

Evaluación clínica de pacientes con hiperplasia prostática benigna grado II en una unidad de medicina familiar

Clinical Evaluation of Patients with Benign Prostatic Hyperplasia Grade II in a Family Medicine Unit

David Evaristo Jiménez Tlatenchi,* Juan Edgardo García González,** Alfonso Zempoalteca Morales***

Recibido: 07/02/2020
Aceptado: 15/07/2020

*Unidad de Medicina Familiar No. 57, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Puebla.

**Unidad de Medicina Familiar No. 77, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ecatepec, Estado de México.

***Unidad de Medicina Familiar No. 77, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ecatepec, Estado de México. Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 92, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:
Alfonso Zempoalteca Morales
alfonso.zempoalteca@imss.gob.mx

Resumen

Objetivo: evaluar la evolución clínica de pacientes con hiperplasia prostática benigna grado II en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 77. **Métodos:** estudio longitudinal realizado de enero a octubre de 2019, se seleccionaron 206 derechohabientes de forma aleatoria sistematizada, diagnosticados con hiperplasia prostática benigna grado II, sin antecedentes quirúrgicos del aparato urinario; para evaluar la evolución de los síntomas prostáticos se utilizó el cuestionario internacional de síntomas prostáticos (IPSS) en tres ocasiones (cero, tres y seis meses). Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central y para comparar los resultados la prueba McNemar. **Resultados:** en la primera aplicación 174 pacientes presentaron síntomas leves, 29, síntomas moderados y 3, síntomas severos; en la segunda aplicación 172, presentaron síntomas leves, 34, síntomas moderados y ninguno presentó síntomas severos; en la tercera aplicación 174, presentaron síntomas leves, 26, síntomas moderados y 6, síntomas severos. La prueba de McNemar no resultó estadísticamente significativa al comparar los tres resultados. **Conclusiones:** la mayoría de los pacientes estudiados con tratamiento mantuvieron síntomas prostáticos estables.

Palabras Clave: hiperplasia prostática, tracto urinario, neoplasias

Sugerencia de citación: Jiménez-Tlatenchi DE, García-González JE, Zempoalteca-Morales A. Evaluación clínica de pacientes con hiperplasia prostática benigna grado II en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2021;28(1):38-42. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.1.77659>

Summary

Objective: to evaluate the clinical evolution of patients with Benign Prostatic Hyperplasia grade II in the Family Medicine Unit (FMU) No. 77. **Methods:** longitudinal study conducted from January to October 2019, 206 patients selected by a systematized random sampling, diagnosed with Benign Prostatic Hyperplasia grade II, without a history of surgery of the urinary system; the International Prostatic Symptom Score (IPSS) was used on three occasions (zero, three and six months) to evaluate the evolution of prostatic symptoms. Measures of central tendency were used for the descriptive analysis, and the McNemar test to compare results. **Results:** in the first application 174 patients presented mild symptoms, 29, moderate symptoms, and 3, severe symptoms; in the second application 172 presented mild symptoms, 34, moderate symptoms, and none presented severe symptoms; in the third application 174, presented mild symptoms, 26, moderate symptoms, and 6 severe symptoms. The McNemar test was not statistically significant when comparing the three results. **Conclusions:** most of the studied patients in treatment maintained stable prostate symptoms.

Keywords: Prostatic Hyperplasia, Urinary Tract, Neoplasms

Introducción

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es el tumor con mayor incidencia en varones a partir de los cuarenta años.¹⁻⁶ En el año 2014 se registraron en México más de 40 000 casos nuevos, de los cuales 96% tenía 45 o más años.⁷ En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se reportaron en 2017 43 203 casos.⁸ La HPB presenta síntomas irritativos y obstructivos de las

vías urinarias inferiores como uno de los principales malestares.^{9,10}

En México, aproximadamente 61% de la población mayor de 45 años reporta sintomatología prostática; a partir de los 55 años 25% manifiesta datos obstructivos y a los 75 años 50% comenta que también los presentan.¹¹ Las unidades de medicina familiar realizan una alta inversión financiera en tratamientos farmacológicos centrados en disminuir los síntomas.¹²

