

ESTUDIO POBLACIONAL COMPARATIVO MEDIANTE ENCUESTA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LAS MODIFICACIONES SOBRE LA PATOLOGÍA PROSTÁTICA

L. RESEL ESTEVEZ*, J.M^a RODRIGUEZ VALLEJO**, J. CONEJERO SUGRAÑES*, F. JIMENEZ CRUZ*, L.A. RIOJA SANZ*, R. VELA NAVARRETE*, J. VICENTE RODRIGUEZ*, M. ESTEBAN FUERTES***

**Consejo Nacional de la Salud Prostática 1993-1997.*

***Miembro A.E.U. Departamento Investigación Clínica M.S.D. *** Miembro A.E.U.*

PALABRAS CLAVE:

HBP. Síntomas urinarios. Encuesta poblacional.

KEY WORDS:

BPH. Urinary symptoms. Population-based survey.

Actas Urol Esp. 23 (8): 657-669, 1999

RESUMEN

Se ha realizado un estudio comparativo mediante encuesta para evaluar las modificaciones sobre la patología prostática en dos poblaciones de varones con un intervalo de tiempo de dos años entre ellas (1ª y 3ª Semanas de la Salud Prostática). En la 1ª Semana se evaluaron 2.056 encuestados y en la 3ª Semana 2.126. El cuestionario utilizado incluía preguntas referentes a conocimientos de la próstata, impacto de los problemas urinarios en las actividades cotidianas, I.P.S.S. validado en castellano y preguntas selectivas para enfermos prostáticos.

Comparativamente entre ambas encuestas, se demostró una consulta urológica en edades más jóvenes y mayor antigüedad de los síntomas. Los síntomas más prevalentes continuaron siendo la disminución del calibre miccional, la poliuria y la urgencia miccional. Las relaciones I.P.S.S./L y I.P.S.S./edad permanecieron invariables. Se produjo un aumento en la consulta de pacientes levemente sintomáticos (I.P.S.S. < 8), un incremento de las revisiones periódicas así como del número de pacientes revisados y tratados por el urólogo. Se demostró una aproximación significativa a los criterios de pruebas diagnósticas establecidos por la OMS para la HBP. Se incrementó de pacientes que recibieron tratamiento así como una mejoría significativa en el resultado del mismo.

Los estudios poblacionales comparativos permitiría valorar las variaciones en el estado del conocimiento sobre la próstata, modificaciones en los niveles sintomáticos y de calidad de vida de la población demandante de asistencia sanitaria, así como los cambios en las pautas diagnósticas y terapéuticas en los pacientes con sospecha de padecer HBP.

ABSTRACT

A survey-based comparative study was conducted to evaluate the changes on the prostate pathology in two male populations separated by a time interval of two years (1st and 3rd Week of Prostate Health). A total of 2056 respondents in the 1st Week, and 2126 in the 3rd Week were evaluated. The questionnaire included questions relative to prostate awareness, impact of urinary complaints on daily like activities, Spanish validated IPSS and selective questions for prostate patients.

The comparison between both surveys disclosed visits to the urologist at earlier age and longer-standing symptoms. The most prevalent symptoms continue to be decreased calibre of the urinary stream, pollakiuria and urgency. IPSS/L and IPSS/age ratios remained unchanged. There was increased number of visits by mildly symptomatic patients (IPSS < 8), increased periodical revisions, and in the number of patients seen and treated by the urologist. A significant approximation to the diagnostic testing criteria established by the WHO for BPH was demonstrated. The number of patients who received treatment raised and there was also a significant improvement in the outcome.

Comparative populational studies could allow to assess changes in the awareness status of the prostate, changes in symptomatic levels and quality of life of the population requesting health care, as well as changes in the diagnostic and therapeutical schemes in patients suspected of having BPH.

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) es una entidad que se asocia a dos condiciones: hormonas sexuales masculinas y envejecimiento. Consecuentemente, la incidencia de la HBP va a ir en aumento debido a que una gran cantidad de varones alcanzarán una edad avanzada por la mejoría de la expectativa de vida. Este incremento del número absoluto de pacientes diagnosticados de HBP, va a suponer un aumento del consumo de recursos en la prevención y tratamiento de la enfermedad, constituyendo probablemente uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI¹.

Las recientemente publicadas "Líneas Maestras de Actuación Clínica en la HBP", realizadas por la Agencia para la Política e Investigación del Cuidado de la Salud, dependiente del Servicio de Salud Pública del Ministerio de Sanidad de EE.UU., proporcionan una base común para la evaluación clínica y para los estudios sobre la HBP y el resultado de los distintos tratamientos².

En este contexto, el conocimiento sobre la glándula prostática, una aproximación sobre la salud prostática en la población general, su repercusión sobre la vida diaria y el manejo terapéutico de esta patología, utilizando una herramienta fundamental y unificadora, como es la valoración de síntomas prostáticos según recomendaciones de la OMS con el baremo IPSS-L, parece fundamental para adoptar estrategias diagnósticas y terapéuticas sobre la HBP.

Se han realizado dos estudios amplios sobre la población general demandante de "conocimientos sobre la próstata" en las 1^a y 3^a Semanas de la Salud Prostática, separadas por un espacio de dos años con el fin de obtener conclusiones comparativas sobre las modificaciones que se han producido en ese periodo en lo referente a los siguientes objetivos:

1. Valorar el nivel de conocimiento de la población sobre su salud prostática.
2. Conocer la sintomatología, calidad de vida y la repercusión sobre los hábitos cotidianos de esta patología.
3. Estudiar los procedimientos diagnósticos efectuados.
4. Relacionar sintomatología prostática subjetiva, percepción de la enfermedad prostática y demanda de atención médica.

5. Efectuar una aproximación sobre el tratamiento, intentando averiguar quien le ha indicado el tratamiento, si este ha sido médico o quirúrgico y la satisfacción del sujeto ante el tratamiento instaurado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio prospectivo comparativo, estratificado por grupos de edad y de ámbito nacional, entre dos encuestas (1^a y 3^a Semanas de la Salud Prostática) separadas dos años, a la población general referentes a "la próstata y sus alteraciones".

Se incluyeron todos aquellos varones que solicitaron ser sometidos al cuestionario voluntariamente, sin límite de edad, ni selección previa.

La difusión de las campañas se hizo por medio de una extensa información al público general, tanto por prensa, radio y televisión, así como con charlas coloquio, organizado por el Consejo Nacional de la Salud Prostática y la Asociación Española de Urología³.

En la 1^a Semana, se obtuvieron 2.056 cuestionarios con 34 variables sobre salud prostática, entre los días 15 y 19 de Noviembre de 1993. La distribución por edad de los participantes fue: edad inferior o igual a 40 años en el 2,9%, entre 41 y 50 años en el 8,1%, entre 51 y 60 años en el 25,3%, entre 61 y 70 años en el 43,6% y superior a 70 años en el 20% (Fig. 1).

