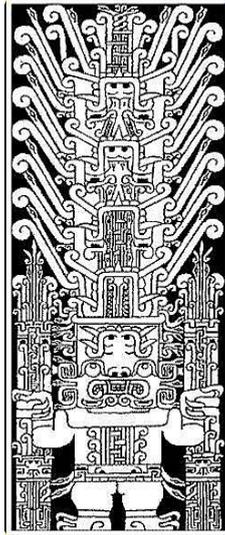


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL
PACIENTE CON SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR
QUE ACUDE AL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN ENERO DE 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

GAVILÁN CORTEZ, JORGE LUIS FERMÍN ¹

¹ Bachiller de Medicina, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

ASESOR:

DR. BOCANEGRA VERGARAY, CARLOS GUSTAVO ²

² Médico urólogo, jefe del Servicio de Urología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, profesor asociado y jefe de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Lima–Perú

2018

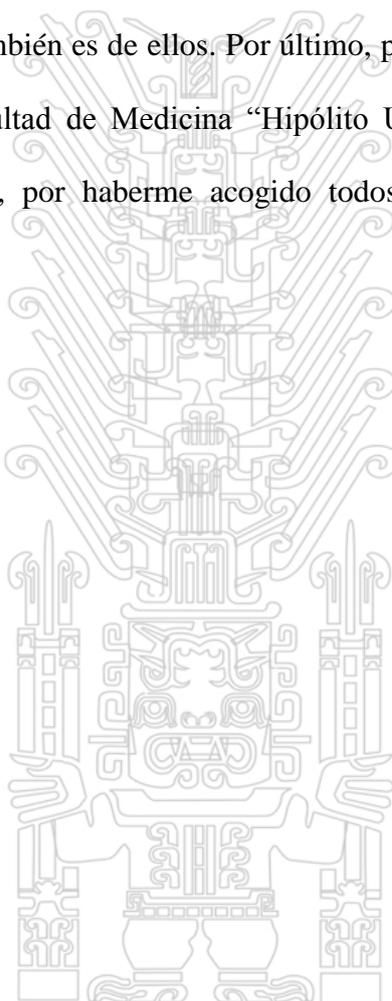
DEDICATORIA

A mis padres, Jorge y María del Pilar,
por enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.
Solo ellos saben el trabajo que he realizado para llegar hasta aquí y que todo ello no
habría sido posible sin su colaboración.



AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi sincero agradecimiento al Dr. Carlos Bocanegra Vergaray, por su atención, plena dedicación y conocimientos como asesor en el campo de la urología y en la elaboración de esta tesis; y al Dr. José Alvizuri Escobedo, por su constante orientación, valiosos comentarios y sugerencias como tutor en el hospital sede de estudio. Agradecido también a mis padres, que siempre han estado cuando los he necesitado, en los buenos y malos momentos: el logro también es de ellos. Por último, pero no menos importante, a mi casa de estudios, la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por haberme acogido todos estos años de formación profesional.



RESUMEN

Introducción: Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) corresponden a una variedad de molestias atribuidas a este conjunto anatómico. Son progresivos, se relacionan con la edad y se dividen en tres grupos: síntomas de llenado (polaquiuria, nocturia y urgencia miccional); síntomas de vaciado (chorro miccional débil, chorro miccional intermitente y latencia en el inicio de micción); y síntomas posmiccionales (sensación de vaciado incompleto). **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con STUI que acuden al Servicio de Urología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero de 2018. **Método:** Estudio observacional, descriptivo correlacional, de corte transversal, en pacientes con STUI que acudieron al consultorio de urología. Se utilizó una ficha de recolección de datos y el cuestionario IPSS para valorar la presencia de STUI, el grado de severidad y su impacto sobre la calidad de vida. **Resultados:** De 110 sujetos encuestados, el 100% presentó STUI, el 83.6% fueron varones y el grupo etario de 50-59 años fue el más frecuente (29.1%). La dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus fueron las comorbilidades más frecuentes. La hiperplasia benigna de próstata fue la patología urológica más prevalente (52.7%). Los síntomas más frecuentes fueron la nocturia, urgencia miccional y chorro miccional débil. El tipo de síntomas que predominó fueron los de llenado, según la severidad predominaron los síntomas moderados (55.5%) y la mayoría estuvo de acuerdo en que los STUI tienen un impacto negativo en su calidad de vida (64.6%). **Conclusiones:** Los STUI son muy prevalentes en los pacientes que acuden al Servicio de Urología, afectan negativamente su calidad de vida y se encontró asociación entre grado de severidad y edad, nivel educativo y algún tipo de tratamiento quirúrgico prostático.

Palabras clave: Síntomas del tracto urinario inferior, prostatismo, IPSS, epidemiología, calidad de vida.
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

ABSTRACT

Introduction: Lower urinary tract symptoms (LUTS) correspond to a variety of discomforts attributed to this anatomical set. They are progressive, are related to age and are divided into three groups: storage symptoms (frequency, nocturia and urinary urgency); voiding symptoms (weak voiding stream, intermittent voiding stream, latency at the start of voiding); and post-void symptoms (feeling of incomplete emptying).

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of patients with LUTS who have attended to the Urology Service of the National Hospital Arzobispo Loayza in January 2018. **Method:** Observational, descriptive correlational, cross-sectional study in patients with LUTS who had attended at the urology office. A data collection form and the IPSS questionnaire were used to assess the presence of LUTS,

the degree of severity and its impact on the quality of life. **Results:** Of 110 subjects surveyed, 100% had LUTS, 83.6% were male and the age group of 50-59 years was the most frequent (29.1%). Dyslipidemia, arterial hypertension and diabetes mellitus were the most frequent comorbidities. Benign prostatic hyperplasia was the most prevalent urological disease (52.7%). The most frequent symptoms were nocturia, urgency and weak urinary stream. The type of symptoms that predominated were those of filling, according to severity, moderate symptoms predominated (55.5%) and most agreed that LUTS have a negative impact on their quality of life (64.6%). **Conclusions:** LUTS are very prevalent in patients who come to the Urology Service, negatively affect their quality of life and an association was found between degree of severity and age, educational level and some type of prostatic surgical treatment.

Keywords: Lower urinary tract symptoms, prostatism, IPSS, epidemiology, quality of life.

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE	V
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco teórico	1
1.2. Antecedentes	4
1.3. Problema	10
1.4. Objetivos	11
2. MATERIALES Y MÉTODOS	12
2.1. Diseño y sujetos de estudio	12
2.2. Variables y herramientas	12
2.3. Análisis estadístico	13
2.4. Aspectos éticos	14
3. RESULTADOS	14
4. DISCUSIÓN	24
5. CONCLUSIONES	30
6. RECOMENDACIONES	32
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
8. ANEXOS	36

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico

Síntomas del Tracto Urinario Inferior.

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) corresponden a una variedad de molestias atribuidas a este conjunto anatómico que trataron de ser sistematizadas en el 2002 por la *International Continence Society* (ICS) en su trabajo sobre la estandarización de la terminología de la función del tracto urinario inferior, agrupándolas como *lower urinary tract symptoms* (LUTS), nombre que se ha hecho común en la literatura (Chiang, Susaeta y Finsterbusch, 2014).

Los STUI se definen desde la perspectiva del individuo que, por lo general, pero no necesariamente, es un paciente dentro del sistema de atención de salud. Los síntomas o son manifestados por, u obtenidos de, el individuo o pueden ser descritos por el cuidador de la persona. Los STUI se dividen en tres grupos: **(i) síntomas de llenado o de almacenamiento**, los cuales se experimentan durante la fase de llenado de la vejiga e incluyen polaquiuria, nocturia, urgencia miccional e incontinencia urinaria, y son atribuidos a entidades que afectan la vejiga como detrusor hiperactivo, cistitis intersticial, etc.; **(ii) síntomas de vaciado**, consistentes en chorro miccional débil, chorro miccional intermitente, latencia o dificultad en el inicio de la micción, esfuerzo para empezar, mantener o mejorar el chorro miccional, y goteo terminal; y **(iii) síntomas posmiccionales**, consistentes en sensación de vaciado incompleto y goteo posmiccional; ambos tipos de síntomas atribuidos a fenómenos obstructivos como hiperplasia prostática benigna, estenosis uretral, etc. Lamentablemente, se ha demostrado que tanto síntomas de llenado como de vaciado y posmiccionales, pueden coexistir en las mismas patologías y

pueden combinarse de cualquier manera siendo, por lo tanto, totalmente inespecíficos (Abrams et al., 2002).

Estudios epidemiológicos han demostrado que los STUI son un grupo de síntomas progresivos, relacionados con la edad, no específicos de sexo u órgano, donde tanto hombres como mujeres experimentan una combinación de síntomas de llenado, vaciado y posmiccionales. Los estudios realizados en diferentes poblaciones y regiones geográficas han demostrado que la prevalencia de los STUI es similar en hombres y mujeres, aunque la distribución de los síntomas individuales varía según el sexo y la prevalencia aumenta con la edad (Chappel et al., 2008).

La hiperplasia benigna de próstata (HBP), patología urológica de mayor frecuencia en varones, es la causa más importante de STUI en los hombres y está fuertemente asociada con la edad. Si bien la patogénesis de los STUI relacionados con la hiperplasia benigna de próstata (STUI/HBP) no se ha esclarecido completamente, un creciente cuerpo de literatura sugiere que la inflamación crónica de la próstata representa un componente fundamental en la patogénesis de la HBP per se y está claramente asociada con la severidad de la enfermedad (Boeri et al., 2017). La HBP histológicamente distinguible está presente en aproximadamente el 8% de los hombres de 31-40 años, y esta prevalencia aumenta notablemente con la edad hasta aproximadamente el 90% en la novena década, estableciendo a la HBP como una enfermedad crónica que abarca décadas; no obstante, no todos los hombres con HBP desarrollarán STUI que requieran tratamiento. Resultados de estudios epidemiológicos en EE.UU. mostraron un aumento progresivo en la prevalencia de STUI de moderados a severos, definidos como un puntaje en el *International Prostate Symptoms Score* (IPSS) ≥ 8 , llegando a casi el 50% en la octava década de vida. La presencia de STUI moderados-severos también se asoció al desarrollo

umentando de una incidencia de 6.8 episodios por 1000 pacientes-años a un máximo de 34.7 episodios en personas de 70 años o más con STUI moderados-severos (McVary, 2006). Actualmente el 20-30% de los hombres a partir de la quinta década de vida presenta STUI/HBP en España, coincidiendo con la situación actual en Europa. Diversos estudios muestran que la prevalencia de STUI se incrementa con la edad y algunos autores sugieren que aproximadamente el 43% de los hombres de más de 60 años tiene alterada su calidad de vida (CDV) por presentar STUI. En adición, debido al envejecimiento de la población se espera que aumente la prevalencia de STUI/HBP así como el incremento en la expectativa de vida, lo que implica un aumento en el total de los costes relacionados con los tratamientos (Fernández et al., 2009). Hasta la fecha, los alfa-bloqueadores son ampliamente considerados como el tratamiento de primera línea para los hombres con STUI/HBP moderados-severos; sin embargo, los agentes fitoterapéuticos se usan actualmente con el objetivo de aliviar la gravedad de los STUI mientras se eviten los posibles efectos adversos del agente farmacológico típico para la HBP (Boeri et al., 2017).

