

PROGRAMA AAP 2014

Actualización en Atención Primaria

Hiperplasia benigna de próstata

Doctor, me levanto varias veces por la noche para orinar

Dr. Francisco Brotons Muntó

Dr. José María Molero García

Caso clínico (I)

Pedro, 61 años:

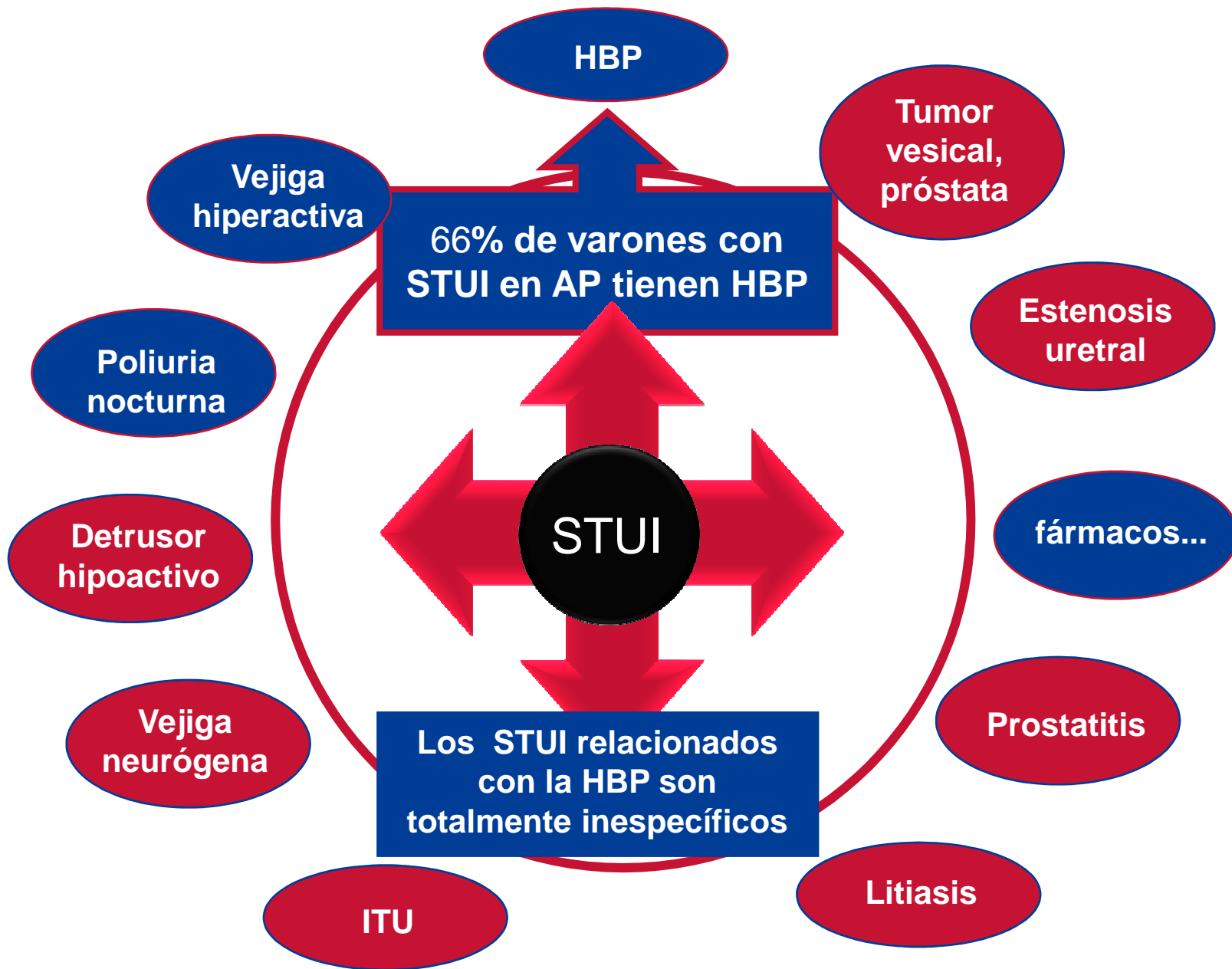
- HTA diagnosticada hace 5 años, bien controlado con amlodipino 10 mg/día
- Obesidad (IMC: 31)
- No fumador, ni bebedor de riesgo

Motivo de consulta:

- Desde hace 4 meses, **se levanta 3-4 veces casi todas las noches para orinar**
- Al no dormir bien, está muy cansado durante el día

Anamnesis de síntomas del tracto urinario:

- Orina muy a menudo en ocasiones casi no puede contenerse
- Sensación de vaciado incompleto, a veces por goteo postmiccional
- Discreta pérdida fuerza al orinar: le cuesta empezar y mantener la micción, en ocasiones se le corta
- No antecedentes personales ni familiares de enfermedades del tracto urinario



Oelke M, et al. EAU guidelines LUTS/BPO. Eur Urol. 2013;64(1):118-40

Clasificación STUI

Síntomas de llenado/irritativos	Síntomas de vaciado/obstructivos	Síntomas posmiccionales
<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia • Frecuencia • Incontinencia • Nocturia 	<ul style="list-style-type: none"> • Chorro débil • Micción en regadera • Chorro intermitente • Retardo • Esfuerzo miccional • Goteo terminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de vaciado incompleto • Goteo posmiccional
Incontinencia/Vejiga hiperactiva	Otras causas de obstrucción de la salida de la vejiga	
HBP		
EPIC survey (19.165 hombres y mujeres, ≥ 18 años , 5 países)		
62,5% de los varones presentaban uno o más STUI		
<ul style="list-style-type: none"> • 51,3% STUI de llenado (48% nocturia) • 25,7% STUI de vaciado (14,2% goteo terminal) • 16,9% postmiccionales (13,5% sensación de vaciado incompleto) 		
Frecuente superposición: triple asociación (25%)		

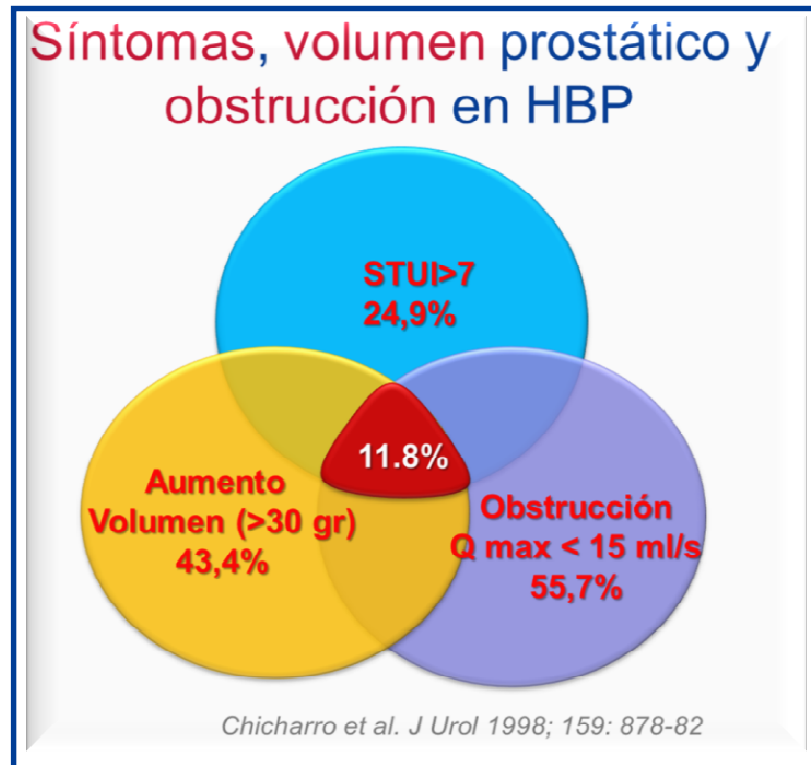
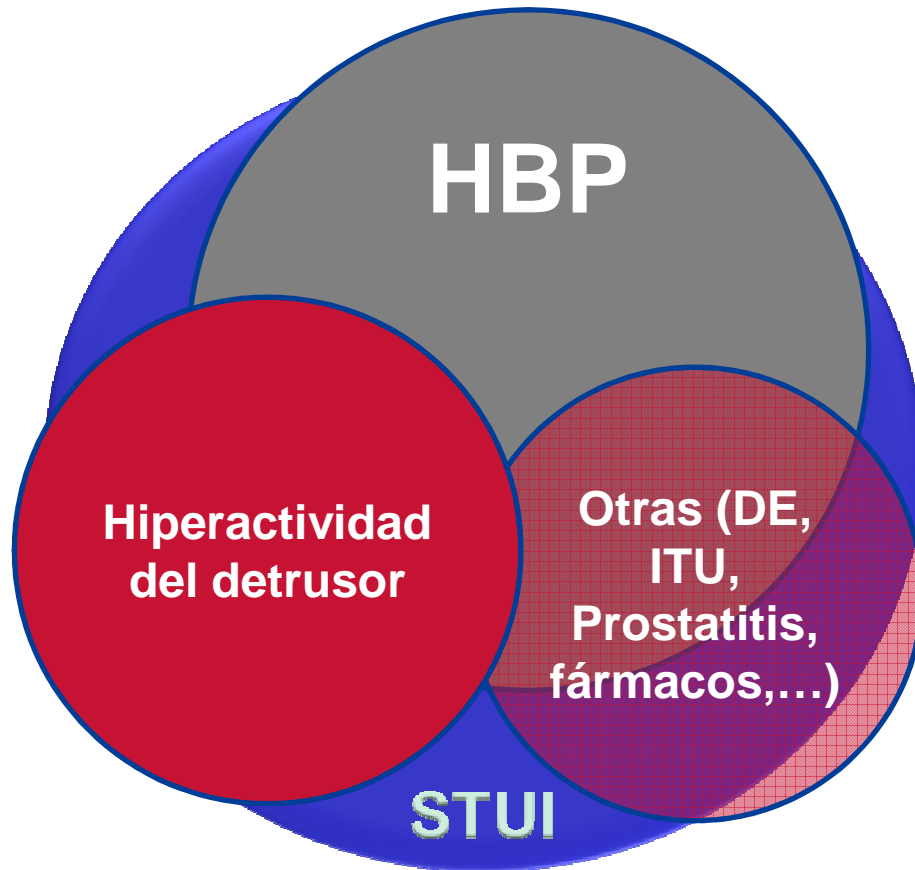
Actas Urol Esp [online] 2005; vol. 29, n. 1: 16-30

