

Artículo original

Severidad de sintomatología prostática: encuesta de pacientes entre 40-60 años

Verónica Vergara Méndez,¹ Lidia Bautista-Samperio¹

¹ Unidad de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

Se propone la Encuesta de Sintomatología Prostática de Baremo Internacional, ya utilizada en México. **Objetivo:** Determinar la severidad de la sintomatología prostática y calidad de vida de acuerdo a la Encuesta Baremo Internacional. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, en 210 hombres muestrados por conveniencia, entre 40 a 60 años, excluyendo aquéllos con administración de diuréticos, infección urinaria recurrente, cirugía o neoplasia uretral, y enfermedad psiquiátrica; se clasifican en cuatro categorías: sin síntomas, leve, moderada y severa. Análisis con estadística descriptiva, y U de Mann-Whitney con «p» 0.05. **Resultados:** Edad promedio de 51 ± 6.5 años; en 61 (29%) se hallaron síntomas prostáticos; de ellos 36 (59%) corresponde a categoría de leve y 55% a obstructivos y sólo la hipertensión arterial influyó significativamente. **Conclusiones:** Con incremento conforme a la edad, mayor frecuencia en mayores de 50 años; la severidad de los síntomas predominó en categoría de leve, tipo obstructiva; percepción de calidad de vida aceptable. El factor que influyó fue la hipertensión arterial.

Palabras clave: *Sintomatología prostática, (IPSS), hipertrrofia prostática benigna, calidad de vida.*

Summary

A survey of Symptom Prostatic of International Scale, already used in Mexico, is proposed. **Objective:** To determine the severity of symptoms and quality of life according to the Survey International Scale. **Methodology:** A descriptive, transverse and prospective study of 210 men, among 40 to 60 years, excluding those that received diuretics, of had urinary recurrent infection, surgery or urethral neoplasia, and psychiatric illness. They were divided in four categories: without symptoms, light, moderate and severe. Statistic with OR of Mann-Whitney with «p» 0.05. **Results:** Average age a 51 ± 6.5 year-old; in 61 (29%) prostatic symptoms were present; of them 36 (59%) were light and 55% showed some degree of obstruction; arterial hypertension was the significant symptom. **Conclu-**

sions: Increasing with age the severity of the symptoms prevailed in the obstructive type and perception of quality of life.

Key words: *Prostatic symptoms, (IPSS), hypertrophy benign prostatic, quality of life.*

Introducción

La próstata, considerada como un órgano del aparato genitourinario masculino, tiene una conformación glandular,^{1,2} cuya hiperplasia es el tumor benigno más frecuentemente observado a partir de los 50 años de edad³ y está íntimamente relacionado con cáncer de próstata.⁴ En 1999, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se reporta en segundo lugar de los tumores malignos en varones en edad reproductiva, con una tasa de 71.7 por 100 mil habitantes, lo que hace obligatoria la realización de valoraciones oportunas en el aumento de volumen de dicha glándula.^{5,6} Se observa un ritmo de crecimiento prostático de los 31 y hasta los 50 años de 1.6 g por año; entre los 50 a 75 años el volumen se duplica cada 4.5 años; y posterior a esta edad, cada 10 años.

Calvo y Tanagho coinciden en la poca definición de los factores de riesgo para la hipertrofia prostática; aunque se han sugerido algunos como la genética, ya que aparece con frecuencia en familiares de primer orden, sobre todo en pacientes relativamente jóvenes (antes de los 60 años);⁷ otros como factores dietéticos, con dietas ricas en grasas animales, baja en verduras,^{7,8} y vitamina E,⁹ la raza, con una predisposición en negros americanos; hábito tabáquico, el hiperinsulínismo^{7,9} y parte del síndrome metabólico.

