

## ¿QUÉ PUEDO HACER CON LA PRÓSTATA DE MI PACIENTE?

Este mes de febrero estuve rotando por el servicio de Urología. Durante este tiempo, he aprendido muchas cosas como: la valoración de las nefrolitiasis, qué podemos hacer con la incontinencia urinaria y realizar un correcto tratamiento para la disfunción eréctil. Pero... ¿Qué ocurre con la Hiperplasia Benigna de Próstata? Esta patología resulta bastante conflictiva entre los Médicos de Familia debido a las numerosas consultas que atendemos y es normal que aparezcan dudas sobre *¿Cuál es el valor correcto de PSA? ¿Qué hago si este hombre se levanta mucho por las noches o tiene el chorro de orina flojo? ¿Y si no puede orinar?...* Con esta sesión clínica pretendo dar un repaso general a esta patología y mediante **cinco pasos** ayudar al profesional médico a realizar una correcta valoración y tratamiento.

### 1. ¿Qué es la Hiperplasia Benigna de Próstata? ¿Cuándo comenzamos a revisar el PSA?

- Se trata del tumor benigno más frecuente en varones mayores de 50 años. Su prevalencia está en aumento debido a las mayores expectativas de vida de la población. Está descrito histológicamente que el 90% de la población mayor de 85 años presenta HBP.
- A partir de los 40 años podemos comenzar a realizar revisiones de PSA, si el paciente presenta alguna clínica que orienta a esta patología o si él lo desea. Es conveniente explicarle los beneficios e inconvenientes de realizarse esta prueba (además deben tener una expectativa mayor de 10 años de vida). A partir de los 40 años se puede hacer cada 10 años, hasta los 50, luego a los 55 y a partir de ahí anualmente. Como dato curioso: la raza negra presenta niveles de PSA más altos y mayor relación con el cáncer de próstata.

### 2. ¿Cuál es la clínica de HBP?

La HBP se produce por un agrandamiento del tamaño de la próstata y una obstrucción mecánica al flujo miccional. Pero no hay relación directa entre el tamaño de la próstata y la gravedad de los síntomas.

El **componente mecánico/obstructivo** se debe a un agrandamiento de la próstata y depende de la **5- $\alpha$ -reductasa**. Por otro lado, el **componente irritativo** se debe al aumento del tono de las fibras musculares del cuello vesical y de la próstata, situación mediada por  **$\alpha$ -bloqueantes**.

Aquí os dejo una tabla con la clínica que puede presentar el paciente. (Es importante realizar una **correcta diferenciación** y realizar **múltiples preguntas en la anamnesis** para así poder ajustar el tratamiento).

Síntomas obstructivos	Síntomas irritativos:
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Dificultad y retraso en el inicio de la micción</li><li>○ Disminución del calibre y fuerza del chorro miccional</li><li>○ Micción intermitente</li><li>○ Aumento del tiempo del vaciado vesical</li><li>○ Sensación de micción incompleta</li><li>○ Goteo posmiccional</li><li>○ Incontinencia por rebosamiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Polaquiuria (aumento de la frecuencia miccional)</li><li>○ Nicturia</li><li>○ Micción imperiosa (urgencia miccional)</li><li>○ Incontinencia</li></ul>



### 3. ¿Cómo realizamos un correcto diagnóstico desde nuestra consulta?

#### 1). Realizar el cuestionario **IPSS** (Adjunto el test).

Puntuación 0-7: síntomas leves.

Puntuación 8-19: síntomas moderados.

Puntuación 20-35: síntomas graves.

#### 2). **PSA y función renal** (es importante valorar que no haya afectación renal por un cuadro obstructivo)

*Los valores de PSA se consideran normales entre 0-4mg/dl, y a partir de 10mg/dl orientan hacia la presencia de cáncer de próstata. Pero...¿qué hacemos con los PSA entre 4-10mg/dl? Estos pacientes son sugestivos de realizarse una biopsia de próstata.*

*Para mayor aclaración para el Médico de Familia, es conveniente mirar el PSA y además el **PSA Libre (%)**, éste último nos ayuda a diferenciar si la próstata presenta un carácter benigno o maligno. De manera que, una persona que presente PSA normal (Ej:3.5mg/dl) y un PSA Libre de 30%, es de características benignas. La **regla** es: **PSA Libre >20%, orienta hacia patología de próstata benigna.***

*Además disponemos de otros marcadores en caso de dudar con el PSA y PSA Libre, como es la **Densidad de PSA**. Se obtiene dividiendo la concentración de PSA por el volumen de la próstata obtenido mediante ecografía. Una densidad de PSA mayor de 0,12 ng/ml puede predecir un mayor riesgo de cáncer.*

*\***Pasos** (todo ello acompañado del tacto rectal): 1º mirar PSA (0-4mg/dl) → 2º mirar PSA Libre >20% (benignidad) → 3º Si hay dudas mirar la densidad de PSA.*

*\*Es conveniente recordar que el PSA depende de la edad y el tamaño de la próstata. Por lo tanto, una persona de edad avanzada tendrá PSA más elevado, así mismo, si ha padecido una prostatitis o un traumatismo por la sonda, el PSA puede elevarse.*

#### 3). **Flujometría** (depende del Centro de Salud, pero nos da una idea muy aproximada de la micción de cada paciente).