En la 3^a Semana, se obtuvieron 2.126 cuestionarios con 37 variables sobre salud prostática, entre los días 20 y 24 de Noviembre de 1995. La distribución por edad de los participantes fue:

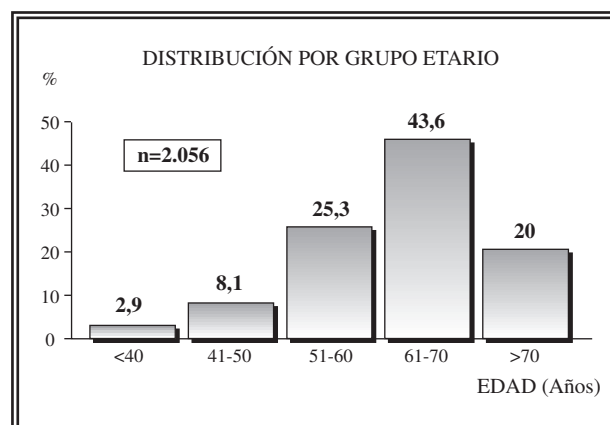


FIGURA 1. Primera semana de la salud prostática.

edad inferior o igual a 40 años en el 9,4%, entre 41 y 50 años en el 15,3%, entre 51 y 60 años en el 25%, entre 61 y 70 años en el 32,4%, y superior a 70 años en el 17,9% (Fig. 2).

Los cuestionarios fueron rellenados por voluntarios que acudieron a los puntos de información al público, situados en 17 (1ª Semana) y 81 (3ª Semana), hospitales adscritos al Servicio Nacional de Salud de 9 (1ª Semana) y 48 (3ª Semana), ciudades españolas y también a través de un teléfono de información gratuito. En todos los casos los participantes fueron asesorados y ayudados en la cumplimentación de los cuestionarios por urólogos o por personal de Enfermería de la Especialidad de Urología.

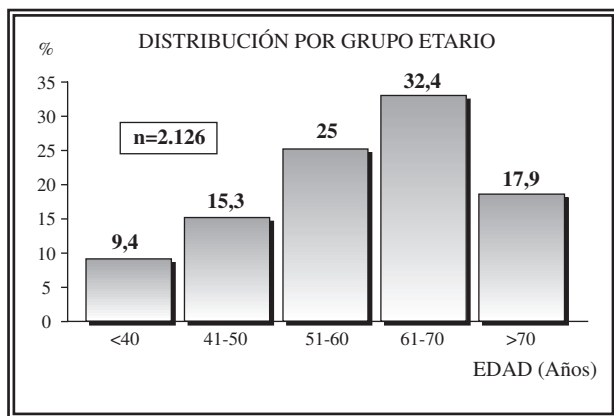


FIGURA 2. Tercera semana de la salud prostática.

CUESTIONARIO UTILIZADO EN LAS SEMANAS DE LA SALUD PROSTÁTICA

El cuestionario fue adaptado de los trabajos de Tsang & Garraway⁴ Epstein et al.⁵ Mebust et al.⁶ y del Consejo Nacional de la Salud Prostática (Conejero et al., 1993)⁷.

I. Preguntas sobre conocimientos de la próstata:

1. ¿Tiene Vd. una idea aproximada de lo que es la próstata o al menos ha oído hablar de la próstata?
2. Aunque sea de forma sencilla, ¿sabría definir cuál es la función de la próstata?
3. ¿A qué cree que se deben los problemas de la próstata: edad, costumbres de vida, herencia, combinación de factores?
4. ¿Cree que merece la pena controlarse los posibles problemas de próstata, aunque éstos aún no sean totalmente manifiestos?

5. Independientemente de que padezca o no problemas de próstata, ¿se somete periódicamente a una revisión de próstata?
6. ¿Quién le hace la revisión?
7. ¿Tiene antecedentes familiares de afecciones de la próstata?
8. Si la respuesta es afirmativa, señale qué tipo de afección: Hiperplasia benigna, cáncer de próstata, ambos.
9. ¿Padece problemas de próstata?

II. Cuestiones sobre el impacto de los problemas urinarios en los hábitos y actividades de la vida diaria:

1. ¿Ha dejado de beber líquidos antes de emprender un viaje?
2. ¿Ha dejado de conducir durante dos horas sin parar?
3. ¿Ha dejado de beber líquidos antes de acostarse?
4. ¿Sus trastornos urinarios no le han dejado dormir lo suficiente por la noche?
5. ¿Ha dejado de practicar deportes al aire libre?
6. ¿Es capaz de ver una película en el cine o una obra de teatro sin levantarse durante el espectáculo?

III. Cuestionario sobre síntomas y calidad de vida I-PSS (Valoración Internacional de la Sintomatología Prostática):

Consta de 7 preguntas en relación al: A. tenesmo, B. frecuencia miccional, C. chorro interrumpido, D. urgencia miccional, E. disminución de la fuerza del chorro miccional, F. necesidad de realizar esfuerzo para realizar la micción y G. nicturia, todas ellas referidas al último mes, con 5 opciones según severidad (pudiendo variar la puntuación sintomática por tanto entre 0 y 35). La evaluación I-PSS se realizó mediante los baremos de recomendación de la OMS validados en España^{6,8}.

El índice de afectación de calidad de vida producido por los síntomas urinarios también recoge estas recomendaciones (ver cuestionario última pregunta I-PSS).

Para el análisis de los datos de la pregunta de calidad de vida, que dice: "si tuviera que pasar el resto de su vida con los problemas urinarios que ahora tiene, ¿cómo se sentiría?", ha sido agrupa-

da de la siguiente forma: 0-1 y 2 (que corresponden respectivamente a placentero, agradable y aceptable) como “contento”; 3 (que corresponde a la respuesta entre aceptable e inaceptable) como “indiferente”, y las respuestas 4,5 y 6 (que corresponden respectivamente a inaceptable, desgraciado y terriblemente mal) como “descontento”. Se han agrupado de esta manera considerando: las 3 primeras variables de índole positiva, la n° 3 neutra y las 3 últimas de índole negativa en la afectación de la calidad de vida.

IV. Cuestionario para enfermos prostáticos:

Estas preguntas se realizaron a aquellos entrevistados que respondieron “sí” a la pregunta ¿padece Vd. problemas de próstata?

1. ¿Cuánto tiempo hace que padece problemas de próstata?
2. ¿Quién le diagnosticó por primera vez su problema de próstata?
3. ¿Fue su médico de cabecera quien le envió al urólogo para que le diagnosticara?
4. ¿Para diagnosticarle le sometieron a: Tacto rectal, análisis de sangre, ecografía, otros?
5. ¿Quién le impuso el tratamiento?
6. ¿Qué tratamiento mantiene o ha mantenido?
7. ¿Si el tratamiento que mantiene o ha mantenido es con medicinas, ¿recuerda el nombre del medicamento?
8. ¿Ha notado mejoría?
9. ¿Si el tratamiento ha sido quirúrgico, cuanto tiempo hace que le operaron?
10. Cuando le operaron, la intervención quirúrgica se realizó a través de: el vientre, la uretra.
11. ¿Ha notado mejoría?

ESTUDIO ESTADÍSTICO

1. Estadística descriptiva (frecuencias absolutas, relativas y frecuencias relativas corregidas para “missing”) de todos los casos y media, tamaño, valores máximo y mínimos de las variables cuantitativas.