Aproximadamente el 61% de la población reporta sintomatología prostática, a partir de los 55 años; 25% sufre de datos obstructivos a los 75 años, y el 50% refiere disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario.¹⁰

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a definir la hipertrofia prostática benigna (HPB), considera tres criterios: tamaño, obstrucción y síntomas, y recomienda la realización de estudios epidemiológicos que permitan conocer la historia natural del prostatismo y favorezcan su diagnóstico y manejo.³ Como en toda

patología, la identificación de signos y síntomas para la conformación del diagnóstico conlleva variantes importantes; clínicamente los síntomas obstructivos son los primeros en aparecer.¹¹ Se dice que más de la mitad de los hombres con HPB muestran síntomas tempranos de la enfermedad, como disminución de la fuerza de la micción; aumento del residuo urinario y alteración del perfil de presión de la uretra. Obstructivos subjetivos, tales como: dificultad para iniciar la micción, nicturia y sensación de residuo urinario e interrupción del chorro urinario. Irritativos objetivos: aumento de la frecuencia urinaria. Irritativos subjetivos: tenesmo vesical.¹¹

Las manifestaciones clínicas en pacientes jóvenes (menores de 60 años de edad), son en el 61%: síntomas obstructivos, retención urinaria y hematuria; en el 20% dolor abdominal, lumbar o rectal; síntomas que configuran el síndrome clínico de prostatismo.³ La progresión en este tipo de patología, ha hecho que se busquen mecanismos e instrumentos de evaluación,¹³ uno de ellos es la Encuesta Baremo Internacional de Sintomatología Prostática (I-PSS),¹⁴ de autoaplicación, adoptada por la OMS, recomendada a partir de la 1^a Conferencia del Consenso de Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) en 1991; su validación en castellano se realizó en 1994 (viabilidad y reproductibilidad del 92%), estructurada, con respuesta tipo licker con puntaje de cero a 35; evalúa además calidad de vida, desde asintomático hasta grave. En México a partir del año 2001 se inició su uso con el Programa de Acción de Cáncer de Próstata, de la Secretaría de Salud¹⁵ en población a partir de los 40 años de edad, con resultados muy semejantes a los referidos en la literatura.¹⁰

Los trastornos asociados a la hipertrofia prostática HBP alteran de forma notable la calidad de vida del paciente.¹⁶ La propuesta de este trabajo es que las manifestaciones clínicas son tempranas y que el médico familiar, que generalmente es el primer contacto, juega un papel determinante en la identificación del paciente en fase subclínica o etapa temprana y tiene importancia en el aspecto preventivo y anticipatorio, pues permite la estadificación de la severidad de dicha patología, y la decisión terapéutica.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en la Unidad de Medicina Familiar 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 210 participantes; para ello se utilizó el programa Epi-info. V6, con nivel de confianza del 99%; muestreo por conveniencia, incluyendo a hombres entre 40 a 60 años de edad, cualquier escolaridad, estado civil, religión u ocupación; no participaron aquéllos con antecedente de neoplasia o cirugía uretral, infección urinaria recurrente, enfermedad psiquiátrica o neurológica, ingesta de diuréticos o alteración severa visual o auditiva documentada en expediente.

Para la recolección de los datos, previa invitación personalizada y firma del consentimiento informado, se les entregó la Encuesta de Baremo Internacional de Sintomatología Prostática (I-PSS),¹² diseñada para autoaplicación, adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su validación en castellano publicada en 1994. Viabilidad y aplicabilidad del 92%. Consta de ocho preguntas, las primeras siete se refieren a la sintomatología urinaria, debe elegir entre 6 respuestas, la que mejor califica las molestias. Las respuestas se valoran de 0-5 puntos según la frecuencia e intensidad del síntoma en cuestión, con opciones de respuesta tipo licker que son: menos de una vez cada 5 veces; menos de la mitad de las veces; alrededor de la mitad de las veces; más de la mitad de las veces y casi siempre. El puntaje oscila entre 0 y 35; categorizados como sigue: 0 asintomático, 1-7 levemente sintomático, 8-19 moderadamente sintomático y 20-35 severamente sintomático. La octava pregunta está en relación con la estimación del índice de la calidad de vida autopercibida por el paciente y se cuantifica desde 0 puntos a 6 puntos, con categorías de placentero, aceptable, inaceptable, intenso y terrible.

El análisis estadístico se realizó con la determinación de medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias para variables de estudio y universales. Para evaluar la influencia de las variables confusas se realizó U de Mann-Whitney con una p de 0.05

Para las variables de intervención se realizó U de Mann-Whitney para ver la influencia de éstas en resultados con una p inferior a 0.05.

