

Consens català sobre el maneig de símptomes del tracte urinari inferior per hiperplàsia benigna de pròstata



Autors/es:

Jose Manuel Ruiz Domínguez

Uròleg. Cap de Servei d'Urologia. Hospital Esperit Sant (Santa Coloma Gramenet).
Secció HBP Societat Catalana d'Urologia.

Alejandro García Larrosa

Uròleg. Hospital del Mar (Barcelona). Secció HBP Societat Catalana d'Urologia.

Marta Capdevila Gonzalo

Uròloga. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell.
Secció HBP Societat Catalana d'Urologia

Alexandru Ciudin Gogulescu

Uròleg. Hospital Universitari de Mollet. Secció HBP Societat Catalana d'Urologia.

Josep Maria Prats de Puig

Uròleg. Cap de Servei Corporació de Salut Maresme i la Selva.
Coordinador Secció HBP Societat Catalana d'Urologia.

Xavier Jusmet Miquel

Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Direcció SAP Barcelonès Nord (Badalona).
ICS. Membre del Grup de Treball d'Urologia de la CAMFiC.

Jordi Milozzi Berrocal

Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. CAP Baix-a-Mar (Vilanova i la Geltrú).
Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf. Secretari del Grup de Treball d'Urologia de la CAMFiC.

David Pérez Morales

Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. CAP Badalona-6 Llefià. SAP Barcelonès Nord.
ICS. Membre del Grup de Treball d'Urologia de la CAMFiC.

Francisco Cegri Lombardo

Especialista d'Infermeria Familiar Comunitària. CAP Sant Martí de Provençals (Barcelona).
ICS. Coordinador del Grup de Treball d'Atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC.

En representació del grup HBP CAMFiC, de la secció HBP de la SCU i del grup d'Atenció a la Gent Gran d'AIFiCC.

ISBN: 978-84-09-50039-0

Dipòsit legal: B. 6090-2023

El copyright del consens pertany a les societats científiques firmants.

© 2023 Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), Societat Catalana d'Urologia (SCU) i Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC).

[o] Índex

1. Introducció	2
2. Algoritme diagnòstic	3
PRIMERA VISITA	7
SEGONA VISITA	8
BIBLIOGRAFIA	10
3. Algoritme de tractament farmacològic	10
ESPERA VIGILANT (<i>WATCHFUL WAITING</i>)	10
MODIFICACIONS DE COMPORTAMENT I DIETÈTIQUES	11
TRACTAMENT FARMACOLÒGIC	12
TRACTAMENT COMBINAT	15
RESUM	18
FACTORS DE RISC DE PROGRESSIÓ DE LA HIPERPLÀSIA BENIGNA DE PRÒSTATA	19
BIBLIOGRAFIA	20
CRITERIS DE DERIVACIÓ	24
4. Algoritme de seguiment	29
CANVIS CLÍNICS	29
ANTIGEN PROSTÀTIC ESPECÍFIC	29
SÍMPTOMES LLEUS	29
SÍMPTOMES MODERATS	29
SÍMPTOMES GREUS	30
5. Empoderament de la persona	31
TRÍPTICS INFORMATIUS	31
BIBLIOGRAFIA	33
6. Recomanacions del grup de consens sobre la gestió integral de la persona amb HBP	34

[1] Introducció

L'atenció primària és la porta d'entrada del sistema sanitari i situa la persona en el centre del sistema. Assegurar l'accessibilitat als serveis especialitzats hospitalaris i l'adequada coordinació entre els diferents agents de salut que atenen la persona són aspectes clau en la seva atenció. Per tal que això sigui possible, entre els professionals dels diferents nivells assistencials calen coneixença, reconeixement mutu i confiança, i mantenir sempre com a objectiu oferir l'atenció més adequada i eficient per a la persona i per al sistema.

Actualment, aquest procés de coordinació és facilitat per les eines de comunicació entre els diferents responsables de l'atenció a la persona: els professionals administratius, els tècnics en cures auxiliars d'infermeria, infermeria i els metges i metgesses d'atenció primària i hospitalària.

El motiu d'aquest document és establir una eina de consens entre la Societat Catalana d'Urologia (SCU), l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC) i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

La simptomatologia del tracte urinari inferior relacionada amb la hiperplàsia benigna de pròstata és la primera causa de consulta urològica i de freqüentació del sistema sanitari dels homes en edat adulta, consumeix molts recursos sanitaris i té una gran repercussió econòmica.

S'estima que la prevalença de la hiperplàsia benigna de pròstata se situa entre el 50 i el 75% en els homes majors de 50 anys i arriba al 80% en homes de 70 anys. La incidència se situa entre 8,5 i 41 casos/1.000 persones/any.

Per altra banda, no totes les persones que tenen hiperplàsia benigna de pròstata desenvolupen símptomes i, d'aquelles que en desenvolupen, no totes veuen afectada la seva qualitat de vida i consulten el metge. S'estima que més del 20% dels homes nord-americans entre els 30 i els 79 anys tindran símptomes associats a la hiperplàsia benigna de pròstata, és a dir, 15 milions d'homes. Amb totes aquestes dades, i tenint en compte la major esperança de vida i el progressiu envelleïment de la població, es pot afirmar que la hiperplàsia benigna de pròstata que es manifesta amb clínica de simptomatologia del tracte urinari inferior, a banda d'afectar molt la qualitat de vida de la població, consumeix molts recursos sanitaris i té un alt cost econòmic.

A més de l'afectació de la qualitat de vida, la hiperplàsia benigna de pròstata pot desencadenar complicacions que requereixin d'atenció urgent i d'ingrés hospitalari:

- Retenció aguda d'orina amb o sense insuficiència renal aguda obstructiva.
- Retenció crònica d'orina amb o sense insuficiència renal aguda obstructiva.
- Prostatitis, amb possibilitat de desenvolupar sèpsia urinària greu.
- Litiasi vesical.
- Hematúria.

Les societats científiques CAMFiC, SCU i AIFiCC hem detectat la necessitat de consensuar l'atenció a les persones afectades de simptomatologia del tracte urinari inferior relacionada amb la hiperplàsia benigna de pròstata, i amb aquest objectiu s'ha elaborat un protocol seguint aquestes passes:

- Creació d'un grup de treball d'experts en hiperplàsia benigna de pròstata de la CAMFiC, de la secció d'hiperplàsia benigna de pròstata de l'SCU i de l'AIFiCC.
- Reunions de treball:
 - Presentació de propostes.
 - Aval amb evidència científica.
 - Consens sobre cada punt a incloure en el protocol.

El protocol s'ha elaborat fent un esforç de síntesi per tal que sigui una eina útil en el dia a dia dels professionals.

[2] Algoritme diagnòstic

Totes les guies de pràctica clínica assenyalen que la **història clínica detallada**, l'**examen físic complet** (inspecció de l'àrea dels genitals externs, palpació per descartar globus vesical i tacte rectal) i l'**anàlisi d'orina** són proves obligatòries¹.

Les altres proves es poden classificar en recomanades, opcionals i no recomanades, en funció de la seva prioritat en el diagnòstic de la simptomatologia del tracte urinari inferior (STUI) relacionada amb la hiperplàsia benigna de pròstata (HBP):

- **Recomanades.** El seu ús es generalitza a totes les persones que presenten STUI perquè hi ha evidència suficient sobre el seu benefici.
- **Opcionals.** La seva elecció depèn del professional i dels resultats obtinguts a les proves inicials recomanades.
- **No recomanades.** No hi ha evidència suficient sobre el benefici del seu ús rutinari.
- **Estudi ampli.** Proves complementàries que es demanen en cas de sospita de complicacions potencialment greus per HBP o altres diagnòstics (càncer de bufeta o prostàtic), habitualment després de la valoració urològica.

Taula 1. Classificació de les proves diagnòstiques per a la hiperplàsia benigna de pròstata

Obligatòries	Recomanades	Opcionals	Estudi ampliat
Història clínica	IPSS Diari miccional (intel·ligència activa de l'ECAP)	Urofluxometria	Ressonància magnètica nuclear
Examen físic	PSA		Cistoscòpia
Tacte rectal	Creatinina i filtrat glomerular	Funció sexual (SHIM-IIFE-5)	Ecografia transrectal
Uroanàlisi	Residu postmiccional	Urocultiu	Urografia intravenosa
	Ecografia renal vesical prostàtica en pacients amb STUI moderada-greu	Citologia d'orina	Tomografia computada

ECAP: estació clínica d'atenció primària; IIFE-5: índex internacional de la funció erètil en cinc preguntes; IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics; PSA: antigen prostàtic específic; SHIM: Sexual health inventory for men; STUI: simptomatologia del tracte urinari inferior.

Les proves obligatòries i recomanades es realitzaran en tots els casos si estan indicades per la simptomatologia; la realització de les proves opcionals dependrà dels resultats obtinguts i de la necessitat de realitzar un diagnòstic diferencial.

Es realitzarà una cistoscòpia si se sospita patologia vesical inflamatòria, com cistitis intersticial o tumoral, com carcinoma *in situ* o infiltrant de bufeta; si el pacient presenta símptomes d'ompliment amb escassa clínica obstructiva o una urofluxometria normal, o si presenta hematúria macro- o microscòpica. En pacients amb símptomes predominantment obstructius amb escassa resposta a blocadors α , la cistoscòpia pot recomanar-se per descartar estenosi uretral.

Es realitzarà una ecografia transrectal i una biòpsia prostàtica si hi ha sospita de neoplàsia de pròstata significativa aplicant l'algoritme proposat per l'European Association of Urology (EAU).

Es realitzarà una urografia intravenosa o una tomografia computada (TC) abdominal si el pacient presenta hidronefrosi uni- o bilateral, per descartar patologia obstructiva ureteral; si se sospita que la clínica està associada a una patologia abdominal, o si hi ha dubtes sobre una patologia vesical (tumors de bufeta infiltrants, diverticle vesical amb possible ocupació tumoral).