2. Estadística analítica, mediante la comparación de medidas entre las distintas variables. Se ha utilizado la T de Student para las pareadas y para aquellas de más de 2 grupos a comparar; la prueba de Student-Newman-Keuls de análisis de la varianza para comparaciones múltiples.

3. Estratificación de las distintas variables en función de edad, desde menor o igual a 40 años hasta mayor 70 años, con intervalos de 5 años y también con los mismos extremos, agrupadas con intervalos de 10 años.

4. Estratificación según el valor de I-PSS-L según las recomendaciones de la OMS⁹, estableciendo tres grupos desde el punto de vista sintomatológico: S menor de 7 (paciente levemente sintomático), S de 8 a 19 (paciente moderadamente sintomático, evidencia de síndrome prostático) y S de 20 a 35 (paciente severamente sintomático).

RESULTADOS

RESULTADOS PRIMERA SEMANA DE LA SALUD PROSTÁTICA

1. Conocimientos sobre la Próstata, Antecedentes Familiares y Personales:

Manifiestan saber qué es la próstata un 56,9% de los encuestados (1.169 personas), y “No lo Saben”, un 39% (801), no obteniendo respuesta en un 4,2% (86).

Un 91% de los participantes atribuyen los problemas prostáticos a la edad, bien aisladamente o en combinación con algún otro factor no bien determinado.

De los varones que han respondido que padecen problemas prostáticos, un 17,4% tienen un tiempo de evolución menor a un año, un 43,4% entre dos y cuatro años, y un 39,2% más de 4 años, con un I-PSS medio de 15,6. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Esto es, a mayor tiempo de evolución de la sintomatología de prostatismo, mayor puntuación en la escala de síntomas (IPSS).

Teniendo en cuenta que hay un 40% del total de entrevistados que “No Saben” que es la próstata, a la pregunta ¿Se somete Vd. periódicamente a una revisión de próstata? únicamente responden afirmativamente un 23,6% de los entrevistados.

Un 39,2% del total de encuestados dice padecer problemas prostáticos. De estos pacientes, se revisan el 60%, esto es, que de aquellos que dicen padecer síntomas prostáticos, más de la mitad se realizan revisiones periódicamente.

A la pregunta ¿quién le hace la revisión?, un 87,7% responde que el Urólogo y un 10,8% el médico de cabecera, quedando un 1,5% para otro tipo de facultativos.

El 21,7% de los encuestados dicen tener antecedentes familiares de patología prostática: un 69,1% HBP, un 27,9% cáncer de próstata y un 3% ambas patologías.

Entre los que han presentado antecedentes familiares o personales de enfermedades prostáticas, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) a favor de ellos en el conocimiento sobre la próstata.

2. Alteración de los hábitos de vida.

A la pregunta ¿Ha dejado de beber líquidos antes de viajar? un 76,6% de los encuestados respondió “no”, un 16% “algunas veces” y un 7,4% “siempre”.

A la pregunta ¿Ha dejado de beber líquidos antes de acostarse? Del total de entrevistados, ha respondido “no” un 79,6%, “algunas veces” un 13,6% y “siempre” un 6,8%.

A la pregunta ¿Ha dejado de conducir durante 2 horas sin parar? Del total de entrevistados ha respondido “no” el 69,7%, “algunas veces” el 22,8% y “siempre” un 7,5%.

A la pregunta ¿Sus problemas urinarios le trastornan el sueño? respondieron “no” un 47,1%, “algunas veces” un 38%, y “siempre” un 14,9%.

A la pregunta ¿Ha dejado de practicar deportes al aire libre? Del total de encuestados, han respondido “no”, un 83,4% “algunas veces” un 8,3% y “siempre” un 8,3%, existiendo en esta pregunta una importante tasa de no respondedores (29,4%).

A la pregunta ¿Puede ver un espectáculo seguido, sin acudir al servicio? Del total de encuestados, en 28,2% ha respondido “no”, un 29,3% “algunas veces”, (agrupando ambas respuestas representan un 57,5%), respondiendo un 42,5% que siempre puede ver un espectáculo sin acudir al servicio.

3. IPSS-L: (Tabla I)

Del total de participantes, el 40,2% tienen un baremo I-PSS menor de 7, el 43,2% entre 8 y 19, y un 16,6% mayor o igual a 20.

La ausencia de alguno de los siete síntomas recogidos en el baremos I-PSS osciló entre un 17,9% para la nicturia y un 56,4% para el esfuerzo para orinar.

La tasa de respuesta en los siete síntomas, de aquellos que respondieron “casi siempre”, osciló entre un mínimo de un 7,4% para el esfuerzo para orinar hasta un 22,1% para la disminución de fuerza y calibre del chorro miccional.

La nicturia es uno de los parámetros que más afectan la calidad de vida, y del total de los participantes un 47,8% presentó una frecuencia miccional nocturna de al menos 2 veces.

Respecto a la calidad de vida, agrupando en categorías, el 60,7% se encuentran contentos, el 19,5% indiferentes y el 19,8% descontentos con su sintomatología miccional (Fig. 3).

TABLA I - PRIMERA SEMANA DE LA SALUD PROSTÁTICA
DATOS ENCUESTA I-PSS

	Ninguna	Una-cinco	Menos mitad veces	Mitad veces	Más mitad veces	Casi siempre
Tenesmo	45,3%	20,2%	9%	7,7%	5,1%	12,7%
Polaquiuria	32,5%	24,9%	14,5%	10,7%	6,1%	11,2%
Estranguria	48%	18,7%	11,9%	7,7%	5,6%	8,2%
Urgencia	39,1%	21,7%	13,7%	8,9%	6,1%	10,6%
Dism. Calib/fuerza	34,8%	15,8%	11,6%	9,2%	6,5%	22,1%
Esfuerzo miccional	56,4%	17,2%	9,2%	5,3%	4,4%	7,4%
	Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco veces
Nicturia	17,9%	24,6%	23,2%	18%	8,8%	7,6%

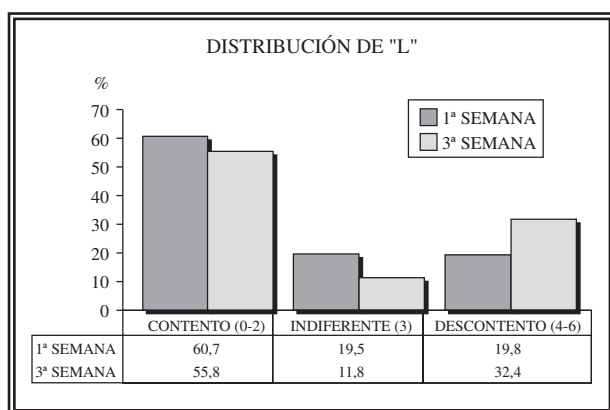


FIGURA 3. Primera y tercera semanas de la salud prostática.

El incremento de los valores de "I-PSS" y "L" se correlacionaron estadísticamente (Fig. 4). Se produjo también un incremento del valor del I-PSS con el aumento de la edad de los encuestados, esto es, a la mayor edad, mayor afectación sintomológica (Fig. 5). La calidad de vida y la edad presentaron asimismo correlación estadística, siendo mayor su afectación cuanto mayor es la edad del individuo.