La evaluación de los síntomas prostáticos en pacientes con tratamiento debe ser periódica en el primer nivel de atención a través del cuestionario internacional de síntomas prostáticos (IPSS), a fin de detectar complicaciones.¹³

El IPSS es un cuestionario estandarizado, validado y autoaplicable,¹⁴ ayuda a valorar la necesidad de tratamiento y monitoriza la evolución de los síntomas.^{15,16} Este instrumento fue desarrollado y validado por la Asociación Americana de Urología, e incluye siete preguntas que evalúan: frecuencia, nicturia, flujo urinario débil, vacilación, intermitencia, vaciado incompleto y urgencia; tiene un alfa de Cronbach= 0.86 y una fiabilidad test-retest de $r = 0.92$.¹⁷

Los pacientes con síntomas leves y moderados de HPB que no requieren fármacos se pueden mantener en vigilancia, cuando la sintomatología es severa se indica tratamiento farmacológico a fin de evitar intervenciones quirúrgicas. El tratamiento incluye alfabloqueadores cuyo mecanismo de acción es relajar el músculo liso de la próstata y cuello de la vejiga, el efecto se observa desde los primeros días, pueden propiciar una disminución de síntomas de manera importante y mantener su eficacia entre 6 y 12 meses; por otro lado, los inhibidores de la 5-alfa-reductasa disminuyen el

tamaño de la próstata y las concentraciones de dehidrotestosterona.^{18,19} Después del tratamiento los síntomas del tracto urinario inferior pueden disminuir de 15-30% y el volumen prostático de 18-28%.²⁰ Finalmente los antagonistas de los receptores muscarínicos y los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 relajan el músculo detrusor; el uso combinado de fármacos son una opción para la reducción del riesgo de retención aguda de orina, el crecimiento prostático y los síntomas obstructivos.²¹

La vigilancia de la severidad de los síntomas obstructivos e irritativos es esencial para prevenir complicaciones sobre todo en aquellos pacientes que no requieren tratamiento quirúrgico por tal motivo el objetivo de este estudio fue evaluar los síntomas clínicos de los pacientes con HPB grado II en la UMF No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Métodos

Estudio longitudinal, aprobado por el comité local de investigación, realizado de enero a octubre de 2019, participaron 206 derechohabientes de la UMF previa firma de consentimiento informado. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HPB grado II valorados por un médico urólogo en el segundo nivel de atención, con tratamiento para hiperplasia prostática, con o sin presencia de enfermedades crónicas-degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial, sin enfermedades que provocaran variaciones en la percepción de los síntomas del tracto urinario inferior. Se excluyeron pacientes con antecedente de cáncer de próstata, antecedentes de infecciones urinarias repetitivas o crónicas, con tratamientos invasivos previos para la obstrucción del flujo urinario, portadores de insuficiencia renal, que tuvieran tratamientos quirúrgicos.

gicos pélvicos, antecedentes de traumatismo de uretra, que hayan recibido trasplante renal o trastornos cognitivos que les incapacitara responder los formularios complementarios de la investigación.

Con un universo de 858 derechohabientes, se realizó el cálculo de tamaño de muestra utilizando la fórmula para poblaciones finitas. Los pacientes fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistematizado los datos fueron proporcionados por el área de información y archivo clínico de la unidad.

Se recabaron datos sociodemográficos; para cuantificar los síntomas prostáticos y evaluar la evolución clínica se aplicó el cuestionario IPSS en tres momentos: inicial, al captar al paciente; segunda a los tres meses y tercera a los seis meses con la finalidad de comparar la intensidad y severidad de los síntomas posteriores a la valoración por segundo nivel.

El IPSS consta de siete preguntas las cuales se califican de 0 a 5 puntos aumentando conforme a la severidad de los síntomas; los resultados se dividen en tres grados conforme al total de puntos obtenidos en el cuestionario: leve 0-7 puntos, moderado 8-19 puntos y severo 20-35 puntos.^{15, 10, 17}

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa estadístico spss v.23. Se realizó estadística descriptiva con frecuencias simple, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión; la evaluación de los resultados en del IPSS se desarrolló mediante la prueba de McNemar.