Irwin DE, Milsom I, Hunskar S, et al. Results of the EPIC study. Eur Urol 2006; 50: 1306-15

Comorbilidad de los STUI

Frecuente comorbilidad y superposición en la clínica:

- 40-60 % de pacientes con STUI/HBP presenta **disfunción eréctil**¹
- 48-68 % de varones con obstrucción infravesical presenta signos urodinámicos **de vejiga hiperactiva** por hiperactividad del detrusor²



1. Shiri R, et al. J Urol 2005; 174: 205-9.

2. Hernández C, et al. Med Clínica 2012; 139(3):582-7

Perfil de STUI en el varón (España)

n= 826 a urología (95% de AP)¹

69% STUI:

- **96% síntomas de llenado**
- **86% consultaron por STUI llenado**
- **Nocturia (65,7%)**, frecuencia miccional (57,5%), los más frecuentes

91% síntomas **moderados o graves**:

- **57% STUI moderados**
- **34% STUI graves**

Puntuación Media de IPSS: 17 pts

Volumen prostático: mediana de 47,5 cc
(44% entre 20-40 cc)

Los varones con STUI Llenado presentaban peor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud

n= 1.115 a urología (E media: **65,7 años**)²

90% Síntomas **moderados-graves**:

- **60,1% moderados** (IPSS medio: 14,6)
- **34,3% graves** (IPSS medio: 23,7)

Media de puntuación IPSS: 17,2 pts

PSA promedio: 2,6 ng/ml

Vol. prostático : 49,2 cc

Criterios de progresión : 63,9%

Correlación directa: severidad STUI > edad > volumen prostático > PSA > criterios de progresión > tiempo de evolución (p < 0,01)

La presencia de criterios de progresión se correlacionó directamente con la edad y severidad de los síntomas

1. Cambroneo J, et al. Actas Urol Esp. 2013;37(7):401-407

2.- Miñana B, et al. Actas Urol Esp. 2013;37(9):544-8

Pregunta 1

¿En el estudio diagnóstico inicial de este paciente con STUI no considera necesario?

- 1. Realizar un tracto rectal**
- 2. Determinar la concentración de PSA plasmática**
- 3. Evaluar los síntomas con el cuestionario “International Prostate Symptom Score (IPSS)”**
- 4. Realizar una ecografía reno-vesico-prostática**

Manejo inicial de varones con STUI/HBP

Recomendadas	Opcionales	No recomendadas
<ul style="list-style-type: none">• Anamnesis y valoración de STUI (IPSS)• Examen físico con tacto rectal• Urianálisis: tira reactiva y/o sedimento• Bioquímica sanguínea:<ul style="list-style-type: none">• Creatinina sérica• Glucemia• PSA	<ul style="list-style-type: none">• Residuo posmiccional• Ecografía reno-vesicoprostática• Flujometría• Diario miccional• Función sexual 	<ul style="list-style-type: none">• Citología• Cistoscopia• Ecografía transrectal• Urografía endovenosa• Tomografía computarizada• RNM transrectal 

Brenes FJ, Cozar JM. PAS en HBP. ffOMC, 2013
Molero JM, et al. Aten Primaria. 2012;44(6):371-3

Oelke M, et al. EAU guidelines LUTS/BPO. Eur Urol. 2013;64(1):118-40

Caso clínico (II)

Valoración de la severidad de los STUI: IPSS

	Nunca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las 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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
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?	Ninguna 0	1 vez 1	2 veces 2	3 veces 3	4 veces 4	5 o más veces 5

<8 puntos = Leve

8 a 19 puntos = Moderada

>20 puntos = Severa

IPSS: 17 puntos

	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 tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación ≥4 = Afectación significativa de la calidad de vida del paciente.

Calidad de vida: 4

- **Tacto rectal:** próstata simétrica, fibroelástica, bilobulada, sin nódulos, tamaño grande/aumentado II/IV

- **Tira reactiva orina:** Normal
- **PSA:** 2,4 ng/ml
- **Glucemia:** 118 mg/ml
- **Creatinina:** 1,15 mg/ml

PSA en diagnóstico y seguimiento de STUI/HBP

Se recomienda determinar en todo varón >50 años con síntomas del tracto urinario inferior

Descartar cáncer de próstata en varón con STUI

Aporta información básica para la elección del tratamiento farmacológico en HBP:

- Indicador de **volumen prostático**: 1,5 ng/mL → 30 cc
- Indicador de **progresión de la HBP** (PSA ≥1,5 ng/mL)

Seguimiento terapéutico de la HBP en tratados con 5ARI

- Indicador de **cumplimiento terapéutico**
- **Diagnóstico precoz de cáncer de próstata**

*Brenes FJ, Cozar JM. PAS en HBP. ffOMC, 2013
Molero JM, et al. Aten Primaria 2010; 42 (1): 36-46*

Ecografía RVP en la valoración de los STUI/HBP

Indicaciones:



Presencia de **sintomatología severa**

Presencia de **micro/macrohematuria**

Sospecha de **obstrucción y/o globo vesical**

Pacientes con **antecedentes de litiasis renal**

Valores aumentados de **creatinina (>1,5 mg/dl)**

Sospecha de **patología neurológica**
(antecedentes de trauma espinal, neuropatías y otras enfermedades neurológicas)

Otras ocasiones en las que exista **necesidad de cuantificar el residuo postmiccional (RPM)**