Analizando las variables IPSS y ¿padece problemas de próstata?, encontramos que el valor de S (sintomatología) es mayor entre aquellos entrevistados que responden saber que padecen problemas prostáticos. Sin embargo, los encuestados que responden que "No saben si presentan patología prostática", tienen una puntuación media IPSS superior a los que responden que "no tienen patología prostática" y similar a aquellos que refieren si padecer problemas de próstata.

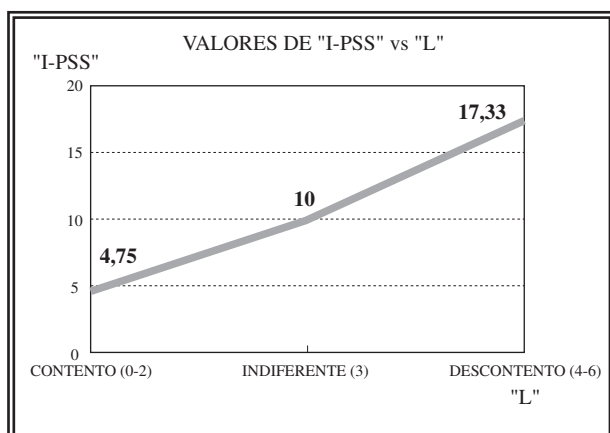


FIGURA 4. Primera semana de la salud prostática.

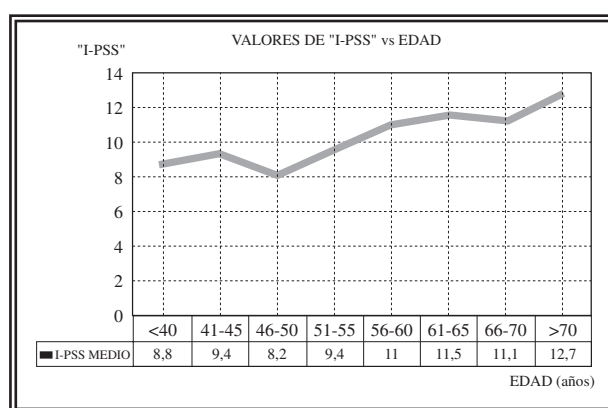


FIGURA 5. Primera semana de la salud prostática.

En la relación entre IPSS y realización de revisiones periódicas, con un IPSS menor a 7 se revisaron el 16,3% y no lo hicieron el 83,7%; con un IPSS entre 8 y 19 se revisaron el 29% y no lo hicieron el 71%; con un IPSS superior a 20 se revisaron el 35,6% y no lo hicieron el 64,4% (Fig. 6)

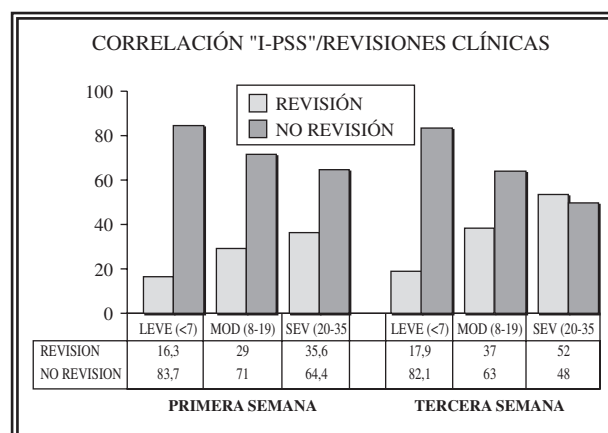


FIGURA 6. Primera y tercera semanas de la salud prostáticas.

4. Datos sobre los Pacientes Prostáticos

Un 39,2% de los entrevistados tuvieron conciencia de padecer patología prostática.

La antigüedad de los síntomas referidos a la próstata fue variable: un 17,4% refirieron padecer síntomas desde hacía menos de 1 año, un 43,4% entre 2 y 4 años, y un 39,2% desde hacía más de 4 años. Es decir, el 82,6% presentaron sintomatología prostática con una antigüedad superior a 2 años.

En lo referente al facultativo que diagnosticó su problema prostático, el 27,8% fueron diagnosticados por su médico de cabecera, el 70,2% por su urólogo y el 2% por otros facultativos.

Los entrevistados con problemas prostáticos fueron enviados al urólogo por su médico de cabecera en el 74,5% de los casos.

De este grupo de pacientes la distribución por IPSS fue la siguiente: el 22,7% presentaron un IPSS menor a 7, el 49,6% una cifra entre 8 y 19, y el 27,7% una cifra superior a 20 (Fig. 7). La distribución de la calidad de vida en estos entrevistados fue la siguiente: un 42,5% se encuentran contentos con su situación miccional, un 26% indiferentes y un 31,5% se encuentran descontentos (Fig. 8).

Los entrevistados fueron sometidos a las siguientes pruebas diagnósticas: tacto rectal en el 39,2%, analítica sanguínea en el 9,8%, ecografía

en el 1,5%, tacto rectal y analítica sanguínea en el 22,2%, tacto rectal, analítica sanguínea y ecografía en el 24,1%, y otros métodos en el 3,2% (Fig. 9). Es decir, a un 85,5% de los casos se realizó un tacto rectal como método único o en asociación para obtener una orientación diagnóstica.

La indicación de tratamiento fue realizada por el Urólogo en el 90,4% de los casos, y por el médico de cabecera en un 9,6%.

El tipo de tratamiento fue farmacológico en el 92,3%, quirúrgico en el 7,5% y ambos tipos de tratamiento en el 0,2%, siendo eficaz el tratamiento médico en un 56,4% de los casos.

Los pacientes que fueron tratados con cirugía, presentaron un valor de I-PSS significativamente menor ($P < 0,05$) que aquellos que fueron tratados con terapéutica farmacológica.

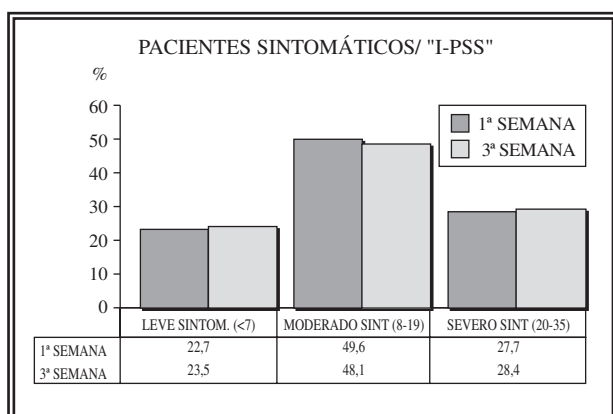


FIGURA 7. Primera y tercera semanas de la salud prostática.

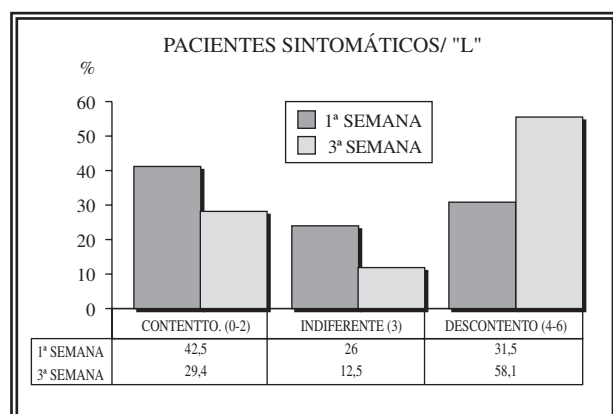


FIGURA 8. Primera y tercera semanas de la salud prostática.