*Esta prueba me parece muy económica y fácil de utilizar por el personal de enfermería. De la misma manera que hay un espirómetro que nos ayuda en el diagnóstico de patología respiratoria, también podría haber un flujómetro que además de aportar mucha información para el paciente sobre su micción, no necesita de ningún aprendizaje por el personal de enfermería. Por lo que es un tema para reflexionar...*

#### 4). **Ecografía vesico-renal con residuo postmiccional**: queremos saber si deja mucho residuo tras la micción y conocer si hay probabilidades de producir ITU o clínica de reflujo.

Tamaño próstata	Volumen ecográfico
Pequeña	< 25 cc
Normal	>30 cc
Mediana	50 cc
Grande	74-100 cc

5). **Tacto rectal**: “SETAS CON LIMÓN” (Espero que os sirva la regla).

*Respecto al tacto rectal, yo utilizo esta técnica para no olvidarme de realizar todas las identificaciones de la próstata:*

*SE: Sensibilidad ¿es dolorosa?*

*TA: Tamaño de la misma. Podemos decir a ojo si es grande, mediana o pequeña pero como tendremos escrito el volumen de la próstata en la ecografía, ésta nos ayudará.*

*CON: Consistencia: ¿Es fibroadenomatosa o dura como una piedra?*

*LI: Límites ¿Están bien definidos?*

*ON: Nódulos. ¿Palpamos nódulos?*

6). **Urocultivo**: Asegurarse de que no haya ITU.



3. **¿Qué tratamiento médico podemos darle a nuestros pacientes desde la consulta?**

<b>Fitoterapia</b>	No hay evidencia suficiente sobre su efectividad	<i>Permixon 160mg</i>
<b>α Bloqueantes</b>	Reducen la clínica irritativa	<i>Tamsulosina</i> (RAM: Hipotensión ortostática). <i>Silodosina</i> (RAM: Eyaculación seca).
<b>Inhibidores 5α reductasa (5-ARI)</b>	Disminuyen el tamaño de la próstata y los síntomas obstructivos. Reducen el tamaño de la próstata en un 20%.	<i>Dutasteride (proscar)/finasteride</i> (RAM: impotencia).
<b>α Bloqueantes + anticolinérgicos</b>	Para pacientes con síntoma irritativos más vejiga hiperactiva. El anticolinérgico es el <i>vesicare</i> .	<i>Volutsa /Besomni</i>
<b>α Bloqueantes + 5 ARI</b>	Las guías recomiendan la terapia combinada especialmente en aquellos pacientes que presenten <u>síntomas moderados o graves y tamaño prostático mayor de 30 g o un PSA ≥ de 1,5 ng/ml con alto riesgo de progresión</u>	<i>Duodart (Tamsulosina + dutasteride)</i>



4. **¿Realizamos algún seguimiento?**

Los pacientes deben llevar un seguimiento por el Urólogo en caso de que se hayan realizado varias biopsias, si están pendientes de cirugía o es una clínica muy difícil de controlar.

Por nuestra parte, también podemos realizar seguimientos a aquellos pacientes que les hemos prescrito el tratamiento y saber si está funcionando el mismo o si necesitan tratamiento coadyuvante. Nuestro seguimiento consiste en:

- **Solicitar control de PSA** “teniendo en cuenta los distintos marcadores que he señalado anteriormente en caso de dudas”.

- Repetir **Tacto rectal**.
- Repetir **IPSS** y así conoceremos la mejora de la sintomatología y su calidad de vida.
- **Flujometría**, en caso de que nuestro Centro de Salud disponga de esta técnica.

Espero haber aclarado dudas y poder facilitaros la asistencia a este tipo de pacientes en la consulta. Mi objetivo con esta sesión es mejorar las consultas sobre HBP, evitar derivaciones a urólogos de forma innecesaria ya que a parte del PSA hay otros valores a tener en cuenta y realizar un breve repaso de la clínica para poder ofrecer al paciente el tratamiento más ajustado posible.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Comité de salud Osakidetza. Manejo de la hiperplasia benigna de próstata. Infac 2012; vol 20 (3).
2. Cimas Hernando, E. Guía de actualización clínica en nefrourología. 2º Ed. Barcelona 2003.