En cuanto a factores asociados, una visión más amplia de los STUI incorpora una evaluación de cualquier comorbilidad que se haya relacionado con un mayor riesgo de STUI. Un estudio realizado en Noruega identificó varios factores antropométricos (índice de masa corporal e índice cintura-cadera) y de estilo de vida (consumo de alcohol y tabaquismo) que se asociaron positivamente con un aumento de STUI moderados-severos, de igual manera que ciertas condiciones comórbidas tales como diabetes mellitus (DM), antecedentes de accidentes cerebrovasculares (ACV), molestias musculares y osteoartritis. Además, se ha demostrado una fuerte asociación entre los STUI y la disfunción sexual que es independiente de la edad y las comorbilidades. Más recientemente, se ha sugerido que una serie de factores cardiovasculares, metabólicos y

Longitudinal Study of Aging demostró que los pacientes con DM tipo 2 o glicemia en ayunas elevada tenían 2-3 veces más probabilidades de tener próstatas agrandadas que aquellos sin esas condiciones; en una encuesta poblacional transversal en Malasia, los hombres ≥ 40 años con DM tenían 10 veces más probabilidades de tener STUI que los hombres sin DM (Chappel et al., 2008).

Por otro lado, los STUI también pueden ser originados por alteraciones extraurológicas como patologías del sistema nervioso central o periférico (p.ej., secuelas de ACV o lesiones medulares), o incluso por patologías cardíacas, endocrinas o renales que pudieran estar contribuyendo a la presencia de síntomas urinarios a través de la producción de poliuria nocturna que simule nocturia (p. ej., arritmias, DM, enfermedad renal crónica, etc.), del mismo modo que se pueden deber a factores iatrogénicos como el uso de diuréticos como tratamiento en la hipertensión arterial (HTA). Por lo expuesto, un paciente de 50 años puede presentar STUI por HBP o por otra causa que simule lo anterior como una infección urinaria, una neoplasia maligna, una enfermedad neurológica o una alteración de la función vesical como la vejiga hiperactiva (VH), entre otros. Es por esto que actualmente se habla de STUI independiente de HBP en reemplazo de “prostatismo” (Chiang et al., 2014) (Hernández et al., 2007).

1.2. Antecedentes

Soler, Gomes, Averbek y Koyama (2017). Soler et al. desarrollaron el primer gran estudio epidemiológico poblacional de STUI en Brasil, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y el grado de molestia que ocasionan los STUI en la población ≥ 40 años en cinco de las grandes ciudades de Brasil. Siendo llevado a cabo vía telefónica, se evaluaron los STUI con un protocolo estandarizado que incluye el cuestionario IPSS y, para (VH),

la escala *Overactive Bladder-Validated 8-question Screener* (OAB-V8). Se obtuvieron 5184 participantes de los cuales el 53% fueron mujeres y el grupo etario de mayor

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

cantidad (34%) fue de 50-59 años. La prevalencia de STUI fue del 75%: 69% en hombres y 82% en mujeres. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia y el grado de molestia de cada síntoma ($p < 0.001$). La prevalencia de VH fue similar en hombres y mujeres (25% y 24%, respectivamente). De acuerdo al cuestionario IPSS, los síntomas moderados-severos estaban presentes en el 21% de los hombres y el 24% de las mujeres. Los STUI afectaron negativamente la CDV de muchas personas: 39% estaría “más bien insatisfecha”, “muy insatisfecha”, o consideraría “fatal” pasar el resto de sus vidas con su condición urinaria como lo está actualmente. Concluyen que los STUI son altamente prevalentes y con frecuencia molestos entre hombres y mujeres de ≥ 40 años.

Castro, Díaz y Pérez (2013). Castro et al. evaluaron el impacto que produce la HBP y su tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y en la función sexual. Estudio observacional y transversal que incorporó a 1580 pacientes que acudieron a consultorios de urología en España con los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico establecido de HBP, tamaño de próstata ecográfica > 25 cc, nivel de antígeno prostático específico (PSA) en el último año < 4 ng/mL, edad de 45-70 años, STUI moderados-severos (puntuación ≥ 8 en el IPSS), en tratamiento con alfa-bloqueadores de por lo menos 3 meses de duración; recolectándose datos sociodemográficos, clínicos y de severidad de STUI/HBP según el IPSS, así como las respuestas a los cuestionarios *European Quality of Life-5 Dimensions* (EQ-5D) y *Sexual Function Index* (SFI). La muestra analizada constó de 1514 varones, cuya media \pm DE de edad fue 63 ± 5.5 años (26.75% < 60 años), con un tiempo de tratamiento de 1.8 ± 2.09 años (51.19% ≤ 1 año), para IPSS 17.29 ± 5.66 puntos (65.85% con síntomas moderados), para EQ-5D 90 ± 14 puntos y del SFI las dimensiones de satisfacción y deseo sexual fueron las más afectadas. De acuerdo al octavo ítem del IPSS, el 52.58% de los pacientes vio afectada su CVRS y, en adición, se

CVRS y función sexual. Por consiguiente, concluyen que la HBP y su tratamiento tienen un impacto negativo en la CVRS y en la función sexual, siendo el detrimento mayor en pacientes con STUI severos, mayor edad y más de 1 año de tratamiento.

Torres (2010). Torres realizó un estudio descriptivo en 105 hombres mayores de 60 años del Policlínico “Felo Echezarreta” en San José de las Lajas, La Habana-Cuba durante los meses de septiembre a noviembre del 2008, con el objetivo de determinar la prevalencia de los STUI y se utilizó el cuestionario IPSS para clasificar los síntomas. Prevalcieron los síntomas leves en el 40.95% y predominó el grupo entre los 60-70 años de edad representando el 51.14%; al tacto rectal se encontró que el 37.14 % tenía la próstata aumentada de tamaño y el 54% de los estudiados considera tener una buena CDV dada por los síntomas urinarios. Concluyen que 33.3% de los hombres estudiados tienen entre 60-65 años; la HTA y la obesidad fueron los antecedentes patológicos más prevalentes, y el hábito de fumar el factor de riesgo más frecuente. No se encontró significación estadística entre la edad de los pacientes y la gravedad de síntomas de acuerdo al IPSS. Predominó la buena CDV según los síntomas urinarios y a medida que aumentó el tamaño de la próstata se incrementaron los síntomas moderados-severos.

Fernández et al. (2009). Fernández et al. ejecutaron un estudio transversal entre los años 1999-2000 con el objetivo de analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con STUI. De una muestra de 1804 varones ≥ 40 años residentes en Madrid, se recabó información sociodemográfica mediante entrevista telefónica y se evaluó la presencia de STUI mediante el cuestionario IPSS. Se obtuvo una prevalencia de STUI moderados-severos del 16.6% (IC95%: 14.8-18.3); alrededor del 90% de los individuos consumían aceite de oliva, 71.5% alcohol, 63.1% no fumaba y 96.9% refirieron no consumir drogas; 27.7% refería HTA y 8.8% DM. Se encontró que los hombres ≥ 70 años

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

padecían de STUI moderados-severos con una frecuencia tres veces mayor que los más

UNFV

jóvenes (OR: 3.31; IC95%: 2.10-5.22). El bajo grado de instrucción mostró una frecuencia 2.2 veces mayor de STUI moderados-severos en comparación a un nivel educativo alto (IC95%: 1.42-3.46), así como el consumo de aceite de semillas frente al de oliva (OR: 1.86; IC95%: 0.98-3.55). Finalmente, concluyen que los antecedentes familiares de patologías urológicas, la edad, el bajo nivel educativo, la HTA, la DM y el consumo de aceite de semillas mostraron asociación, de forma independiente, con STUI más severos; por el contrario, un consumo moderado de alcohol y tabaco se asoció de forma independiente a STUI leves.

Arlandis, García, González y Rebollo (2009). Arlandis et al., en un estudio observacional, transversal y multicéntrico, llevado a cabo en consultas/servicios de urología españoles, evaluaron en pacientes con síntomas de llenado compatibles con VH la prevalencia de otros STUI asociados, esto debido a que el control de los síntomas de VH sin agravar los síntomas de vaciado se ha convertido en un importante objetivo terapéutico al tratar los STUI/HBP. Se incluyó a varones mayores de 40 años que acudieron a consulta de urología con síntomas de llenado, recogiendo datos a partir de la historia clínica y de la entrevista con el paciente mediante el cuestionario IPSS. De un total de 1754 sujetos en estudio, la media \pm DE de edad de los pacientes fue 65.4 ± 9.7 años. El 74.2% de los pacientes presentaba alguna patología prostática, sobre todo HBP (90.6%); el 8.4%, otras patologías urológicas y el 67.4%, al menos una patología concomitante relevante para VH. Al 99% de los pacientes se les había realizado al menos una prueba diagnóstica urológica; el 78.4% había recibido algún tratamiento farmacológico para los síntomas y el 61.3% había realizado alguna medida higiénico-dietética. Fueron más frecuentes los síntomas de llenado (99.3%) que los de vaciado (83.9%). La puntuación media en el IPSS fue 16.3 ± 5.6 puntos; la sintomatología se

que la mayoría de los pacientes varones mayores de 40 años con síntomas de VH presentan otros STUI que repercuten en su CDV. Se sugiere que, dada su elevada prevalencia, parece necesario orientar el diagnóstico y el tratamiento teniendo en cuenta sus síntomas.

Hernández, Ristol, Estivill, Batista y López (2007). Hernández et al. estudiaron herramientas para valorar el impacto que tiene la nocturia en la CDV y calidad del sueño (CDS) en el paciente con HBP, ya que este síntoma es la principal razón por la que varones adultos sufren de insomnio o interrupción del sueño, y, como consecuencia, genera un efecto negativo en su actividad diaria, ergo, sobre su CDV. Para ello, se han desarrollado instrumentos específicos como el cuestionario *Nocturia-Quality of Life* (N-QOL) para valorar el detrimento que produce en la CDV, de similar manera, se usan las horas de sueño ininterrumpido (HSI) para medir la afectación en la CDS; además, sugieren evaluar cómo la disminución de la nocturia, producto de un tratamiento oportuno de los STUI/HBP, puede influir en parámetros objetivos como las HSI, y cómo esto puede verse reflejado en una mejor CDS y CDV, con la ayuda de estas herramientas específicas. Concluyen que la nocturia es un síntoma muy prevalente en varones de edad avanzada con STUI/HBP, siendo el síntoma más molesto en esta población, y resaltan el resultado del estudio PreNoc (2006) en España cuyo resultado mostró una prevalencia del 83% en pacientes ≥ 60 años diagnosticados de HBP.

Vergara y Bautista (2007). Vergara y Bautista determinaron la severidad de la sintomatología prostática y la CDV de acuerdo a la escala IPSS, a través de un estudio observacional, descriptivo y transversal en 210 hombres del Instituto Mexicano de Seguridad Social muestreados por conveniencia, entre 40 a 60 años, excluyendo a aquellos con uso de diuréticos, infección urinaria recurrente, cirugía o neoplasia uretral y

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 en 34 (55%), seguido del irritativo en 17 (28%) y en 10 (17%) ambos tipos. La CDV que predominó en todos los pacientes sintomáticos fue aceptable. Concluyen que la HBP se incrementa conforme a la edad, con mayor frecuencia en >50 años; la severidad de síntomas que predominó fue leve, tipo obstructivo; la percepción de calidad de vida aceptable; y la HTA fue el único factor que influyó significativamente.