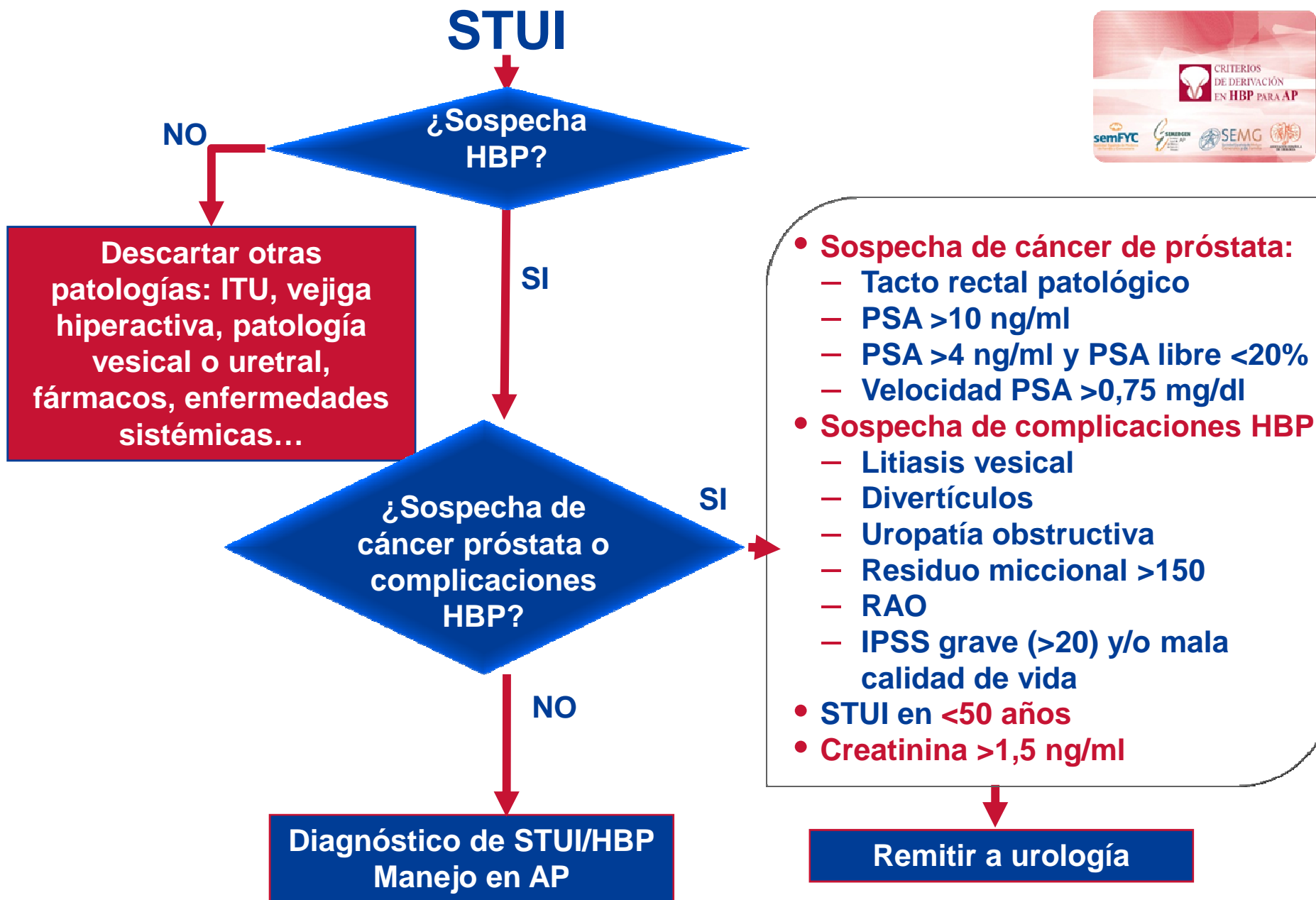
Estudio inicial STUI/HB: en centros de salud que dispongan de ecógrafo, de forma opcional para cuantificar mejor tamaño prostático o medir RPM

*Brenes FJ, Cozar JM. PAS en HBP. ffOMC, 2013
Molero JM, et al. Aten Primaria 2010; 42 (1): 36-46*

Pregunta 2

¿No considera indicada la derivación de un varón con STUI a un servicio especializado en urología?

- 1. Resultado IPSS de 24 puntos**
- 2. Varón de 46 años con STUI moderados**
- 3. PSA total 5ng/ml, con cifras de PSA libre 2,5 ng/ml**
- 4. Tracto rectal con próstata simétrica, pequeña e induración en lóbulo derecho**



Molero JM et al. Aten Primaria. 2012;44(6):371-3

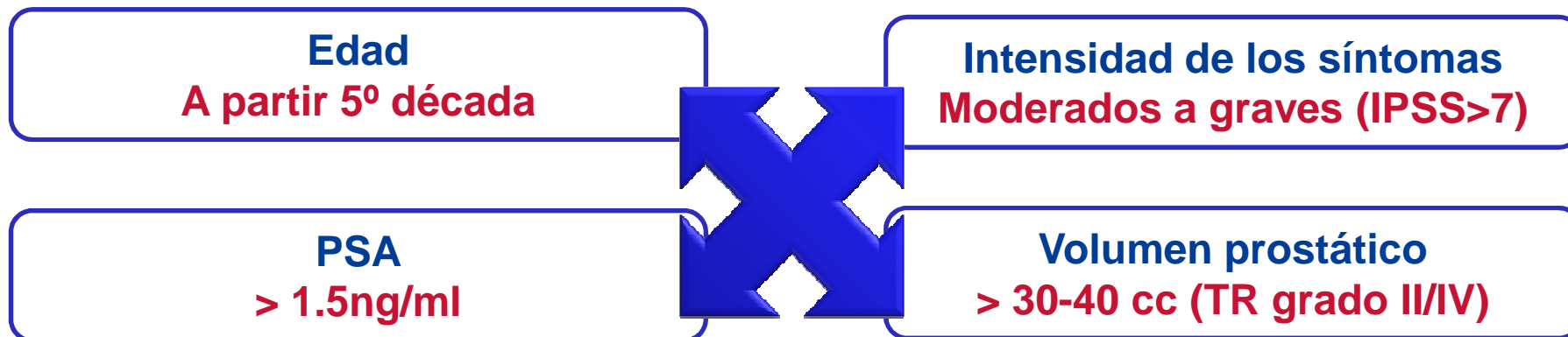
Pregunta 3

¿No se considera como factor de riesgo de progresión y de futuras complicaciones en la HBP?

- 1. PSA: 1,25 ng/dl**
- 2. Edad: 65 años**
- 3. IPSS: 10 puntos**
- 4. Volumen prostático: 35 cc**

Tratamiento farmacológico de la HBP

Estratificación en función del riesgo de progresión



- **Progresión de la HBP:**
 - **Clínica:** empeoramiento de la clínica y de la calidad de vida
 - Aumento del grado de **obstrucción**
 - Aparición de **complicaciones graves:** insuficiencia renal, ITU refractarias, **RAO** o **necesidad de intervención quirúrgica**

Oelke M, et al. EAU Guidelines on LUTS/BPO. Eur Urol, 2013
Molero JM, Miñana B. PAS en HBP. ffOMC, 2013.
Molero JM, et al. Aten Primaria 2010; 42 (1): 36-46

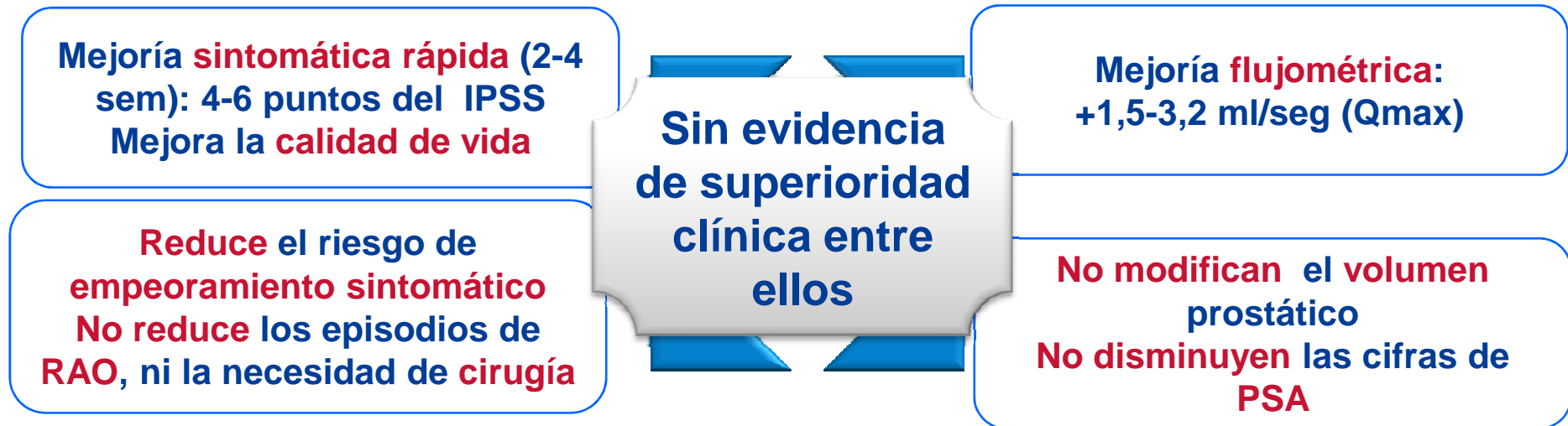
Tratamiento farmacológico de los STUI/HBP

Tratamiento	Rapidez inicio	Mejoría LUTS (IPSS)	Cambios en flujometría (Qmax)	Tamaño prostático	Volumen residual postmiccional	Progresión de la enfermedad	Evidencia/ GR
Espera vigilada sin tratamiento farmacológico	Meses	+ -1.3 a -5.7	-	-	-	?	1b/A
Alfabloqueantes	Días	++ -31% a -48.2%	++ 1.4 a 3.2 ml/s	-	-/+ -17 a -39%	+++ síntomas	1a/A
5-ARI	Meses	+ -13.3% a -8.6%	++ 1.4 a 2.2 ml/s	+ a ++ -15 a -28%	-	+++ RAO	1ab/A
Alfabloqueantes +5 ARI	Días	++ -38% a -49.7%	++ 2.3 a 3.8 ml/s	+ a ++ -11.9 a -27.3%	-/+	+++ síntomas +RAO	1a/A
Inhibidores PDE5 Tadalafilo	Días	++ -17% a -37%	-/+	-	-/+ +9 a -19 ml	?	1b/A
Antimuscarínicos	Semanas	++ STUI vaciado -35.3% a -54%	-	-	+ 0 a +49ml	?	-
Alfabloqueantes + antimuscarínicos	Días	++ -31.8 a -66.4%	++	-		?	1b/B



Brenes FJ, et al. ffOMC, 2013
 Molero JM, et al. Aten Primaria. 2012;44(6):371-3
 Oelke M, et al. EAU guidelines LUTS/BPO. Eur Urol. 2013;64(1):118-40

Bloqueantes α -adrenérgicos



Bien tolerados en general.