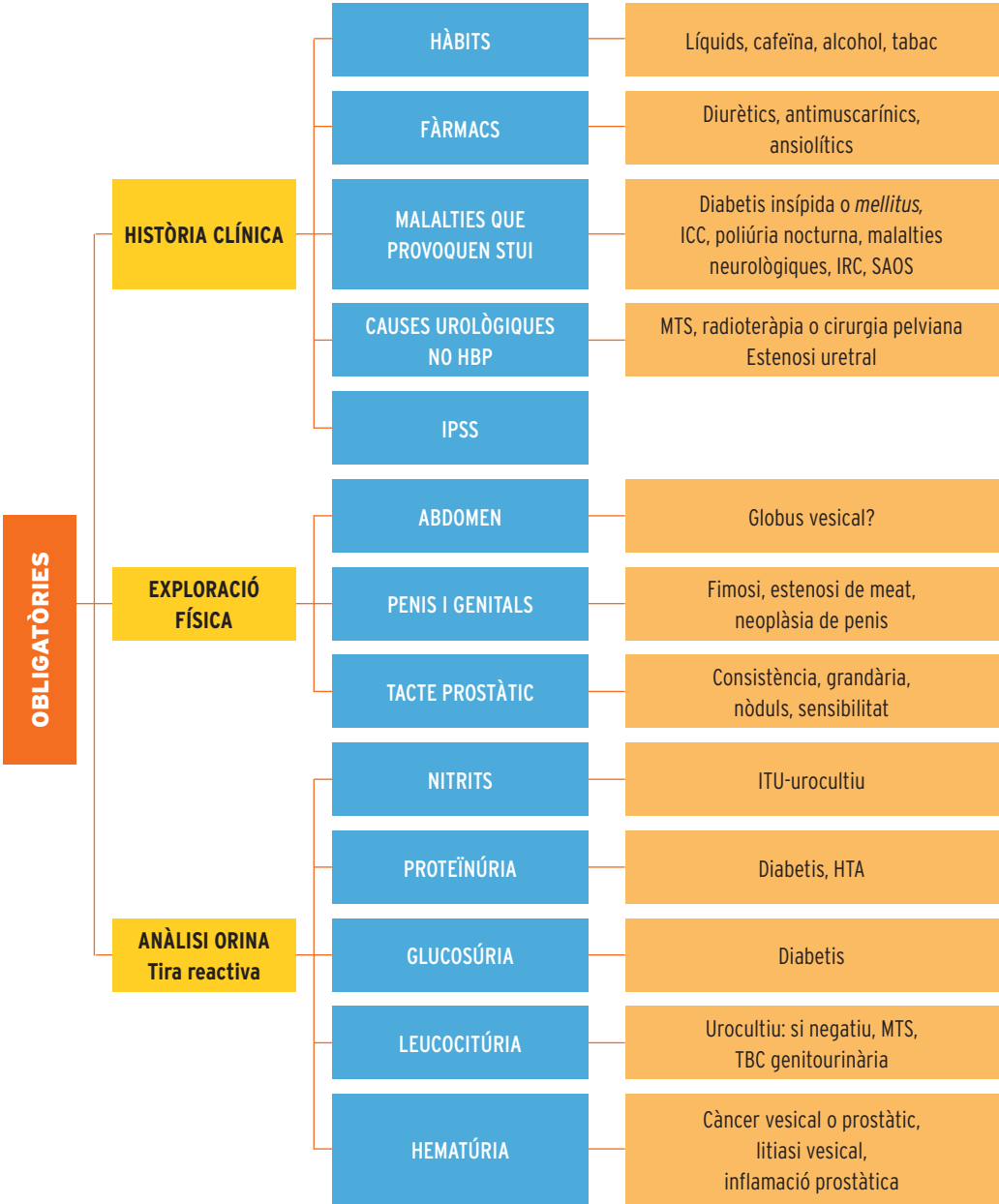
La ressonància magnètica nuclear abdominal es realitzarà en contextos similars a la TC. La ressonància magnètica prostàtica multiparamètrica es realitzarà en casos de sospita per neoplàsia de pròstata.

Taula 2. Classificació de les proves diagnòstiques de la simptomatologia del tracte urinari inferior relacionada amb la hiperplàsia benigna de pròstata segons la seva prioritat

Obligatòries	Recomanades	Opcionals	No recomanades inicialment
Història clínica general i urològica	IPSS i qualitat de vida Diari miccional	Urofluxometria	Cistoscòpia
Examen físic general i abdominogenital	PSA	Citologia d'orina	Ecografia transrectal
Tacte rectal	Funció renal Creatinina i filtrat glomerular	Valorar la funció sexual: qüestionaris SHIM-IIFE-5	Urografia endovenosa
Uroanàlisi	Mesura del residu postmiccional		Tomografia axial computada
	Ecografia abdominal (STUI moderada a greu)		Ressonància magnètica nuclear transrectal
Protocol de consens CAMFiC-SCU 2021. Gravas S i col. (2020).			

IIFE-5: índex internacional de la funció erèctil en cinc preguntes; IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics; PSA: antigen prostàtic específic; SHIM: Sexual health inventory for men; STUI: simptomatologia del tracte urinari inferior.

Figura 1. Proves obligatòries



HBP: hiperplàsia benigna de pròstata; HTA: hipertensió arterial; ICC: insuficiència cardíaca crònica; IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics; IRC: insuficiència renal crònica; ITU: infecció del tracte urinari; MTS: malalties de transmissió sexual; SAOS: síndrome obstructiva d'apnea durant el son; STUI: simptomatologia del tracte urinari inferior; TBC: tuberculosi.

PRIMERA VISITA

Anamnesi general i de la simptomatologia del tracte urinari inferior

- **Hàbits:** consum excessiu de líquids, cafeïna, alcohol, tabac.
- **Revisió de fàrmacs:** diürètics, antimuscarínics, blocadors dels canals de calci, ansiolítics, simpaticomimètics, antihistamínics, antidepressius, benzodiazepines, opiàcis.
- **STUI a causa de malalties sistèmiques:** poliúria per diabetis *mellitus* o **glucosúrics**, insuficiència cardíaca amb nictúria, bufeta hiperactiva per malalties neurològiques, poliúria nocturna, síndrome d'apnea obstructiva durant el son, insuficiència renal crònica amb filtrat glomerular de 25-30 ml/min (nictúria, poliúria per incapacitat de concentrar orina).
- **STUI amb causes urològiques no prostàtiques:** Ha patit malalties de transmissió sexual? Té antecedents de cirurgia o de radioteràpia pelvianes? Instrumentació uretral prèvia (sondatges, cirurgia)? Té traumatismes pelvians amb afectació uretral? Presenta hematúria? Presenta febre? Diabetis *mellitus* mal controlada amb neuropatia?

Exploració física

- **Abdomen:** descartar globus vesical o masses pelvianes.
- **Penis i genitals externs:** descartar fimosi puntiforme, hipospàdies, meat uretral estenòtic, supuracions, neoplàsia de penis. Descartar patologia testicular o epididimària (epididimitis).
- **Tacte rectal:** sensibilitat prostàtica (dolorosa en la prostatitis), consistència pètria en neoplàsia de pròstata o elàstica en HBP, grandària prostàtica, límits de la pròstata. Valoració de l'ampul·la rectal i zona perianal.

Uroanàlisi

S'empra la tira reactiva a la consulta per detectar la presència de nitrts, glucosúria, leucocitúria, proteïnúria i hematúria. Si presenta hematúria, s'ha de descartar mitjançant sediment. En cas de confirmació de l'hematúria, s'han de fer estudis adients per descartar carcinoma vesical, litiasi vesical, neoplàsia de pròstata i inflamacions prostàtiques. Si presenta leucocitúria, s'ha de realitzar urocultiu. Si el cultiu és negatiu, s'han de descartar malalties de transmissió sexual per clamídia, micoplasma, ureaplasma o tuberculosi genitourinària.

Escala internacional de símptomes prostàtics

L'escala internacional de símptomes prostàtics (IPSS) és un qüestionari amb set preguntes amb cinc opcions de resposta, i una última sobre la qualitat de vida.

Les preguntes 2, 4 i 7 fan referència a l'ompliment; les preguntes 3, 5 i 6, al buidament, i la pregunta 1 és postmiccional.

Segons les respostes, els símptomes es classifiquen en:

- **Lleus:** 0-7 punts.
- **Moderats:** 8-19 punts.
- **Greus:** 20-35 punts.

Si la puntuació és >8 , hi ha un major risc de retenció aguda d'orina (RAO), i una puntuació ≥ 4 indica progressió clínica per empitjorament dels símptomes.

Si hi ha una clara afectació en les preguntes referents a ompliment i, si s'hi afegeix micro- o macrohematúria, cal descartar carcinoma vesical.

Diari miccional de 3 dies

El diari miccional de 3 dies o DM3D és un test que registra el nombre de miccions diàries, en quina hora es produeixen i el volum. A més, aporta informació sobre el nombre d'episodis d'urgència, la incontinència, la ingesta de líquids i l'ús de compreses o bolquers.

Dades d'interès

- **Freqüència miccional de dia i de nit:** nombre de miccions en 24 h.
- **Valoració de la poliúria:** diüresi superior a 40 ml/kg/24 h.
- **Avaluació de la poliúria nocturna:** diüresi nocturna $>20\%$ de la diüresi de 24 h en adults joves i $>33\%$ en >65 anys.
- Episodis d'incontinència.
- Episodis d'urgència associats o no a incontinència.

SEGONA VISITA

Analítica amb funció renal i determinació de l'antigen prostàtic específic

Un procés obstructiu crònic pot generar hidronefrosi uni- o bilateral i posteriorment l'empitjorament de la funció renal. L'empitjorament de la funció renal per hidronefrosi és un criteri de cirurgia per HBP. S'ha de determinar la creatinina sèrica encara que actualment es considera un indicatiu millor de fallida renal el deteriorament del filtrat glomerular.

L'antigen prostàtic específic (PSA) s'ha de determinar com a valoració inicial, o en cas d'empitjorament de símptomes en un pacient home amb STUI. Té un bon valor predictiu del volum prostàtic i és un fort predictor del creixement prostàtic. També ajuda a predir el risc de cirurgia associat a hiperplàsia benigna obstructiva i a retenció urinària secundària.

La determinació del PSA té una especificitat del 70% i una sensibilitat del 65-70% per predir volums prostàtics superiors a 40 ml.

Taula 3. Nivells d'antigen prostàtic específic segons l'edat

Edat (anys)	50	60	70
Nivells d'antigen prostàtic específic	>1,6 ng/ml	>2,0 ng/ml	>2,3 ng/ml

L'ús de la determinació del PSA com a cribratge de càncer de pròstata no és objecte d'aquesta guia.

Taula 4. Risc de detectar càncer de pròstata significatiu per biòpsia amb nivells baixos d'antigen prostàtic específic

Antigen prostàtic específic (ng/ml)	Risc de CP (%)	Risc de CP de grau ISUP ≥2 (%)
0,0-0,5	6,6	0,8
0,6-1,0	10,1	1,0
1,1-2,0	17,0	2,0
2,1-3,0	23,9	4,6
3,1-4,0	26,9	6,7

CP: càncer de pròstata; ISUP: International Society of Urological Pathology.