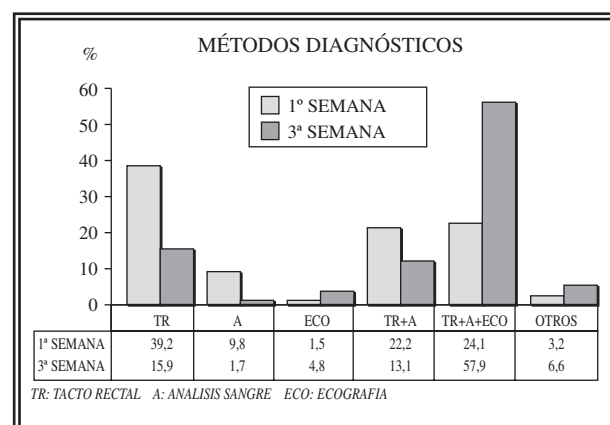


FIGURA 9. Primera y tercera semanas de la salud prostática.

RESULTADOS TERCERA SEMANA DE LA SALUD PROSTÁTICA

1. Conocimientos sobre la Próstata, Antecedentes Familiares y Personales:

Manifiestan saber qué es la próstata un 85,7% de los encuestados (1.822 personas), y "No lo Saben" un 11,1% (236), no obteniendo respuesta en un 3,2% (68).

Un 88,4% de los participantes atribuyen los problemas prostáticos a la edad, bien aisladamente o en combinación con algún otro factor no bien determinado.

De los varones que han respondido que padecen problemas prostáticos, un 12,3% tienen un tiempo de evolución menor a un año, un 44% entre

dos y cuatro años, y un 43,7% más de 4 años. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Esto es, a mayor tiempo de evolución de la sintomatología de prostatismo, mayor puntuación en la escala de síntomas (IPSS).

Teniendo en cuenta que sólo un 11,1% del total de entrevistados "No Saben" que es la próstata, a la pregunta ¿Se somete Vd. periódicamente a una revisión de próstata? únicamente responden afirmativamente un 30,2% de los entrevistados.

Un 37% del total de encuestados dice padecer problemas prostáticos. De estos pacientes, se revisan el 63,1%, esto es, que de aquellos que dicen padecer síntomas prostáticos, un porcentaje elevado realiza revisiones periódicamente.

A la pregunta ¿quién le hace la revisión?, un 90,7% responde que el Urólogo, un 8,4% el médico de cabecera, quedando un 0,9% para otro tipo de facultativos.

El 29,1% de los encuestados dicen tener antecedentes familiares de patología prostática: un 75,4% HBP, un 22,4% cáncer de próstata y un 2,2% ambas patologías.

Entre los que han presentado antecedentes familiares o personales de enfermedades prostáticas, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) a favor de ellos en el conocimiento sobre la próstata.

2. Alteración de los hábitos de vida:

A la pregunta ¿Ha dejado de beber líquidos antes de viajar? un 79,2% de los encuestados respondió "no", un 16,7% "algunas veces", y un 4,1% "siempre".

A la pregunta ¿Ha dejado de beber líquidos antes de acostarse? Del total de entrevistados, ha respondido "no" un 79,9%, "algunas veces" un 14,9% y "siempre" un 5,2%.

A la pregunta ¿Ha dejado de conducir durante 2 horas sin parar? Del total de entrevistados ha respondido "no" el 74,9%, "algunas veces" el 21,2%, y "siempre" un 3,9%.

A la pregunta ¿Sus problemas urinarios le trastornan el sueño? respondieron "no" un 60,7%, "algunas veces" un 30,1%, y "siempre" un 9,2%.

A la pregunta ¿Ha dejado de practicar deportes al aire libre? Del total de encuestados, han respondido "no" un 94,3%, "algunas veces" un 4,3%, y "siempre" un 1,4%, existiendo en esta pregunta una importante tasa de no respondedores (21,7%).

A la pregunta ¿Puede ver un espectáculo seguido, sin acudir al servicio? Del total de encuestados, un 33,4% ha respondido "no", un 22,5% "algunas veces", (agrupando ambas respuestas representan un 55,9%), respondiendo un 44,1% que siempre puede ver un espectáculo sin acudir al servicio.

3. IPSS-L: (Tabla II)

La distribución del total de participantes según rangos fue la siguiente: El 53,3% tienen un baremo I-PSS menor de 7, el 34% entre 8 y 19 y un 12,7% mayor o igual a 20.

La ausencia de alguno de los siete síntomas recogidos en el baremo I-PSS osciló entre un 23,3% para nicturia y un 63,7% para el esfuerzo para orinar.

La tasa de respuesta en los siete síntomas, de aquellos que respondieron "casi siempre", osciló entre un mínimo de un 6,1% para el esfuerzo para orinar hasta un 16,7% para la disminución de fuerza y calibre del chorro miccional.

La nicturia es uno de los parámetros que más afectan la calidad de vida, y del total de los pacientes un 47% presentó una frecuencia miccional nocturna de al menos 2 veces.

Respecto a la calidad de vida, agrupando en categorías, el 55,8% se encuentran contentos, el 11,8% indiferentes y el 32,4% descontentos con su sintomatología miccional (Fig. 3).

El incremento de los valores de "I-PSS" y "L" se correlacionaron estadísticamente (Fig. 10). Se produjo también un incremento del valor del I-PSS con el aumento de la edad de los encuestados, esto es, a mayor edad, mayor afectación sintomática (Fig. 11). La calidad de vida y la edad presentaron asimismo correlación estadística, siendo mayor su afectación cuanto mayor es la edad del individuo.

Analizando las variables IPSS y ¿padece problemas de próstata?, encontramos que el valor de IPSS fue mayor entre aquellos entrevistados que respondieron conocer que padecían problemas prostáticos (IPSS=14,4). Sin embargo, los encuestados que desconocían presentar patología prostática, la puntuación media IPSS (IPSS=7,8) fue superior a los que respondieron que "no tenían patología prostática" (IPSS=3,6).

TABLA II - TERCERA SEMANA DE LA SALUD PROSTÁTICA
DATOS ENCUESTA I-PSS

	Ninguna	Una-cinco	Menos mitad veces	Mitad veces	Más mitad veces	Casi siempre
Tenesmo	51,6%	18%	8,7%	4,9%	3,4%	13,5%
Polaquiuria	42,9%	21,7%	14,4%	7%	4,6%	9,4%
Estranguria	61,7%	14,9%	9,2%	4,2%	3,2%	6,7%
Urgencia	47%	19,5%	11,9%	5,6%	5,2%	10,8%
Dism. Calib/fuerza	41,5%	17,8%	12%	6,1%	5,9%	16,7%
Esfuerzo miccional	63,7%	14,8%	8,5%	4,5%	2,5%	6,1%
	Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco veces
Nicturia	23,3%	29,6%	20,9%	13,6%	5,5%	7%

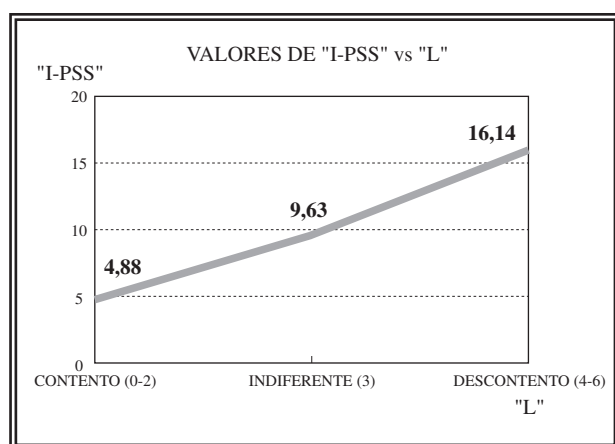


FIGURA 10. Tercera semana de la salud prostática.