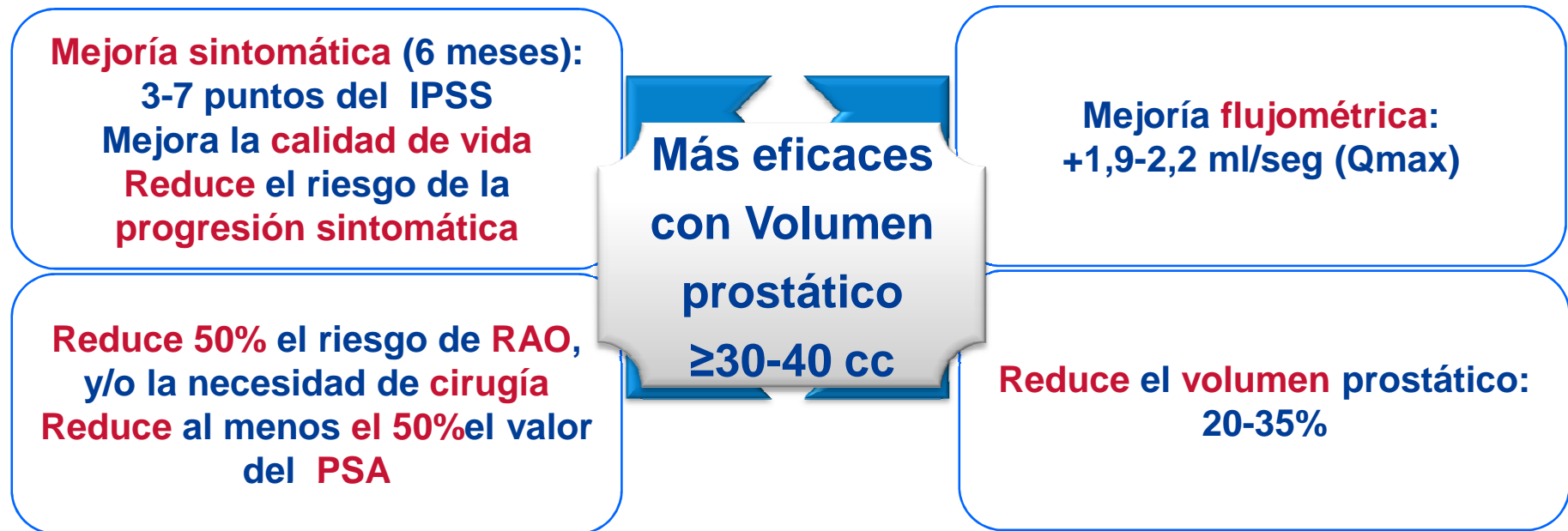
Efectos adversos según uroselectividad:

<ul style="list-style-type: none">• Cardiovasculares (mareos, hipotensión ortostática, síncope, Taquicardia)• Astenia, cansancio• Rinitis, congestión nasal• Neurológicos (vértigo, cefalea)• Sequedad bucal	Terazosina doxazosina
<ul style="list-style-type: none">• Trastornos eyaculatorios (retrógrada, aneyaculación)• Síndrome del iris flácido intraoperatorio	Tamsulosina Silodosina

Usar preferentemente los más uroselectivos y de acción larga

Naslund MJ. *Clin Ther* 2007; 29 (1):17-25.
Roehrborn CG. *Rev Urol* 2009;11 (Supl 1): S1-8
Hernández C et al. *Med Clin (Barc)*. 2012 1;139(13):582-7

Inhibidores de la 5-alfarreductasa



No comparaciones directas a largo plazo: finasteride vs **dutasteride**

Bien tolerados y seguros

La incidencia de efectos adversos disminuye **con el tiempo**

- **Esfera sexual:** disfunción eréctil, disminución libido, trastornos eyaculatorios, ginecomastia (2%)
- **Vértigo, cefaleas, astenia, algún efecto cardiovascular leve**

Tacklind J. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD006015

Naslund MJ. Clin Ther 2007; 29 (1): 17-25.

Keam SJ, Scott LJ. Drugs 2008; 68 (4): 463-85

Inhibidores de la 5-alfarreductasa y cáncer de próstata

Finasteride

Objetivo:

- Estudiar las tasas de supervivencia en todos los participantes en el estudio **Prostate Cancer Prevention Trial (PCPT)** diagnosticados de CaP

Método:

- Estudio de seguimiento de incidencia de CaP y de mortalidad, hasta el 31/10/2011
- Seguimiento máximo: **18 años**

Resultados:

- n=18.880 (finasteride vs placebo)
- **↓ 1/3 riesgo de CaP** con finasteride (RR:0,70; IC: 0,65 a 0,76; P <0,001)
- **↑ riesgo de CaP alto grado** finasteride (RR: 1,17; IC: 1.00-1.37); p = 0,05
- **No diferencias significativas** en los dos grupos:
 - Tasas de **supervivencia global**
 - Tasa de **supervivencia cáncer-específica** diagnosticados de alto y de bajo grado

Dutasteride

Objetivo:

- Conocer el efecto de **dutasteride** en la reducción del riesgo del **CaP incidente**, detectado por biopsia

Método:

- ECA: dutasteride vs placebo
- Seguimiento: **4 años** (biopsias a los 2 y 4 años), 50-75 años, PSA 2,5-10 ng

Resultados:

- n=6729 varones. Biopsia previa (-)
- **DUT reduce el riesgo global de CaP:** 19,9% (659) vs 25,1% (858) (p< 0,001). **RRR= 23%**
- **En CaP alto grado, dutasterida:**
 - **Gleason 7-10** (4 años):
 - 6,7% (220) vs 6,8%(233) (p=0,8)
 - **Gleason 8-10:**
 - 0,9%vs 0,6% (p=0.15)
 - **Gleason 8-10** (3^o-4^o a):
 - 0,5% (12) vs 0,1% (1) p=0,03

Andriole GL, et al. N Engl J Med. 2010; 362(13):1192-202.
Thompson IM Jr, et al. N Engl J Med. 2013;369(7):603-10

Nuevos fármacos en el tratamiento STUI/HBP

Inhibidores Fosfodiesterasa-5

- Autorizado: **Tadalafino 5 mg/d**
- Reducción significativa de:
 - **STUI/HBP (con/sin disfunción eréctil)**
 - **Calidad de vida**
 - **Mejora la función sexual**
- No parece mejorar el flujo urinario
- No parece evitar la progresión hacia RAO, ni cirugía
- Buena tolerancia, poco efectos 2^{arios}
- Autorizado: **tadalafilo 5mg/día**
- Uso:
 - No uso rutinario. Escasa experiencia a largo plazo (3-12 meses)
 - **STUI/HBP seleccionados (afectos de disfunción eréctil)**
 - **Asociados a alfabloqueantes y/o 5ARI:**
 - **Ausencia de respuesta y/o**
 - **Efectos adversos de la esfera sexual**

Antimuscarínicos

- No indicación en ficha técnica
- No usar en monoterapia
- Alfabloqueante + antimuscarínico
 - **Mejora significativa de los STUI/HBP totales y los síntomas de llenado (urgencia y frecuencia miccional)**
 - **Mejora la calidad de vida**
 - **No reducción importante el Qmax, ni aumenta el RPM**
 - **No incremento RAO**
 - **Pocos eventos adversos, de grado leve a moderado (sequedad de boca y estreñimiento).**
- Uso: **persisten STUI llenado tras el tratamiento con α -Blqoqueante**
- No recomendado en caso de alto riesgo de obstrucción:
 - **Obstrucción infravesical severa (IPSS grave)**
 - **RPM > 200 ml**
 - **Historia RAO espontánea**

Xin Z, et al. *Urology*. 2013;82(2):270-7.; Gucci M, et al *Eur Urol*. 2012 ;61(5):994-1003.
Molero JM, Miñana B. PAS en HBP: et al. *ffOMC*, 2013.
Oelke M, et al. *EAU guidelines LUTS/BPO*. *Eur Urol*. 2013;64(1):118-40

Pregunta 4

¿Qué pauta farmacológica considera más adecuada en el paciente del caso?

