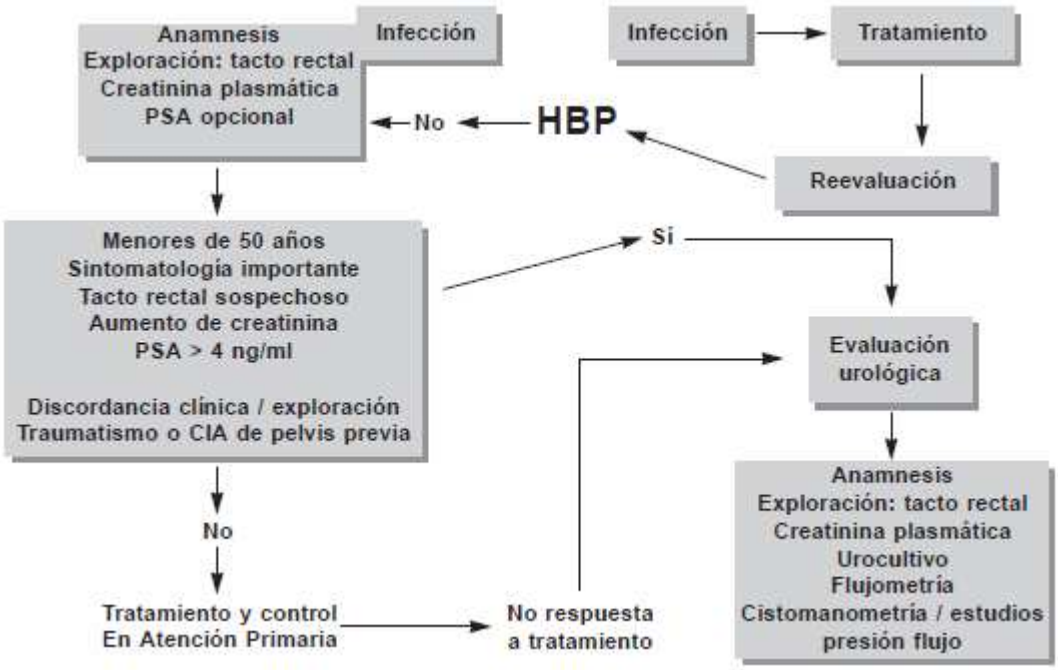
ALGORITMO DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) es una enfermedad muy frecuente cuya incidencia se ha ido incrementando con el aumento de la esperanza de vida conseguido en las últimas décadas. Afecta, en mayor o menor grado, al 50-80% de los varones en la séptima década de la vida y esta frecuencia aumenta posteriormente. Tanto es así que, según estimaciones de la OMS, el 80% de los hombres reciben tratamiento para la HBP en algún momento de su vida y el 25% de los que alcanzan los 80 años han requerido algún tipo de cirugía. Estos datos exponen claramente la importancia del problema de salud que supone la HBP. La consulta de Atención Primaria es, el primer lugar donde se refleja esta importante demanda.

Evaluación inicial del paciente con HBP. Criterios de envío al urólogo.



Una vez completada la Evaluación Inicial Básica se plantean al médico de familia dos preguntas: ¿Cuándo cuantificar el Antígeno Prostático Específico? Y ¿Cuándo remitir el paciente al urólogo?

En primer lugar, en caso de confirmar la sospecha de Hiperplasia Benigna Prostática es aconsejable la titulación de Antígeno Prostático Específico (PSA). Su descripción ha sido un gran paso adelante en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata pero tiene sus limitaciones. En primer lugar, es un antígeno próstata-específico pero no es cáncer-específico. De ahí que pueda estar elevado en procesos prostáticos no neoplásicos.

El PSA aumenta en el cáncer prostático pero también lo hace con el crecimiento benigno de la glándula de forma proporcional a su volumen. En los pacientes con sonda permanente o con procesos inflamatorios agudos o crónico-granulomatosos prostáticos también puede estar significativamente elevado. Estas consideraciones hay que tenerlas en cuenta a la hora de valorar una elevación de PSA.

Respecto a la segunda pregunta, el paciente debe ser remitido al urólogo en las siguientes circunstancias :

1. Pacientes menores de 50 años. En ellos es aconsejable ampliar el estudio inicial puesto que es poco frecuente la HBP y se deben descartar otros procesos simuladores de su sintomatología.

2. Casos en que la sintomatología es muy importante o les afecta sustancialmente a su calidad de vida. En ellos es más probable la indicación quirúrgica.

3. Tacto rectal sospechoso por la existencia de irregularidades o de nódulos. En la mayoría de estos casos, se acompañen o no de elevación del PSA, estará indicada la realización de biopsia prostática.

4. Aumento de Creatinina Plasmática ya que, como se ha comentado anteriormente, puede reflejar una insuficiencia renal obstructiva causada por la hipertrofia prostática. Estos casos tienen indicación quirúrgica absoluta tras un período con sonda permanente para normalizar previamente, en lo posible, la función renal.

5. La presencia de antecedentes como los referidos en el apartado de Valoración de los Síntomas, que hagan sospechar la existencia de otra patología asociada o no a HBP, obliga a profundizar en el estudio con realización de flujometrías, uretrografías e incluso estudios urodinámicos, etc., para su confirmación.

6. También la hematuria total con coágulos repetida obliga a estudios ecográficos y / o endoscópicos para descartar tumor vesicular.