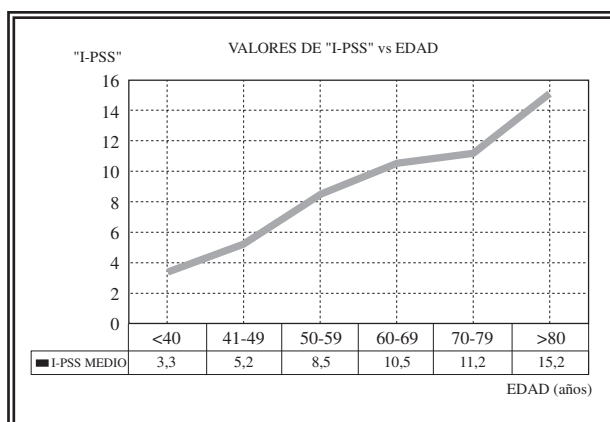


FIGURA 11. Tercera semana de la salud prostática

En la relación entre IPSS y realización de revisiones periódicas, con un IPSS menor a 7 se revisaron el 17,9% y no lo hicieron el 82,1%; con un IPSS superior a 20 se revisaron el 52% y no lo hicieron el 48% (Fig. 6).

4. Datos sobre los Pacientes Prostáticos

Un 37% de los entrevistados tuvieron conciencia de padecer patología prostática.

La antigüedad de los síntomas referidos a la próstata fue variable: un 12,3% refirieron padecer síntomas desde hacía menos de 1 años, un 44% entre 2 y 4 años, y un 43,7% desde hacía más de 4 años. Es decir, el 87,7% presentaron sintomatología prostática con una antigüedad superior a 2 años.

En lo referente al facultativo que diagnosticó su problema prostático, el 22,3% fueron diagnosticados por su médico de cabecera, el 74% por su urólogo y el 3,7% por otros facultativos.

Los entrevistados con problemas prostáticos fueron enviados al urólogo por su médico de cabecera en el 74,9% de los casos.

De este grupo de pacientes la distribución por IPSS fue la siguiente: el 23,5% presentaron un IPSS menor a 7, el 48,1% una cifra entre 8 y 19 y el 28,4% una cifra superior a 20 (Fig. 7). La distribución de la calidad de vida en estos entrevistados fue la siguiente: un 29,4% se encuentran

contentos con su situación miccional, un 12,5% indiferentes y un 58,1% se encuentran descontentos (Fig. 8).

Los entrevistados fueron sometidos a las siguientes pruebas diagnósticas: tacto rectal en el 15,9%, analítica sanguínea en el 1,7%, ecografía en el 4,8%, tacto rectal y analítica sanguínea en el 13,1%, tacto rectal, analítica sanguínea y ecografía en el 57,9% y otros métodos en el 6,6% (Fig. 9). Es decir, a un 86,9% de los casos se realizó un tacto rectal como método único o en asociación para obtener una orientación diagnóstica.

La indicación de tratamiento fue realizada por el Urólogo en el 92% de los casos y por el médico de cabecera en un 8%.

El tipo de tratamiento fue farmacológico en el 88,6%, quirúrgico en el 7,6% y ambos tipos de tratamiento en el 3,8%, siendo eficaz el tratamiento médico en un 68,5% de los casos.

El tratamiento quirúrgico realizado consistió en resección transuretral en el 66,7% de los casos y adenomectomía suprapúbica o retropúbica en el 33,3%, refiriendo mejoría con la intervención quirúrgica el 82,1% de los entrevistados.

DISCUSIÓN

La primera aproximación para determinar la prevalencia e incidencia de síntomas miccionales y valorar su evolución a lo largo de 2 años de seguimiento fue realizada por Diokno et al.¹⁰ en 1984 en Michigan (EE.UU.) incluyendo 802 pacientes de 60 años mediante un cuestionario para identificar síntomas de prostatismo.

El intento de aceptar una definición clínica de la HBP que hay sido utilizada en estudios epidemiológicos de base poblacional, fue realizada por Epstein et al. (1992)⁵. Se incluyeron aleatoriamente 2.115 varones entre 40 y 79 años, sin historia previa de cáncer de próstata, cirugía prostática o enfermedades que pudieran afectar la función vesical (vejiga neurógena). Estos varones completaron un cuestionario de síntomas miccionales y calidad de vida previamente validado. Se les realizó asimismo una evaluación urológica (tacto rectal, volumen prostático determinado por ecografía transrectal y abdominal, analítica de orina, creatinina sérica y PSA sérico).

El estudio poblacional comparativo de la 1^a y 3^a Semanas de la Salud Prostática presenta carac-

terísticas diferenciales con estos estudios, al no referirse a datos de pacientes pareados, sino a una encuesta generalizada a la población masculina demandante. Asimismo este estudio podría ser de utilidad para obtener indicios sobre la incidencia de HBP, aunque no deben identificarse los resultados de modo ineludible con la presencia de HBP en la población general.

En la 3^a Semana se produjo un aumento importante del número de encuestados y Centros hospitalarios respecto a la 1^a Semana, obteniendo así una mayor dispersión de la población, lo que significaría que los datos obtenidos serían más cercanos a los de la población general y por lo tanto su generalización estaría permitida.

En la 3^a Semana se presentó una consulta urológica a edades más jóvenes (se demostró un aumento significativo en el grupo de pacientes que consultaron con una edad inferior a 50 años). Este hecho podría asociarse a que las manifestaciones clínicas de la HBP (prostatismo) no son específicas y pueden ser producidas por otras patologías (estenosis de uretra, esclerosis de cuello vesical, cáncer de próstata, etc.). La consulta en pacientes menores de 40 años se encontraría en relación con presencia de infecciones urinarias u otras patologías referidas al tracto urinario inferior más frecuentes en este grupo etario.

Esta hipótesis se ve avalada por la serie de Barry et al. (1984)¹¹ que recopiló la información respecto a la frecuencia de la HBP hallada en las autopsias en relación con la edad del individuo. Basándose en cinco estudios de Austria, Inglaterra, India y Noruega se demostró que ninguna próstata de un cadáver inferior a 30 años tenía HBP y que la prevalencia aumentaba desde un 8% en el grupo de edad de 31 a 40 años hasta un máximo del 88% en aquellos que tenían más de 80 años. Es decir, los datos de prevalencia en autopsia serían dependientes de la edad del individuo. Estos datos son similares a los de la serie de Usón & Páez sobre 106 autopsias de varones, en la que las cifras de prevalencia variaron desde un 25% en el grupo de edad entre 41 y 50 años, hasta un máximo del 79% en aquellos que tenían entre 81 y 90 años.