1. Tadalafino 5 mg/día
2. Finasteride 5 mg/día
3. Tamsulosina OCAS 0,4 mg/día
4. Tamsulosina/dutasterida 0,4/0,5 mg al día

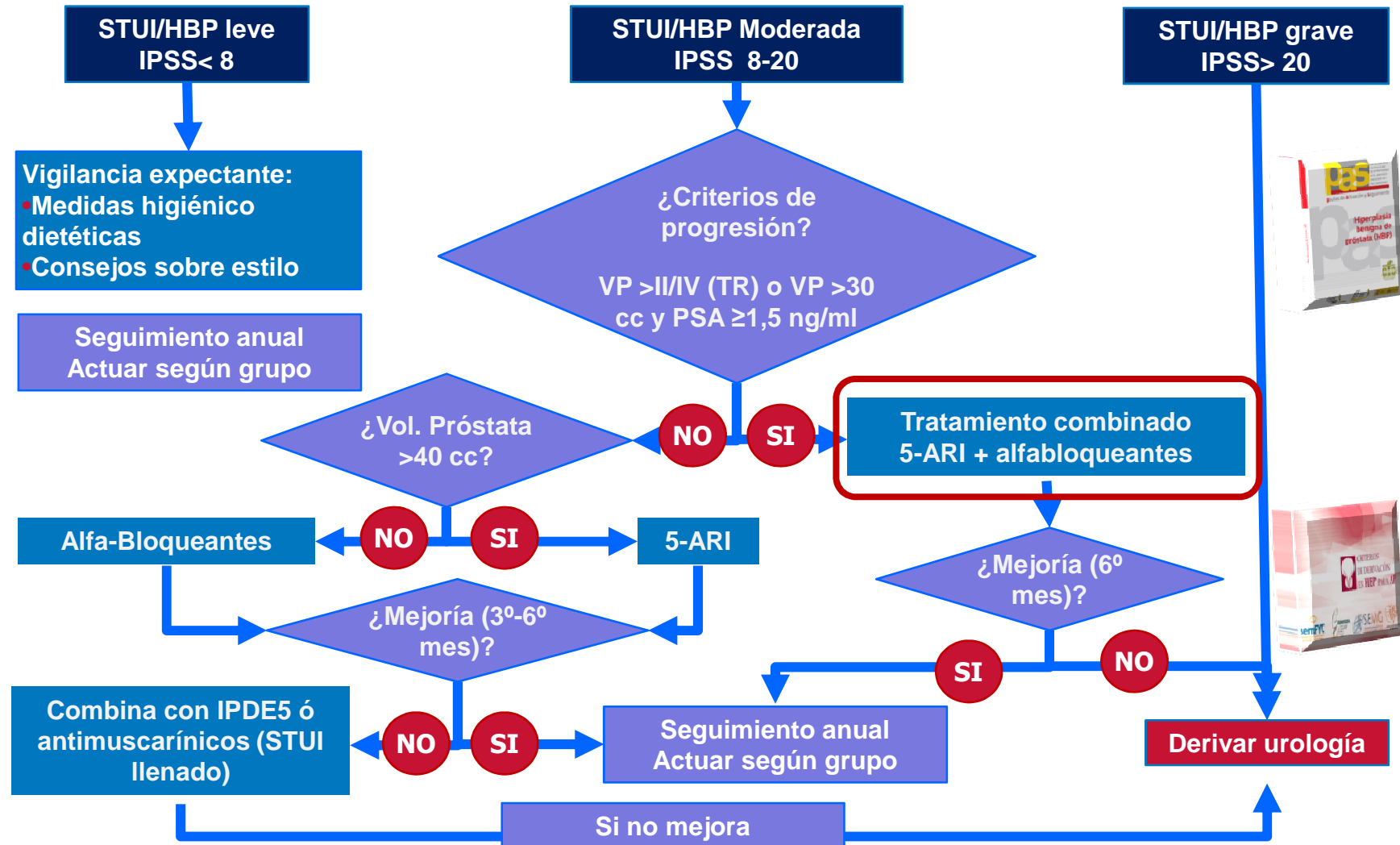
• Varón 61 años sin AP/AF de interés	
• STUI mixtos (4 meses)	
• IPSS/Calidad vida:	•17/4 puntos
• Tacto rectal: no sospechosa, tamaño grande (II/IV)	
• Tira reactiva orina:	•Normal
• PSA:	•2,4 ng/ml
• Glucemia:	•118 mg/ml
• Creatinina:	•1,15 mg/ml

Recomendaciones farmacológicas de diferentes instituciones para el tratamiento STUI/HBP

	AUA (2010) ¹	EAU (2013) ²	CUA (Canadá, 2010) ⁵	NICE (UK, 2010) ³	AEU, semFYC SEMERGEN SEMG (España, 2011)
Alfa-bloqueantes	STUI moderados-graves por HBP (Puntuación ≥ 8)	STUI moderados-graves	1ª línea de tratamiento en varones con síntomas	STUI moderados-graves	IPSS moderado (IPSS: 8–20) sin criterios de progresión
5ARI + alfa-bloqueantes	STUI con crecimiento prostático (medición del volumen, PSA como indicador del volumen prostático y/o TR)	STUI moderados-grave, crecimiento prostático (>40mL) y reducción del Qmax. Adecuado sólo para tratamiento a largo plazo >1 año	STUI con crecimiento prostático	STUI moderados-grave y próstata >30g o PSA >1.4 ng/mL y riesgo elevado de progresión	IPSS moderado (8–20), con criterios de progresión: VP>30cc o VP>II/IV PSA ≥ 1.5 ng/mL

1. AUA. Management of BPH (2010)
2. Oelke M, et al. Guidelines on the treatment of non-neurogenic male LUTS (2013)
3. NICE clinical guideline 97 (2010)
4. Molero JM, et al. Aten Primaria. 2012;44(6):371-3
5. Nickel JC, et al. Can Urol Assoc J 2010;4:310–16

Tratamiento médico de la HBP

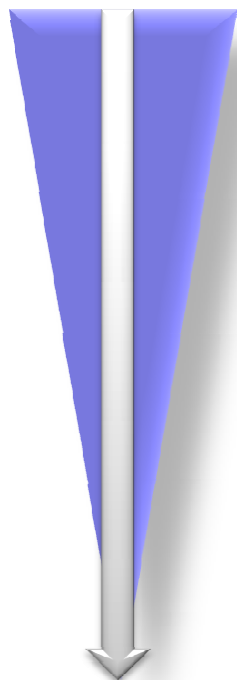


Molero JM, Miñana B. PAS en HBP: et al. ffOMC, 2013
Molero JM, et al. Aten Primaria. 2012;44(6):371-3

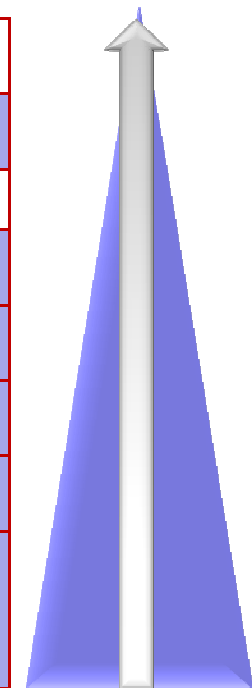
Tratamiento combinado: 5-ARI + alfabloqueante

Magnitud del beneficio

Magnitud del beneficio



Alf-Bloq	Efectos clínicos	5-ARI
V	Mejoría de los síntomas y del flujo	V
V	Inicio rápido de la mejoría sintomática	X
V	Prevención de la progresión a corto plazo	V
V	Beneficio sintomático importante	V
X	Reducción del volumen prostático	V
X	Mantenimiento de la reducción del VP	V
X	Prevención del riesgo de progresión a largo plazo: RAO y/o necesidad de cirugía	V



Tiempo

Tiempo

Madersbacher S et al. Eur Urol 2004;46:547-54. Roehrborn C et al. J Urol 2008;179:616-2R
 oehrborn C, Heaton J. Eur Urol Suppl 2006;5:716-21