Jalón et al. (2005). Jalón et al. evaluaron el impacto de los STUI referidos en el cuestionario IPSS sobre la CDV, y determinaron la relación entre CDV y puntuación del IPSS con el tratamiento, mediante una revisión retrospectiva del cuestionario IPSS de 125 hombres que consultaron por STUI entre enero de 2001 y diciembre de 2003, excluyendo a aquellos con carcinoma de próstata o historia de cirugía prostática, y con una mediana de 24 meses de seguimiento (media de 28.2 ± 24.63 meses). Según la puntuación total del IPSS, el 17% de los pacientes presentaba síntomas severos, 75% síntomas moderados y 33% leves o ausentes. En la valoración de la CDV agrupada en 2 categorías, el 88% referían buena o indiferente calidad. Al evaluar la asociación entre los resultados del IPSS de cada pregunta y la CDV, existió asociación significativa para todas las preguntas. Los pacientes con STUI severos tenían un riesgo 6 veces mayor de mala CDV. Los pacientes que respondieron con peor CDV presentaban un riesgo 6 veces mayor de recibir tratamiento. Con un tiempo de evolución de más de 2 años de media, el 91% de los que no tenían tratamiento seguían sin él. Concluyeron que cuanto más graves sean los síntomas peor es la CDV; los parámetros independientes que más influyeron en la toma

que la polaquiuria, el chorro débil y la vacilación inicial pueden explicar la CDV de cada paciente.

1.3. Problema

Tradicionalmente se ha asociado la presencia de STUI en el hombre a la obstrucción en el tracto de salida secundaria al crecimiento prostático o “prostatismo”. Este concepto simplificado ha quedado atrás ya que los mismos síntomas causados por el crecimiento benigno de la próstata pueden ser originados por otras causas de obstrucción (p. ej., estenosis uretral) o por una falla de la contractibilidad vesical con o sin una obstrucción mecánica del tracto de salida (Chappel et al., 2008).

La prevalencia de síntomas urinarios en los hombres mayores es alta y creciente por lo que es un motivo de consulta muy importante dentro de este grupo etario. A pesar de ello, también un grupo muy importante de pacientes sufre de este tipo de problemas en silencio y hay evidencias importantes de subconsulta y subdiagnóstico lo que causa un importante deterioro en su calidad de vida.

Después de los 40 años de edad puede haber un crecimiento progresivo del componente glandular y estromal de la próstata que explique síntomas obstructivos, pero es frecuente la presencia de HBP en ausencia de síntomas obstructivos o incluso de pacientes con obstrucción del tracto de salida vesical y que no manifiestan STUI. Esta situación afecta al 40% de los hombres en su cuarta década y a cerca del 90% de ellos durante su novena década (Berry, Coffey, Walsh y Ewing, 1984).

Si bien es frecuente que se diagnostique y trate pacientes con STUI en búsqueda de mejorar su calidad de vida, no debemos olvidar que el objetivo principal es evitar las complicaciones secundarias a la uropatía obstructiva baja como es la formación de litiasis

2003). Desgraciadamente, para muchos médicos de diversas especialidades e incluso para muchos urólogos existe gran confusión entre los conceptos antes mencionados. Por este motivo, es menester hacer un esfuerzo por aclarar lo que sabemos y lo que aún permanece desconocido ya que en el Perú no existe una estadística actual sobre este tema.

Se formuló el siguiente problema principal de la investigación:
¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del paciente con STUI que acude al Servicio de Urología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero de 2018?

1.4. Objetivos

Objetivo general.

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con STUI que acuden al Servicio de Urología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero de 2018.

Objetivos específicos.

- Identificar las características epidemiológicas (sexo, grupo etario, raza, grado de instrucción, hábitos nocivos, comorbilidad) del paciente con síntomas del tracto urinario inferior.
- Distinguir los síntomas más frecuentes por el que viene a consulta el paciente con síntomas del tracto urinario inferior.
- Distinguir el tipo de síntoma (de llenado o de vaciado) que predomina en el paciente con síntomas del tracto urinario inferior.
- Identificar la distribución por severidad del paciente con síntomas del tracto urinario inferior según la puntuación del cuestionario IPSS.

- Evaluar el impacto de los síntomas del tracto urinario inferior sobre la calidad de vida.

- Distinguir la patología urológica más frecuente por el que viene el paciente con síntomas del tracto urinario inferior.
- Identificar la frecuencia del uso de fármacos y de fitoterapia, así como el tipo de fármaco más frecuente que toma el paciente con síntomas del tracto urinario inferior.
- Identificar la frecuencia del tratamiento quirúrgico y el tipo intervención quirúrgica más frecuente en el paciente con síntomas del tracto urinario inferior.
- Evaluar si la severidad de síntomas del tracto urinario inferior tiene relación con algún dato epidemiológico (sexo, grupo etario, raza, grado de instrucción, hábitos nocivos, comorbilidad), así como con el uso de medicamentos, patología urológica y tratamiento quirúrgico urológico.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño y sujetos de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo correlacional, de corte transversal y retrospectivo en pacientes con STUI que habían acudido al consultorio externo del Servicio de Urología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante la segunda mitad del mes de enero de 2018 (14 días). Se excluyó a pacientes con algún trastorno mental como enfermedad de Alzheimer, demencia, psicosis, esquizofrenia, retardo mental o algún otro déficit cognitivo que impida o limite al paciente responder la encuesta de forma directa. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y como resultado del trabajo de campo la muestra válida obtenida fue de 110 individuos.

2.2. Variables y herramientas

Las entrevistas fueron realizadas personalmente por el autor del estudio, el cual se capacitó días previos a la recolección de datos, durante 14 días desde el 15 hasta el 30 de enero de 2018. La entrevista se estructuró en dos partes: una primera con datos epidemiológicos (sexo, grupo etario, raza, grado de instrucción, hábitos nocivos, comorbilidades) y clínicos (patología urológica, administración de fármacos, fitoterapia, tratamiento quirúrgico urológico); y una segunda para valorar la presencia de STUI, el grado de severidad de estos y su impacto sobre la CDV. La herramienta epidemiológica-clínica usada fue una ficha de recolección de datos (ANEXO Nro.1) diseñada para el estudio y el instrumento para evaluar los STUI fue la versión validada al español del cuestionario IPSS (*International Prostate Symptoms Score*) (ANEXO Nro. 2). Este índice se desarrolló para valorar los síntomas de llenado (polaquiuria, nocturia y urgencia miccional) y vaciado (dificultad o latencia en el inicio de la micción, chorro miccional débil, chorro miccional intermitente, sensación de vaciado incompleto); se construye mediante la suma de las puntuaciones de los 7 ítems, cuyas posibles respuestas pueden ir de 0-5 puntos según la frecuencia con que se presentan, y se clasifica en los siguientes grados de severidad de STUI: asintomáticos (IPSS=0 puntos), síntomas leves (IPSS=1-7), moderados (IPSS=8-19) y severos (IPSS=20-35). Además incorpora un octavo ítem el cual evalúa la CDV de los sujetos, respondiendo al supuesto de tener que pasar el resto de sus vidas con su condición urinaria como lo está actualmente, mediante 7 categorías: se sentiría “encantado”, “muy satisfecho” o “más bien satisfecho”, opciones con un impacto positivo; “tan insatisfecho como satisfecho”, es decir, le es indiferente; y “más bien insatisfecho”, “muy insatisfecho” y “fatal” con un impacto negativo.

2.3. Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Las variables cuantitativas se resumen en su media \pm desviación estándar (DE). Las variables

cuantitativas que muestran una distribución asimétrica se resumen con la mediana y el rango intercuartílico (RIC: P25–P75). Se midió la asociación entre variables cualitativas mediante el test de χ^2 de Pearson. En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un nivel de significación estadística de $p \leq 0.05$. Como herramientas para crear la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel y para realizar el análisis estadístico el programa SPSS v20.0.

2.4. Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado verbal previa cumplimentación de la encuesta, en conformidad con las Buenas Prácticas Clínicas y respetando las normas de la Declaración de Helsinki. Se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos además de proteger la identidad de los individuos en estudio. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” y el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

3. RESULTADOS

De los 110 sujetos estudiados, el total de la muestra presentó STUI. El 83.6% (n=92) fueron varones y el 16.4% (n=18) mujeres (**figura 1**). El grupo etario que predominó fue el de 50-59 años con 29.1% (n=32), seguido de los grupos de 70-79 años y <40 años, ambos con 19.1% (n=21), 60-69 años con 17.3% (n=19), 80-89 años con 11.8% (n=13) y último 40-49 años con 3.6% (n=4), no hubo pacientes >90 años (**figura 2**). La raza de mayor proporción fue la mestiza con 93.6% (n=103), seguido de la indígena con 3.6%

(n=4), africana con 1.8% (n=2) y caucásica con 0.9% (n=1), no hubo pacientes de raza

asiática (**figura 3**). El grado de instrucción se distribuyó en 40.0% (n=44) con instrucción superior, 38.2% (n=42) con instrucción secundaria, 19.1% (n=21) con instrucción primaria y 2.7% (n=3) sin instrucción (**figura 4**). Sobre los hábitos nocivos, variables no excluyentes entre sí, casi la mitad de la muestra admitió consumir alcohol (47.3%, n=52), una cuarta parte fumar tabaco (25.5%, n=28) y un 5.5% (n=6) consumir otra sustancia nociva como marihuana o cocaína (**figura 5**).

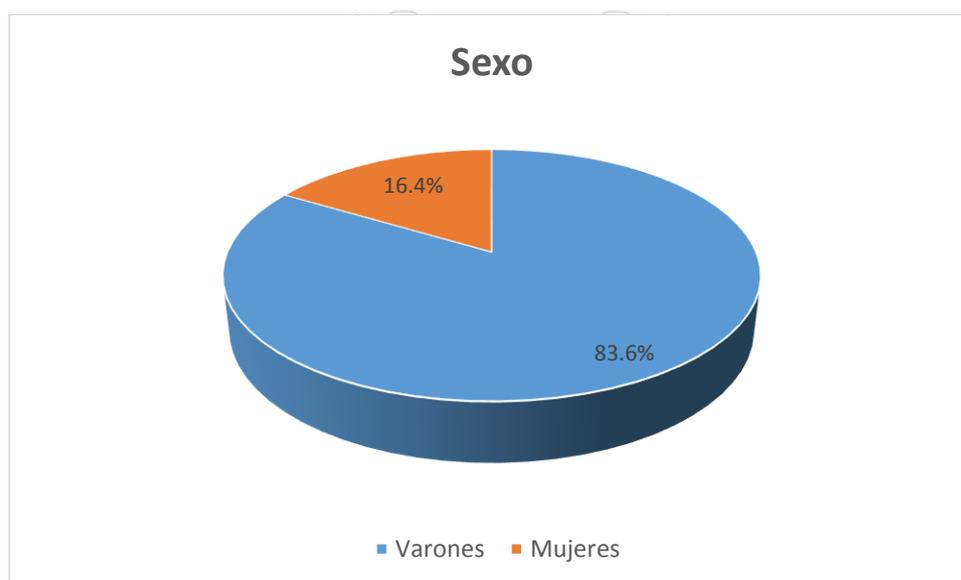


Figura 1. Distribución de sujetos según sexo.

