

Revista Cubana de Urología

Resultados preliminares del programa integral de diagnóstico estandarizado por etapas, para el tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna

Apolikhin O.I., Sivkov A.V, Katibov M.I, Zolotukhin O.V, Shaderkin I.A, Prosyannikov M.YU, Grigorieva M.V, Voitko D.A., Tsoi A.A.

Instituto de Urología No. 1. Moscú, Rusia.

La tendencia mundial de envejecimiento de la población, indica a un aumento en la proporción de población de edad avanzada. Esto aumenta la importancia de las enfermedades de origen involutivo, incluyendo algunas como la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)¹⁻⁴.

Está demostrado, que la salud y la calidad de vida del hombre mayor de 50 años, depende principalmente de los siguientes cuatro estados no oncológicos: enfermedades cardiovasculares, hiperplasia prostática, disfunción eréctil y depresión^{5,6}. Más del 40% de todas las enfermedades masculinas, en el grupo de edad señalado, son de HPB^{7,8}.

De acuerdo con los estudios epidemiológicos mundiales, los signos clínicos de la HPB, se detectan en el 14% de los hombres de edades comprendidas entre 40-49 años y 80-90%, en edades de 80 años o más⁹⁻¹¹. De acuerdo a estadísticas del Ministerio del Trabajo de la Federación de Rusia, para el año 2016, la población en edad laboral, se reducirá en un

4,6% (4 millones de personas). Esto conllevará inevitablemente, a la necesidad de incrementar la cantidad de jubilados al trabajo, hasta un 11%. Este hecho demuestra una vez más, la importancia de las actividades socioeconómicas, destinadas a mantener la salud dentro de la población masculina.

Hemos evaluado la efectividad del diagnóstico y tratamiento de la HPB en las regiones de la Federación de Rusia, tomando como referencia la región de Voronezh¹². Allí se confirmó, que en el 2009, el 40,9% de los pacientes con enfermedades de próstata (N40 -N42), recibieron tratamiento hospitalario de urgencia, siendo la causa más frecuente, la retención urinaria aguda (RUA), como consecuencia de la HPB. Al mismo tiempo, las estadísticas de policlínicos especializados para el tratamiento de enfermedades urológicas, reflejan a 6331 personas con enfermedades de próstata, lo que significa menos del 2% de la población masculina mayor de 50 años, en dicha región. Según las estadísticas mundiales

sobre la HPB (de acuerdo a la escala de 8 puntos, en el sistema de puntuación IPSS, para disfunción del tracto urinario inferior), en la población masculina de edades antes señaladas, la afectación es de un rango de 26-46%^{13,14}. Es decir, que en los policlínicos especializados, la presencia de pacientes debiera ser Sustancialmente mayor. Los hechos anteriores mostrados, señalan la falta de eficacia del actual sistema de diagnóstico y tratamiento de la HPB, deficiencias en la labor preventiva, baja tasa de detección primaria de la enfermedad, deficiencias de la terapia conservadora y errores en la determinación táctica del tratamiento.

La baja detección primaria de la HPB, conduce a una alta tasa de pacientes con estadios avanzados de la enfermedad. Con el objetivo de mejorar la efectividad en la asistencia médica, a pacientes con HPB, se está

planificando un programa Ruso-Cubano conjunto, en el marco del memorando para la esfera de la salud masculina, firmado el 11 de julio 2014, por la Ministra de Salud de la Federación de Rusia, Veronika Skvortsova Igorevna y el Ministro de Salud Pública de Cuba, Roberto Morales Ojeda.

En el marco del programa antes señalado, se prevé la formación de grupos de riesgos, que desarrollan las enfermedades de próstata, con la ayuda del cuestionario IPSS validado internacionalmente (escala de valoración de los síntomas del tracto urinario inferior). A todos los hombres de ciertos grupos de edad, se prevé proporcionarles el cuestionario IPSS, para valorar la de presencia de síntomas del tracto urinario inferior en el paciente. En dependencia de puntos acumulados, se suponen varios algoritmos de ejecución (Fig. 1).