Tratamiento combinado: 5-ARI + alfabloqueante

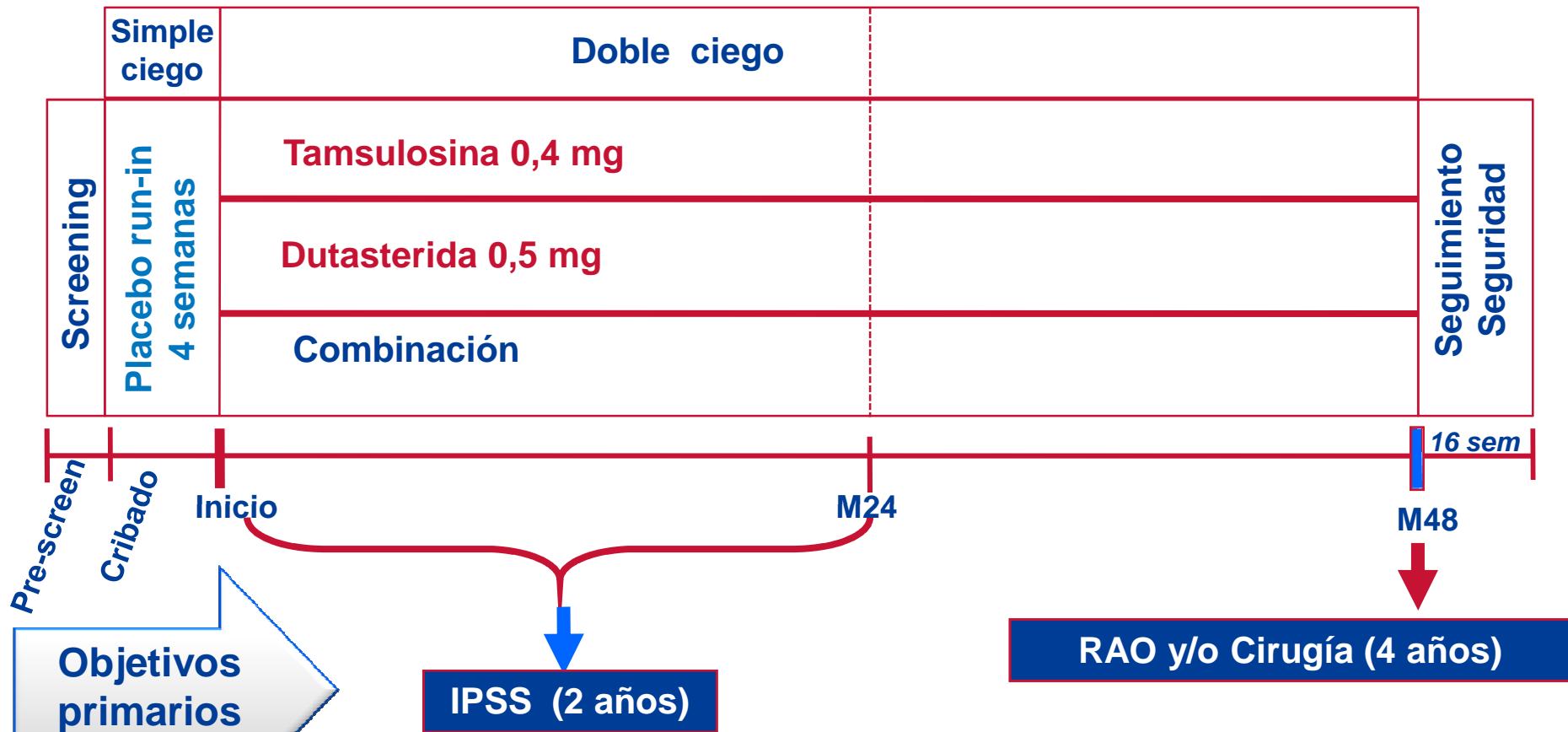
Estudios de combinación

	ALFIN ¹ 1996-1998	VA Co-op ² 1996-1998	PREDICT ³ 1999-2003	MTOPS ⁴ 2003-2006
Fármacos	Alfuzosina Finasteride	Terazosina Finasteride Placebo	Doxazosina Finasteride Placebo	Doxazosina Finasteride Placebo
VP medio basal(cc)	41	37	36	36
IPSS medio basal	15	16	17	17
Pacientes (n)	1051	1229	1089	3047
Duración (años)	6 meses	1	1	4.5
Resultados:	No beneficios (síntomas, Qmax) a corto plazo de la combinación vs monoterapia. NO datos disponibles a largo plazo			Reducción de progresión: <ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento clínico • Riesgo complicaciones Mayores beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • VP moderado (>25-30cc) • PSA elevado

¹Debruyne et al. *Eur Urol* 1998;34:169–75. ²Lepor et al. *New Engl J Med* 1996;335:533–9.
³Kirby et al. *Urology* 2003;61:119–26. ⁴McConnell et al. *New Engl J Med* 2003;349: 2387–984
 Millán F. *Actas Urol Esp* 2005; 29 (8): 725-734

Estudio CombAT

2006-2010



Todos los pacientes estaban en riesgo de progresión:

Volumen prostático >30 cc (medio 55 cc, mediana 48 cc)
y PSA \geq 1,5 ng/dl (medio: 4 ng/dl)

Siami et al. Contemp Clin Trials 2007; 28 : 770-779

Conclusiones del estudio CombAT (4 años)

Mejoría clínica y calidad de vida:

- **Mejoría de los STUI de combinación vs monoterapias:**

- **Significativamente superior desde el primer año**
 - *3º mes vs dutasterida, 9º mes vs tamsulosina*
- **2º- 4º año:**
 - *Se mantiene vs. dutasterida y aumenta vs. tamsulosina*

**Dutasteride 0,5 mg+
Tamsulosina 0,4 mg**

**Progresión clínica:
empeoramiento IPSS >4
puntos, RAO, ITU, IR e
incontinencia**

- **Mejoría de la calidad de vida de combinación vs monoterapias**

Complicaciones:

- **Combinación reduce el riesgo relativo de RAO o cirugía relacionada vs:**

- **Frente a tamsulosina: 65,8% (54,7%, 74,1%; $p<0,001$)**
- **Frente a dutasteride: 19,6% (-10,9%, 41,7%; *ns*)**

- **Combinación reduce el riesgo de progresión clínica vs:**

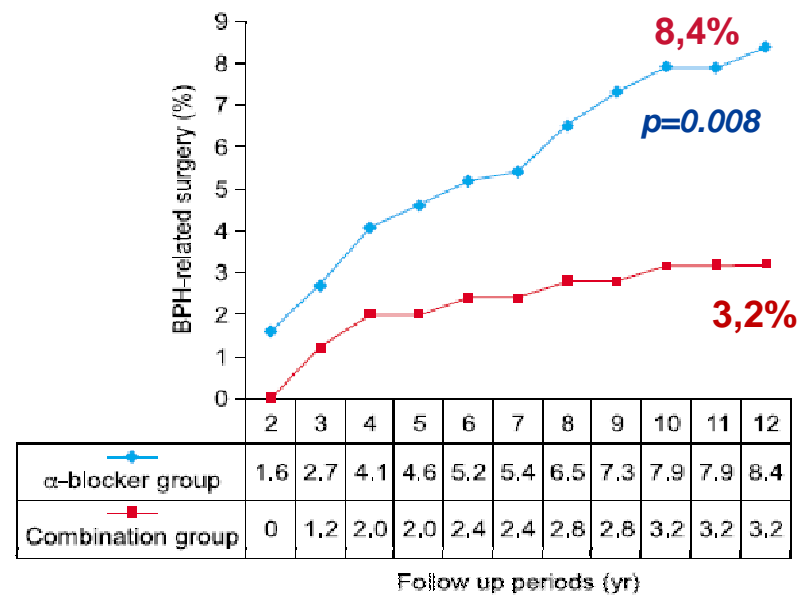
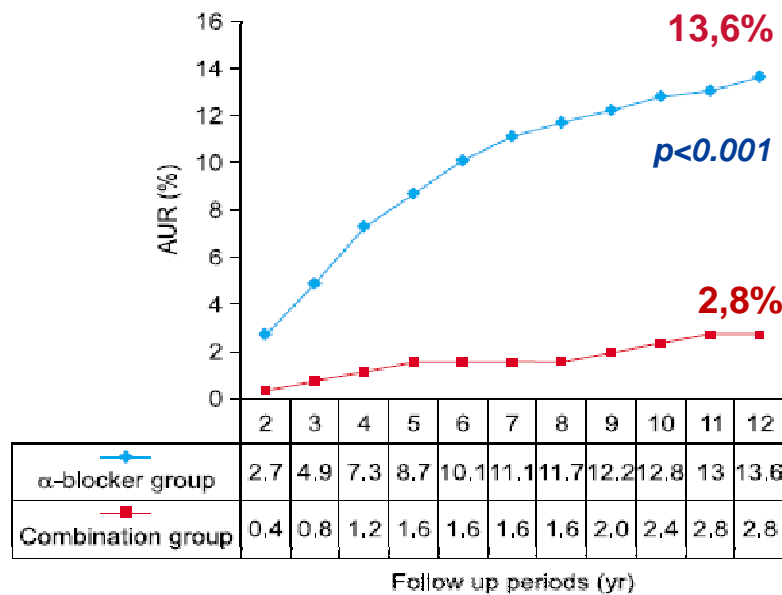
- **Tamsulosina 44% (33,6-53%; $p<0,001$)**
- **Dutasteride 31% (17,7-42,5%; $p<0,001$)**

Roehrborn CG, et al. Eur Urol 2010 Jan; 57 (1): 123-31

Roehrborn CG et al. BJU Int 2011 Mar; 107 (6): 946-54.