Estos datos histológicos no se identifican sin embargo con las cifras de prevalencia de la HBP diagnosticada clínicamente.

Asimismo la prevalencia que tiene un mayor interés, es aquella de los pacientes diagnosticados clínicamente, en la cual hay una gran variación debido a que no ha habido un consenso en la definición clínica de la enfermedad para su utilización en estudios epidemiológicos de base poblacional. En nuestro estudio, de los tres componentes que definen la HBP (síntomas, volumen prostático y obstrucción al flujo urinario), solo se evaluó la sintomatología por medio del IPSS. Esta falta de unidad de criterios ha llevado consigo una gran diferencia en las tasas de tratamiento quirúrgico en los diferentes estudios.

Las diferencias en la prevalencia por HBP en los distintos estudios han sido debidas a múltiples causas: metodología utilizada para el hallazgo de la muestra, criterios diagnósticos para definir la enfermedad, tipos de población escogidos para el estudio (urólogos, médicos generales mayores de 60 años, etc.)

El efecto de las campañas de información se tradujo en un marcado incremento en el conocimiento de la población masculina sobre la glándula prostática y su función en la encuesta de la 3ª Semana.

Se evidenció una mayor antigüedad de los síntomas en los entrevistados, con un incremento del grupo de pacientes que presentaban síntomas desde hacía más de 4 años. Estos datos se encontrarían en relación con una elevada incidencia previa de abstención de demanda de los pacientes sintomáticos, en los que la información sobre la próstata habría producido un estímulo para consultar acerca de problemas urinarios que pudieran tener tratamiento, y que muchos asociaban de modo ineludible a su aumento de edad. De hecho, la mayoría de los encuestados opinó que los problemas prostáticos se asocian de modo directo con el incremento de edad. Este dato no sufrió variaciones según los datos de las dos encuestas (1ª y 3ª Semanas).

Garraway et al. (1991)¹² realizaron un estudio en Escocia, con varones entre 40 y 79 años a los cuales se les invitó a participar mediante una carta personal enviada por su médico de cabecera. Se demostró que un 50% de los encuestados presentaban una interferencia de sus actividades cotidianas en una o más de las 7 preguntas que existían en el cuestionario al respecto. En nuestra

serie se obtuvieron datos clínicos similares sin encontrarse diferencias significativas entre la 1ª y la 3ª semanas.

La presencia de síntomas miccionales según una puntuación (baremo) y niveles de corte se considera uno de los criterios de definición diagnóstica de HBP.

Algunos autores (Diokno et al., 1992)¹⁰ han referido un aumento sintomático importante en pacientes con síntomas de carácter leve, pareados con un año de seguimiento. sin embargo, en nuestra serie de síntomas presentaron una frecuencia similar sin demostrarse variaciones a lo largo del periodo de 2 años. Los tres síntomas más prevalentes fueron aquellos que producían mayor interferencia en la calidad de vida: disminución del calibre miccional, polaquiuria y urgencia miccional. Estos datos se diferenciaron de los de otras series (Epstein et al., 1991)⁵, en las que se demostró que la nicturia era uno de los síntomas más frecuentes y que producía una mayor afectación de la calidad de vida. La relación entre I-PSS y calidad de vida se mantuvo en rangos similares de modo invariable. Se evidenció igualmente el mantenimiento de una relación entre el aumento de I-PSS y el aumento de edad en los datos de la 1ª y 3ª Semanas, aunque los síntomas fueron más leves en paciente con una edad menor de 50 años en ésta última. Esta relación directa entre síntomas y edad ha sido puesta de manifiesto asimismo por otros autores (Chute et al., 1993)¹³.

Es aceptable, aunque se ha realizado una validación al castellano con buenos resultados, mantener una postura crítica con la cuantificación I-PSS, ya que algunas preguntas pueden resultar confusas a los encuestados. Este hecho explicaría que en el baremo empleado se evidenciara un porcentaje importante de no respuesta en algunas cuestiones.

Otro rasgo diferencial constatable fue el aumento en la frecuencia de consulta en pacientes levemente sintomáticos (I-PSS < 7), efecto de las campañas de información y de despertar un interés en la población general sobre los problemas prostáticos. Se demostró un empeoramiento del índice de calidad de vida en pacientes con síntomas leves, en relación probable con que el conocimiento genera exigencia y demanda facultativa de solución en los pacientes, aunque sus síntomas sean leves.

Otros efectos atribuibles a este hecho serían un incremento ligero en el porcentaje de paciente y que llevan a cabo revisiones periódicas de problemas prostáticos, y un crecimiento del porcentaje de pacientes que, teniendo conocimiento de padecer problemas prostáticos, realizó revisiones periódicas, especialmente en los grupos con afectación sintomática moderada o severa del tracto urinario inferior (I-PSS \geq 8).

Se incrementó el porcentaje de pacientes revisados y tratados por el urólogo y disminuyó el porcentaje de pacientes revisados por el médico general. En definitiva se produjo una polarización en la consulta especializada. Este cambio conllevará inexorablemente una mejor calidad asistencial de estos pacientes.

Un tema de controversia actual es la indicación de las pruebas diagnósticas útiles para la evaluación del paciente con síntomas de HBP. Mientras la OMS recomienda (Cockett et al., 1993)¹⁴ como evaluación básica inicial y obligatoria la realización de historia clínica que incluya exploración física del arco reflejo sacro, "tacto rectal", analítica de orina y valoración de la función renal realizando la determinación sérica de creatinina, un porcentaje del 14,4% de pacientes fueron encuestados durante la 1^a Semana no habría sido sometido a un tacto rectal, y un 65,7% no cumplió los requerimientos mínimos que aconseja OMS, como evaluación inicial básica, (en los que actualmente se incluye asimismo una determinación sérica de PSA si la expectativa de vida es superior a 10 años y un calendario miccional si el síntoma predominante es la nicturia) en todos aquellos pacientes con sospecha de HBP¹⁵.

Se evidenció un aumento muy importante, en la 3^a Semana, para el diagnóstico de enfermedades de la próstata, de las pruebas de imagen (ecografía). El tacto rectal, aislado o asociado a pruebas analíticas y de imagen, continuó siendo el método más utilizado para orientar al paciente. Sin embargo se demostró un incremento significativo de la combinación de tacto rectal, analítica sanguínea y ecografía para la obtención de un diagnóstico. Estos datos reflejan el cambio en el comportamiento del urólogo ya que la exploración física (tacto rectal), asociada a la ecografía transrectal y las determinaciones de PSA, presenta una alta fiabilidad diagnóstica para descartar el cáncer de próstata en varones adultos que consultan

por síntomas referidos al tracto urinario inferior. Además este cambio significativo en la utilización de métodos diagnósticos se aproxima cualitativamente a los criterios establecidos por la OMS para la evaluación inicial del paciente con síntomas sugerentes de HBP.