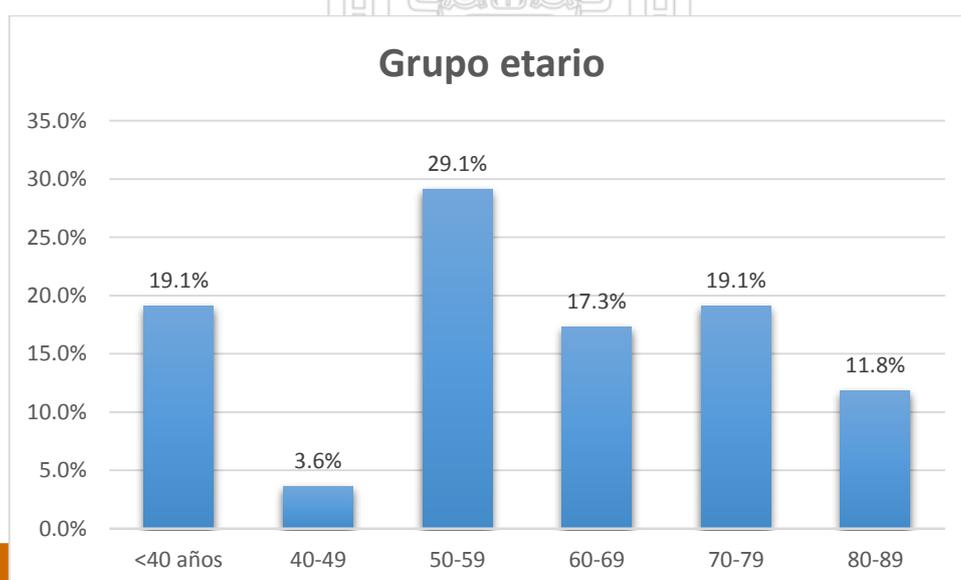


Figura 2. Distribución de sujetos según grupo etario.

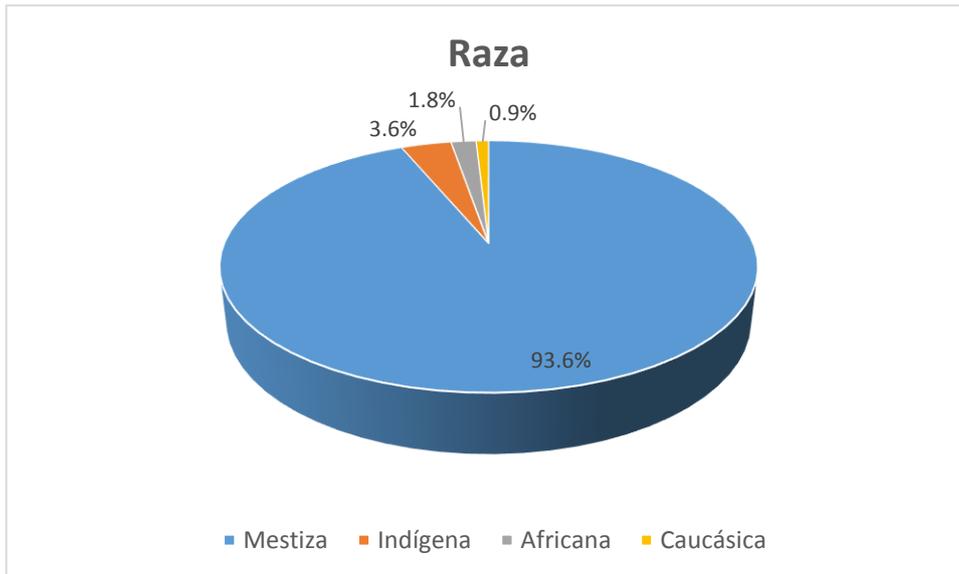


Figura 3. Distribución de sujetos según raza.

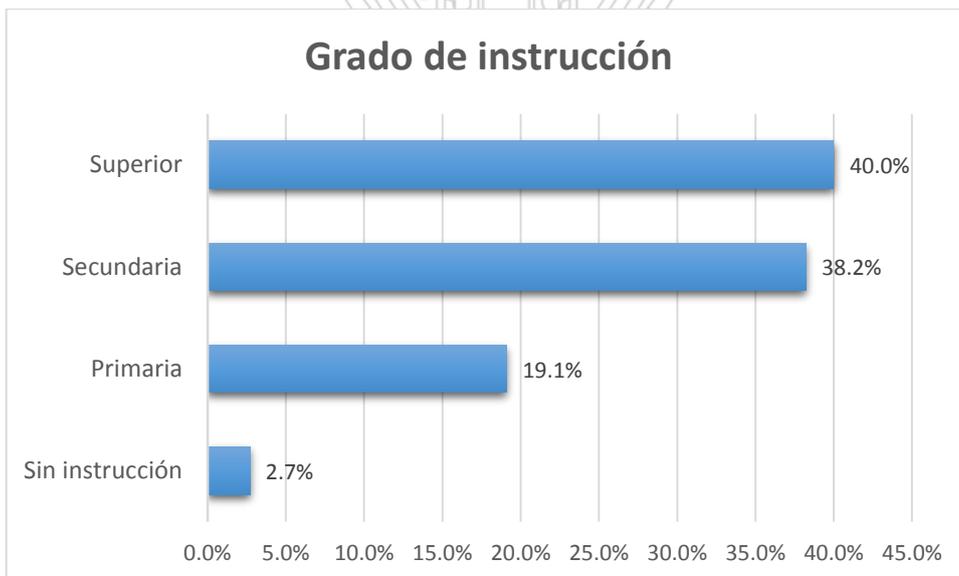


Figura 4. Distribución de sujetos según grado de instrucción.

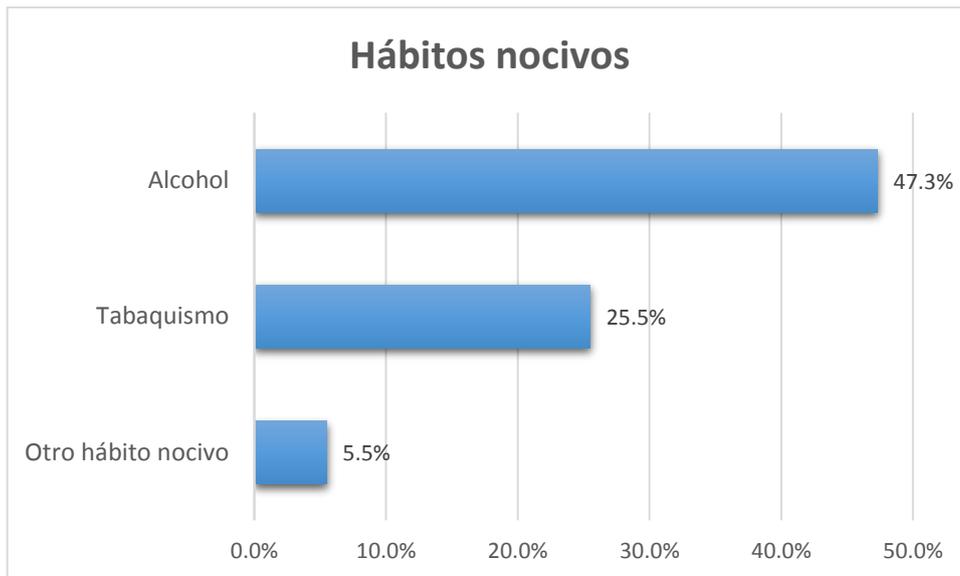
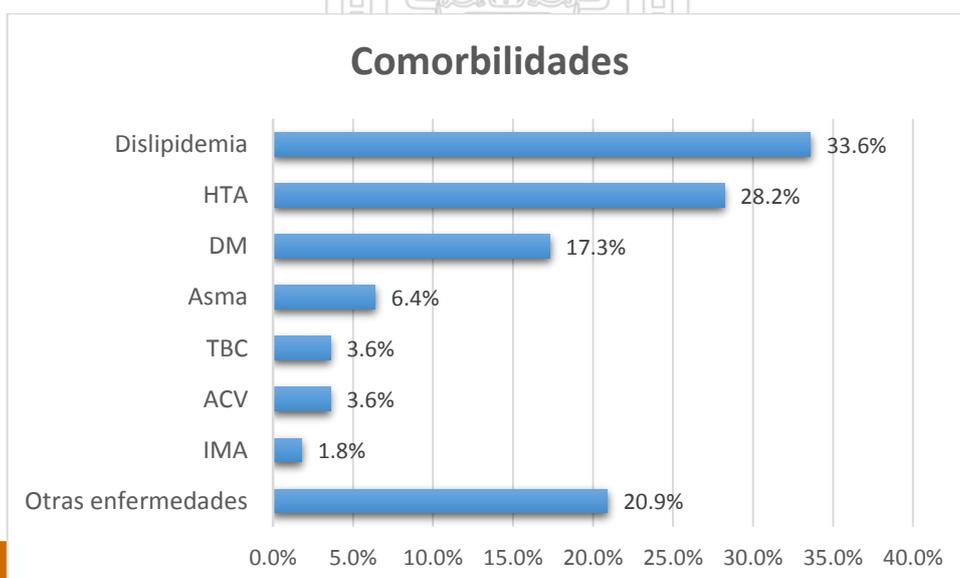


Figura 5. Frecuencia de hábitos nocivos.

En cuanto a comorbilidades, variables no excluyentes entre sí, los antecedentes patológicos más frecuentes referidos por los pacientes fueron dislipidemia (33.6%, n=37) en primer lugar, seguido de HTA (28.2%, n=31) y DM (17.3%, n=19) sin distinguir entre tipo 1 y 2. Es menester mencionar que un 20.9% (n=23) refirió alguna otra condición que no fue contemplada en la ficha recolectora de datos, entre las que destacaron intolerancia a la glucosa, arritmia cardíaca e hipotiroidismo (**figura 6**).



En administración de fármacos, el 70.9% (n=78) afirmó usar algún medicamento actualmente y 29.1% (n=32) lo negó, mientras que un 35.5% (n=39) afirmó hacer uso de fitoterapia, sin excluir el uso de algún fármaco, siendo las hierbas más mencionadas: la chancapiedra, el achiote, la cáscara de piña, la hoja de guanábana y la mashua (**figura 7**).