Keating GM. Drugs Aging 2012 1; 29 (5): 405-19

Los beneficios se mantienen a largo plazo



KJU
Korean Journal of Urology

n = 620 (368 AlfaBlq; 252 AlfaBlq+5ARI)

www.kjurology.org

<http://dx.doi.org/10.4111/kju.2012.53.4.248>

Voiding Dysfunction

α-Blocker Monotherapy and α-Blocker Plus 5-Alpha-Reductase Inhibitor Combination Treatment in Benign Prostatic Hyperplasia; 10 Years' Long-Term Results

Teak Jun Shin, Chun Il Kim, Choal Hee Park, Byung Hoon Kim, Young Kee Kwon

Department of Urology, Dongsan Medical Center, Keimyung University School of Medicine, Daegu, Korea

Caso clínico (III)

Inicio de tratamiento con: tamsulosina/dutasterida

Se le cita para seguimiento: 3^{er} y 6^o mes



A los 6 meses:	Basal	6^o mes
IPSS	17 puntos	12
Calidad de Vida	4 puntos	3
PSA	2,4 ng/dl	1,3 ng/dl

Periodicidad del seguimiento recomendada

Periodicidad	Alfabloqueantes	IPDE-5 (tadalafilo)	5-ARI
1 ^o mes	Tolerancia		Tolerancia
3 ^o mes	Efectividad		Tolerancia
6 ^o mes	-		Efectividad

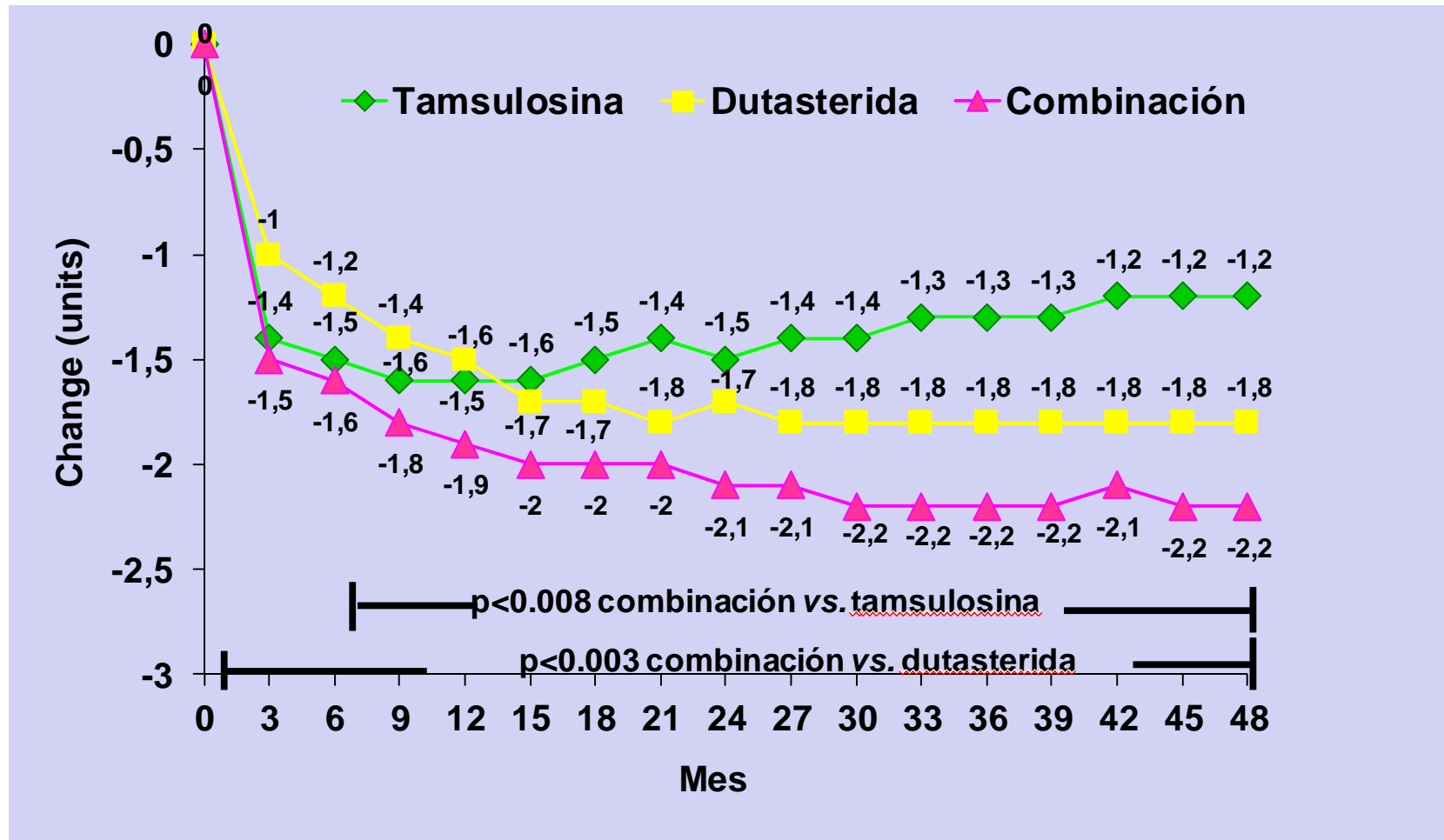
Molero JM, et al. Aten Primaria 2010; 42 (1): 36-46

Pregunta 5

¿En relación con los resultados clínicos al 6º mes de seguimiento de Pedro, no es cierto?

- 1. La mejoría en la puntuación del IPSS es inferior a la esperada**
- 2. Es pronto para valorar los efectos clínicos del tratamiento farmacológico combinado dutasterida/tamsulosina**
- 3. La reducción de las cifras de PSA es la esperada con el uso de dutasteride**
- 4. La mejoría de puntuación en la calidad de vida es la esperada**

Mejoría de los STUI/HBP y calidad de vida con tratamiento farmacológico (CombAT)



◆ Tamsulosina (n = 1582)
 ■ Dutasterida (n = 1592)
 ▲ Combinación (n = 1575)

Roehrborn CG et al. *J Urol* 2008;179:616–21
 Roehrborn CG et al. *Eur Urol* 2010;57:123–131