Resultados

El estudio se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, en 210 participantes varones, cuyo rango de edad fue entre 40 a 60 años, con una media de 51 ± 6.5 años.

De las variables sociodemográficas destacaron: casados 170 (80%); católicos 184 (87.2%); escolaridad secundaria en 73 (35), ocupación empleado con 83 (39.5%).

Del total de pacientes, no refirieron síntomas 149 (71%); el resto 61 (29%) reportó algún grado de sintomatología.

Considerando sólo a los sintomáticos (61) la distribución conforme a la categoría de severidad correspondió a leve 36 (59%); moderada 19 (31%) y severa 6 (10%). De acuerdo al tipo de síntomas, predominó el obstructivo 34 (55%), seguido del irritativo 17 (28%) y 10 (17%) ambos tipos. La calidad de vida que predominó en todos los pacientes sintomáticos fue aceptable.

De los indicadores marcados para las variables de confusión como antecedentes familiares, obesidad, dislipidemia, dieta y hábito tabáquico se encontró sin significancia estadística ($p > 0.05$); sólo el antecedente de hipertensión arterial

sistémica en el paciente se corroboró con una significancia estadística de 0.04.

Discusión

De manera semejante a Tanago, Lugo y Knowels,^{9,10,21} la edad media encontrada en los participantes sintomáticos fue la quinta década de la vida, hecho que confirma lo señalado por Oliver⁶ y Lara-Esqueda,¹⁵ en donde la hiperplasia prostática se observa más frecuentemente a partir de los cincuenta. La importancia de esto, más allá de la coincidencia con otros autores, representa la posibilidad de una acción anticipatoria para el establecimiento del diagnóstico, en el grupo de 65 años y más. Se recuerda que es la segunda causa de defunción en México por procesos neoplásicos y la hiperplasia se encuentra estrechamente relacionada con ello.¹⁷ En relación al estado civil y escolaridad fueron elementos esperados conforme al comportamiento y la zona de la población estudiada.

En más de la mitad de los participantes los síntomas fueron leves, dato semejante a lo observado en otros estudios en países como Francia, España, Estados Unidos e incluso en México,¹⁷⁻²⁰ en donde se ha propuesto incluso instrumentos de evaluación ante la sospecha de hipertrofia prostática. Así mismo, la identificación del tipo obstructivo en más de la mitad de los pacientes sintomáticos en este trabajo, corroboran lo reportado por Knowels.²¹ En este trabajo no se encontraron elementos con significancia estadística en relación a los factores de riesgo, que autores como Calvo,¹³ mencionan asociados a la hipertrofia prostática, tales como el tabaquismo, dieta, y algunos relacionados con un síndrome metabólico. Únicamente el antecedente de hipertensión arterial sistémica fue estadísticamente significativo como acompañante, fenómeno también reportado por Muñoz,¹¹ Calvo¹³ y Moran.¹⁸ Aunque con la inherente subjetividad de evaluar la calidad de vida percibida por los participantes, ésta se reporta como aceptable en gran parte de los pacientes.

Es necesario señalar como limitante del trabajo, que la búsqueda se realizó sólo a través de la percepción del paciente, sin llevar a cabo la corroboración clínica por el médico, influido en primer término por el diseño propuesto y por otro lado por la resistencia del varón a este tipo de exploraciones.

Finalmente, se logró la identificación de la sintomatología prostática, la severidad de la misma, así como la calidad de vida percibida por el paciente. La utilización de la Encuesta de Baremo Internacional es un elemento útil en la detección oportuna de la hipertrofia prostática benigna, pero desde luego privilegiando la clínica, en el ejercicio profesional cotidiano del médico familiar.