La terapia más eficaz para el tratamiento de la HBP es quirúrgica cuando se objetivan los criterios de la OMS (segundo episodio de retención aguda de orina, hematuria recurrente, insuficiencia renal, litiasis vesical, infecciones urinarias recidivantes y/o divertículos vesicales, todos ellos secundarios a HBP)¹⁶. En Estados Unidos la cirugía prostática es la segunda intervención más frecuente en varones de 65 años, después de la cirugía correctora de cataratas. Alrededor de 1.6 millones de consultas anuales se producen por síntomas referidos al tracto urinario inferior en relación a problemas prostáticos (Barry et al, 1991)¹⁷, y de ellos más de 400.000 son intervenidos (Graves, 1989)¹⁸.

En nuestra serie se produjo un incremento en los casos que recibieron tratamiento con síntomas moderados o graves, con un crecimiento significativo del tratamiento combinado, es decir simultaneado opciones farmacológicas y tratamiento quirúrgico. Las recomendaciones de la "Agency for Health Care Policy and Research" recogen la necesidad de ofrecer a los pacientes con síntomas moderados de HBP información precisa y opciones variables de tratamiento¹⁹.

Se demostró asimismo una mejoría en el resultado del tratamiento, probablemente asociado a la generalización y mejoría de la cirugía prostática. La aplicación de nuevas tecnologías y mejorías farmacológicas, con continuidad de los pacientes en los tratamientos, serían otros factores que incidirían en el buen resultado terapéutico referido por los encuestados en la 3^a Semana de la Salud Prostática.

En conclusión, los estudios poblacionales comparativos permiten valorar el conocimiento por parte de la población general de la patología prostática. La administración de una información objetiva por parte del urólogo a la Sociedad, permite identificar y tratar en estadios iniciales de su evolución natural a los pacientes con HBP clínica no complicada. Este hecho conlleva el evitar el deterioro orgánico del tracto urinario y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En los pacientes con HBP, una evaluación diagnóstica precisa y la individualización del tratamiento son las bases del éxito. Se debe optar por el tratamiento más adecuado, farmacológico y/o quirúrgico, dependiendo de la sintomatología y calidad de vida, tamaño prostático y evidencia o ausencia de obstrucción del tracto urinario inferior.

REFERENCIAS

1. BOYLE P, MCGINN R, MAISONNEUVE P, LA VECCHIA C: Epidemiology of benign prostatic hyperplasia: Present knowledge and studies needed. *Eur Urol* 1991; **20 (Suppl 2)**: 3-10.
2. Anonymous. Benign prostatic hyperplasia guideline panel: Benign prostatic hyperplasia: Diagnosis and treatment. *Am Fam Phys* 1994; **49**: 1157-1165.
3. RODRÍGUEZ VALLEJO JM, RESEL ESTÉVEZ L, MÉNDEZ RUBIO S: Situación actual de la patología prostática en España. Resultado de una encuesta de población. En: "Hiperplasia Benigna de Próstata: Bases diagnósticas y terapéuticas". Consejo Nacional de la Salud Prostática (Eds.). 2ª Edición. pp: 133-156. Madrid. 1996.
4. TSANG KK, GARRAWAY WM: Impact of benign prostatic hyperplasia on general well-being of men. *Prostate* 1993; **23**: 1-7.
5. EPSTEIN RS, DEVERKA PA, CHUTE CG: Urinary symptoms and quality of life question indicative of obstructive benign prostatic hyperplasia. Results of Pilot Study. *Urology* 1991; **38 Suppl. 1**: 20.
6. MEBUST WK, BOSCH R, DONOVAN J: Symptom evaluation, quality of life and sexuality. In The Second international Consultation on BPH. Eds.: Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y., Chatelain C., Denis L., Griffiths K., Murphy G. Scientific Communication International Ltd. Paris 1993, June 27-30, 131-138.
7. CONEJERO J, RODRÍGUEZ J: Diagnóstico del paciente con síntomas de patología prostática en Hiperplasia Benigna de próstata. Bases diagnósticas y terapéuticas. en Resel L, Vela R., Conejero J., Jiménez F., Vicente J., Rioja L.A. MSD. Madrid 1993: 113-122.
8. VELA R, MARTÍN JM, CALAHORRA J, DAMIÁN J, HERNÁNDEZ A, BOYLE P: Validación cultural y lingüística en castellano del baremo internacional de síntomas prostáticos (I-PSS). *Actas Urol Esp* 1994; **18 (8)**: 841-847.
9. ASO Y, BOCCON GIBOD L, BRENDLER CB: Clinical research criteria. In The Second International Consultation on BPH. Eds.: Cockett A.T.K., Dhoury S., Aso Y., Chatelain C., Denis L., Griffiths K., Murphy G. Scientific Communication International Ltd. Paris 1993. June 27-30. 343-355.
10. DIOKNO AC, BROWN MB, GOLDSTEIN NN, HERZOG AR: Epidemiology of bladder emptying symptoms in elderly men. *J Urol* 1992; **148**: 1817-1821.
11. BARRY SJ, COFFEY DS, WALSH PC, EWING LL: Prostatic hyperplasia with age. *J Urol* 1984; **132**: 474-479.
12. GARRAWAY WM, COLINS GN, LEE RJ: High prevalence of Benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet* 338:469-471. 1991.
13. CHUTE CG, PANSEER LA, GIRMAN CJ, OESTERLING JE, GUESS HA, JACOBSEN SJ, LIEBER MM: The prevalence of prostatism: A population-based survey of urinary symptoms. *J Urol* 1993, **150**: 85-89.
14. COCKETT AT, ASO Y, DENIS L, MURPHY G, KHOURY S, ABRAMS P AND MEMBERS OF THE COMMITTEES: Recommendations of the International Consensus Committee (ICC) under the patronage of the World Health Organization (WHO): The Second International Consultation on BPH 1994, 635-647.
15. ROEHRBORN CG ET AL: Initial diagnostic evaluation of men with lower urinary tract symptoms. In the Third International Consultation on BPH. Eds.: Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y., Chatelain C., Denis L., Griffiths K., Murphy G. Scientific Communication International & SCI) 1995. June 26-28. pp: 167-254.
16. COCKETT ATK: Recommendations of The International Consensus Committee. In the Third International Consultation on BPH. Eds.: Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y., Chatelain C., Denis L., Griffiths K., Murphy G. Scientific Communication International (SCI), 1995. June 26-28 pp: 633.
17. BARRY MJ, BECKLEY S, BOYLE P: Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH. In the International Consultation on BPH. Eds.: Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y., Chatelain C., Denis L., Griffiths K., Murphy G. Scientific Communication International (SCI), 1991. June 26-27. 13-21.
18. GRAVES EJ: Detailed diagnosis and procedures. National Hospital Discharge Survey. 1987. Washington D.C.: National Center for Health Statistics, *Vital and Health Statistic* 1989, 13: 295.
19. MCCONNELL JD, BARRY MJ, BRUSKEWITZ RC: Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Agency for Health Care Policy and Research. *Clinical Practice Guideline - Quick Reference Guide for Clinicians* 1994; **8**: 1.

Dr. J.M^a Rodríguez Vallejo
C/ Felipe Campos, 9 - 3ª Izda.
28002 Madrid

(Trabajo recibido el 22 de Abril de 1999)