Ecografia renal, vesical i prostàtica, i residu postmiccional

Es recomana un mesurament basal del residu postmiccional (RPM) en pacients amb un major risc de progressió (síntomes moderats-greus), mitjançant ecografia.

- Si l'RPM <50 ml, l'RPM és poc significatiu.
- Si l'RPM >100 ml, cal realitzar una segona mesura.

Mitjançant l'ecografia es pot valorar l'RPM, la grandària prostàtica, les complicacions relatives a l'HBP (litiasi vesical, diverticles vesicals, hidronefrosi, macrohematúria). La valoració de la grandària prostàtica és més acurada amb l'ecografia que amb el tacte prostàtic.

Urofluxometria

És una prova no invasiva que quantifica el flux urinari màxim (Qmax). No distingeix entre una obstrucció provocada per resistència uretral secundària a HBP o altres patologies i una disfunció del detrusor (hipodàmia).

Cal que el pacient realitzi una micció amb un volum superior a 150 ml i inferior a 500 ml. El valor de "normalitat" és de 15 ml/s, tot i que hi ha persones amb pressions del detrusor elevades que aconseguen valors de 15 ml/s i estan obstruïts clínicament i per urodinàmia. Entre 10-15 ml/s podrien ser valors normals en persones majors de 70 anys. Un valor de Qmax per sota de 10 ml/s és molt indicatiu d'obstrucció.

BIBLIOGRAFIA

1. Brenes FJ, Brotons F, Cozar JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Martínez-Berganza ML, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata en atención primaria - 5G, 4a ed. Medicina general y de familia. Suplemento. Disponible a: <https://mgyf.org/criterios-de-derivacion-en-hiperplasia-benigna-de-prostata-para-atencion-primaria-5g-4a-ed/>

[3] Algoritme de tractament farmacològic

Els objectius del tractament són disminuir els símptomes, millorar la qualitat de vida i evitar l'aparició de complicacions.

ESPERA VIGILANT (WATCHFUL WAITING)

En pacients amb simptomatologia lleu (puntuació IPSS <8) i poca afectació de la seva qualitat de vida (puntuació en el qüestionari sobre qualitat de vida QoL <3) es recomana una conducta expectant que inclogui informar el pacient sobre la naturalesa benigna de la simptomatologia, consells sobre l'estil de vida i un seguiment rutinari. En algunes persones, els símptomes poden millorar espontàniament, mentre que en d'altres es mantenen estables durant molts anys¹.

Abans que se'ls assigni un tractament, tots els homes amb STUI han de ser avaluats formalment per determinar la gravetat dels símptomes i diferenciar entre homes amb STUI no complicada (la majoria) i amb STUI complicada.

En l'espera vigilant, aproximadament el 85% dels homes amb STUI lleu segueixen estables un any després².

Comparant grups d'homes amb STUI moderada en espera vigilant i amb cirurgia de resecció transuretral de la pròstata, el grup sotmès a cirurgia va mostrar millora en el buidament (taxes de flux i volums d'RPM), especialment aquells pacients amb simptomatologia moderada-greu. El 36% dels pacients en espera vigilant va passar a cirurgia durant els cinc anys següents, i el 64% va seguir en espera vigilant^{3,4}.

L'augment de les molèsties produïdes pels símptomes i dels volums de l'RPM són els predictors més forts de fracàs clínic.

MODIFICACIONS DE COMPORTAMENT I DIETÈTIQUES

Les modificacions de comportament i dietètiques inclouen:

- **Educació** (sobre la condició de la persona, per conscienciar-la).
- **Tranquil·litat** (cal explicar que el càncer no és la causa dels símptomes urinaris).
- **Seguiment periòdic.**
- **Consells sobre l'estil de vida**^{1,2,5,6}:
 - Reducció de la ingesta de líquids per reduir la freqüència urinària (p. ex., de nit o quan se surt).
 - Evitar o moderar la ingesta de cafeïna o alcohol, que poden tenir efectes diürètics i irritants.
 - Miccions programades i doble micció.
 - Munyiment uretral per prevenir el degoteig postmiccional.
 - Reentrenament de la bufeta: s'encoratja els homes a aguantar quan tenen urgència sensorial i, així, augmenta la capacitat de la bufeta i el temps entre miccions.
 - Revisar la medicació i optimitzar el moment d'administració, o substituir medicaments per altres que tinguin menys efectes diürètics.
 - Proporcionar l'assistència necessària quan hi ha un impediment de destresa, mobilitat o estat mental.
 - Tractament del restrenyiment.

L'empoderament de la persona, com a part de l'espera vigilant, redueix tant els símptomes com la progressió.

Recomanacions

L'espera vigilant sol ser una alternativa segura per als homes poc simptomàtics o que volen endarrerir el tractament. La taxa de fracàs del tractament en un període de 5 anys és del 21%: el 79% dels pacients es troben clínicament estables	1b
Un estudi addicional va informar que el 81% de les persones estan clínicament estables en l'espera vigilant després d'un seguiment mitjà de 17 mesos	2
Els homes assignats a l'atzar a tres sessions d'autocura i empoderament van tenir, a més, una millora més important dels símptomes i de la qualitat de vida, en comparació amb aquells que seguien només l'espera vigilant. L'autocura com a part de l'espera vigilant redueix tant els símptomes com la progressió	1b
S'oferirà als homes amb símptomes lleus o moderats, mínimament afectats pels símptomes, l'espera vigilant	Fora
S'oferirà als homes amb simptomatologia del tracte urinari inferior consells sobre l'estil de vida abans o simultàniament amb el tractament	Fora

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

Quan la persona presenta símptomes de moderats a greus (puntuació IPSS ≥8) o que no milloren satisfactòriament amb les modificacions de l'estil de vida, el tractament farmacològic pot ser efectiu. Al voltant del 60% de les persones indiquen millora dels símptomes amb tractament farmacològic.

Blocadors α

Els blocadors α disminueixen el to del múscul llis de la pròstata i del coll de la bufeta. Això produeix una millora de la simptomatologia i un augment del flux urinari⁷. Les revisions sistemàtiques mostren que durant el primer any de tractament, els blocadors α són més eficaços que els inhibidors de la 5α reductasa per millorar la simptomatologia⁸.

La seva efectivitat és generalment màxima un mes després d'iniciar el tractament. Són capaços de disminuir la puntuació IPSS entre 3 i 6 punts, si bé no tenen efectes sobre el volum prostàtic i el PSA, ni prevenen el creixement de la pròstata. Es considera que una reducció a l'escala de 3-4 punts suposa una millora clínicament rellevant^{9,10}.

En la majoria dels homes que responen al tractament amb els blocadors α i que els toleren bé, el tractament pot ser efectiu i tolerat durant molts anys. Quan s'inicia el tractament, cal informar el pacient sobre els riscos d'hipotensió ortostàtica i d'ejaculació retrògrada, que són els efectes secundaris més freqüents⁸⁻¹⁰.

Recomanacions

Els blocadors α1 són eficaços per reduir els símptomes urinaris (puntuació IPSS) i augmentar el flux urinari màxim (Qmax) en comparació amb un placebo	1a
L'alfuzosina, la terazosina i la doxazosina van mostrar un augment estadísticament significatiu del risc de desenvolupar esdeveniments vasculars en comparació amb un placebo	1a
El tractament amb alfuzosina, doxazosina, tamsulosina o terazosina s'ha associat amb un risc més gran d'iris flàccid intraoperatori	1a
La disfunció ejaculatòria és significativament més comú amb els blocadors α1 que amb el placebo, en particular amb els blocadors α1 més selectius, com la tamsulosina i la silodosina	1a

Inhibidors de la 5α reductasa

Aquests inhibidors actuen inhibint l'enzim 5α reductasa, que catalitza la conversió de testosterona a dihidrotestosterona a la pròstata, als fol·licles pilosos i a altres teixits androgenodependents¹¹. Pel seu mecanisme d'acció, disminueixen la mida prostàtica en fins al 30% dels pacients, però són menys eficaços per reduir els símptomes que els blocadors α¹².

Els inhibidors de la 5α reductasa han demostrat que redueixen el risc de RAO i la necessitat d'intervenció quirúrgica en tractaments superiors a un any. Provoquen un descens en els nivells de PSA fins al 50% del seu valor inicial, a partir dels 6 mesos. Aquest és un factor que cal tenir en compte en la interpretació dels resultats del PSA. Com la modificació de la cinètica del PSA pot ser diferent entre diferents inhibidors de la 5α reductasa, no es recomana intercanviar-los, llevat que apareguin efectes secundaris que impossibilitin seguir el tractament inicial¹³. És necessari establir un PSA basal 6 mesos després d'iniciar-se el tractament en aquells pacients que compleixin criteris de cribratge de càncer de pròstata (CP) i en qui el diagnòstic de CP modificaria el maneig. Si es confirma un augment del PSA respecte al basal en dues determinacions, cal remetre el pacient per a cribratge de CP⁸. Les modificacions del PSA després de canviar d'inhibidor de la 5α reductasa s'haurien d'interpretar amb cautela els primers 6 mesos¹⁴. No hi ha comparacions directes entre la finasterida i la dutasterida, però la seva eficàcia i perfil d'efectes adversos (trastorns de la funció sexual) semblen similars⁸.

Recomanacions

Després d'un tractament de 2 a 4 anys, els inhibidors de la 5α reductasa milloren la puntuació IPSS un 15-30% aproximadament, disminueixen el volum de la pròstata en un 18-28% i augmenten el Qmax en 1,5-2,0 ml/s en pacients amb simptomatologia del tracte urinari inferior per hiperplàsia benigna de pròstata	1b
Els inhibidors de la 5α reductasa poden prevenir la progressió de la malaltia pel que fa a la retenció aguda d'orina i la necessitat de cirurgia. A causa del seu lent inici d'acció són adequats només per a tractaments a llarg termini (anys)	1a
Els efectes adversos més rellevants de les 5α reductases estan relacionats amb la funció sexual i inclouen reducció de la libido, disfunció erèctil i, amb menys freqüència, trastorns de l'ejaculació, com ara ejaculació retrògrada, insuficiència de l'ejaculació o disminució del volum de semen	1b

Anticolinèrgics

El detrusor està innervat per nervis parasimpàtics el principal neurotransmissor dels quals és l'acetilcolina, que estimula els receptors muscarínics a les cèl·lules del múscul llis^{15,16}. Els anti-muscarínics han demostrat eficàcia en monotractament en homes amb bufeta hiperactiva en absència d'obstrucció infravesical¹⁷⁻²². La majoria dels assajos van ser curts: només van durar 12 setmanes.