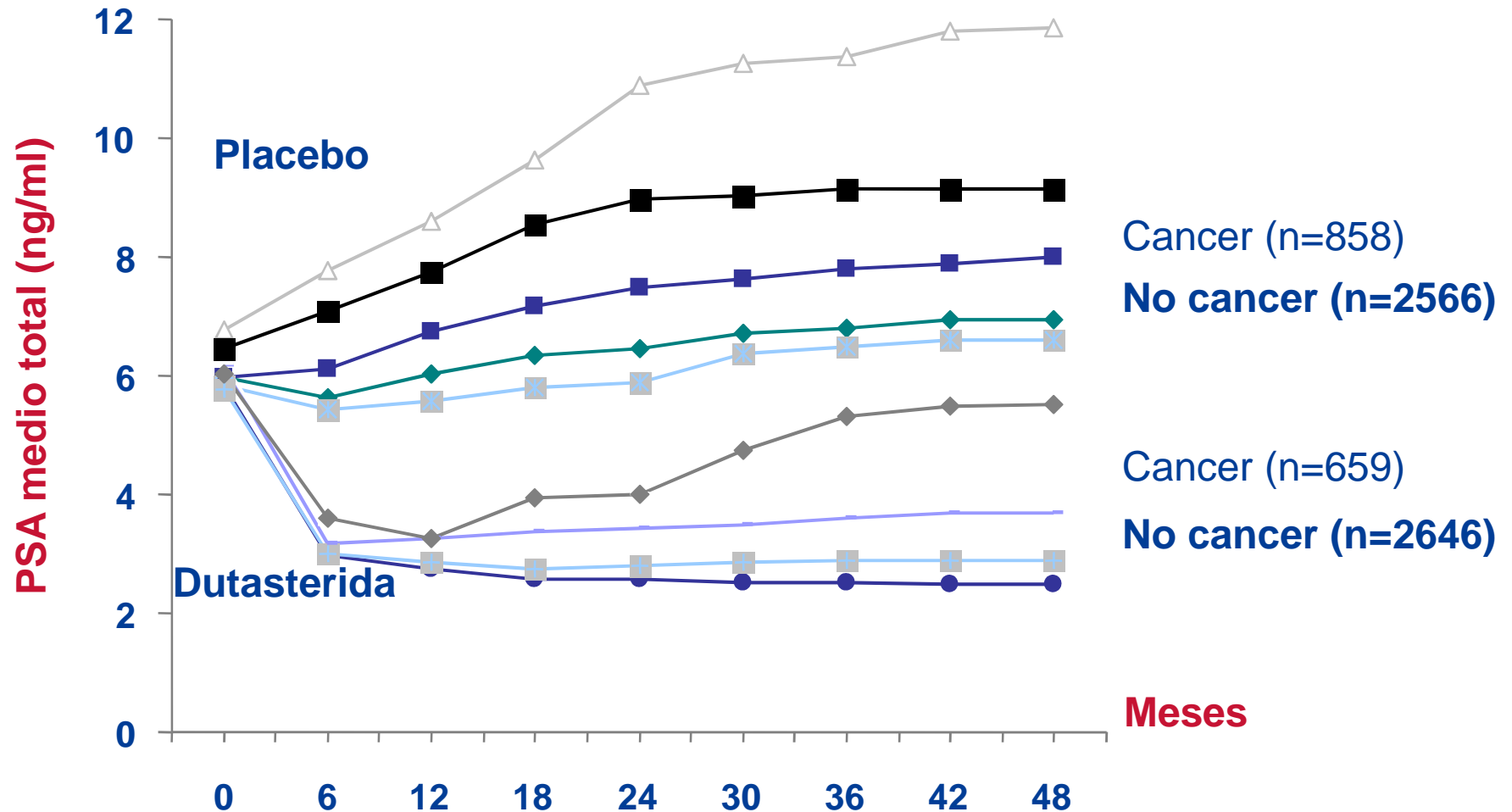
Pregunta 6

¿En relación con lo valores del PSA que presenta Pedro durante el seguimiento del tratamiento combinado, qué actuación le parece más indicada?

Periodo	Basal	6º mes	1º año	2º año	3º año	4º año
PSA	2,4	1,3	1,2	1,1	1,1	1,4

1. Repetir el último PSA en 4-6 semanas
2. Descartar la presencia de una prostatitis aguda
3. Continuar con el seguimiento anual, pues el valor del PSA al multiplicarlo por 2, es inferior a 4ng/dl
4. Derivación preferentemente al servicio de urología para descartar cáncer de próstata

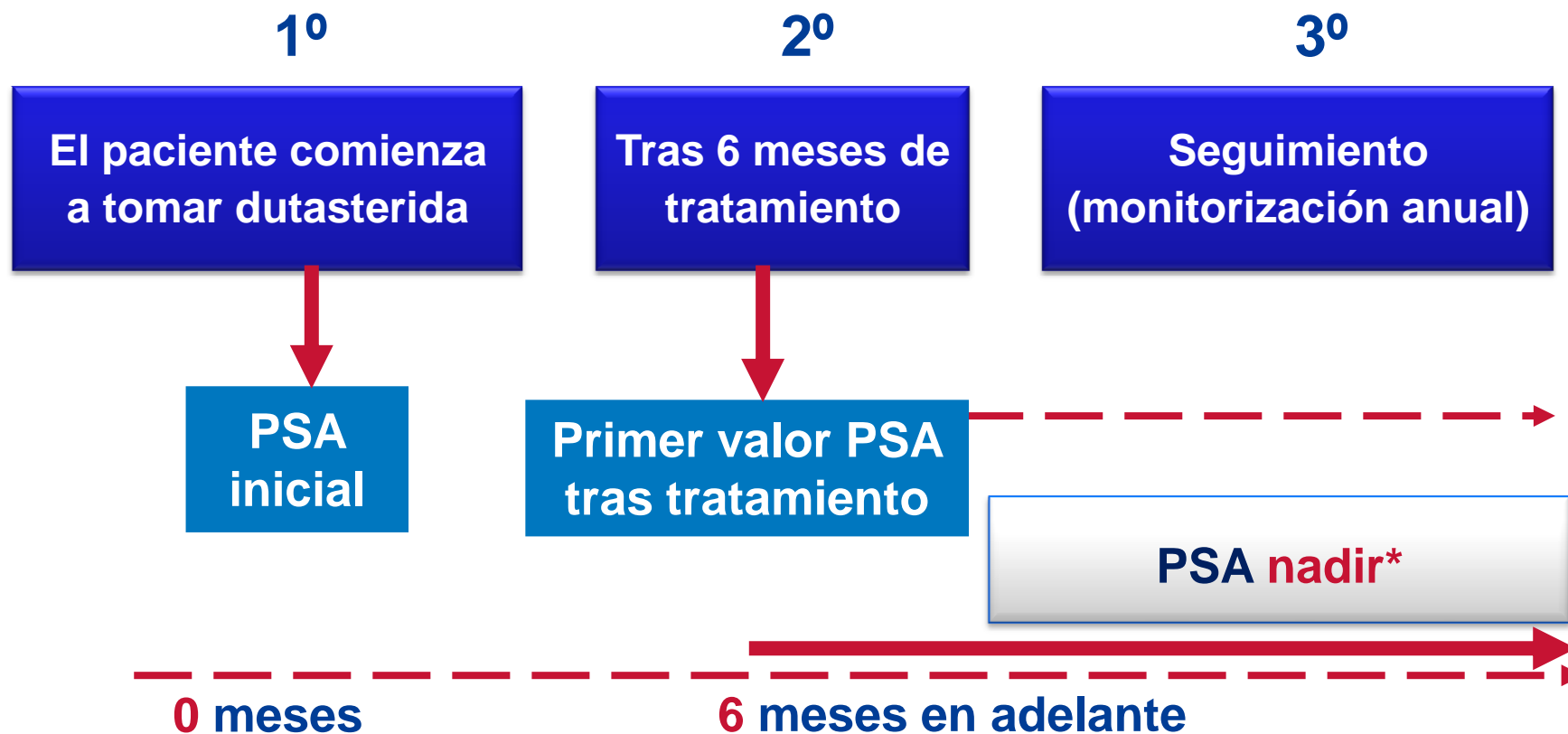
Estudio REDUCE: Cambio medio de PSA con el tiempo en hombres con o sin cáncer de próstata



Marberger M et al. *BJU Int.* 2012 Apr;109(8):1162-9
 Andriole GL, et al. *N Engl J Med.* 2010 Apr 1;362(13):1192-202

Monitorizando el PSA en pacientes con dutasterida en la práctica clínica

Tres pasos para evaluar el PSA durante el tratamiento con dutasterida



(*) valor de PSA más bajo que se obtiene tras el tratamiento con 5-ARI

Adaptado de Marberger M et al. BJU Int 2012 Apr; 109 (8): 1162-9

Manejo del PSA en tratados con dutasterida

- **En los pacientes tratados con dutasterida:**
 - Establecer un nuevo PSA basal
 - A los 6 meses de tratamiento
 - Después monitorización anual del PSA
- El valor de referencia (PSA nadir), es el valor más bajo de PSA obtenido durante el seguimiento del tratamiento
- Cualquier aumento del PSA nadir debe ser confirmado
- **El aumento confirmado del PSA más bajo del seguimiento puede indicar:**
 - Mala cumplimentación del tratamiento con dutasterida
 - La necesidad de realizar una biopsia de próstata para descartar la posibilidad de cáncer de próstata

Marberger M et al. BJU Int 2012 Apr; 109 (8): 1162-9

Manejo clínico HBP: Conclusiones

- El diagnóstico de la HBP en varones con STUI es clínico-exploratorio
- **Estratificar el tratamiento de STUI/HBP según riesgo de progresión:**
 - HBP con sintomatología leve: vigilancia activa, sin tratamiento
 - HBP moderada-grave
 - Sin riesgo de progresión: alfabloqueantes o 5-ARI
 - Con riesgo de progresión: combinación 5-ARI+ alfabloqueantes
- **Otros tratamientos de STUI/HBP en varones sin riesgo de progresión:**
 - Tadalafilo 5 mg mejora STUI/HBP en varones con/sin disfunción eréctil
 - Varones STUI/HBP asociada a disfunción eréctil
 - Varones STUI/HBP y disfunción eréctil 2^{aria} tratamientos de STUI
 - Antimuscarínicos (*Sin indicación en ficha técnica para STUI/HBP*)
 - Asociado a alfabloqueantes en varones con HBP si persisten STUI de llenado a pesar del tratamiento con alfabloqueantes
- **Seguimiento de varones tratados con 5ARI:** monitorizar anualmente PSA
- **Dutasteride:** cualquier aumento confirmado a partir del nivel más bajo alcanzado en el seguimiento, valorar realización de biopsia prostática





PROGRAMA **AAP** 2014