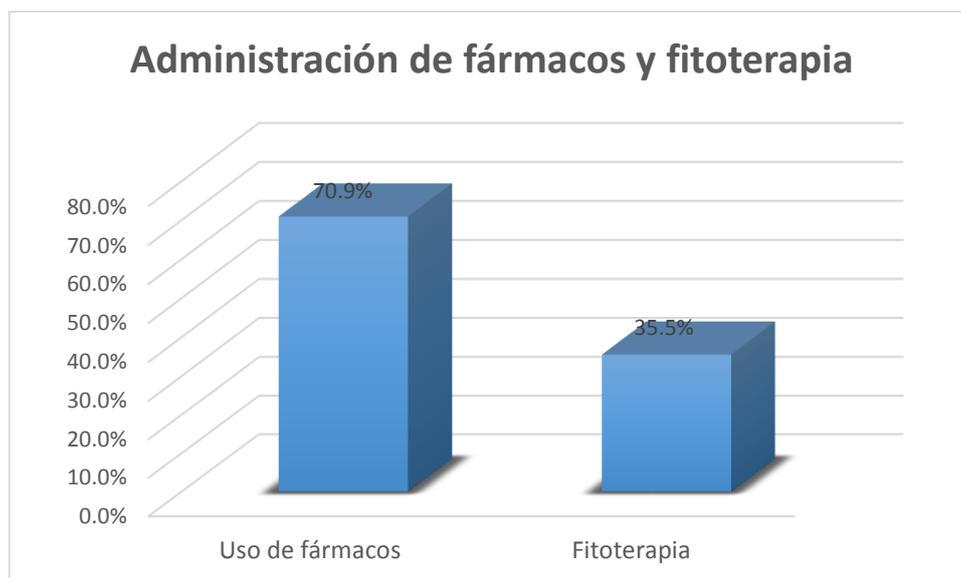


Figura 7. Frecuencia de uso de fármacos y fitoterapia.

Dentro del grupo que usa algún medicamento, los más usados fueron los antihipertensivos (34.6%, n=27), antidiabéticos (28.2%, n=22) e hipolipemiantes (21.8%, n=17). En cuanto al tratamiento farmacológico para los STUI, el 24.4% (n=19) afirmó usar alguno, dentro de los cuales los alfa-bloqueadores fueron los más usados (78.9%, n=15), seguidos de los inhibidores de 5-alfa-reductasa (21.0%, n=4) y ningún anticolinérgico, siendo la tamsulosina y la dutasterida los únicos fármacos mencionados (**figuras 8 y 9**).

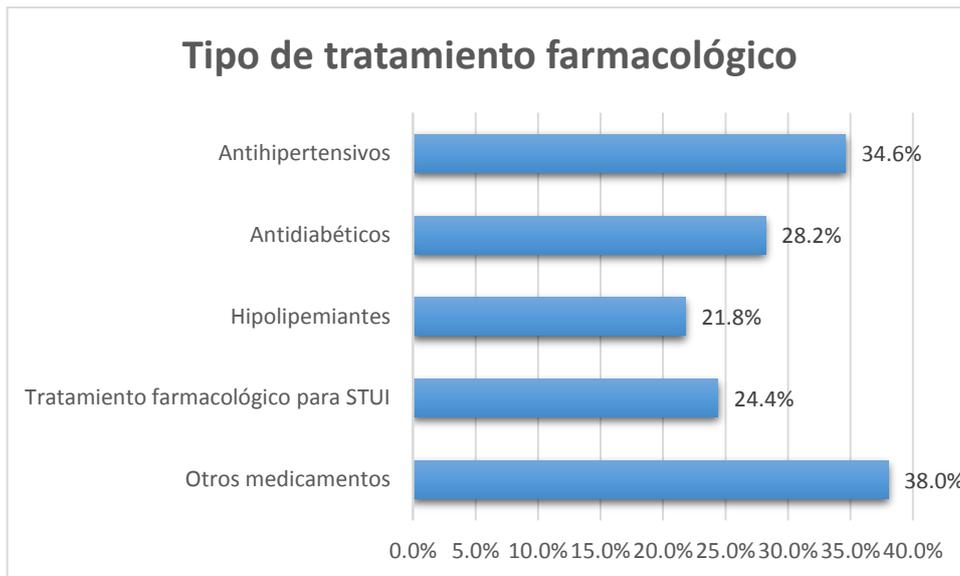


Figura 8. Frecuencia de medicamentos según tipo.

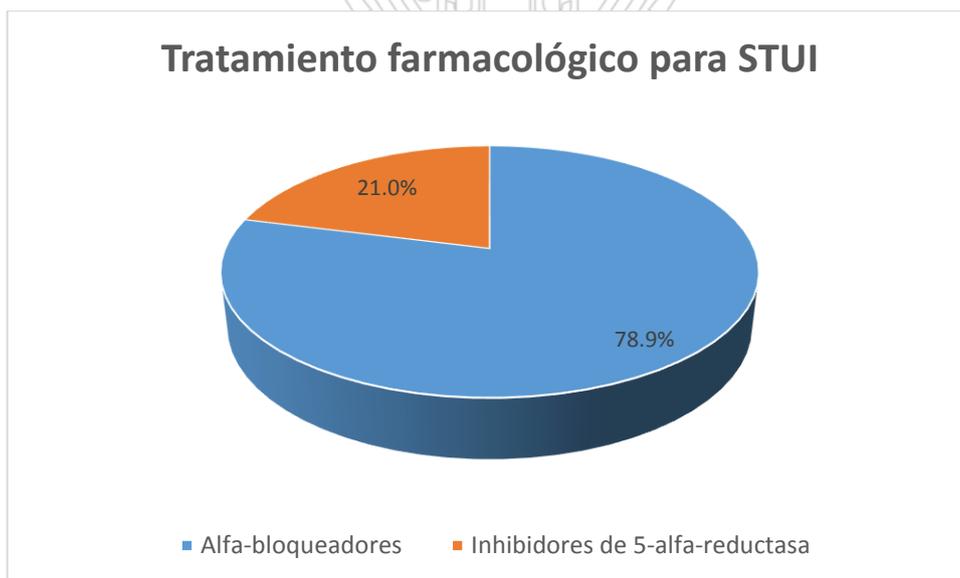


Figura 9. Distribución según familia de fármaco para STUI.

En patologías urológicas, un 12.7% (n=14) no tenía un diagnóstico dado aún, un 10% (n=11) refería tener pero no saber su diagnóstico y el 77.3% (n=85) sí lo sabía. Dentro de este último grupo, 68.2% (n=58) refirió tener HBP, 14.1% (n=12) urolitiasis, 5.9% (n=5) prostatitis, 3.5% (n=3) infección urinaria, 2.4% (n=2) orquitis, 1.1% (n=1) vejiga hiperactiva, 1.1% (n=1) cáncer de próstata, 1.1% (n=1) balanopostitis candidiásica y 1.1%

(n=1) varicocele (figuras 10 y 11).

No olvide citar esta tesis

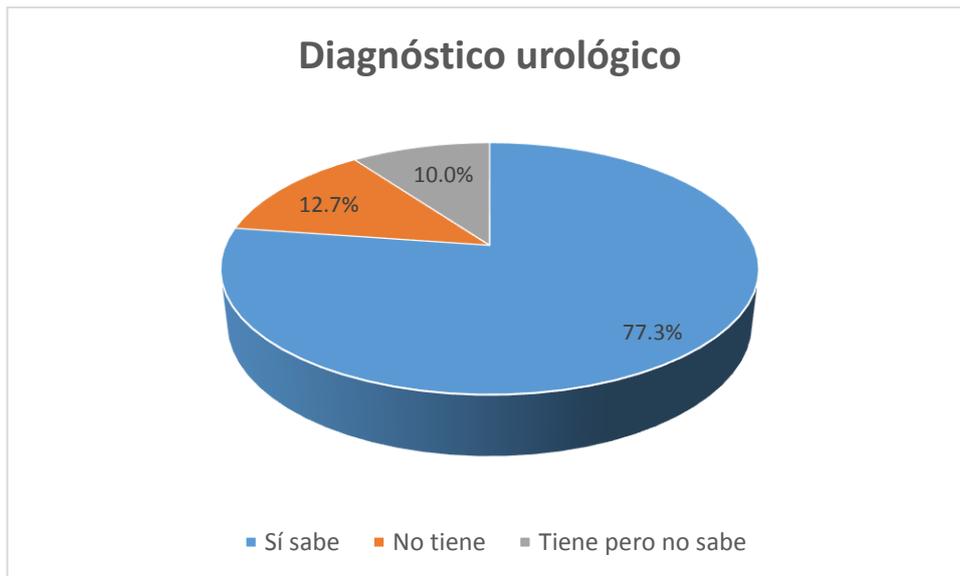


Figura 10. Distribución de sujetos según presencia de diagnóstico urológico.

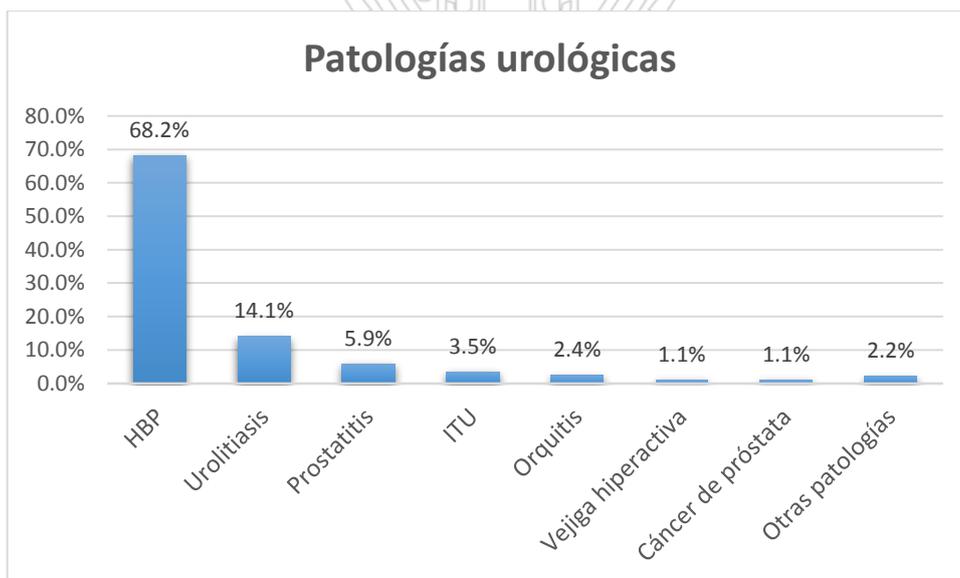


Figura 11. Frecuencia de patologías urológicas.

Sobre el tratamiento quirúrgico urológico, 17.3% (n=19) afirmó haber sido operado por un urólogo, siendo la adenomectomía prostática transvesical (APT) el procedimiento quirúrgico más frecuente con 63.2% (n=12), seguido de la resección transuretral (RTU) de próstata con 26.3% (n=5) y entre otros procedimientos quirúrgicos se encontraron postectomía (5.3%, n=1) y orquiectomía (5.3%, n=1) (figuras 12 y 13).

