

Hiperplasia benigna de próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico

Francesc Bobé Armant^a, M. Eugenia Buil Arasanz^b, Ana Isabel Allué Buil^c, Amàlia Morro Grau^a,
Mónica Maxenchs Esteban^a y Montserrat Gens Barberà^d

Objetivo. Relacionar la sintomatología de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) con la repercusión sobre la calidad de vida.

Diseño. Multicéntrico, observacional y prospectivo.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Varones de 50 a 79 años con HBP durante el período 2000-2003 con sintomatología moderada (cuestionario IPSS).

Criterios de exclusión. Tratamiento previo para la HBP y presentar alguna enfermedad crónica o invalidante que pudiera alterar la percepción de la calidad de vida.

Mediciones principales. Se autoadministró el cuestionario IPSS y se valoró la sintomatología predominante y mediante la última pregunta la calidad de vida. Se realizó un estadística descriptiva y se analizó mediante la prueba de la χ^2 .

Resultados. Se realizaron 536 registros; la edad media fue de 66,2 años. Entre los síntomas destaca la nicturia como el más frecuente, con 88,1% de los registros. Se hallaron 256 pacientes (47,8%) con predominio de clínica irritativa y en 280 pacientes (52,2%), obstructiva. Al analizar la repercusión sobre la calidad de vida se obtuvo que los síntomas obstructivos son los peor tolerados (el 65,7 frente al 9,4% del grupo de clínica irritativa).

Conclusiones. En el tratamiento de la HBP debemos tener en cuenta las preferencias del paciente, que tolera peor la sintomatología obstructiva que coincide con la que presenta criterio de derivación hacia una consulta especializada e incluso criterio quirúrgico.

Palabras clave: Calidad de vida. Hiperplasia benigna de próstata. IPSS. Tratamiento. Atención primaria.

BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA. NEED TO EVALUATE QUALITY OF LIFE IN THE THERAPEUTIC PROCESS

Objective. To relate the symptoms of benign prostate hyperplasia (BPH) to their repercussions on quality of life.

Design. Multi-centred, observational, prospective study.

Setting. Primary care.

Participants. Men with BPH in 2000-2003. Inclusion criteria were: agreeing to take part, being aged 50-79, and having moderate symptoms evaluated by means of the IPSS questionnaire.

Exclusion criteria. Previous treatment for BPH and having a chronic or disabling illness that might affect perception of quality of life. The presence of irritative and obstructive symptoms was appraised.

Main measurements. The IPSS questionnaire appraising predominant symptoms and, through the last question, quality of life was self-administered. Descriptive statistics were worked out and differences in proportions of the different groups were analysed by the χ^2 test, with differences taken as significant at $P < .05$.

Results. We got 536 replies, with average age 66.2. Nycturia was the most common symptom, suffered by 88.1% of patients. A total of 256 patients (47.8%) had irritation as main clinical symptom, and 280 (52.2%), obstruction. On analysing repercussions on quality of life, it was found that obstructive symptoms were worse tolerated: 65.7% versus 9.4% of the group with irritation.

Conclusions. In treating BPH, we must bear in mind preferences of patients. They tolerate obstructive symptoms worse, and these are a criterion for referral to specialists and even surgery.

Key words: Quality of life. Benign prostate hyperplasia. IPSS. Therapy. Primary care.

^aEAP Tàrraco. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

^bABS La Granja-Torreforta. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

^cABS Martorell. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^dABS Salou. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

Correspondencia:
Dr. F. Bobé Armant.
EAP Tàrraco (ICS). SAP
Tarragona-Valls.
Dr. Mallafre Guasch, s/n. 43007
Tarragona. España.
Correo electrónico:
elsmua@comt.es /
fbobe.tarte.ics@gencat.net

Manuscrito recibido el 17-4-2005.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 25-1-2006.

Introducción

La percepción de la calidad de vida subjetiva es una novedosa técnica comunicativa que considera el punto de vista del enfermo. Al incorporar el punto de vista del paciente en el proceder médico habitual, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud cumple también con las exigencias del paciente como consumidor. El profesional ha caído en la cuenta de que necesita aprovechar el punto de vista del paciente en el proceso terapéutico y que esto le facilitará la toma de decisiones clínicas más acertadas. Si tomamos en consideración las fuentes adicionales de información proporcionadas por los pacientes, se consigue una optimización e individualización de las decisiones médicas terapéuticas. El término «calidad de vida» ha sido definido como la percepción subjetiva de satisfacción o felicidad con la vida en aquellos dominios importantes para el individuo¹. Los resultados concretos de la enfermedad o del tratamiento son evaluados generalmente bajo la denominación «calidad de vida relacionada con la salud» (CVRS). Recientemente se han mostrado diferencias conceptuales importantes entre CVRS y el denominado «estado de salud»². Los instrumentos de medida han de ser capaces de evaluar la calidad de vida de las personas, tanto si son sanas como si están enfermas y, de esta manera, discriminar entre los diferentes grupos de enfermedad o gravedad. En el presente estudio se relacionó la sintomatología de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HBP) con la repercusión que tenía en la percepción de la afección sobre la calidad de vida relacionada con la salud, y se analizó a los pacientes que vivían peor la enfermedad^{3,4}.

La sintomatología⁵ está dividida en 2 grandes grupos: irritativa y obstructiva, que se relacionan con la fisiopatología de la HBP. La alteración del tono muscular del cuello de la vejiga y el mismo músculo liso de la glándula, junto con una disfunción del músculo detrusor del cuello vesical producida por la HBP, provocan la aparición de la sintomatología irritativa, mientras que el crecimiento adenomatoso de la glándula hace que se produzca una obstrucción mecánica al flujo urinario. La sintomatología irritativa (o de llenado) es debida a la disfunción del músculo detrusor. Aparece como consecuencia del establecimiento de una inestabilidad del detrusor y una disminución de la distensibilidad vesical. Esta inestabilidad es secundaria a la propia obstrucción, aparece generalmente de manera más tardía y determina la presencia de contracciones involuntarias del músculo vesical. La sintomatología obstructiva (o de vaciado) es debida a la compresión extrínseca de la uretra. Se encuentra determinada por la propia dificultad en la salida del flujo urinario e intervienen tanto el componente obstructivo estático como el dinámico.

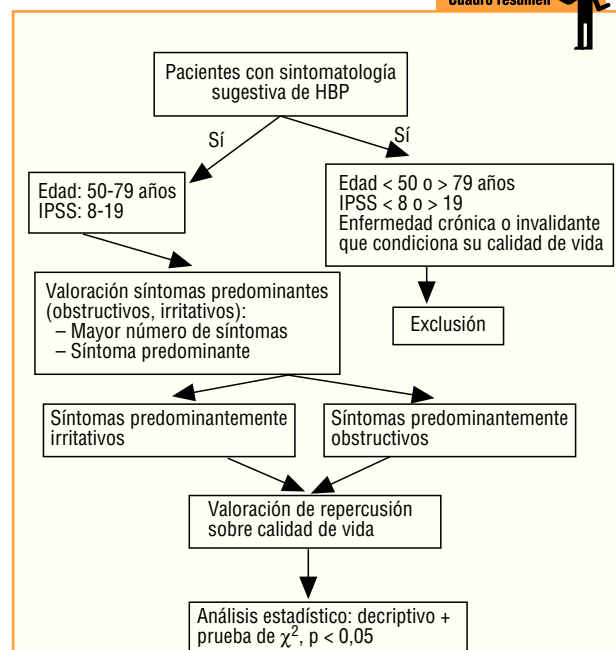
El cuestionario IPSS no sólo permite valorar la gravedad de la sintomatología, sino también los síntomas predominantes en cada paciente. Normalmente, la sintomatología de la enfermedad es mixta; así pues, un paciente que presenta una escala con todas las preguntas con resultado leve-moderado y una pregunta con una respuesta de sintomatología grave nos estará indicando que el síntoma explorado en esa pregunta es el que predomina en ese paciente. La sintomatología del paciente es la que presenta en el último mes, lo que podría conllevar un sesgo en el estudio, pero el instrumento que tenemos actualmente y que está recomendado por la OMS es la escala IPSS, diseñada para valorar la sintomatología y su afección con la calidad de vida relacionada con la HBP.

El objetivo de este estudio es identificar la asociación entre la diferente sintomatología de la HBP con la calidad de vida para extraer conclusiones sobre la actitud terapéutica ante estos pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo, en el que se incluyó a los varones con sintomatología indicativa de HBP que acudieron a la consulta de atención primaria de sa-

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, para relacionar la sintomatología con calidad de vida.

lud de 3 contingentes de 3 centros de salud del Servicio de Atención Primaria Tarragona-Valls, durante los años 2000-2003. Los criterios de inclusión fueron aceptar participar en el estudio, ser varón con una edad de 50-79 años y presentar sintomatología prostática moderada valorada mediante la escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS), recomendada por la OMS, y validada al castellano por Badia et al⁶⁻⁹. El IPSS está diseñado para la autocumplimentación por parte del propio paciente; consta de 7 ítems con 6 posibles respuestas (de 0 a 5), en orden creciente de frecuencia de aparición de los síntomas preguntados (explora los síntomas irritativos y obstructivos), y una última pregunta independiente que valora la calidad de vida relacionada con la sintomatología que presenta el paciente, valorada de 0 a 6 (0 = sensación valorada como excelente y 6 = sensación terrible o insoportable). Se valora como leve cuando la puntuación obtenida es < 8, moderada si es de 8 a 19, y severa de 20 a 35.

Como criterios de exclusión estaban estar fuera del rango de edad, estar en tratamiento previo para la HBP y presentar alguna enfermedad crónica o invalidante que pudiera alterar la percepción de calidad de vida. A los pacientes incluidos se les realizó una historia clínica en la que se valoró la presencia de sintomatología prostática y se anotó la presencia de síntomas irritativos (disuria, nicturia, urgencia miccional y polaquiuria) y obstructivos (retraso miccional, debilidad del flujo, interrupción de la micción, goteo terminal y retención de orina).

Posteriormente, para objetivar la sintomatología¹⁰ se autoadministró el cuestionario IPSS y se valoró la calidad de vida que representaba esta sintomatología mediante la última pregunta del citado cuestionario. Se analizó la sintomatología predominante (irritativa frente a obstructiva) mediante la mayoría de síntomas presentados y/o aquel síntoma predominante detectado mediante la anamnesis y la escala IPSS.

Se realizó una estadística descriptiva y se analizó mediante la prueba de la χ^2 para valorar las diferencias entre proporciones de los distintos grupos; se consideró que las diferencias eran significativas cuando $p < 0,05$.

Resultados

Se obtuvieron 536 registros de varones con sintomatología prostática moderada, con una edad media de 66,2 años (intervalo, 51 y 77 años). Entre los síntomas obtenidos destacan la nicturia como síntoma más frecuente, con el 88,1% de los registros. En la asignación por síntomas predominantes se obtuvieron 256 pacientes (47,8%) en el grupo de predominio de clínica irritativa, frente a 280 pacientes (52,2%) en el grupo de clínica predominantemente obstructiva. Al analizar la repercusión que dicha sintomatología tenía en la calidad de vida del paciente se obtuvieron los resultados mostrados en la tabla 1. Según los resultados obtenidos, los síntomas obstructivos son los peor tolerados por los pacientes, lo que coincide con los casos que requieren valoración en consulta especializada y los que acabarán teniendo criterio quirúrgico. Por el contrario, los pacientes con sintomatología predominantemente irritativa y que, por tanto, podrán ser tratados en atención primaria tienen una percepción de buena calidad de vida en relación con la clínica que presentan.

TABLA 1
Repercusión de la sintomatología sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Síntomas	CVRS	
	Percepción buena CVRS	Percepción mala CVRS
Irritativos n = 256 (47,8%)	n = 232 (90,6%)	n = 24 (9,4%)
Obstructivos n = 280 (52,2%)	n = 96 (34,3%)	n = 184 (65,7%)

$p < 0,05$.

Discusión

La información de la CVRS permitirá a los médicos comprender cómo el paciente individual está afectado por la enfermedad. El propósito es incluir la evaluación de la CVRS en la clínica práctica para entender la perspectiva del enfermo acerca de lo que gana o pierde con el tratamiento pautado^{11,12}. Gracias a los procesos metodológicos de la psicometría y mediante la combinación de medidas de la función física y del bienestar psíquico, nació la moderna investigación clínica de la CVRS^{13,14}. La información así obtenida ayudaría al médico en la toma de decisiones clínicas, esto es, si es necesario o no modificar elementos del tratamiento tales como fármacos, asistencia médica, educación al enfermo o servicios de apoyo. La CVRS es la variable de resultados del tratamiento de elección en los casos en los que no hay marcadores de actividad de la enfermedad físicos, psicológicos o bioquímicos. Asimismo, se utiliza en las situaciones en las que la efectividad del tratamiento está basada principalmente en la percepción del paciente. La investigación del estado funcional con el bienestar son las 2 dimensiones esenciales y básicas de la definición de la CVRS. Estas 2 dimensiones básicas resultan de la respectiva definición de salud dada por la OMS¹⁵.

La evolución espontánea de la HBP, sin ninguna intervención terapéutica, tiende a un empeoramiento clínico progresivo, con aumento del volumen prostático e incremento del grado de obstrucción¹⁶. Aunque esta evolución es cuantificable en parámetros objetivos medidos por pruebas de imagen y flujometría, se debe remarcar que la clínica suele ser fluctuante e incluso con períodos asintomáticos o de mejoría clínica. Así se pone de manifiesto en la mayoría de los ensayos clínicos, donde se comparan diferentes tratamientos para la HBP con placebo (en el grupo placebo se observan mejoras que pueden llegar al 20%).

Es poco frecuente que la HBP llegue a ser un peligro para la vida, ya que la evolución de la enfermedad es lenta y progresiva y sólo de manera excepcional se producen complicaciones importantes, como la retención aguda de orina o insuficiencia renal¹⁷. A pesar de todo esto, el crecimiento y progresivo aumento de la clínica prostática sí que pue-

Discusión
Cuadro resumen


Lo conocido sobre el tema

- La hiperplasia benigna de próstata (HBP) presenta síntomas irritativos y obstructivos. Para su cuantificación se utiliza la escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS).
- Es poco frecuente que la HBP llegue a ser un peligro para la vida, pero hay que valorar la calidad de vida como proceso previo al inicio de cualquier tratamiento.
- Es necesario implicar al paciente en la toma de decisiones en lo que respecta a temas de su propia salud.

Qué aporta este estudio

- La sintomatología obstructiva es peor tolerada que la irritativa en pacientes con HBP.
- Esta sintomatología coincide con la sintomatología que requiere derivación a la consulta especializada.
- La sintomatología obstructiva coincide con la que cumple criterios quirúrgicos.

de llegar a ser muy molesto y disminuir de forma importante la calidad de vida del paciente. Por esto, en el tratamiento de la HBP se debe tener muy en cuenta el impacto que produce la enfermedad en su vida diaria y el paciente es el que debe intervenir en la decisión final del tratamiento aplicado. Debemos tener en cuenta las preferencias del paciente¹⁸.

Antes de decidir el tratamiento en un paciente con HBP debemos contestar, por este orden, las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene nuestro paciente criterios de tratamiento quirúrgico?
2. ¿Cuál es la sintomatología que presenta y cómo afecta ésta a su calidad de vida?
3. ¿Cuáles son las preferencias de tratamiento del paciente?

Una vez valorada la sintomatología y su repercusión sobre la calidad de vida nos planteamos decidir el tratamiento según el tamaño de la próstata, la presencia de otras enfermedades de base y, evidentemente, las preferencias del paciente¹⁹⁻²². Al cruzar en el PubMed «*benign prostatic hyperplasia and quality of life*» sólo aparece una referencia bibliográfica, que trata sobre el proceso de validación al

castellano del cuestionario IPSS⁸. No hemos encontrado otros estudios que relacionen calidad de vida y sintomatología prostática.

Se podría considerar la posibilidad de que haya sesgos en este estudio, al no considerar el tiempo durante el cual los pacientes incluidos en el estudio presentan la sintomatología, así como su predominancia. Esto se resuelve mediante el cuestionario IPSS, que no sólo permite valorar la gravedad de la sintomatología, sino los síntomas predominantes en cada paciente. La sintomatología del paciente es la que presenta en el último mes, dado que el instrumento de que disponemos actualmente, y que está recomendado por la OMS, es la escala IPSS diseñada para valorar la sintomatología y su afección con la calidad de vida relacionada con la HBP.

La sintomatología obstructiva es la que cumple criterios de derivación a la atención especializada²³ y coincide con la enfermedad peor tolerada por el paciente. Creemos que el concepto de CVRS debería tenerse muy presente en el actual mundo de la tecnología, antes de iniciar cualquier prueba o tratamiento en nuestros pacientes. Al tener en cuenta los efectos secundarios o indeseables al realizar una prueba diagnóstica o al iniciar un tratamiento farmacológico deberíamos considerar, entre ellos, la repercusión que su implantación tendría sobre la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Oleson M. Subjective perceived quality of life. *Image*. 1990;22:187-90.
2. Kevin WS, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res*. 1999;8:447-59.
3. Denis L, McConnell J, Yoshida O, Khoury S, i membres del quart comitè Internacional del Consens sobre Hiperplasia Benigna de Pròstata. Recomendaciones del Comité Científico Internacional sobre la evaluación y tratamiento de los síntomas del tramo urinario inferior (STUI) sugerentes de obstrucción prostática benigna. Paris: Health Publications; 1997.
4. Roehborn CG, Bartsch G, Kirby R, Andriole G, Boyle P, De la Rosette J, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia: a comparative, international overview. *Urology*. 2001;58:642-50.
5. Bobé F, Buil ME y Grupo Enfermo Prostático de la SCMFIC. Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. FMC. 2002;9:290-9.
6. Badia X, García-Losa M, Dal-Ré R. Ten-Language translation and harmonization of the International Prostate Symptom score: developing a methodology for multinational clinical trials. *Eur Urol*. 1997;31:129-40.
7. Badia X, García-Losa M, Dal-Ré R, et al. Validation of a harmonized spanish version of the IPSS: evidence of equivalence with the original american scale. *Urology*. 1998;52:614-20.
8. Vela R, Martín JM, Calahorra J, Damián J, Hernández A, Boyle P. Validación cultural y lingüística en castellano del baremo in-

- ternacional de síntomas prostáticos (I-PSS). *Act Urol Esp.* 1994;18:841-7.
9. Castro D, Rodríguez VL, Rodríguez JM, García I, Gómez A. Hiperplasia benigna de próstata y medicina basada en la evidencia. Cuantificación de síntomas, IPSS y valoración de la calidad de vida. *Rev Clin Esp.* 1999;199:30-5.
 10. Kirby R, McConnel J. Fisiología de la HBP. Hiperplasia benigna de próstata. Barcelona: Fast Facts J&C Ediciones Médicas; 1998.
 11. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185:94-9.
 12. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and Well-Being in general populations. *J Consul Clin Psychol.* 1983;51:730-42.
 13. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc Sci Med.* 1981;15:107-15.
 14. McDowell I, Newel C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1987.
 15. World Health Organization. The constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO Chron; 1947. p. 1-29.
 16. Meigs JB, Barry MJ. Natural history of benign prostatic hyperplasia. Benign. En: Kirby R, editor. Benign prostatic hyperplasia. Oxford: Isis Medical Media; 1996. p. 125-35.
 17. Meigs JB, Mohr B, Barry MJ, Collins MM, McKinlay JB. Risk factors for clinical benign prostatic hyperplasia in a community-based population of health aging men. *J Clin Epidemiol.* 2001;54:935-44.
 18. Postius R, Castro Díaz D. Tratamiento farmacológico de la hiperplasia benigna de próstata basado en la evidencia. *Rev Clin Esp.* 1999;199:58-61.
 19. Alsina C, Bobé F, Casajuana J, Ferrer S, Milozzi J, Pérez D, et al. Maneig de la hiperplàsia benigna de próstata des de l'Atenció Primària de Salut. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Edide; 2003.
 20. Casajuana J, Alsina C, Aragonés R, Bobé F, Ferrer S, Milozzi J, et al. Atrévete con la HBP. Formación práctica para el manejo diagnóstico y terapéutico de la HBP en las consultas de Atención Primaria. Barcelona: Ed. Luzán; 2004.
 21. Roehrborn CG, Bartsch G, Kirby R, Andriole G, Boyle P, De la Rosette J, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia: a comparative, international overview. *Urology.* 2001;58:642-50.
 22. De la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Perachino M, Thomas D, Desgrandchamps F, et al. EAU Guidelines on benign prostatic hyperplasia (BPH). *Eur Urol.* 2001;40:256-63.
 23. Bobé F, Vila J. Próstata. En: CAAPS/3. Curso formativo en atención primaria de salud. Barcelona: Fundació Atenció Primària. P.T. Graf S.L; 2004.