La tolterodina pot reduir significativament la incontinència d'urgència, la freqüència diürna o de 24 hores, i la micció relacionada amb la urgència, alhora que millora la percepció del pacient dels beneficis del tractament^{17-19,21}. La solifenacina va millorar significativament la percepció mitjana dels pacients sobre les puntuacions de la condició de la bufeta, les puntuacions mitjanes del qüestionari de bufeta hiperactiva i la percepció general dels problemes de la bufeta²². La fesoterodina va millorar la freqüència de la micció, els episodis d'urgència i els episodis d'incontinència urinària d'urgència (IUU)²⁰.

La fesoterodina és l'únic anticolinèrgic considerat beneficiós (classificació Fit for the aged [FOR-TA] B) per al tractament de les persones de més de 65 anys. Els altres anticolinèrgics estan classificats com d'ús qüestionable" (FORTA C: solifenacina, tolterodina, trospi, oxibutinina d'alliberament prolongat, darifenacina) o "a evitar" (FORTA D: oxibutinina d'alliberament immediat, propiverina)²³.

Recomanacions

El tractament antimuscarínic pot millorar significativament la urgència, la incontinència urinària d'urgència i l'augment de la freqüència diürna	2
El tractament antimuscarínic es pot associar amb un augment del residu postmiccional després del tractament, però la retenció aguda és un esdeveniment poc comú en homes amb un volum de residu postmiccional <150 ml a l'inici	2
Cal valorar l'ús preferent de fesoterodina en pacients més grans de 65 anys a causa dels possibles efectes cognitius dels anticolinèrgics	2

Agonistes β3

Els adrenoreceptors β3 són els receptors β predominants expressats a les cèl·lules del múscul llis del detrusor. Es creu que la seva estimulació indueix a la relaxació del detrusor. El mode d'acció dels agonistes β3 no és ben clar²⁴. Una metaanàlisi de vuit estudis amb 10.248 pacients (27% d'homes) va trobar que el tractament amb mirabegró va produir una reducció de la freqüència, la urgència i les taxes d'IUU, així com una millora del volum miccional, amb una millora estadísticament significativa de la nictúria en comparació amb el placebo i la tolterodina²⁵.

Recomanacions

Mirabegró millora els símptomes de freqüència miccional, urgència i incontinència urinària d'urgència	2
L'adherència terapèutica al mirabegró és superior a la dels antimuscarínics ²⁶	3

TRACTAMENT COMBINAT

Blocador α + inhibidor de la 5α reductasa

Segons els resultats dels recents estudis clínics MTOPS (doxazosina + finasterida) i CombAT (tamsulosina + dutasterida), la teràpia combinada amb inhibidors de la 5α reductasa a llarg termini (4 anys), en comparació amb la monoteràpia amb blocador α, és més eficaç en la millora dels símptomes (millora de la puntuació IPSS total) i en la disminució del risc de progressió de la malaltia. A més, el diferencial entre tractaments augmenta amb el pas dels anys²⁷⁻²⁹.

No obstant això, la combinació d'un blocador α i d'un inhibidor de la 5α reductasa té efectes similars sobre la qualitat de vida comparada amb la utilització d'un blocador α en monoteràpia el primer any i mig de tractament³⁰⁻³².

L'evidència per a la retirada sistemàtica del blocador α després d'1 any de tractament és escassa. Per tant, actualment no es pot recomanar la retirada sistemàtica del blocador α⁸. En cas d'efectes secundaris o interaccions farmacològiques, cal valorar la retirada del blocador α i deixar l'inhibidor de la 5α reductasa en monoteràpia. Després d'1 any de tractament, si la resposta clínica és bona, es pot valorar la retirada del blocador α si es presenten efectes secundaris o interaccions farmacològiques, o si es considera oportú per altres causes.

Les guies recomanen la teràpia combinada especialment en aquells pacients que presentin símptomes moderats o greus, i una mida prostàtica superior a 30 cm³ o un PSA ≥1,5 ng/ml amb alt risc de progressió⁸.

No hi ha assaigs clínics comparatius de l'associació de tamsulosina i dutasterida, i de l'associació de finasterida amb un altre blocador α.

Recomanacions

Les dades a llarg termini (4 anys) dels estudis MTOPS i CombAT van mostrar que el tractament combinat és superior a la monoteràpia per als símptomes i el Qmax, i superior al blocador α en monoteràpia per reduir el risc de retenció aguda d'orina o la necessitat de cirurgia	1b
L'estudi MTOPS va trobar que el risc de progressió clínica a llarg termini (principalment a causa de l'augment de la puntuació IPSS) es va reduir en un 66% amb la teràpia combinada respecte al del placebo, i en major mesura que amb la monoteràpia amb finasterida o doxazosina	1b
L'estudi CombAT va trobar que la teràpia combinada va reduir els riscos relatius de retenció aguda d'orina en un 68%, la cirurgia relacionada amb la hiperplàsia benigna de pròstata en un 71% i el deteriorament dels símptomes en un 41%, en comparació amb la tamsulosina, després de quatre anys	1b
Els esdeveniments adversos de les dues classes de fàrmacs s'observen amb el tractament combinat amb blocadors α1 i inhibidors de la 5α reductasa	1b
No es pot recomanar la retirada sistemàtica del blocador α 1 any després d'iniciar el tractament a causa d'evidència insuficient. S'ha de valorar la retirada del blocador α només pels efectes secundaris o per la seva interacció amb altres fàrmacs	1b

Blocador α + anticolinèrgic

En pacients amb símptomes irritatius o d'ompliment relacionats amb la síndrome de bufeta hiperactiva i en absència de símptomes obstructius greus, la utilització d'anticolinèrgics en combinació amb blocadors α podria ser una opció segura i raonable, amb pocs episodis de retenció urinària, sempre que el volum d'RPM sigui baix³³⁻³⁷. Els fàrmacs anticolinèrgics s'han d'utilitzar amb precaució en els homes amb obstrucció greu o amb símptomes de buidament, ja que poden ocasionar un deteriorament d'aquestes condicions^{33,38,39}.

Recomanacions

El tractament combinat amb blocadors α1 i antimuscarínics és eficaç per millorar el deteriorament de la qualitat de vida relacionat amb la simptomatologia del tracte urinari inferior	2
El tractament combinat amb blocadors α i antimuscarínics és més eficaç per reduir la urgència, la incontinència urinària d'urgència, la freqüència miccional, la nictúria i la puntuació IPSS en comparació amb els blocadors α o el placebo sols	2
Els esdeveniments adversos de les dues classes de fàrmacs s'observen amb el tractament combinat amb blocadors α1 i antimuscarínics	1
Hi ha un risc baix de retenció aguda d'orina amb l'ús de blocadors α i antimuscarínics en homes amb un residu postmiccional <150 ml	2

Fitoteràpia

Els possibles principis actius rellevants inclouen fitosterols, β-sitosterol, àcids grassos i lectines. En estudis *in vitro*, els extractes de plantes presenten efectes antiinflamatoris, antiandrogènics i estrogènics, disminueixen la globulina fixadora d'hormones sexuals, inhibeixen l'aromatasa i la lipoxigenasa, inhibeixen el creixement prostàtic estimulat per factors de creixement cel·lulars, α-adrenoreceptors, inhibidors de l'enzim 5α reductasa, colinoreceptors muscarínics, receptors de dihidropiridina i receptors vanil·loides, i neutralitzen els radicals lliures. Els mecanismes d'acció dels extractes de plantes segueixen sense ser clars. Per a alguns s'ha confirmat l'existència d'efectes antiinflamatoris i antiandrogènics, principalment⁴⁰⁻⁴².

L'evidència de l'eficàcia *in vivo* d'aquest grup terapèutic és limitada. Tot i això, el 2021, l'EAU ha conclòs, a partir d'un informe de l'Agència Europea del Medicament (EMA) i d'una extensa revisió de l'evidència, que, entre tots els productes fitoterapèutics avaluats, únicament l'extracte hexànic de *Serenoa repens* és recomanable per al seu ús clínic, ja que disposa d'evidència científica suficient per ser considerat un medicament de prescripció i, per això, ha estat inclòs a les seves guies clíniques⁸.

Recomanacions

L'extracte hexànic de <i>Serenoa repens</i> millora el Qmax i produeix menys miccions/nit (0,64 [interval de confiança del 95%: 0,98-0,31]) en comparació amb el placebo	2
L'extracte hexànic de <i>Serenoa repens</i> té un impacte negatiu molt limitat en la funció sexual	2
S'ha d'oferir extracte hexànic de <i>Serenoa repens</i> a homes amb simptomatologia del tracte urinari inferior que vulguin evitar possibles efectes adversos, especialment relacionats amb la funció sexual	Feble
Cal informar la persona que la magnitud de l'eficàcia pot ser modesta	Forta

Inhibidors de la fosfodiesterasa 5

Els inhibidors de la fosfodiesterasa 5 (IPDE-5) augmenten el monofosfat de guanosina cíclica intracel·lular. Així, redueixen el to del múscul llis del detrusor, de la pròstata i de la uretra. L'òxid nítric i els IPDE-5 també poden alterar les vies reflexes a la medul·la espinal i la neurotransmissió a la uretra, la pròstata o la bufeta⁴³.

L'únic IPDE-5 autoritzat per al tractament de l'HBP és el tadalafil de 5 mg. Els IPDE-5 milloren les puntuacions IPSS i IIFE-5, però no la Qmax. En els estudis presentats no hi va haver diferències entre els IPDE-5 i els blocadors α ^{44,45}.

Recomanacions

Els inhibidors de la fosfodiesterasa 5 milloren les puntuacions IPSS i IIFE-5, però no la Qmax	1a
Es va observar una millora de la puntuació IPSS total de 3 punts o més en el 59,8% dels homes tractats amb tadalafil després d'1 setmana i del 79,3% després de 4 setmanes	1b
S'han d'utilitzar inhibidors de la fosfodiesterasa 5 en homes amb simptomatologia del tracte urinari inferior de moderada a greu, amb disfunció erèctil o sense	Forta

RESUM

- 1. **Síntomatologia lleu:** cal oferir espera vigilant i associar consells sobre modificacions del comportament i dietètiques o extracte hexànic de *Serenoa repens*.
- 2. **Síntomatologia lleu amb disfunció erèctil associada:** cal oferir IPDE-5 diaris.
- 3. **Síntomatologia moderada/greu:**
 - a. **Obstructiva:** iniciar el tractament amb blocadors α . En pacients amb pròstata superior a 30 cm³, amb risc de progressió, es pot oferir inicialment un tractament combinat amb blocadors α i inhibidors de la 5 α reductasa.
 - b. **Síntomatologia irritativa sense RPM:** cal oferir tractament anticolinèrgic o amb agonistes β 3.
 - c. **Símptomes obstructius i irritatius mixts sense RPM:** s'ha d'oferir tractament amb blocadors α amb o sense inhibidors de la 5 α reductasa i s'ha d'associar tractament anticolinèrgic o agonistes β 3.

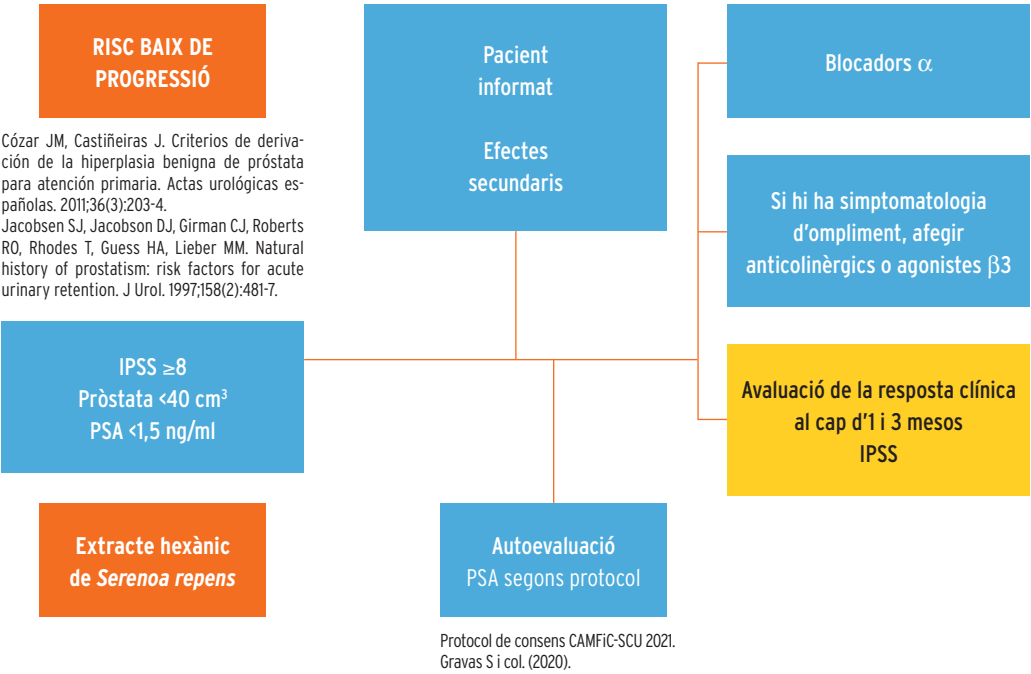
Taula 5. Tractament i seguiment segons la símptomatologia

Indicació	Tractament	Seguiment
Símptomes lleus-moderats del tracte urinari inferior amb poca afectació de la qualitat de vida	Espera vigilant i consells sobre l'estil de vida i/o extracte hexànic de <i>Serenoa repens</i>	Seguiment rutinari. Si hi ha canvis, cal valorar el tractament segons la intensitat dels símptomes i la presència de criteris de progressió
Símptomes moderats-greus	Blocador α +/- extracte hexànic de <i>Serenoa repens</i>	Al cap de 4-6 setmanes; després, cada 6-12 mesos
Símptomes moderats-greus amb pròstata >30 cm ³ i antigen prostàtic específic >1,5 ng/ml	Blocador α + inhibidor de la 5 α reductasa	Al cap de 4-6 setmanes; després, als 6 mesos, i després, cada 6-12 mesos
Símptomes irritatius (d'ompliment)	Afegir anticolinèrgic o agonistes β 3	Al cap de 4-6 setmanes; després, cada 6-12 mesos

FACTORS DE RISC DE PROGRESSIÓ DE LA HIPERPLÀSIA BENIGNA DE PRÒSTATA

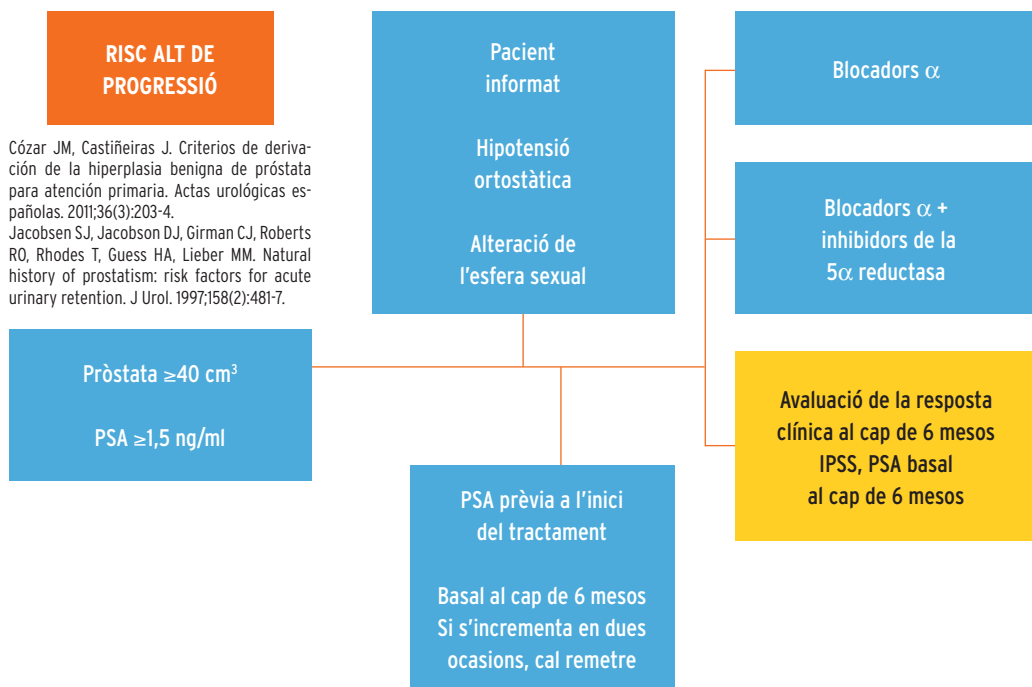
- 1. **Edat.** El risc de RAO es triplica en homes entre 60 i 69 anys.
- 2. **Volum prostàtic.** El risc de RAO o de cirurgia per tractar l'HBP es triplica amb un augment de volum prostàtic >40 cm³.
- 3. **Concentració plasmàtica de PSA.** Els valors ≥1,5 ng/ml augmenten entre 2 i 4 vegades el risc de progressió de l'HBP.
- 4. **Gravetat de l'STUI.** La simptomatologia moderada a greu triplica el risc de RAO.

Algorisme 1. Algorisme de tractament en pacients amb baix risc de progressió



EMA: Agència Europea del Medicament; IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics; PSA: antigen prostàtic específic.

Algoritme 2. Algoritme de tractament en pacients amb alt risc de progressió



Protocol de consens CAMFiC-SCU 2021.
Gravas S i col. (2020).

IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics; PSA: antigen prostàtic específic.

BIBLIOGRAFIA

1. Isaacs JT. Importance of the natural history of benign prostatic hyperplasia in the evaluation of pharmacologic intervention. The Prostate Supplement [Internet]. 1990 [citad 9-11-2021];3(3 S):1-7. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1689166/>
2. Netto NR, Lopes De Lima M, Netto MR, Levi D'Ancona CA. Evaluation of patients with bladder outlet obstruction and mild international prostate symptom score followed up by watchful waiting. Urology [Internet]. 1999 [citad 9-11-2021];53(2):314-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9933046/>
3. Wasson JH, Reda DJ, Bruskewitz RC, Elinson J, Keller AM, Henderson WG. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate. The New England journal of medicine [Internet]. 1995 [citad 9-11-2021];332(2):75-9. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7527493/>

4. Flanigan RC, Reda DJ, Wasson JH, Anderson RJ, Abdellatif M, Bruskewitz RC, et al. 5-Year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Journal of Urology*. 1998;160(1):12-7.
5. Yap TL, Brown C, Cromwell DA, van der Meulen J, Emberton M. The impact of self-management of lower urinary tract symptoms on frequency-volume chart measures. *BJU international* [Internet]. 2009 [citat 9-11-2021];104(8):1104-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19485993/>
6. Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, Mulligan K, et al. Self management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 2007 [citat 9-11-2021];334(7583):25-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17118949/>
7. Michel MC, Vrydag W. Alpha1-, alpha2- and beta-adrenoceptors in the urinary bladder, urethra and prostate. *British journal of pharmacology* [Internet]. 2006 [citat 8-11-2021];147 Suppl 2(Suppl 2). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16465187/>
8. Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines: Management of Non-neurogenic Male LUTXS, inc. BPO | Uroweb [Internet]. 2020 [citat 8-11-2021]. Disponible a: <https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>
9. Yuan J, Liu Y, Yang Z, Qin X, Yang K, Mao C. The efficacy and safety of alpha-1 blockers for benign prostatic hyperplasia: an overview of 15 systematic reviews. *Current medical research and opinion* [Internet]. 2013 [citat 8-11-2021];29(3):279-87. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23323875/>
10. Chapple CR, Montorsi F, Tammela TLJ, Wirth M, Koldewijn E, Fernández Fernández E. Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia: results of an international, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled clinical trial performed in Europe. *European urology* [Internet]. 2011 [citat 8-11-2021];59(3):342-52. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109344/>
11. Rittmaster RS, Norman RW, Thomas LN, Rowden G. Evidence for atrophy and apoptosis in the prostates of men given finasteride. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* [Internet]. 1996 [citat 8-11-2021];81(2):814-9. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8636309/>
12. Naslund MJ, Miner M. A review of the clinical efficacy and safety of 5alpha-reductase inhibitors for the enlarged prostate. *Clinical therapeutics* [Internet]. 2007 [citat 8-11-2021];29(1):17-25. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17379044/>
13. Kim EH, Brockman JA, Andriole GL. The use of 5-alpha reductase inhibitors in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Asian journal of urology* [Internet]. 2018 [citat 8-11-2021];5(1):28-32. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29379733/>
14. Choi YH, Cho SY, Cho IR. The different reduction rate of prostate-specific antigen in dutasteride and finasteride. *Korean journal of urology* [Internet]. 2010 [citat 8-11-2021];51(10):704-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21031091/>
15. Chess-Williams R, Chapple CR, Yamanishi T, Yasuda K, Sellers DJ. The minor population of M3-receptors mediate contraction of human detrusor muscle in vitro. *Journal of autonomic pharmacology* [Internet]. 2001 [citat 8-11-2021];21(5-6):243-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12123469/>
16. Matsui M, Motomura D, Karasawa H, Fujikawa T, Jiang J, Komiya Y, et al. Multiple functional defects in peripheral autonomic organs in mice lacking muscarinic acetylcholine receptor gene for the M3 subtype. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* [Internet]. 2000 [citat 8-11-2021];97(17):9579-84. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10944224/>

17. Kaplan SA, Walmsley K, Te AE. Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. *The Journal of urology* [Internet]. 2005 [citat 8-11-2021];174(6):2273-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16280803/>
18. Roehrborn CG, Abrams P, Rovner ES, Kaplan SA, Herschorn S, Guan Z. Efficacy and tolerability of tolterodine extended-release in men with overactive bladder and urgency urinary incontinence. *BJU international* [Internet]. 2006 [citat 8-11-2021];97(5):1003-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16643482/>
19. Höfner K, Burkart M, Jacob G, Jonas U. Safety and efficacy of tolterodine extended release in men with overactive bladder symptoms and presumed non-obstructive benign prostatic hyperplasia. *World journal of urology* [Internet]. 2007 [citat 8-11-2021];25(6):627-33. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17906864/>
20. Herschorn S, Jones JS, Oelke M, MacDiarmid S, Wang JT, Guan Z. Efficacy and tolerability of fesoterodine in men with overactive bladder: a pooled analysis of 2 phase III studies. *Urology* [Internet]. 2010 [citat 8-11-2021];75(5):1149-55. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19914702/>
21. Dmochowski R, Abrams P, Marshall-Kehrel D, Wang JT, Guan Z. Efficacy and tolerability of tolterodine extended release in male and female patients with overactive bladder. *European urology* [Internet]. 2007 [citat 8-11-2021];51(4):1054-64. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17097217/>
22. Kaplan SA, Goldfischer ER, Steers WD, Gittelman M, Andoh M, Forero-Schwanhaeuser S. Solifenacin treatment in men with overactive bladder: effects on symptoms and patient-reported outcomes. *The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male* [Internet]. 2010 [citat 8-11-2021];13(2):100-7. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20001469/>
23. Oelke M, Becher K, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Kirby M, Wagg A, et al. Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older persons: results of a systematic literature review and international consensus validation process (LUTS-FORTA 2014). *Age and ageing* [Internet]. 2015 [citat 8-11-2021];44(5):745-55. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26104505/>
24. Andersson KE. On the Site and Mechanism of Action of β 3-Adrenoceptor Agonists in the Bladder. *International neurourology journal* [Internet]. 2017 [citat 8-11-2021];21(1):6-11. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28361520/>
25. Sebastianelli A, Russo GI, Kaplan SA, McVary KT, Moncada I, Gravas S, et al. Systematic review and meta-analysis on the efficacy and tolerability of mirabegron for the treatment of storage lower urinary tract symptoms/overactive bladder: Comparison with placebo and tolterodine. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association* [Internet]. 2018 [citat 8-11-2021];25(3):196-205. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29205506/>
26. Chapple CR, Nazir J, Hakimi Z, Bowditch S, Fatoye F, Guelfucci F, et al. Persistence and Adherence with Mirabegron versus Antimuscarinic Agents in Patients with Overactive Bladder: A Retrospective Observational Study in UK Clinical Practice. *European urology* [Internet]. 2017 [citat 8-11-2021];72(3):389-99. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196724/>
27. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Nandy I, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *European urology* [Internet]. 2010 [citat 8-11-2021];57(1):123-31. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19825505/>
28. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Morrill B, et al. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from the CombAT study. *The Journal of urology* [Internet]. 2008 [citat 8-11-2021];179(2):616-21. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18082216/>

29. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *The New England journal of medicine* [Internet]. 2003 [citat 8-11-2021];349(25):2387-98. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14681504/>
30. Debruyne FMJ, Jardin A, Colloi D, Resel L, Witjes WPJ, Delauche-Cavallier MC, et al. Sustained-release alfuzosin, finasteride and the combination of both in the treatment of benign prostatic hyperplasia. European ALFIN Study Group. *European urology* [Internet]. 1998 [citat 8-11-2021];34(3):169-75. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9732187/>
31. Lepor H, Williford WO, Barry MJ, Brawer MK, Dixon CM, Gormley G, et al. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia. Veterans Affairs Cooperative Studies Benign Prostatic Hyperplasia Study Group. *The New England journal of medicine* [Internet]. 1996 [citat 8-11-2021];335(8):533-40. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8684407/>
32. Kirby RS, Roehrborn C, Boyle P, Bartsch G, Jardin A, Cary MM, et al. Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: the Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial. *Urology* [Internet]. 2003 [citat 8-11-2021];61(1):119-26. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12559281/>
33. Drake MJ, Sokol R, Coyne K, Hakimi Z, Nazir J, Dorey J, et al. Responder and health-related quality of life analyses in men with lower urinary tract symptoms treated with a fixed-dose combination of solifenacin and tamsulosin oral-controlled absorption system: results from the NEPTUNE study. *BJU international* [Internet]. 2016 [citat 8-11-2021];117(1):165-72. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25907003/>
34. Van Kerrebroeck P, Chapple C, Drogendijk T, Klaver M, Sokol R, Speakman M, et al. Combination therapy with solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in a single tablet for lower urinary tract symptoms in men: efficacy and safety results from the randomised controlled NEPTUNE trial. *European urology* [Internet]. 2013 [citat 8-11-2021];64(6):1003-12. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23932438/>
35. Kim TH, Jung W, Suh YS, Yook S, Sung HH, Lee KS. Comparison of the efficacy and safety of tolterodine 2 mg and 4 mg combined with an α -blocker in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder: a randomized controlled trial. *BJU international* [Internet]. 2016 [citat 8-11-2021];117(2):307-15. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26305143/>
36. Kaplan SA, Roehrborn CG, Gong J, Sun F, Guan Z. Add-on fesoterodine for residual storage symptoms suggestive of overactive bladder in men receiving α -blocker treatment for lower urinary tract symptoms. *BJU international* [Internet]. 2012 [citat 8-11-2021];109(12):1831-40. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21966995/>
37. Roehrborn CG, Kaplan SA, Kraus SR, Wang JT, Bavendam T, Guan Z. Effects of Serum PSA on Efficacy of Tolterodine Extended Release With or Without Tamsulosin in Men With LUTS, Including OAB. *Urology*. 2008;72(5):1061-7.
38. Athanasopoulos A, Chapple C, Fowler C, Gratzke C, Kaplan S, Stief C, et al. The role of antimuscarinics in the management of men with symptoms of overactive bladder associated with concomitant bladder outlet obstruction: an update. *European urology* [Internet]. 2011 [citat 8-11-2021];60(1):94-105. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21497434/>
39. Drake MJ, Oelke M, Snijder R, Klaver M, Traudtner K, van Charldorp K, et al. Incidence of urinary retention during treatment with single tablet combinations of solifenacin+tamsulosin OCASTM for up to 1 year in adult men with both storage and voiding LUTS: A subanalysis of the NEPTUNE/NEPTUNE II randomized controlled studies. *PloS one* [Internet]. 2017 [citat 8-11-2021];12(2). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28166296/>

40. Madersbacher S, Berger I, Ponholzer A, Marszalek M. Plant extracts: sense or nonsense? Current opinion in urology [Internet]. 2008 [citat 8-11-2021];18(1):16-20. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18090484/>
41. Buck AC. Is there a scientific basis for the therapeutic effects of serenoa repens in benign prostatic hyperplasia? Mechanisms of action. The Journal of urology [Internet]. 2004 [citat 8-11-2021];172(5 Pt 1):1792-9. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15540722/>
42. Levin RM, Das AK. A scientific basis for the therapeutic effects of Pygeum africanum and Serenoa repens. Urological research [Internet]. 2000 [citat 8-11-2021];28(3):201-9. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10929430/>
43. Giuliano F, Ückert S, Maggi M, Birder L, Kissel J, Viktrup L. The mechanism of action of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the treatment of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia. European urology [Internet]. 2013 [citat 8-11-2021];63(3):506-16. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23018163/>
44. Wang Y, Bao Y, Liu J, Duan L, Cui Y. Tadalafil 5 mg Once Daily Improves Lower Urinary Tract Symptoms and Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-analysis. Lower urinary tract symptoms [Internet]. 2018 [citat 8-11-2021];10(1):84-92. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29341503/>
45. Gacci M, Corona G, Salvi M, Vignozzi L, McVary KT, Kaplan SA, et al. A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors alone or in combination with α -blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. European urology [Internet]. 2012 [citat 8-11-2021];61(5):994-1003. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22405510/>

CRITERIS DE DERIVACIÓ

Criteris de derivació d'atenció primària a urologia durant el diagnòstic

Sospita de càncer de pròstata:

- **Tacte rectal patològic** (superfície irregular, augment de la consistència, existència de nòduls o límits mal definits).
- **Determinació del PSA sospitosa.**

Necessitat d'ampliar l'estudi urològic específic:

- Puntuació IPSS greu o mala qualitat de vida.
- STUI suggestiva d'HBP en menors de 50 anys.
- Pacients amb STUI no atribuïble a la presència d'HBP (malalties sistèmiques, patologia vesical o rectal, estenosi uretral, càncer de pròstata, uretra o bufeta).
- Elevada sospita de comorbiditat urològica (incontinència, bufeta hiperactiva).
- Patologia neurològica concomitant.

- Factors de risc d'obstrucció (signes de buidament incomplet, micció per vessament).
- Possible disfunció vesical neurogènica.
- Antecedents de cirurgia radical pelviana, irradiació pelviana o traumatisme genitourinari.
- Diagnòstic incert.

Sospita de complicacions relacionades amb la hiperplàsia benigna de pròstata:

- Urolitiasi.
- Diverticles vesicals.
- Uropatia obstructiva amb insuficiència renal o sense.
- STUI relacionada amb HBP i funció renal alterada (creatinina >1,5 mg/dl o filtrat glomerular disminuït en relació amb l'edat).
- RPM >150 cm³.
- Pacients que acudeixen a consulta amb RAO.
- Pacients amb signes de retenció crònica d'orina.
- Dolor pelvià.
- Infeccions d'orina de repetició (prostatitis aguda, orquiepididimitis).

Taula 6. Criteris de derivació d'atenció primària a urologia durant el diagnòstic

VALORACIÓ INICIAL		
Sospita de càncer de pròstata	Necessitat d'ampliar l'estudi	Sospita de complicacions
Tacte rectal sospitos	Síntomes greus de mala qualitat de vida	Litiasi, diverticles vesicals, hematúria
PSA sospitos	STUI i <50 anys	Hidroureteronefrosi amb o sense insuficiència renal
	Sospita d'altres patologies	RPM >150 cm³
	Antecedents de cirurgia pelviana, radioteràpia o traumatisme	Retenció urinària aguda o crònica
	Diagnòstic incert	Infeccions de repetició
		Dolor pelvià

PSA: antigen prostàtic específic; RPM: residu postmiccional; STUI: simptomatologia del tracte urinari inferior.

Criteris de derivació d'atenció primària a urologia durant el seguiment clínic

- Síntomes refractaris al tractament inicial adequat:
 - Després de 3 mesos de tractament amb blocadors α o antimuscarínics.
 - Després de 6 mesos de tractament amb un inhibidor de la 5 α reductasa en monoteràpia o associat a un blocador α .
- Empitjorament clínic en pacients en tractament conservador o farmacològic.
- Sospita de necessitat de tractament quirúrgic.
- Impossibilitat de realitzar el tractament farmacològic (contraindicacions, rebuig del pacient).
- Aparició de complicacions durant el seguiment.
- Qualsevol elevació confirmada i mantinguda del PSA durant el tractament amb un inhibidor de la 5 α reductasa després del descens inicial.

Taula 7. Criteris de derivació d'atenció primària a urologia durant el seguiment

SEGUIMENT		
Sospita de càncer de pròstata	Necessitat d'ampliar l'estudi	Sospita de complicacions
Tacte rectal sospitós	Empitjorament dels símptomes	Litiasi, diverticles vesicals, hematúria
PSA sospitós		Hidroureteronefrosi amb o sense insuficiència renal
	Sospita d'altres patologies	RPM >150 cm ³
Augment en dues determinacions del PSA basal en pacients amb inhibidors de la 5 α reductasa		Retenció urinària aguda o crònica
	Diagnòstic incert	Infeccions de repetició
		Dolor pelvià

PSA: antigen prostàtic específic; RPM: residu postmiccional.

Criteris de derivació d'atenció primària a urologia durant el seguiment per manca de resposta o d'adherència

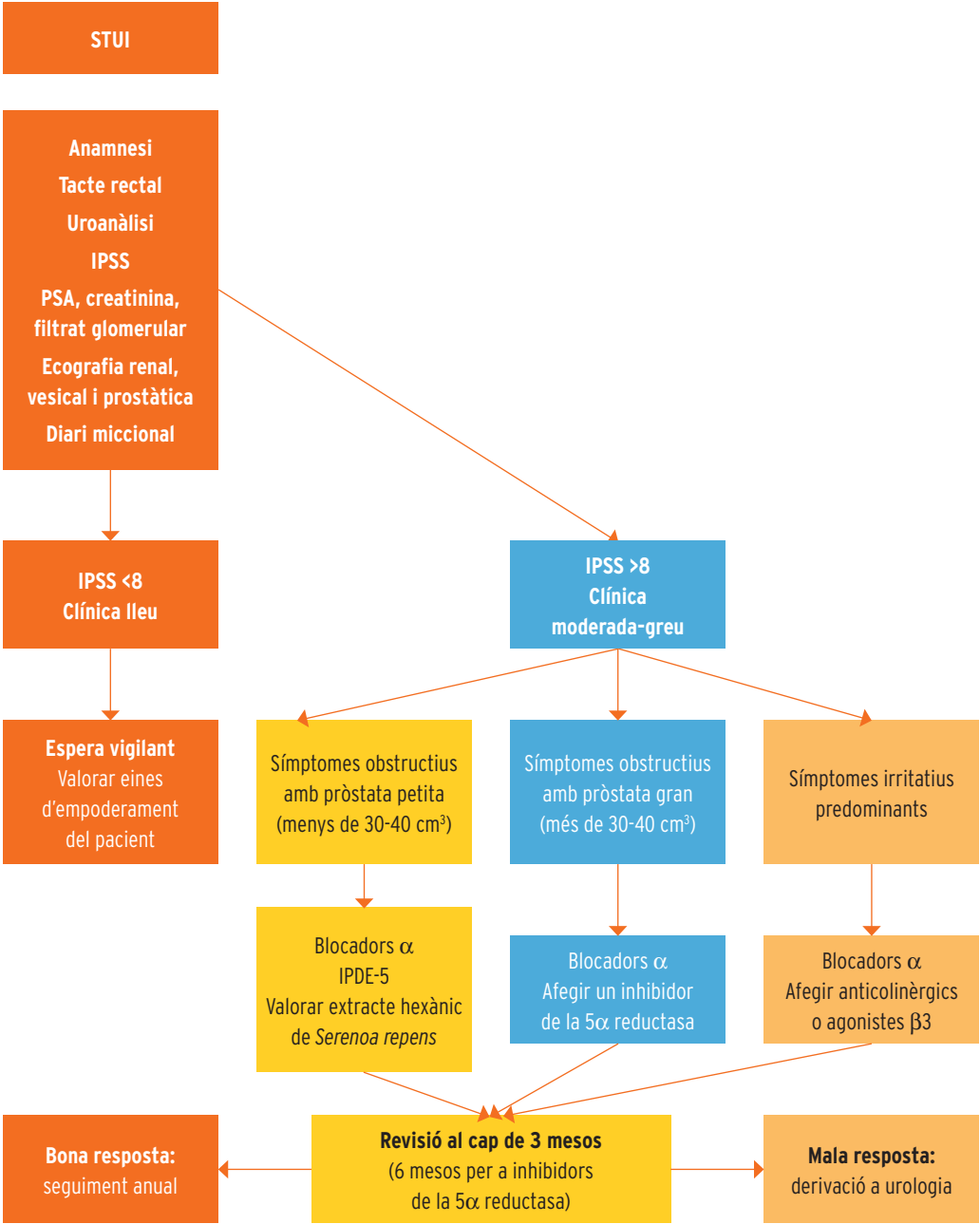
- Totes les persones que presentin RAO o RPM >300 cm³ s'han de remetre després de sondatge vesical i del control de la funció renal. En aquests casos està demostrat que la desobstrucció precoç protegeix de complicacions greus (insuficiència renal i sèpsia).
- El sondatge es fa seguint el protocol d'esterilitat habitual, amb sondes Foley de calibre CH 16 o 18, sempre que sigui possible, i de llarga durada (silicona).
- Per evitar l'hematúria *ex vacuo* cal practicar un buidament progressiu de la bufeta pinçant la sonda cada 100 cm³, durant 10 minuts, aproximadament.

Taula 8. Criteris de derivació d'atenció primària a urologia durant el seguiment per manca de resposta o d'adherència

SEGUIMENT		
Sense resposta al tractament	Terminis	Manca d'adherència
Blocadors α	3 mesos	Hipotensió ortostàtica
Blocadors α + anticolinèrgics	3 mesos	Disfunció ejaculatòria
Blocadors α + inhibidors de la 5α reductasa	6 mesos per a dutasterida	Afectació de l'esfera sexual
	6 mesos per a finasterida	Interacció farmacològica
No respon al tractament farmacològic No el tolera No el desitja		No es vol un tractament a llarg termini

Protocol de consens CAMFIC-SCU 2021.
Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines: Management of Non-neurogenic Male LUTS, inc. BPO | Uroweb [Internet]. 2020.

Figura 2. Algorisme de tractament de la simptomatologia del tracte inferior



IPDE-5: inhibidors de la fosfodiesterasa 5; IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics; PSA: antigen prostàtic específic; STUI: simptomatologia del tracte urinari inferior.

[4] Algoritme de seguiment

No disposem d'estudis que permetin valorar com s'ha de fer el seguiment de les persones amb STUI. Les recomanacions al respecte es basen en consideracions teòriques i en el consens del grup d'experts.

CANVIS CLÍNICS

Sempre que es presentin canvis clínics durant el seguiment, s'aplicarà l'algoritme diagnòstic inicial.

ANTIGEN PROSTÀTIC ESPECÍFIC

En aquest document no es donen recomanacions sobre el paper del PSA en el cribratge del càncer de pròstata. En les persones simptomàtiques s'aconsella sol·licitar la valoració del PSA, i caldrà fer el seguiment de les persones asimptomàtiques segons el protocol de cribratge de CP (secció d'oncologia de l'SCU i consens de l'EAU). En persones simptomàtiques, després de la valoració inicial del PSA se seguirà el protocol de cribratge de CP si no presenten empitjorament clínic. En les persones tractades amb inhibidors de la 5 α reductasa, sempre cal disposar dels nivells del PSA abans d'iniciar el tractament. A més, cal valorar novament el PSA 6 mesos després d'iniciar-se el tractament. Aquesta valoració es considera el PSA basal. Si la persona presenta dues elevacions de PSA consecutives, es valorarà com a sospita de CP i se'n derivarà per completar l'estudi.

La periodicitat dels controls es basa en la intensitat simptomàtica mesurada amb l'escala IPSS, així com en l'aparició de qualsevol nou símptoma.

SÍMPTOMES LLEUS (puntuació IPSS ≤ 7)

- **Control anual dels símptomes mitjançant l'IPSS.**
- En les persones ben informades (empoderament de la persona), es valorarà la possibilitat d'autoavaluació i consulta a demanda si apareix empitjorament (tríptics informatius, de manera semblant a les infeccions del tracte urinari de repetició). S'aconsella que sigui consulta a demanda (e-consulta) si hi ha empitjorament, seguint les instruccions que s'ofereixen amb els fulls informatius sobre l'empoderament del pacient.

SÍMPTOMES MODERATS (puntuació IPSS entre 8 i 19)

- **Algoritme inicial:** IPSS, diari miccional, urocultiu, funció renal, ecografia a atenció primària: RPM, volum prostàtic i descartar hidroureteronefrosi (UHNF).
- Si en la visita s'estableix un nou tractament, es recomana un control posterior per valorar-ne l'efectivitat i la tolerància. Es recomana e-consulta o visita telefònica:
 - 4-6 setmanes: blocadors α , anticolinèrgics, mirabegró, fitoteràpia.

- 6-9 mesos: inhibidors de la 5 α reductasa.
- Després, si hi ha estabilitat clínica, es farà un control anual amb l'escala IPSS i una ecografia (control de la mida prostàtica i de l'RPM).
- Valoració del PSA en persones sotmeses a tractament amb inhibidors de la 5 α reductasa.
- Valoració del PSA segons el protocol de cribratge de CP.
- Valoració del PSA en casos d'empitjorament de la clínica.

SÍMPTOMES GREUS (puntuació IPSS ≥ 20)

- **Derivar a urologia, amb tot l'estudi realitzat:** IPSS, diari miccional, urocultiu, funció renal, ecografia a atenció primària: RPM, volum prostàtic i descartar UHNF.
- També es derivarà a urologia en els casos següents:
 - Ecografia: RPM >100 ml (confirmat en dos estudis), litiasi o diverticles.
 - Retenció d'orina aguda o crònica, amb sondatge vesical previ.
 - Valoració del PSA sospitosa.
 - Dos augments consecutius del PSA en persones en tractament amb inhibidors de la 5 α reductasa.

Taula 9. Seguiment relacionat amb el tractament

VALORACIÓ DE LA RESPOSTA I ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT			
Conservador	Blocadors α	Blocadors α + inhibidors de la 5 α reductasa	Blocadors α + anticolinèrgics/agonistes $\beta 3$
Pacient informat	4-6 setmanes	6 mesos per a dutasterida 6 mesos per a finasterida	>4 setmanes
Normes de reconsulta	Anual	Anual	Anual
IPSS, funció real, orina i PSA segons protocol			
		PSA basal al cap de 6 mesos	Ecografia amb residu postmiccional

IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics; PSA: antígen prostàtic específic.
Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines: Management of Non-neurogenic Male LUTS, inc. BPO | Uroweb [Internet]. 2020.

[5] Empoderament de la persona

TRÍPTICS INFORMATIUS

Què és la hiperplàsia benigna de pròstata?

L'HBP és una patologia benigna que afecta homes, habitualment per sobre dels 40 anys. Consisteix en l'augment de la mida de la part interna de la pròstata (adenoma) que permet la sortida d'orina a l'exterior. Quan augmenta de volum, provoca l'estretor del conducte urinari i dificulta la sortida de l'orina.

És dolent tenir hiperplàsia benigna de pròstata?

No és dolent tenir HBP, però els seus símptomes provoquen molèsties o situacions desagradables en orinar, inexistents anteriorment¹. L'HBP sol ser d'aparició progressiva, per això és important detectar els símptomes abans que estiguin molt avançats, que arribin a provocar obstruccions que impedeixin la micció o que aparegui una insuficiència renal crònica.

Si la pròstata creix, vol dir que es tracta d'un càncer?

El creixement de la pròstata no és equivalent a tenir càncer, són dues coses diferents. D'una banda, el càncer no sol produir molèsties físiques, és a dir, és asimptomàtic, i, per altra, quan les produeix, probablement ja es troba molt avançat. A més, el càncer apareix a la zona perifèrica de la pròstata, que no és la que creix obstruint el conducte i que s'anomena *adenoma*. D'altra banda, l'HBP dificulta la micció, provoca símptomes que incrementen la freqüència d'orinar, que es fa amb menys quantitat i més urgència: cap d'aquestes situacions es relaciona amb l'aparició d'un càncer. De vegades poden coexistir ambdues condicions, per la qual cosa és important fer un seguiment prostàtic.

Hi ha tres tipus de símptomes urinaris que es poden relacionar amb l'HBP²:

1. **Símptomes de buidament** (relacionats amb la forma d'orinar):
 - Flux d'orina feble, entretallat o en dos temps.
 - Necessitat de pressió abdominal per iniciar la micció.
 - Dificultat per iniciar la micció.
 - Més temps del normal per acabar d'orinar.
 - En casos aïllats, retenció urinària crònica o RAO.
2. **Símptomes d'ompliment** (relacionats amb la retenció de l'orina):
 - Necessitat d'orinar amb més freqüència que habitualment.
 - Necessitat d'aixecar-se durant la nit per orinar (aixecar-se una vegada cada nit es considera normal).

- Necessitat sobtada d'orinar (urgència) i amb dificultat per demorar la micció.
 - Pèrdues involuntàries d'orina.
3. **Símptomes postmiccionals** (relacionats amb el final de la micció):
- Sensació de buidament incomplet de la bufeta.
 - Pèrdues involuntàries o degoteig d'orina poc després d'orinar.

Causes

Se'n desconeixen les causes, però depèn de les hormones masculines i de l'edat. No està relacionada amb el càncer de pròstata, encara que poden coexistir.

Escala internacional de símptomes prostàtics (IPSS)

Es pot consultar a <https://www.aeu.es/PDF/IPSS.pdf>

L'IPSS s'ha de calcular en totes les persones que presentin clínica d'STUI.

Diari miccional de 3 dies

Es pot consultar a https://www.aeu.es/PDF/DIARIO_MICCIONAL_3_DIAS.pdf

S'ha de calcular en totes les persones en qui predomini una clínica d'ompliment.

Consells⁴⁻⁷

1. Reduir la ingesta de líquid en intervals curts de temps.
2. Evitar o disminuir el consum de cafeïna i alcohol.
3. Evitar menjar copiosos, picants o molt especiats.
4. Evitar el restrenyiment.
5. Evitar el sobrepès, ja que està relacionat amb una major mida prostàtica.
6. Procurar mantenir relacions sexuals amb regularitat.
7. Orinar sempre que se senti la necessitat, sense demorar la micció.
8. Evitar el sedentarisme perllongat.
9. Evitar desplaçaments llargs amb cotxe o altres mitjans de locomoció sense efectuar descansos per orinar i caminar.
10. Evitar l'ús de moto o bicicleta de forma habitual.
11. Durant la micció, intentar buidar completament la uretra per disminuir el degoteig postmiccional.
12. Revisió de la medicació habitual amb l'ajuda d'un professional per optimitzar el moment d'administració o per substituir determinats medicaments per altres amb menys efectes sobre la micció.

Quan cal consultar?

Cal acudir al metge d'atenció primària quan s'iniciï qualsevol dels símptomes i provoqui limitacions o molèsties per a la vida quotidiana.

BIBLIOGRAFIA

Abrams P, Cardós L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*. 2002;21(2):167-78. Disponible a: <https://doi.org/10.1002/nau.10052>.

Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, Mulligan K, et al. Self management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 2007;334(7583):25-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17118949/>

Isaacs JT. Importance of the Natural History of Benign Prostatic Hyperplasia in the evaluation of Pharmacologic Intervention. *The Prostate Supplement* [Internet]. 1990;17(3):1-7. Disponible a: <https://doi.org/10.1002/pros.2990170502>.

Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, Kusek JW, Litman HJ, Link CL, et al. Prevalence de Lower Urinary Tract Symptoms and Effect on Quality of Life in Racially and Ethnically Diverse Random Sample: The Boston Area Community Health (BACH) Survey, *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(21):2381-7. Disponible a: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.21.2381>.

Liao CH, Chung SD, Kuo HC. Diagnostic Value of International Prostate Symptom Score Voiding-to-Storage Subscore Ratio in Male Lower Urinary Tract Symptoms: Diagnostic Value of IPSS Subscores. *International Journal of Clinical Practice*. 2011;65(5):552-8. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02638.x>.

Netto NR, Lopes De Lima M, Netto MR, Levi D'Ancona CA. Evaluation of patients with bladder outlet obstruction and mild international prostate symptom score followed up by watchful waiting. *Urology* [Internet]. 1999;53(2):314-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9933046/>.

Yap TL, Brown C, Cromwell DA, van der Meulen J, Emberton M. The impact of self-management of lower urinary tract symptoms on frequency-volume chart measures. *BJU international* [Internet]. 2009;104(8):1104-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19485993/>

[6] Recomanacions del grup de consens sobre la gestió integral de la persona amb HBP

1. **Unitat d'atenció a la ciutadania:** codifica el motiu de la consulta i programa visita amb l'infermeria de família i comunitària.
2. **Infermer/a:** administra l'IPSS, ajuda en la complimentació del diari miccional, consells de salut, entrevista motivacional per al canvi d'hàbits i adherència terapèutica.
3. **Metge/essa:** demana proves complementàries, interpreta els resultats, codifica el diagnòstic, inicia el tractament, valora la resposta i adherència al tractament i valora la derivació a urologia.

Taula 10. Abordatge de la persona amb símptomatologia pròstatica en l'Atenció Primària de Salut

Unitat d'atenció a la ciutadania del CAP		
MOTIU DE LA VISITA Molèsties urinàries Retenció aguda d'orina PROGRAMA VISITA CONSULTA INFERMER/A DE FIC		
	INFERMER/A DE FIC	
	Anamnesi Valoració de l'estat general Característiques del dolor Percussió lumbar de puny Temperatura Tira d'orina (Es conserva orina recent per si se sol·licita urocultiu) DERIVACIÓ A METGE/ESSA DE FAMÍLIA (motiu de consulta exclusió del protocol autònom de l'infermer/a de Fic)	
METGE/ESSA DE FAMÍLIA	INFERMER/A DE FIC	METGE/ESSA DE FAMÍLIA
Confirmació de la sospita d'HBP Lliurament del tríptic informatiu, IPSS i diari miccional Sol·licita exploracions complementàries PROGRAMA VISITA AMB INFERMER/A DE FIC	Consells de salut i resolució de dubtes en la complimentació de l'IPSS i diari miccional Introdueix els resultats de les proves a l'HCAP PROGRAMA VISITA AMB METGE/ESSA DE FAMÍLIA	Valora els resultats de les proves complementàries Interpreta les proves realitzades Exploració física Tractament PROGRAMA VISITA AMB INFERMER/A DE FIC
	INFERMER/A DE FIC	
	Adherència al tractament Consells de salut PROGRAMA VISITA MEDICINA FAMILIAR I INFERMER/A DE FIC Exploració complementària segons el protocol de visites de seguiment de medicina familiar i infermeria Fic	

CAP: centre d'atenció primària; FIC: familiar i comunitària; HBP: hiperplàsia benigna de pròstata; HCAP: història clínica d'atenció primària; IPSS: escala internacional de símptomes prostàtics.



A efectes de transparència, us informem que els patrocinadors han col·laborat en la distribució d'un nombre limitat d'exemplars de la present publicació. El seu contingut reflecteix les opinions, criteris, conclusions i troballes pròpies dels autors, que poden no coincidir necessàriament amb els dels patrocinadors. Els patrocinadors recomanen sempre la utilització dels seus productes segons la fitxa tècnica aprovada per les autoritats sanitàries.