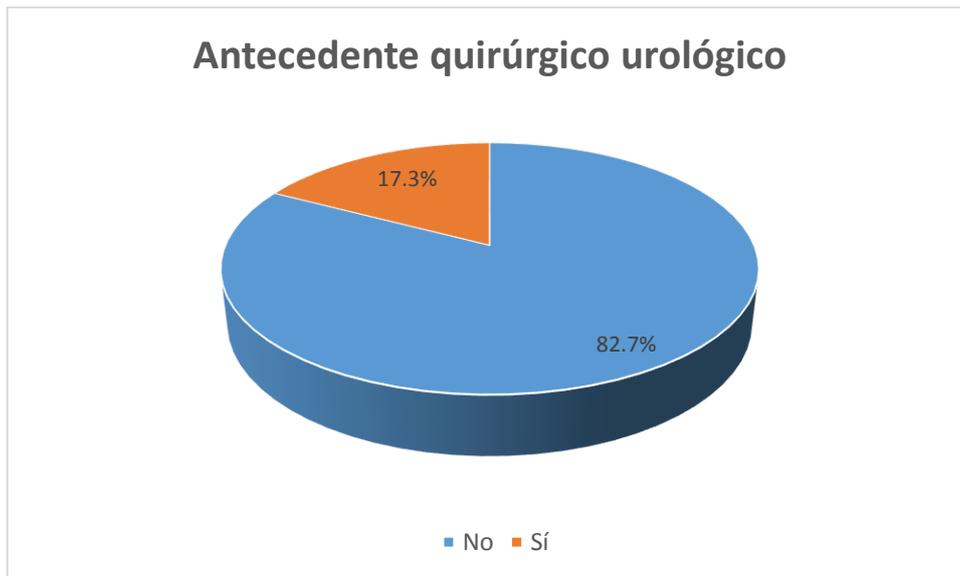


Figura 12. Distribución de sujetos según presencia de antecedente quirúrgico urológico.

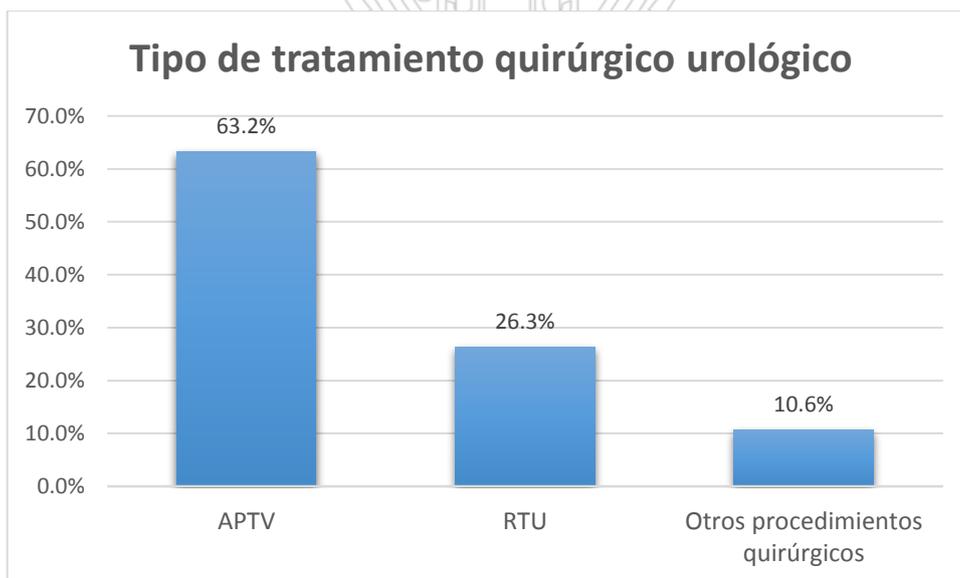


Figura 13. Distribución según tipo de tratamiento quirúrgico urológico.

Sobre los STUI, los síntomas más frecuentes fueron nocturia con 84.5% (n=93), urgencia miccional con 70% (n=77), chorro miccional débil con 68.2% (n=75) y polaquiuria con 64.5% (n=71) (**figura 14**). La media del puntaje IPSS fue de 12.94 ± 7.2 y la mediana 12.00. Según la severidad de los síntomas, el 55.5% (n=61) presentó síntomas moderados,

28.2% (n=31) síntomas leves y 16.4% (n=18) severos (**figura 15**).

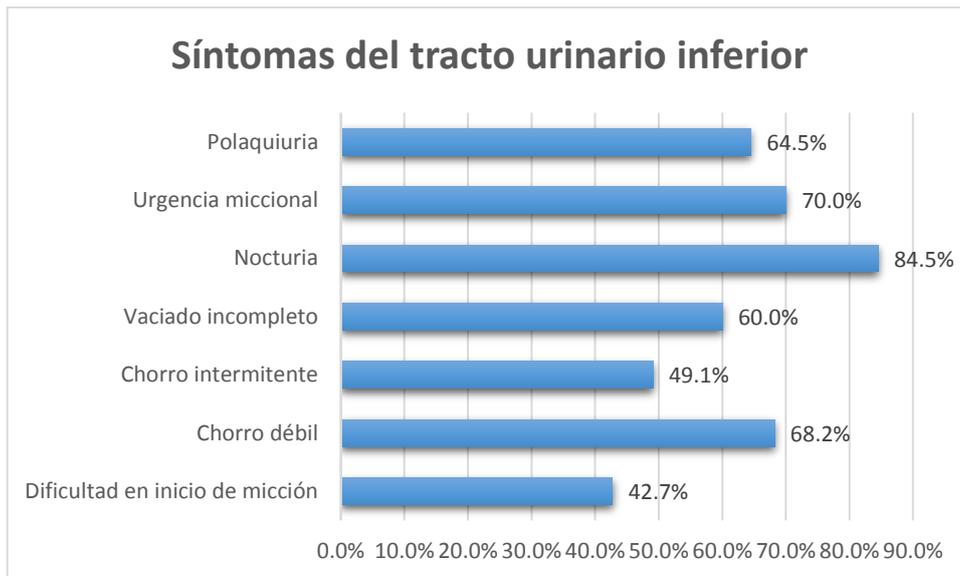


Figura 14. Frecuencia de STUI según cuestionario IPSS.

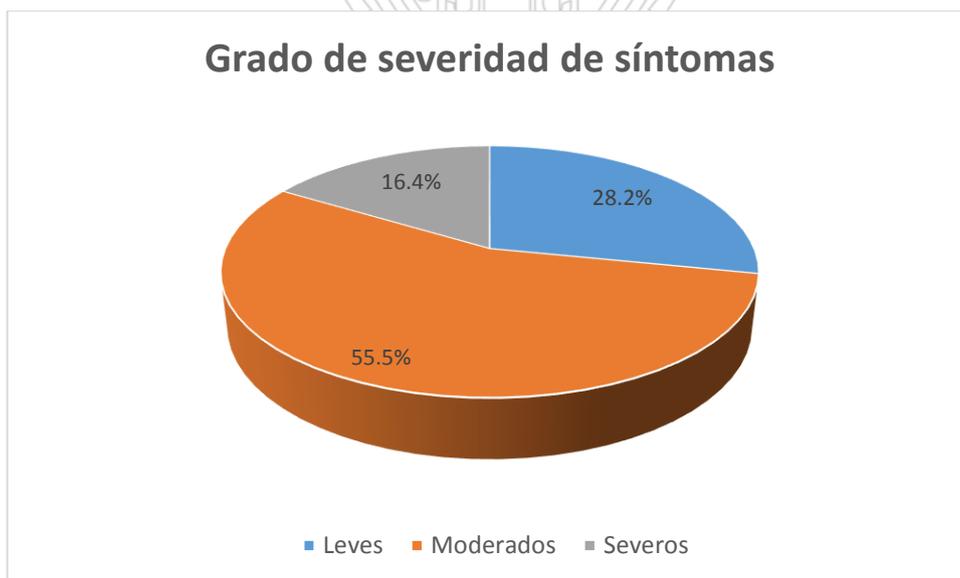


Figura 15. Distribución de síntomas según grado de severidad.

La valoración de la CDV, de acuerdo al octavo ítem del cuestionario IPSS, mostró que, si tuvieran que pasar el resto de sus vidas con los STUI tal y como están actualmente, el 40% (n=44) se sentiría “más bien insatisfecho”, 20.9% (n=23) “tan insatisfecho como satisfecho”, 16.4% (n=18) “muy insatisfecho” y 8.2% (n=9) “fatal” (**figura 16**).

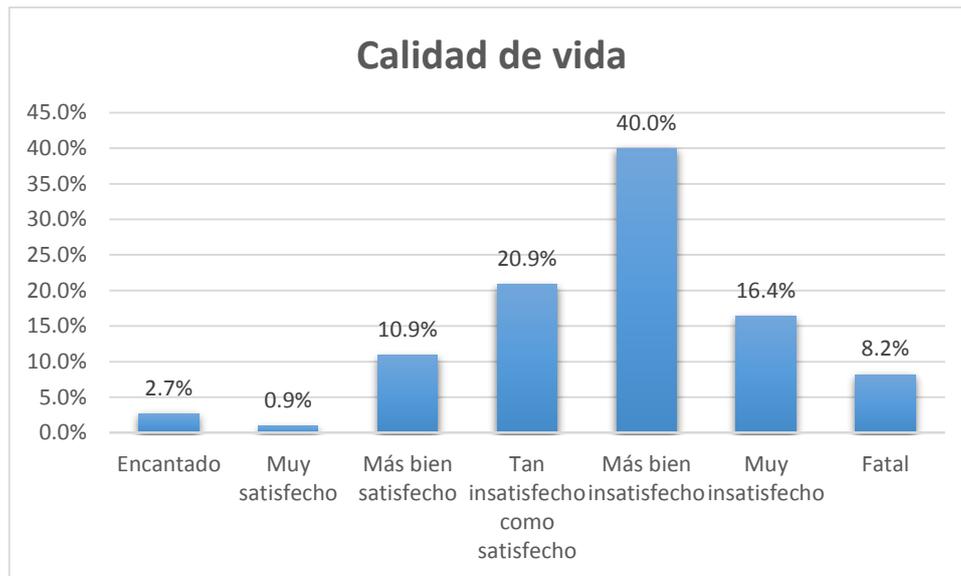


Figura 16. Distribución de categorías sobre el impacto de los STUI en la CDV.

En el análisis bivariado, al buscar alguna asociación de alguno de los datos epidemiológicos con la severidad de los síntomas, se halló una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con el grupo etario ($p = 0.003$) (**tabla 1**) y el grado de instrucción ($p = 0.034$) (**tabla 2**), de igual manera que con el tratamiento quirúrgico urológico, se trate de APTV ($p = 0.030$) o RTU prostática ($p = 0.030$) (**tabla 3 y 4**).

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	26,830 ^a	10	,003
Razón de verosimilitud	29,837	10	,001
Asociación lineal por lineal	4,087	1	,043
N de casos válidos	110		

Tabla 1. Asociación entre severidad de síntomas y grupo etario.

Severidad de síntomas vs. Grado de instrucción

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,610 ^a	6	,034
Razón de verosimilitud	13,158	6	,041
Asociación lineal por lineal	6,939	1	,008
N de casos válidos	110		

Tabla 2. Asociación entre severidad de síntomas y grado de instrucción.**Severidad de síntomas vs. APTV**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,011 ^a	2	,030
Razón de verosimilitud	8,104	2	,017
Asociación lineal por lineal	6,693	1	,010
N de casos válidos	110		

Tabla 3. Asociación entre severidad de síntomas y APTV.**Severidad de síntomas vs. RTU**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,035 ^a	2	,030
Razón de verosimilitud	6,633	2	,036
Asociación lineal por lineal	5,592	1	,018
N de casos válidos	110		

Tabla 4. Asociación entre severidad de síntomas y RTU.