Resultados

Se analizaron 206 derechohabientes con HPB grado II, el rango de la edad fue de 41 a 78 años, (DE ± 6.03), IC 95 %: 56.43-58.09; la media del peso fue 80.24 kilogramos (DE ± 14.02), IC 95 %: 78.31-82.16; la media en talla fue de 1.66 m. 115 derechohabientes no presentaron enfermedades crónico degenerativas, 20 pacientes eran portadores de diabetes mellitus, 38, de hipertensión arterial sistémica y 33,

Tabla 1. Características de la población

Edad	Frecuencia	Porcentaje
40-49 años	14	6.8 %
50-59 años	154	74.8%
60-69 años	26	12.6 %
70-79 años	12	5.8%
Estado Civil		
Soltero	13	6.3%
Unión libre	13	6.3%
Casado	176	85.4%
Divorciado	2	1.0%
Viudo	2	1.0%
Escolaridad		
Primaria	55	26.7%
Secundaria	71	34.5%
Bachillerato	37	18.0%
Técnico	8	3.9%
Superior (licenciatura, ingeniería)	17	8.3%
Sabe leer y escribir	18	8.7%
Medicación		
Ninguno	4	1.9%
Prazosina	1	0.5%
Finasteride	1	0.5%
Tamsulosina	175	85.0%
Tamsulosina/Finasterida	15	7.3%
Tamsulosina/Sildenaflil	4	1.9%
Tamsulosina/Tolteradina	2	1.0%
Tamsulosina/Prazosina	1	0.5%
Tamsulosina/Oxibutina	3	1.5%
Comorbilidad		
Ninguno	115	55.8%
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	20	9.7%
Hipertensión arterial (HAS)	38	18.4%
DMT2 y HAS	33	16.0%
Peso		
	Mínimo	43.7kg
	Máximo	141kg

presentaban diabetes e hipertensión. En cuanto a la escolaridad 34.5% contaban con estudios de secundaria, el tratamiento para la HPB que más predominó fue la tamsulosina, ver tabla 1.

La evaluación de la evolución clínica de los síntomas del tracto urinario inferior (ver tabla 2); se mantuvo estable en la mayoría de los derechohabientes, con un predominio de sintomatología leve en las tres tomas; el aumento en la severidad fue secundario a infecciones agudas de vías urinarias. Para el análisis estadístico se dicotomizó en dos grupos, el primero correspondió a leves y el segundo, a moderados/severos.

La comparación de resultados se realizó mediante la prueba estadística de McNemar; al comparar la primera aplicación del cuestionario IPSS con la segunda, la primera aplicación con la tercera, y la segunda aplicación con la tercera se determinó que en todas estas pruebas referidas no existió una significancia estadística ($p > 0.05$).

Al evaluar la asociación de los tratamientos farmacológicos con el resultado de la severidad de los síntomas (ver tabla 3). Se utilizó la prueba estadística χ^2 , los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos en la primera y tercera aplicación ($p = 0.001$), mientras que en la segunda aplicación el resultado no fue estadísticamente significativo ($p = 0.096$).

Discusión

Al evaluar la evolución de los síntomas, se determinó que más de la mitad de la población presentó sintomatología leve; se han reportado datos semejantes a los observados en estudios con participantes de países como Francia, España, Estados Unidos e incluso en México;¹⁰ esto guarda relación con el tiempo de evolución de la HPB, ya que a menor tiempo de la mani-

Tabla 2. Resultados de las tres tomas del cuestionario IPSS

		Leve	Moderado / severo	Total
1ª toma	Frecuencia	174	32	206
	Porcentaje	84.5%	15.5%	100%
2ª toma	Frecuencia	172	34	206
	Porcentaje	83.5%	16.5%	100%
3ª toma	Frecuencia	174	32	206
	Porcentaje	84.5%	15.5%	100%