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(Anexo 1).

– 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).

ANEXO I

Baremo internacional de la sintomatología prostática (IPSS).

PREGUNTA	0	1	2	3	4	5	PUNTUACIÓN
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 interrumpía 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 (obstructiva) y polaquiuria, disuria, nicturia, pesadez suprapúbica, urgencia miccional (irritativa).
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 facilitarla 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 clampar 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 retirada 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 frecuencia de la micción es de 15-30 min., pero el intervalo transcurrido entre micciones 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 perineales:

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:

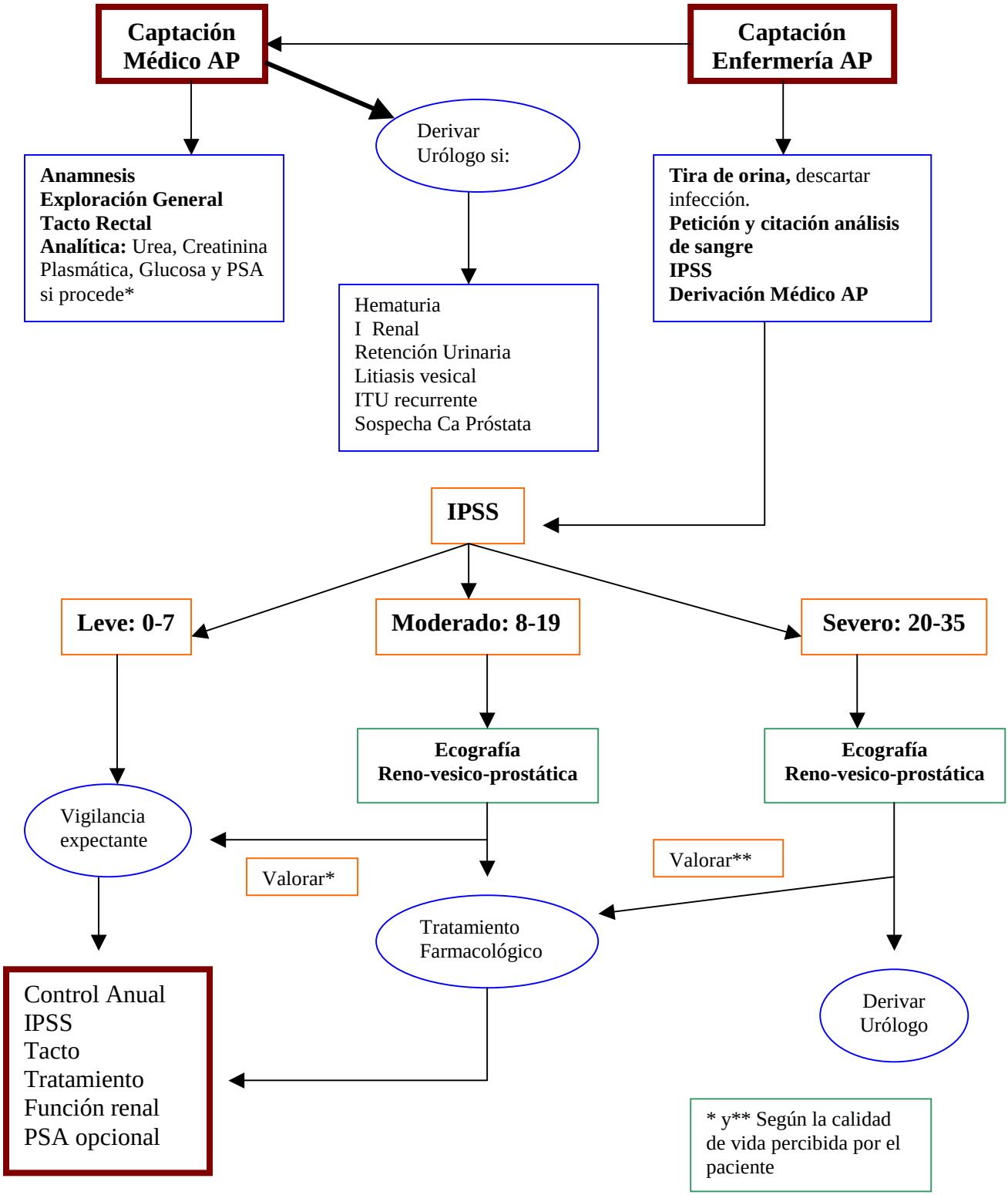
El estreñimiento puede empeorar la sintomatología de un paciente con HBP por lo que resulta recomendable que:

– 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 EN AP.



Bibliografía:

1. Semergen 24 (5): 380-384. Evaluación inicial básica en la hiperplasia benigna prostática, según la OMS.
2. Guía de Actuación Clínica en AP de HBP, en la Comunidad Valenciana
3. Proceso asistencial integrado, Hiperplasia Benigna de Próstata / Cáncer de Próstata, Sescam.
4. Nakajima H. Conferencia Internacional sobre la Hiperplasia Benigna de Próstata. Paris, Eds Díaz de Santos. Madrid 1991: 26-27
5. Torrubia Romero FJ, Cruz Navarro N, Montañés Medina P. Diagnostico e imagen en la Hiperplasia Benigna de Próstata. Medicine 7º Nº Extraordinario de Sept. 1997, Págs. 19-27.