4. DISCUSIÓN

El hecho de que el total de sujetos encuestados presentara STUI demuestra la alta prevalencia del síndrome en este tipo de población, debido a que el estudio se centró en

el paciente urológico más no en una población en general. La literatura confirma que el

Tesis de pregrado en Urología
No olvide citar esta tesis

sexo predominante es el masculino, como lo obtenido en el presente estudio (83.6%), ya que la principal causa de STUI es la patología prostática; no obstante, Soler et al. (2017) obtuvieron un 53% de mujeres en su estudio, y de este grupo el 82% presentó STUI, mientras que en los varones el 69% los presentó, cabe mencionar que este estudio fue realizado vía telefónica en una población ≥ 40 años de 5 ciudades de Brasil y consideró, además del IPSS, la escala OAB-V8 para evaluar síntomas de VH.

El grupo etario de mayor prevalencia fue el de 50-59 años con 29.1%, lo que concuerda con el estudio de Soler et al., quienes encontraron que su grupo de mayor cantidad fue el mismo con un 34%, también se acerca a lo encontrado por Castro et al. (2013) donde la media de la edad fue 63 ± 5.5 años, en el estudio de Arlandis et al. (2009) la media fue 65.4 ± 9.7 años, y en el de Vergara y Bautista (2007) fue de 51 ± 6.5 años. Sin embargo, en el estudio de Torres (2010) el grupo que predominó fue de 60-70 años de edad representando el 51.14% y el 33% de los hombres estudiados tenían de 60-65 años, aunque esto se explica porque el estudio fue llevado a cabo en hombres ≥ 60 años de un policlínico de La Habana-Cuba. Se encontró que la edad está relacionada al grado de severidad de síntomas, con una asociación estadísticamente significativa, lo cual ya ha sido ampliamente demostrado en diversos estudios, Fernández et al. (2009) demostraron que los varones ≥ 70 años padecían de síntomas moderados-severos con una frecuencia tres veces mayor que los más jóvenes (OR: 3.31). Esto obliga a tener un especial interés en las personas de edad avanzada, por lo que se sugiere realizar un despistaje de STUI en todo adulto mayor que acuda a consulta.

La raza predominante fue la mestiza (93.6%), ya que el estudio fue llevado en el corazón de Lima y el mestizaje es lo más característico en esta población. El buen nivel educativo

fue el más prevalente, la mayoría de sujetos contaba con instrucción superior (40%) o secundaria (39.2%), esto hace cuestionar si la atención de salud está distribuida de una

forma carente de equidad en la población, además que se halló una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la severidad de los síntomas, a mayor nivel educativo menor severidad de estos, lo cual se puede relacionar a la capacidad de acceder a un tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico. Fernández et al. demostraron que el bajo grado de instrucción mostró una frecuencia dos veces mayor de síntomas moderados-severos en comparación a un alto nivel educativo (OR: 2.2). El hábito de consumir alcohol fue el más prevalente (47.3%), seguido del tabaquismo en menor cantidad (25.5%) y, aunque ambos son factores de riesgo en otros estudios, no se encontró significación estadística con la severidad de síntomas. Además, Torres encontró que el hábito de fumar fue el más frecuente lo cual no concuerda con la realidad de los sujetos; mientras que Fernández et al. encontraron que el 71.5% consumía alcohol y el 36.9% fumaba.

La dislipidemia, la HTA y la DM fueron los antecedentes patológicos más referidos con 33.6%, 28.2% y 17.3% respectivamente, actualmente enfermedades no transmisibles de alta prevalencia en cualquier población a nivel mundial, y a esto se puede agregar la intolerancia a la glucosa, también conocida como prediabetes, la cual fue la condición más frecuente en el grupo de “otras enfermedades”. Aunque en anteriores investigaciones se halló una asociación positiva entre la severidad de síntomas y la DM o la intolerancia a la glucosa, en el presente estudio no hubo asociación con alguna comorbilidad. Torres encontró que la HTA y la obesidad fueron los antecedentes patológicos más prevalentes en su estudio con varones ≥ 60 años; mientras que Fernández et al. obtuvieron un 27.7% de varones con HTA y 8.8% con DM en su grupo de estudio de ≥ 40 años, además concluyeron que ambas comorbilidades mostraron asociación con síntomas más severos.

Vergara y Bautista concluyeron que la HTA fue el único factor que influyó

La mayoría de individuos entrevistados afirmó usar algún fármaco (70.9%) y de este grupo solo el 24.4% recibía algún tratamiento farmacológico para los STUI, a pesar de que el 100% presentaba síntomas. Esto puede deberse a dos posibilidades: o la mayoría de pacientes presentó síntomas leves y no requirió medicación puesto que está indicado la vigilancia expectante, o hay un subdiagnóstico de STUI y no son tratados correctamente; como la mayor proporción de sujetos presentó síntomas moderados-severos, es más probable que hayan muchos casos de subdiagnóstico como sugiere la literatura revisada. En contraste a lo obtenido, en la investigación de Arlandis et al., el 78.4% había recibido algún tratamiento farmacológico para los STUI y el 61.3% había realizado alguna medida higiénico-dietética. Sobre esto último, cabe resaltar en la actual investigación que la fitoterapia fue usada en el 35.5% de la población entrevistada, y de las hierbas más mencionadas es menester hacer énfasis en dos de ellas: el achiote y la mashua, ya que ambos son parte del arsenal de terapia alternativa para tratar los STUI debido a probables efectos antiinflamatorios a nivel de la próstata. Dentro del grupo de medicamentos para el alivio de los STUI, los alfa-bloqueadores fueron los más usados (78.9%), ya que son el tratamiento de elección en pacientes con síntomas moderados-severos, en general son bien tolerados y no es necesario descartar la existencia de cáncer de próstata previo al inicio del tratamiento, a diferencia de los inhibidores de 5-alfa-reductasa, esto debido a que existen estudios que han demostrado una disminución del riesgo de cáncer de próstata con la administración de inhibidores de 5-alfa-reductasa, esto a expensas del adenocarcinoma de bajo grado de malignidad mientras que se observó un incremento de los adenocarcinomas de alto grado de malignidad (Andriole et al., 2010) (Thompson et al., 2003). Llama la atención el no haber encontrado uso de anticolinérgicos, actualmente el tratamiento farmacológico de primera línea para VH, puesto que solo se halló un caso con este diagnóstico.

La HBP fue la principal patología urológica (68.2%) referida en el estudio, esto concuerda con lo ya mencionado: es la patología urológica de mayor frecuencia en varones y la causa más importante de STUI en los hombres. Sin embargo, las demás patologías urológicas referidas (urolitiasis, prostatitis, infección urinaria, etc.) también desarrollaron STUI, lo cual confirma lo propuesto en el problema de esta investigación: los STUI pueden ser originados por otras causas de obstrucción o por una falla de la contractibilidad vesical con o sin una obstrucción mecánica del tracto de salida (Chappel et al., 2008). Arlandis et al., en su estudio multicéntrico, encontraron que el 74.2% de los pacientes presentaba alguna patología prostática, sobre todo HBP (90.6%), y Torres halló que, al tacto rectal, el 37.14 % tenía la próstata aumentada de tamaño.

El antecedente quirúrgico urológico estuvo presente en el 17.3% de sujetos y, dentro de este grupo, el tratamiento quirúrgico de elección fue la APTV (63.2%) mientras que la RTU prostática fue realizada en un 26.3% de casos. Se encontró una asociación significativamente estadística entre estas dos intervenciones quirúrgicas y la severidad de STUI, siendo más leves los síntomas en pacientes operados de la próstata, esto denota la importancia del acceso a un tratamiento quirúrgico cuando lo amerita, con la finalidad de reducir la severidad de síntomas y mejorar la CDV.

La nocturia fue el síntoma más frecuente en este estudio (84.5%), lo que concuerda con lo hallado en el estudio PreNoc (2006) en España que mostró una prevalencia de nocturia del 83% en pacientes ≥ 60 años diagnosticados de HBP. Este resultado es importante ya que, de acuerdo a Hernández et al. (2007), además de ser un síntoma muy prevalente en varones de edad avanzada con STUI/HBP, es el más molesto en esta población, generando un impacto negativo sobre su CDV.

(nocturia, polaquiuria y urgencia miccional) se hallaron dentro de los 4 primeros síntomas por orden de frecuencia. Arlandis et al. también encontraron más frecuentes los síntomas de llenado (99.3%) que los de vaciado (83.9%); aunque en el estudio de Vergara y Bautista predominaron los de vaciado (55%), seguido de los de llenado (28%) y en 17% ambos tipos.

La media del puntaje IPSS fue de 12.94 ± 7.2 , Castro et al. obtuvieron una media de 17.29 ± 5.66 puntos y Arlandis et al. 16.3 ± 5.6 puntos. Según el grado de severidad, predominaron los síntomas moderados (55.5%) y el 16.4% presentaron síntomas severos, comprendiendo un total de síntomas moderados-severos del 71.9%. Este resultado varía de acuerdo al tipo de estudio y población estudiada, por ejemplo: Soler et al. obtuvieron una prevalencia de síntomas moderados-severos en 21% de los varones y 24% de mujeres; Castro et al. hallaron un 65.85% con síntomas moderados, similar a lo obtenido en el presente estudio; en cambio, en el estudio de Torres prevalecieron los síntomas leves en el 40.95%; Fernández et al. obtuvieron una prevalencia de STUI moderados-severos del 16.6%; Arlandis et al. encontraron un 67.9% con síntomas moderados y 27.3% con severos; Vergara y Bautista obtuvieron un 59% con síntomas leves, 31% con moderados y 10% con severos; y en el estudio de Jalón et al. (2005) un 75% presentaron síntomas moderados, 33% leves o ausentes y 17% severos.

De acuerdo al octavo ítem del IPSS, la CDV en los pacientes fue afectada negativamente por los STUI, ya que la mayoría de los encuestados (64.6%) afirmó sentirse “más bien insatisfecho”, “muy insatisfecho” y “fatal” si tuviesen que pasar el resto de sus vidas con su condición urinaria como lo está actualmente. Soler et al. obtuvieron un 39% de sujetos en los que los STUI afectaron negativamente su CDV; en el estudio de Castro et al., el

52.58% de los pacientes vio afectada su CDV relacionada con la salud, además de afectar su función sexual, siendo estos efectos mayores en pacientes con síntomas severos y de

mayor edad; no obstante, Torres encontró que predominó la buena CDV según los síntomas urinarios; Vergara y Bautista encontraron que la CDV que predominó en todos los pacientes sintomáticos fue aceptable; y Jalón et al. hallaron que, en la valoración de la CDV agrupada en 2 categorías, el 88% referían buena o indiferente calidad, concluyendo que cuanto más graves sean los síntomas peor es la CDV ya que los pacientes con STUI severos tenían un riesgo 6 veces mayor de mala CDV.