Referencias

1. Lozano JA. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia prostática benigna. Ámbito farmacéutico. Farmacoterapia. Rev OFFARM, Barcelona España, 2003; 22(5): 90-98.
2. Gomiz-León JJ, Oliver-Gómez, Fuentes-Márquez I, Hernández E. Tratamiento de hiperplasia benigna de próstata. Enfermedades Nefrourinarias (IV). Madrid Medicina, 2003; 8(13): 6046-6054.
3. Lugo JA, Viveros CC, Palomares SL, Rodríguez FA. Alternativas terapéuticas en el tratamiento de hiperplasia prostática. Rev Hospital Juárez de México 1999; 66(1): 8-11.
4. Casares PS. Hiperplasia prostática Med Spain No. 10 marzo 2000. Disponible en: http://www.medspain.com/ant/n_10-mar00/revisión/htm
5. Azcárraga GG. Próstata. En: Urología 7^a Edición. México. Ed. Méndez Editores 2000: 187-292.
6. Oliver GC, Carballido RJ, Gomiz LJ, San José ML. Hipertrofia prostática benigna. Enfermedades Nefrourinarias (IV) Rev Servicios de Urología Sn. Carlos Madrid España 2003; 8(113): 46-54.
7. Guerra del Barrio E, Escribano SD, Sánchez GF, Ojer TD. A propósito de un caso de cáncer de próstata en un varón joven (cartas al editor). Revista Clínica de España 2004; 204(4): 235-240.
8. Ramos VN, Jiménez RM, Flores FG, Martínez CP. Próstata en menores de 50 años Experiencia en Instituto Nacional de Cancerología (Editorial) Revista del Instituto Nacional de Cancerología, abril-junio 1999; 45(2): 116.
9. Atlas de urología. Hiperplasia prostática benigna Concepción (Monografía en Internet) 2004. Disponible en: <http://WWW.uroatlas.net/hpb/htm>
10. Tanagho EA, Anich JW. Urología general de SEIT. Problemas prostáticos. 12^a Edición. México Editorial El Manual Moderno. 2001: 330-336.
11. Muñoz RAM, Toribio OJR, Moreno MMI, Luque VR. Guías clínicas de hipertrofia benigna de próstata. Fisterra.com Atención primaria en la red 21/01/2002 Guías clínicas 2002; 2(2) disponible en: <http://www.fisterra.com/guías2/hpb.asp>
12. Vela NM, Calahorra FJ, Damián JHA, Boyle P. Validación cultural y lingüística en castellano de Baremo Internacional de los síntomas Prostáticos (IPSS). Actas Urología España 1994; 18: 841-847.
13. Calvo CA, Monge RN, Gómez MR. Abordaje actual de la detección precoz de cáncer de próstata. La medicina hoy. Rev JANO 9-15 abril 2004; LXVI(1516): 1466-1470.
14. Torres A. Antígeno específico de próstata en la población mexicana. Rev Mexicana de Patología Clínica 1998; 45(2): 85-94.
15. Lara EA, Gómez MA, Tapia OF, Martínez MMY, Mendoza Eca, Lamorena PY. Programa de Acción de Cáncer de Próstata. Subsecretaría de Prevención de Salud. Primera Edición. México. : 7-43.
16. Carretero M. Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. Avances farmacológicos del tratamiento de hiperplasia prostática benigna. OFFARM julio-agosto 2002; 21(7): 120-122.
17. Hiperplasia prostática benigna. (Guía de consulta para el médico general) Programa de Salud del Adulto y del Anciano. México. Secretaría de Salud 2003.
18. Moran MJ, Aguilera JJ, Soler GJ. Tratamiento del paciente hipertenso con hiperplasia prostática benigna. (Revisiiones) Rev Hipertensión 2003; 20(9): 395-402.
19. Urology-Prostate Diseases (La Urología-las enfermedades de la próstata) University of UTA Sciences center. Disponible en: <http://uhsc.utah.edu/healthinfo/spanish/urology/prosdis.htm>
20. Rodríguez RG, Rodenas AJ, Lleal BC. Hiperplasia benigna de próstata manejo y abordaje médico A. P. (Revista de Internet). El Médico Interactivo. Programa anual 2002-2003 de formación continua. No. 89 enero de 2003. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema7/hiperplasia.htm>.
21. Knowels RD. Hiperplasia prostática (monografía en Internet) Medline Plus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medline-plus/Spanish/ency/article/00343>.