Tabla 3. Comparación de intensidad de los síntomas IPSS vs tratamiento

Tratamiento	IPSS 1ª		IPSS 2ª		IPSS 3ª	
	Leve	Moderado / severo	Leve	Moderado / severo	Leve	Moderado / severo
Ninguno	1	3	3	1	1	3
Prazosina	1	0	1	0	1	0
Finasteride	1	0	1	0	1	0
Tamsulosina	154	21	150	25	154	21
Tamsulosina/ Finasterida	10	5	11	4	10	5
Tamsulosina/ Sildenafil	4	0	1	3	4	0
Tamsulosina/ Tolteradina	1	1	2	0	1	1
Tamsulosina/ Prazosina	1	0	1	0	0	1
Tamsulosina/ Oxibutina	1	2	2	1	2	1

festación inicial de la sintomatología su exacerbación hacia estadios más avanzados será también menor.

El cuestionario IPSS permite vigilar la evolución y medir la severidad para establecer el cuadro clínico en la HPB con la finalidad de contar con mayores elementos para la elección del tratamiento en los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior.^{9,12,18} En este sentido, se requiere dar continuidad y un adecuado manejo a este tipo de pacientes para evitar complicaciones futuras.

Los 5-alfa-reductasa tienen su efecto farmacológico a los seis meses de trata-

miento, en el caso de los alfabloqueadores, el efecto completo puede verse a las pocas semanas, incluso en los primeros días.¹⁹⁻

²¹ En este estudio, considerando que los derechohabientes ya cuentan con tratamiento farmacológico establecido y ajustado en su última consulta anual con el médico urólogo tratante, los resultados del IPSS demuestran pocos cambios en la evolución de los síntomas del tracto urinario inferior relacionados con cambios prostáticos, por lo que se mantuvo estable la severidad.

Al menos 30% de los pacientes no responden al tratamiento médico a

corto plazo y un subconjunto requiere cirugía.^{22,23} En el presente estudio, seis derechohabientes se reportaron en la última aplicación del IPSS con síntomas severos, lo que representa menos de 3% de la población con mala evolución clínica; no obstante esta cifra, es muy importante realizar un adecuado abordaje en todos los pacientes, poniendo especial énfasis en aquellos que, por su condición genética o clínica, pueden desarrollar un mayor grado de severidad.

En la evolución de los síntomas prostáticos en derechohabientes durante los seis meses de seguimiento no se apreciaron cambios significativos de severidad en la mayoría, mientras que los síntomas severos se debieron a causa de infecciones del tracto urinario inferior. El curso de la enfermedad se ve modificado por variables que no se incluyeron en este estudio como el síndrome metabólico, síntomas depresivos, el consumo de alcohol y la inflamación prostática crónica por diversas etiologías;²³ se debe considerar como una limitación de este estudio que estas variables no se hayan incluido desde la planeación, ya que impactan directamente en la evolución clínica de los derechohabientes con HPB y proporcionan información relevante para un abordaje adecuado en este tipo de pacientes.

Conclusión

La evaluación de la evolución clínica durante este periodo en los pacientes con HPB grado II demuestra que la severidad de los síntomas prostáticos se mantiene estable, sin embargo, es importante considerar los procesos infecciosos de las vías urinarias como una causa de exacerbación de los síntomas del tracto urinario inferior y considerar otras comorbilidades que pueden provocar

empeoramiento de los síntomas. Se debe tener siempre en cuenta que el IPSS debe ser utilizado por el médico familiar como una herramienta práctica y sencilla para vigilar la evolución clínica de estos pacientes.

Referencias

- Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, et al. Anatomía de las vías urinarias y los genitales masculinos. En: Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, editores. Campbell – Walsh, urología, México: Editorial médica panamericana; 2012. 52-59.
- Serrano B, Gómez E. Urología básica para estudiantes, Ecuador: unidad de comunicación e imagen Institucional: 2016.
- Cooperberg M, Presti J, Shinohara K, Carroll P. Neoplasias Prostáticas. En: Mcaninch J, Lue T, editores. Smith Y Tanagho Urología general, México: 18ª edición, editorial Mc Graw Hill; 2014. 350-357.
- Roehrborn C. Hiperplasia prostática benigna: Etiología, fisiopatología, epidemiología e historia natural. En: Mcaninch J, Lue T, editores. Smith Y Tanagho urología general. México: 18ª edición, editorial Mc Graw Hill; 2014. 2593 - 2632.
- Manejo de la hipertrofia prostática benigna. Guía de práctica clínica. Guatemala, IGSS 2016 [Internet]. [Citado 2020 May 19]. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/cirugia/GPC-BE%20No.%2074%20Manejo%20de%20la%20Hipertrofia%20Prostatica%20Benigna.pdf>
- Bin Lim K. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia, Asian J Uro. 2017;4(3):148-151.
- Norma Oficial Mexicana NOM-048-2017 [Internet]. [Citado 2020 May 19]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6881/salud11_C/salud11_C.html#:~:text=En%20el%20a%3%B1o%202014%2C%20se,importantes%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20masculina
- Notificación semanal de Casos nuevos de enfermedades marzo 2017, subsistema de notificación semanal de casos nuevos de enfermedades, México 2017 [Internet]. [Citado 2020 May 19]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/.../1.-Reporte_de_Enero_de_2017.pdf
- Carrero V, Cózar J, Miñana B. Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior: revisión de las evidencias actuales. Actas Urol Esp. 2016;40(5):288-294.
- Delgado E, Pulido C, Navarro C. Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 Años en una unidad de medicina familiar, Rev Méd Md. 2015;6(4):263-267.
- Rubinstein E, Gueglio G, Giudice C, Tesolin P. Benign prostatic hyperplasia. Evid Act Pract Ambul. 2013;16(4):143-151.

- Diagnóstico y tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior asociado a crecimiento prostático. Guía de referencia rápida, México, CENETEC [Internet]. [Citado 2020 May 19]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/176GER.pdf>.
- Pérez Y, Molina V, Oyarzabal Y, Mas F. Tratamiento farmacológico en la hiperplasia prostática benigna. Rev Cubana Farm. 2011;45(1):109-126.
- Herrero T, López A, Ramírez V, Capdevila M, Terradillos J. Correlation between PSA and IPSS values, type of work, and education al level in a Spanish occupational population. Rev Mex Urol. 2013;73(3):119-124.
- Preciado D, Kaplan S, Iturriaga E, Ramón E, Mayorga E, Auza A. Comparación del Índice Internacional de Síntomas Prostáticos versus Escala Visual Análoga Gea® para la evaluación de los síntomas de la vía urinaria inferior. Rev Mex Urol. 2017;77(5):372-382.
- Molero JM, Pérez Morales D, Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido E, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. Aten Primaria. 2010;42(1):36-46.
- Barry M, Fowler F, O'Leary M. The american urological association symptom index for benign prostatic hyperplasia. J Urol. 1992;148(5):1549-57.
- Diagnóstico y tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior Asociado a crecimiento prostático. Guía de referencia rápida, México. CENETEC 2018. [Internet] [Citado 2018 May 20] Disponible: <http://www.imss.gob.mx/sites/all-statics/guiasclinicas/176GER.pdf>.
- Zambrano N, Palma C. Management of benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction by the general physician. Rev Med Clin Condes. 2018;29(2):80-192.
- López H, Gómez P, Moreno M, Patiño G, Rasch A, Dallos A, et al. Guía de manejo de la hiperplasia prostática benigna. Sociedad colombiana de urología 2014. Urol Colomb. 2015;24(3):187.e1-187.e32.
- Vita R, Manzano J, Truzzi J, Nardi A, Silvino, Marquez W. Treatment of benign prostatic hyperplasia. Rev Assoc Med Bras. 2017;63(2):95-99. DOI:10.1590/1806-9282.63.02.95.
- Bechis S, Otsetov A, Ge R, Olumi A. Personalized medicine for the management of benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2014;192(1):16-23.
- Robert G, Descazeaud A, De la Taille A. Lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: who are the high-risk patients and what are the best treatment options? Curr Opin Urol. 2011;21(1):42-8.
- Safwat A, Hasanain A, Shahat A, Razek M, Orabi H, Abdul S, et al. Cholecalciferol for the prophylaxis against recurrent urinary tract infection among patients with benign prostatic hyperplasia: a randomized, comparative. World Journal of Urology. 2019;37:1347-1352.