Figura 1. Formación de grupos de riesgo de enfermedades de próstata.

Cuando la suma total, resulte menor de 8 puntos (síntomas leves), el paciente no necesita asistencia urológica manteniéndosele en observación. Ante síntomas moderados, entre 8-19 puntos, el paciente debe consultar al urólogo, en el

período un mes. Cuando la suma resulte mayor de 19 puntos (se expresen claros síntomas), el paciente deberá ser remitido de inmediato al urólogo.

Cuando se remite al urólogo, el paciente se somete al volumen estándar de chequeo, para verificar el diagnóstico.

Este algoritmo, es la primera fase de la labor conjunta ruso-cubana, que ocurriría al

unísono, en la región de Voronezh y la provincia de Matanzas, así como también se valora la participación de otras regiones. En lo adelante se prevé ampliar el programa y la estandarización, de todas las etapas de diagnóstico y tratamiento de la HPB.



En estos momentos, se elaboran los algoritmos, del programa conjunto, del grupo de trabajo ruso-cubano. En julio del presente año, se celebró una serie de reuniones, sobre

los aspectos de la ejecución del programa planificado. El inicio del programa está previsto para principios del año 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shepin O.P., Tishuk E.I. Problems of demographic development of Russia. // The health economy. 2005. Vol 3. C. 5-8.

2. Temml C, Brössner C, Schatzl G, Ponholzer A, Knoepp L, Madersbacher S, et al. The natural history of lower urinary tract symptoms over five years. Eur Urol. 2003;43(4):374-80.

3. Kok ET, Schouten BW, Bohnen AM, Groeneveld FP, Thomas S, Bosch JR. Risk factors for lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in a community based

population of healthy aging men: the Krimpen Study. J Urol. 2009;181(2):710-6.

4. Schulman CC. The aging male: a challenge for urologists. Curr Opin Urol. 2000;10(4):337-45.

5. Kaplan SA, Olsson CA, Te AE. The American Urological Association symptom score in the evaluation of men with lower urinary tract symptoms: at 2 years of followup, does it work? J Urol. 1996;155(6):1971-4.

6. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational

survey of the aging male (MSAM-7). Eur Urol. 2003;44(6):637-49.

7. Farmer R, Clifford JG. Incidence and prevalence of LUTS/BPH in the UK in the 1990. BJU Int. 2002;90(Suppl 2):74.

8. Loh S-Y, Chin C-M. A demographic profile of patients undergoing transurethral resection of the prostate for benign prostate hyperplasia and presenting in acute urinary retention. BJU Int. 2002;89(6):531-3.

9. Bruskewitz R. Management of symptomatic BPH in the US: who is treated and how? Eur Urol. 1998;36:7-13.

10. Garraway WM, Lee RJ, Collins GN. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. The Lancet. 1991;338(8765):469-71.

11. Kohnen PW, Drach GW. Patterns of inflammation in prostatic hyperplasia: a histologic and bacteriologic study. J Urol. 1979;121(6):755-60.

12. Roth S., Buzeline J.M., Delauche-Cavallier M.C. et al. Correlation between symptomatic improvement assessed by Boyarsky and I-PSS symptom scores in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). Eur. Urol. 1996. - Vol. 30, Supp. 2. : 57

13. Apalachin I., A.V. Sivkov, Katibu M.I., A.V. Shchukin, Zolotukhin O.V., Sadikin I.A. et. al. Programm "Urology" - a comprehensive approach to the modernization of health care on the example of Voronezh oblast. Experimental and clinical urology 2013 Vol. 2 : 5

14. Diener E, Suh E, Oishi S. Recent findings on subjective well-being. Indian J Clin Psychol [Internet]. 1997 [citado 3 de abril de 2015]; Recuperado a partir de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-43193-002>

Recibido: 26-10-2014

Aprobado: 13-12-2014

Correspondencia: *Apolikhin O.I.* Instituto de Urología No. 1. Moscú, Rusia. **Correo electrónico:** info@uroweb.ru