5. CONCLUSIONES

- En los pacientes con STUI que acudieron al Servicio de Urología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero de 2018, el 100% de la muestra presentó STUI, lo que demuestra la alta prevalencia de este síndrome en este tipo de población.
- El sexo predominante fue el masculino, aunque aproximadamente una sexta parte de la muestra fueron mujeres.
- El grupo de 50-59 años fue el de mayor proporción, siendo aproximadamente una tercera parte de los encuestados.
- Los mestizos fueron la raza que predominó, comprendiendo casi la totalidad de los sujetos en estudio.
- Los grados de instrucción superior y secundaria fueron los más prevalentes, abarcando juntos la mayoría de casos, mientras que los casos sin instrucción fueron escasos.
- El consumo de alcohol fue el hábito nocivo más frecuente, hábito que estuvo presente en casi la mitad de los encuestados, y una cuarta parte admitió fumar tabaco.

- La nocturia fue el síntoma más frecuente por el que viene el paciente con STUI al Servicio de Urología, seguido de la urgencia miccional, el chorro miccional débil y la polaquiuria.
- El tipo de síntomas que predominó fueron los síntomas de llenado, ya que de los 7 síntomas que mide el cuestionario IPSS, los 3 síntomas de llenado se hallaron dentro de los 4 primeros por orden de frecuencia.
- Según la severidad de síntomas, los síntomas moderados (puntuación=8-19 en el IPSS) fueron los más frecuentes comprendiendo aproximadamente la mitad de los encuestados.
- Los STUI afectan negativamente la CDV de los pacientes, ya que la mayoría de los encuestados afirmó sentirse “más bien insatisfecho”, “muy insatisfecho” y “fatal” si tuviesen que pasar el resto de sus vidas con su condición urinaria como lo está actualmente.
- La HBP fue la patología urológica más frecuente que padece el paciente con STUI, comprendiendo más de la mitad de los sujetos en estudio.
- La mayoría de pacientes afirmó usar algún medicamento y aproximadamente una tercera parte usar fitoterapia. Dentro de los medicamentos en general, los más usados en orden fueron los antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes. El tratamiento farmacológico para los STUI más usado fueron los alfa-bloqueadores, siendo la tamsulosina el único referido por los pacientes.
- Aproximadamente una sexta parte de los pacientes había sido sometido a algún tratamiento quirúrgico urológico, siendo la APTV el más frecuente.
- Se encontró significación estadística en la asociación de la severidad de los síntomas con el grupo etario y el grado de instrucción ($p < 0.05$), siendo más severos los STUI conforme aumenta la edad o exista un bajo nivel educativo. En adición, es

estadísticamente significativa la relación entre la severidad de los síntomas y los tratamientos quirúrgicos urológicos ($p < 0.05$), siendo menor la gravedad de los STUI después de haber sido sometido a una APTV o RTU de próstata.

6. RECOMENDACIONES

Al conocer que la HBP es la principal causa de STUI, mas no la única, se sugiere tener en consideración siempre las diferentes patologías que pueden originar este síndrome; sobre todo dada su elevada prevalencia, parece necesario orientar el diagnóstico y el tratamiento teniendo en cuenta los tipos de síntomas, con buen criterio y sin encasillamientos erróneos como la asociación entre la etiología del síndrome y el sexo del paciente o algún órgano.

Se sugiere mantener la realización del tacto rectal una vez al año a todos los hombres mayores de 40 años, como establece el programa de diagnóstico precoz del cáncer de próstata, así como entrenar a médicos y enfermeras de atención primaria de salud en la aplicación y valoración del cuestionario IPSS y que la misma se aplique una vez al año a todos los adultos mayores.

Debido a que no existen estudios similares en el Perú, la presente investigación servirá para poner el primer cimiento y ser aliciente para ulteriores estudios sobre este síndrome, estudios poblacionales y multicéntricos, y así obtener mayor conocimiento sobre el paciente peruano con STUI, el cual será el principal beneficiado en contribución de su salud y CDV.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., van Kerrebroeck P., Victor A. y Wein A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 21, 167-178.
- Andriole G. L., Bostwick D. G., Brawley O. W., Gomella L. G., Marberger M., Montorsi F., Pettaway C. A., Tammela T. L., Teloken C., Tindall D. J., Somerville M. C., Wilson T. H., Fowler I. L. y Rittmaster R. S., para el REDUCE Study Group. (2010). Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *N Engl J Med*, 362(13), 1192-1202.
- Arlandis S., García M. J., González D. y Rebollo P. (2009). Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva: Manejo del paciente en la práctica clínica habitual. *Actas Urol Esp*, 33(8), 902-908.
- Berry S. J., Coffey D. S., Walsh P. C. y Ewing L. L. (1984). The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol*, 132(3), 474-479.
- Boeri L., Capogrosso P., Ventimiglia E., Cazzaniga W., Pederzoli F., Moretti D., Dehò F., Montanari E., Montorsi F. y Salonia A. (2017). Clinically meaningful improvements in LUTS/BPH severity in men treated with silodosin plus hexanic extract of serenoa repens or silodosin alone. *Sci Rep*, 7(1), 15179.
- Castro D., Díaz H. y Pérez M. (2013). Hiperplasia benigna de próstata y su tratamiento: Impacto en calidad de vida y función sexual. *Actas Urol Esp*, 37(4), 233-241.

- Chappel C. R., Wein A. J., Abrams P., Dmochowski R. R., Guiliano F., Kaplan S. A., McVary K. T. y Roehrborn C. G. (2008). Lower urinary tract symptoms revisited: A broader clinical perspective. *Eur Urol*, 54(3), 563-569.
- Chiang H., Susaeta R., y Finsterbusch C. (2014). Síntomas urinarios bajos, prostatismo, hiperplasia prostática, uropatía obstructiva, ¿todo una misma cosa? *Rev Med Clin Condes*, 25(1), 149-157.
- Fernández C., Moreno J., Cano S., Fuentes M. E., Bocardo G. y Silmi A. (2009). Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hiperplasia benigna de próstata. Estudio de 1804 hombres de 40 años o más residentes en Madrid durante 1999-2000. *Actas Urol Esp*, 33(1), 43-51.
- Hernández C., Ristol J., Estivill E., Batista J. E. y López M. A. (2007). Importancia de la nocturia y su impacto en la calidad del sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urol Esp*, 31(3), 262-269.
- Jalón A., Fernández J. M., Rodríguez O., García J., Rodríguez J. J., González R. C., Álvarez M. y Regadera F. J. (2005). Relación entre síntomas del tracto urinario inferior y calidad de vida. *Arch Esp Urol*, 58(2), 109-113.
- McConnell J. D., Roehrborn C. G., Bautista O. M., Andriole G. L. Jr., Dixon C. M., Kusek J. W., Lepor H., McVary K. T., Nyberg L. M. Jr., Clarke H. S., Crawford E. D., Diokno A., Foley J. P., Foster H. E., Jacobs S. C., Kaplan S. A., Kreder K. J., Lieber M. M., Lucia M. S., Miller G. J., Menon M., Milam D. F., Ramsdell J. W., Schenkman N. S., Slawin K. M. y Smith J. A., para el Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. (2003).

The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the

clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*, 349(25), 2387-2398.

McVary K. T. (2006). BPH: Epidemiology and comorbidities. *Am J Manag Care*, 12(5), S122-S128.

Soler R., Gomes C. M., Averbek M. A. y Koyama M. (2017). The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. *Neurourol Urodyn*, 1-9.

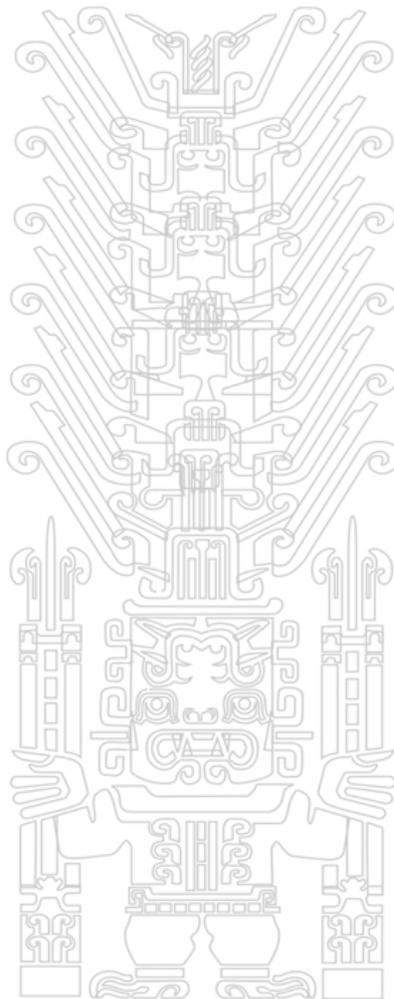
Thompson I. M., Goodman P. J., Tangen C. M., Lucia M. S., Miller G. J., Ford L. G., Lieber M. M., Cespedes R. D., Atkins J. N., Lippman S. M., Carlin S. M., Ryan A., Szczepanek C. M., Crowley J. J. y Coltman C. A. Jr. (2003). The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Engl J Med*, 349(3), 215-224.

Torres G. (2010). Aplicación de la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos a adultos mayores. *Rev Cienc Méd La Habana*, 16(1), 37-47.

Vergara V. y Bautista L. (2007). Severidad de sintomatología prostática: Encuesta de pacientes entre 40-60 años. *Rev Fac Med UNAM*, 50(4), 162-164.

8. ANEXOS

- 8.1. Ficha de recolección de datos
- 8.2. Cuestionario IPSS



ANEXO Nro. 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: <40 años () 40-49 () 50-59 () 60-69 () 70-79 () 80-89 () >90 ()

Raza: Mestiza () Indígena () Caucásica () Africana () Asiática ()

Grado de instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()

Hábitos nocivos: Tabaquismo () Alcohol () Otro (): _____

Antecedentes patológicos:

Diabetes mellitus () Hipertensión arterial () Dislipidemia () Tuberculosis () Infarto al miocardio agudo () Accidente cerebrovascular () Enfermedad renal crónica () Cáncer ()

Otro (): _____

Administración de fármacos: No () Sí ():

Alfa-bloqueadores () Inhibidores 5-alfa-reductasa () Anticolinérgicos () Diuréticos ()

Antidiabéticos () Antihipertensivos () Hipolipemiantes () Antineoplásicos ()

Otro (): _____

Fitoterapia (): _____

Patología urológica: No tiene () Tiene pero no sabe () Sí sabe ():

Hiperplasia benigna de próstata () Vejiga hiperactiva () Estenosis uretral () Cáncer de próstata () Infección urinaria () Urolitiasis ()

Otro () _____

Tratamiento quirúrgico urológico: No () Sí ():

Resección transuretral prostática () Adenomectomía prostática transvesical ()

Otro () _____

Síntomas del tracto urinario inferior:

De llenado: Polaquiuria () Nocturia () Urgencia miccional ()

De vaciado: Dificultad en el inicio de la micción () Chorro miccional débil () Chorro miccional intermitente () Sensación de vaciado incompleto ()

Puntuación IPSS:

Severidad de síntomas: Leves: 1-7 () Moderados: 8-19 () Severos: 20-35 ()

Calidad de vida:

ANEXO Nro. 2

IPSS (Escala Internacional de los Síntomas Prostáticos)

	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi siempre
1.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
2.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
3.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
4.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
5.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
6.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN IPSS TOTAL:

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8.- ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV