

PROYECTO

# CAPHI

CIRCUITO DE  
ATENCIÓN DEL  
PACIENTE CON  
HIPERPLASIA BENIGNA  
DE PRÓSTATA



© Saned 2019

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Sanidad y Ediciones, S.L.

Poeta Joan Maragall, 60. 1ª Planta. 28020 Madrid. Tel: 91 749 95 14. Fax: 91 749 95 07.

Frederic Mompou 4A, 2º-2ª. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona. Tel: 93 320 93 30. Fax: 93 473 75 41.

**CÓDIGO DEL PROTOCOLO:**

SAN-NUL-2017-04 TÍTULO

Circuito de Atención al Paciente con Hiperplasia benigna de próstata. "Proyecto CAPHI"

**PROMOTOR:**

SANED, S.L.  
Poeta Joan Maragall, 60 28020 Madrid

**COORDINADOR:**

Dr. Juan Carlos Ruíz  
Jefe de Sección de Urología del Hospital Universitario Santa Cristina

**SECRETARÍA TÉCNICA Y ESTADÍSTICA:**

Grupo Saned  
Poeta Joan Maragall, 60 28020 Madrid

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

### 1.1. Introducción

El tumor benigno más frecuente en el varón es la hiperplasia benigna de próstata (HBP). El crecimiento de la próstata hasta los 30 años es lento o inexistente, entre los 40 y los 60 años empieza un crecimiento más marcado, especialmente a partir de los 50<sup>1</sup>.

La prevalencia de la HBP es muy alta<sup>2</sup>, en mayores de 50 años alcanza el 80% de la población, el 33% en esta franja de edad presenta un adenoma bien constituido<sup>3,4</sup>, esta proporción asciende al 95% a los 80 años, edad a la que la posibilidad de necesitar cirugía prostática es del 30%.

El impacto en la calidad de vida y el deterioro en la función sexual son mayores en los pacientes de mayor edad. Mejorar la función sexual tiene un impacto positivo en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), igualmente la CVRS percibida mejora en todas sus dimensiones.

De los datos anteriormente mencionados, se puede deducir que los costes económicos de esta enfermedad son muy elevados y que muy probablemente se incrementarán con el envejecimiento de la población. El tratamiento médico de la HBP supone un 2% del gasto total que se realiza en farmacia<sup>5</sup> en nuestro país, a parte habría que considerar los costes quirúrgicos, la morbilidad asociada, etc.

### 1.2. Justificación

La coordinación entre niveles asistenciales centrada en las enfermedades frecuentes constituye un elemento esencial para incrementar la eficiencia del sistema sanitario.

### 1.3. Objetivos

#### Objetivo principal

- ✓ Determinar el flujo de atención del paciente con HBP.

#### Objetivos secundarios

- ✓ Estudiar los criterios usados para la derivación y posterior seguimiento del paciente con HBP.
- ✓ Estudiar el grado de conocimiento de las distintas opciones terapéuticas para el manejo del paciente con HBP.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado.

El comité científico del proyecto desarrolló un formulario *ad-hoc* para completar los objetivos del proyecto, el cual se alojó en un microsite en el que se incluían todos los elementos del estudio.

Se entregó un díptico de presentación a especialistas en Urología y médicos de Atención Primaria incluyendo la URL del microsite y contraseña de acceso al formulario. A partir de los cuestionarios cumplimentados se realizó el análisis estadístico.

## 2.1. Instrumentos de medida

Formulario desarrollado por el comité científico del proyecto específicamente para el mismo.

El formulario está estructurado en 5 bloques: prevalencia de la HBP (2 ítems), guías y protocolos de actuación frente a la HBP (3 ítems), circuito de atención del paciente con HBP (12 ítems), diagnóstico de la HBP (3 ítems) y tratamiento de la HBP (3 ítems).

## 2.2. Gestión de datos y análisis estadístico

Los datos de los médicos incluidos en el estudio se obtuvieron de forma anonimizada y confidencial. Los datos del estudio se han registrado digitalmente y serán guardados en archivos específicos para este.

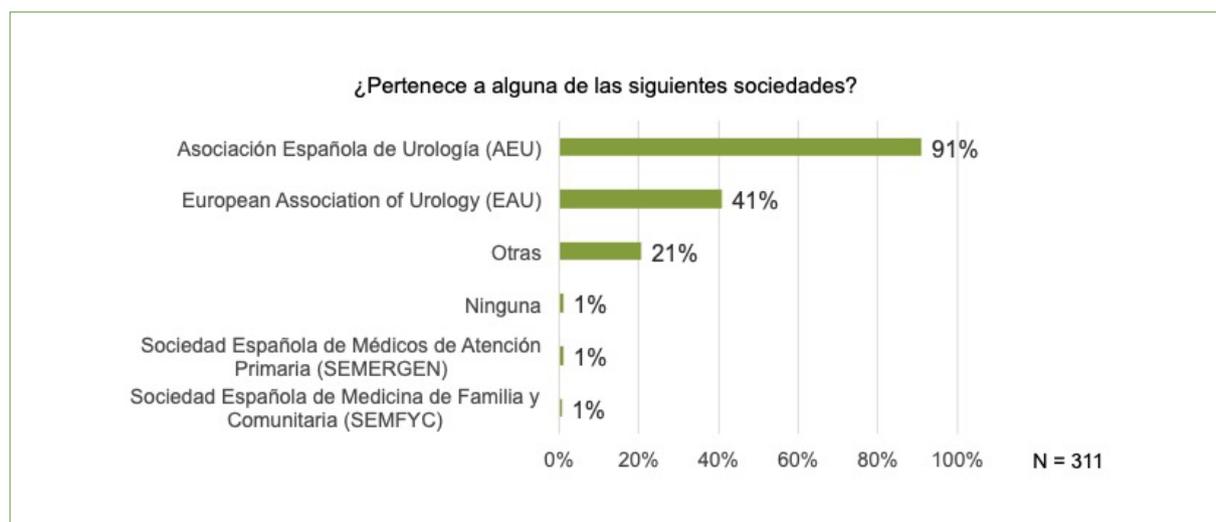
El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SAS versión 9.1.3 service pack 3. Se realizó un análisis descriptivo, utilizando la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, y las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

## 3. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

En total participaron 311 investigadores en el presente estudio, el 93% realizaban su labor asistencial en atención especializada (AE) y el 7% en atención primaria (AP). Sólo el 21% de los participantes eran mujeres.

La edad media de los participantes era de 44 ( $\pm 10,6$ ) años, con una experiencia media de 16,6 ( $\pm 10,6$ ) años. El 63% habían participado en alguna actividad formativa sobre HBP en el último año.

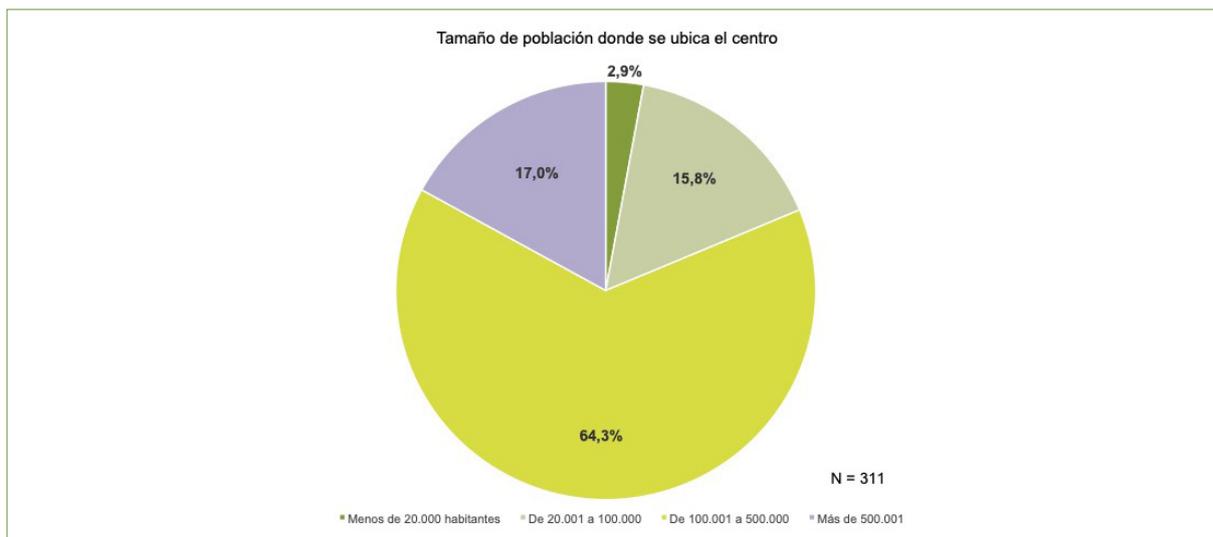
El 91% de los participantes pertenecían a la Asociación Española de Urología y el 41% a la European Association of Urology (**figura 1**).



**Figura 1.** Porcentaje de participantes según las sociedades científicas a las que pertenecían. Multirresposta.

MONOGRAFÍA

El 64% de los centros donde trabajan los participantes estaba situado en poblaciones de entre 100.001 y 500.000 habitantes (**figura 2**).

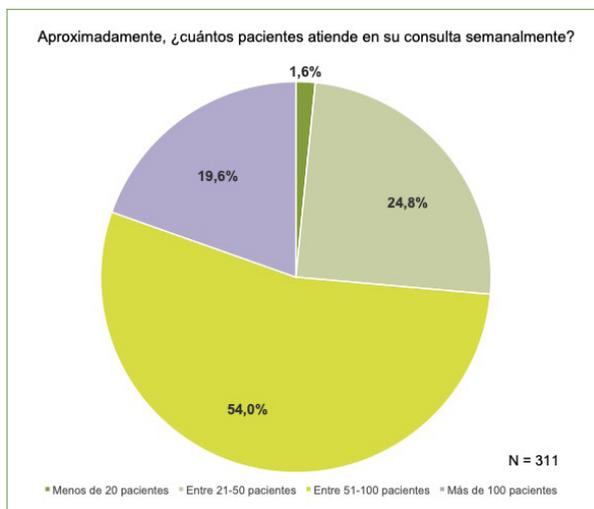


**Figura 2.** Porcentaje de participantes según la población en la que estaba ubicado su centro de trabajo.

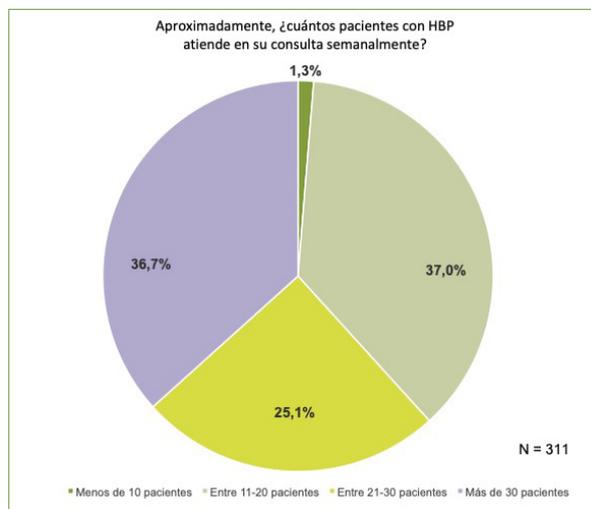
## 4. RESULTADOS

### 4.1. Prevalencia de la HBP

El 54% de los participantes atendía de 51 a 100 pacientes en su consulta semanalmente (**figura 3**). Un 37% de los participantes atendían a 11-20 pacientes con HBP y otro 37% a más de 30 pacientes (**figura 4**).



**Figura 3.** Porcentaje de participantes según el número de pacientes que atendía en su consulta semanalmente.

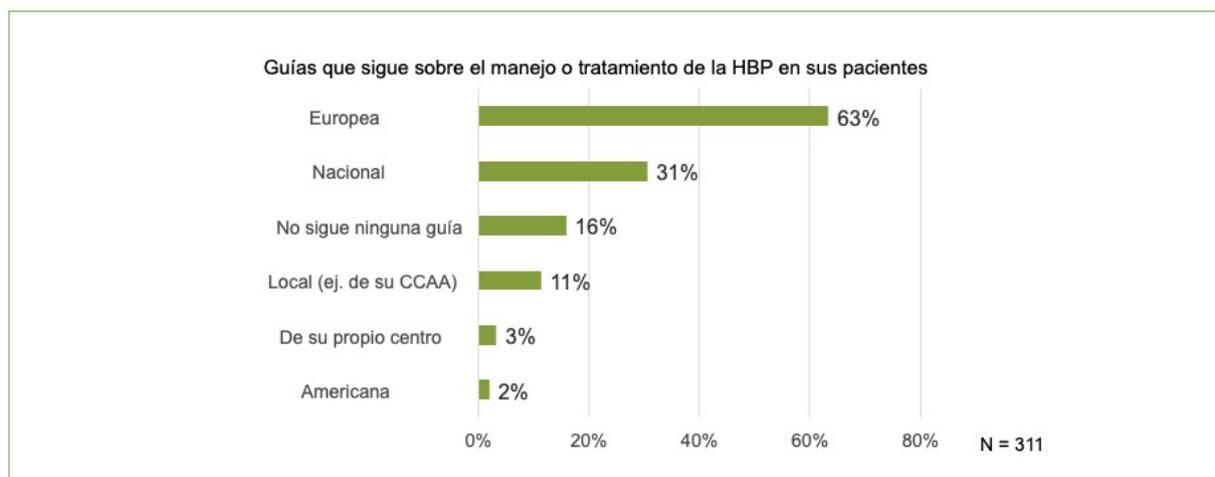


**Figura 4.** Porcentaje de participantes según el número de pacientes con HBP que atendía en su consulta semanalmente.

## 4.2. Guías y protocolos de atención de la HBP

En el 64% de los centros existían pautas o protocolos para realizar el seguimiento de pacientes con HBP. El 90% de los participantes de AE y únicamente el 57% de AP seguía alguna guía sobre el manejo o tratamiento de la HBP en sus pacientes.

El 63% de los participantes seguían la Guía Europea en el manejo y tratamiento de sus pacientes con HBP (**figura 5**).



**Figura 5.** Porcentaje de participantes en función de las Guías de Práctica Clínica que seguían en sus pacientes con HBP. Multirrespuesta.

## 4.3. Circuito de atención al paciente con HBP

El 56% de los participantes indicó que existían protocolos comunes para el manejo de la HBP entre AE y AP en su área sanitaria.

El 65% de los participantes de AP consideraba que su relación con AE era buena o excelente, mientras que el 48% de los participantes de AE la consideraban que era regular o mala.

De los 297 participantes que no consideraban excelente la relación entre AE y AP, el 76% pensaba que esta relación y nivel de comunicación podría mejorar estableciendo protocolos conjuntos de derivación y seguimiento y el 41% que utilizando la historia clínica electrónica (**figura 6**).

Tanto en AE como en AP se indicó que el canal de comunicación habitual entre niveles asistenciales era la hoja de derivación, el 88% y el 83% respectivamente (**figura 7**).

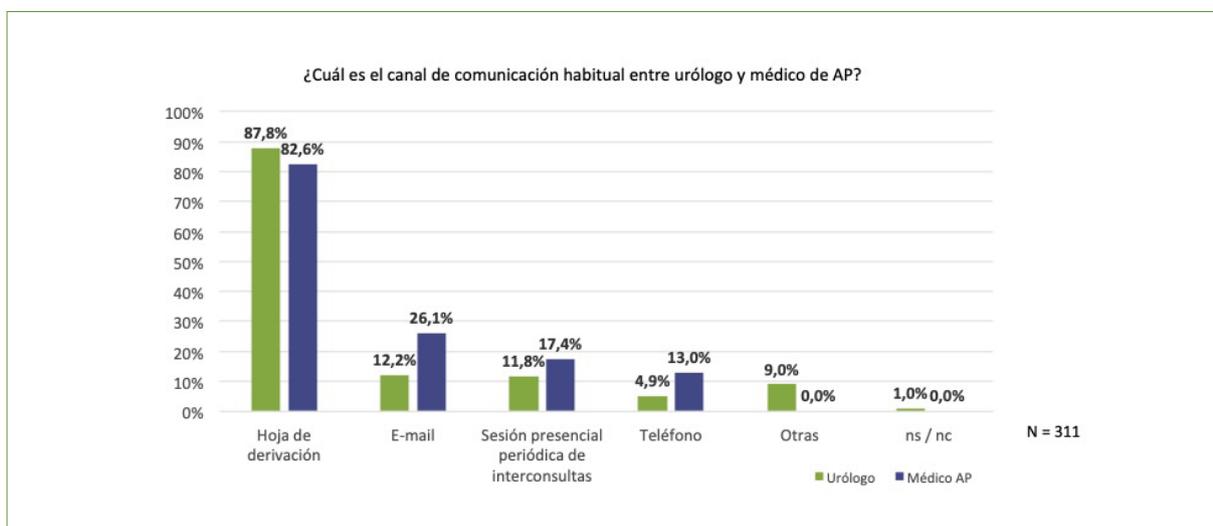
En cuanto al seguimiento que se realizaba desde AP el 52% de los especialistas consideraba que era regular.

El 78% de los participantes de AP consideraba que más del 50% de los pacientes con HBP remitidos desde AE aportaban un informe clínico que contenía la información necesaria para el seguimiento del paciente, sin embargo, el 48% de los especialistas consideraban que menos del 25% de los pacientes acudían con la información necesaria.

MONOGRAFÍA



**Figura 6.** Porcentaje de participantes que no consideraban que la relación con el otro nivel asistencial fuera excelente (297) según las medidas que consideraban que podían mejorar esta relación. Multirrespuesta



**Figura 7.** Porcentaje de participantes en función del canal mayoritario de comunicación entre niveles asistenciales utilizado en su entorno. Estratificado por nivel asistencial. Multirrespuesta

Solo el 11% de los participantes indicó que existía un plan de cuidados específicos de Enfermería para el paciente con HBP.

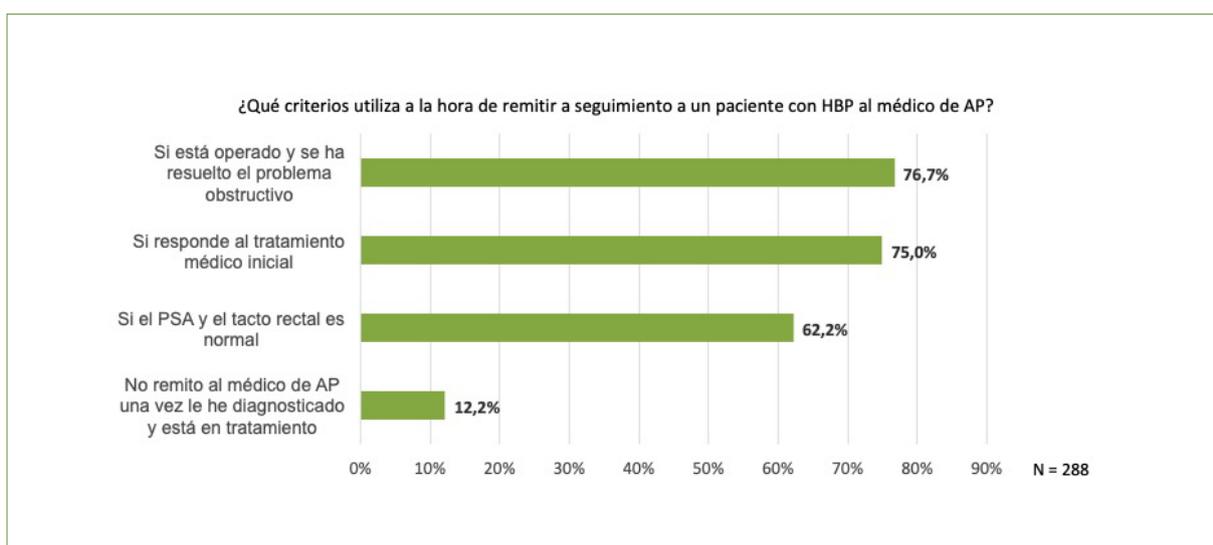
En aquellos centros en los que existía un plan de cuidados específicos de Enfermería para el paciente con HBP, el seguimiento se realizaba 2-3 veces al año en el 38% de los casos, sin embargo, en el 29% no se hacía seguimiento regular.

El 72% de los participantes de AP realizaba el cuestionario IPSS en su consulta, el 57% de ellos remitía al paciente al especialista a partir de un valor de entre 8 y 19, el resto esperaba a un valor mayor de 20.

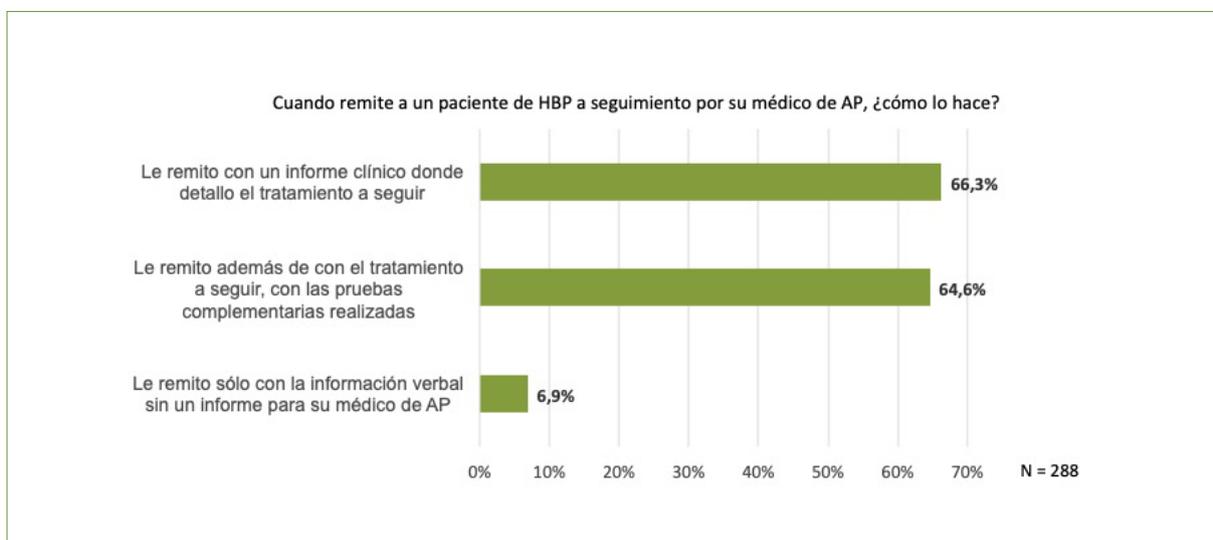
MONOGRAFÍA

El 77% de los participantes de AE remitía al paciente con HBP a seguimiento por el médico de AP si el paciente estaba operado y se había resuelto el problema obstructivo, y el 75% si el paciente respondía al tratamiento médico inicial (figura 8).

El 66% de los participantes de AE manifestó que remitía a un paciente de HBP a seguimiento por su médico de AP con un informe clínico dónde detallaba el tratamiento a seguir y el 65% añadía las pruebas complementarias realizadas (figura 9).



**Figura 8.** Porcentaje de participantes de AE en función de los criterios que utilizaba para remitir a seguimiento a un paciente con HBP al médico de AP. Multirresposta.



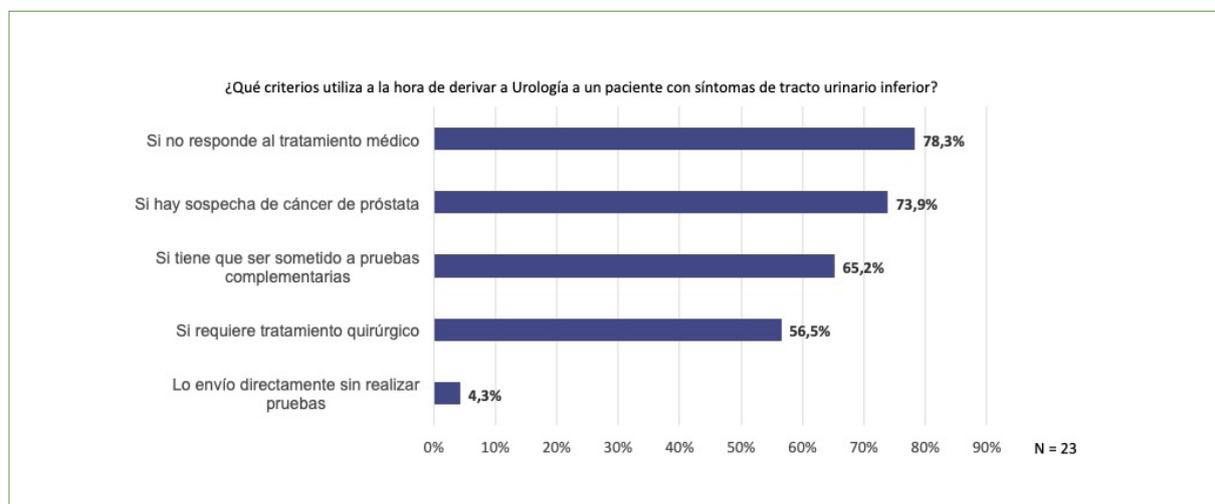
**Figura 9.** Porcentaje de participantes de AE en función de cómo remitía a seguimiento a un paciente con HBP al médico de AP. Multirresposta.

MONOGRAFÍA

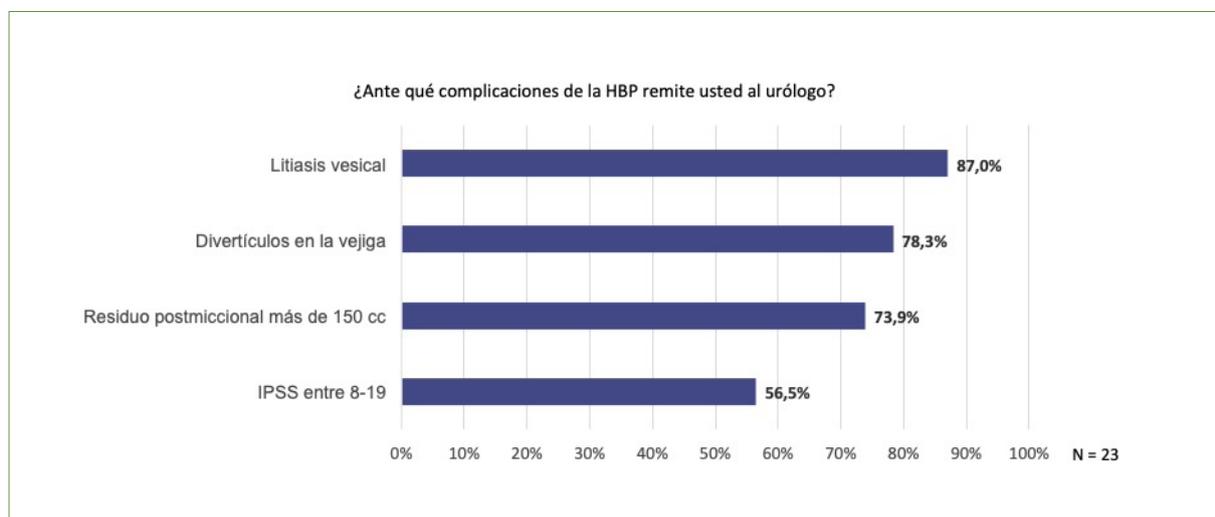
El 78% de los participantes de AP derivaba a Urología a un paciente con síntomas del tracto urinario inferior si éste no respondía al tratamiento médico y un 74% si había sospecha de cáncer de próstata (**figura 10**).

El 87% de los médicos de AP remitía al paciente con HBP al urólogo ante litiasis vesical y el 78% ante divertículos en la vejiga (**figura 11**).

El 56,5% de los participantes de AP realizaba el seguimiento de forma anual a los pacientes con HBP una vez que se lo ha remitido el urólogo sin ningún tratamiento médico. Sin embargo, en caso de que se derive con tratamiento, el 39% realizaba seguimiento semestral y otro 39% seguimiento anual (**figura 12**).

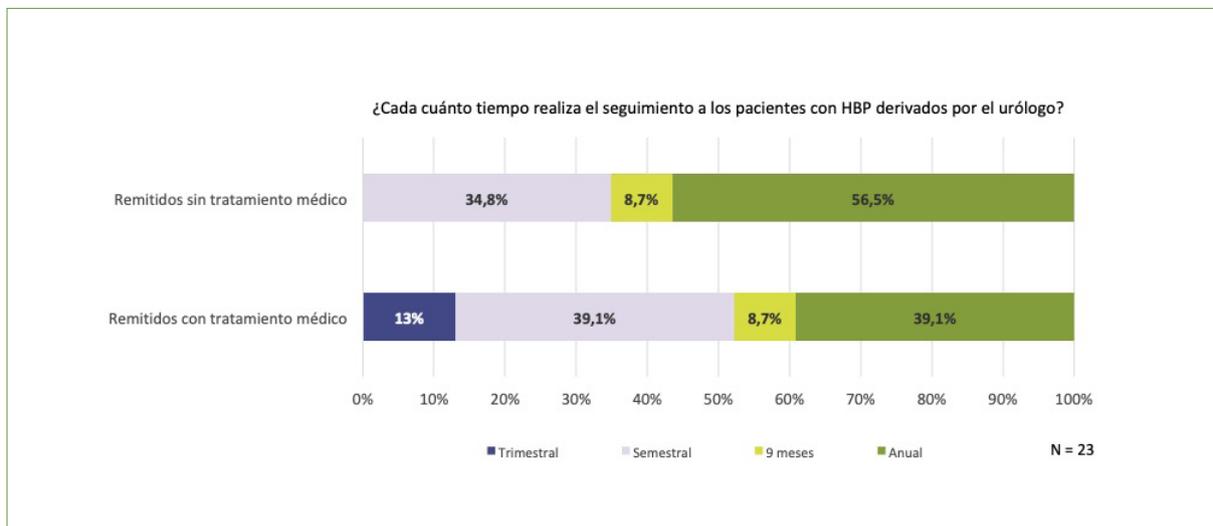


**Figura 10.** Porcentaje de participantes de AP en función de cómo remitía a seguimiento a un paciente con HBP al urólogo. Multirresposta.



**Figura 11.** Porcentaje de participantes de AP en función de qué complicaciones de la HBP le motivaban a remitir al paciente al urólogo. Multirresposta.

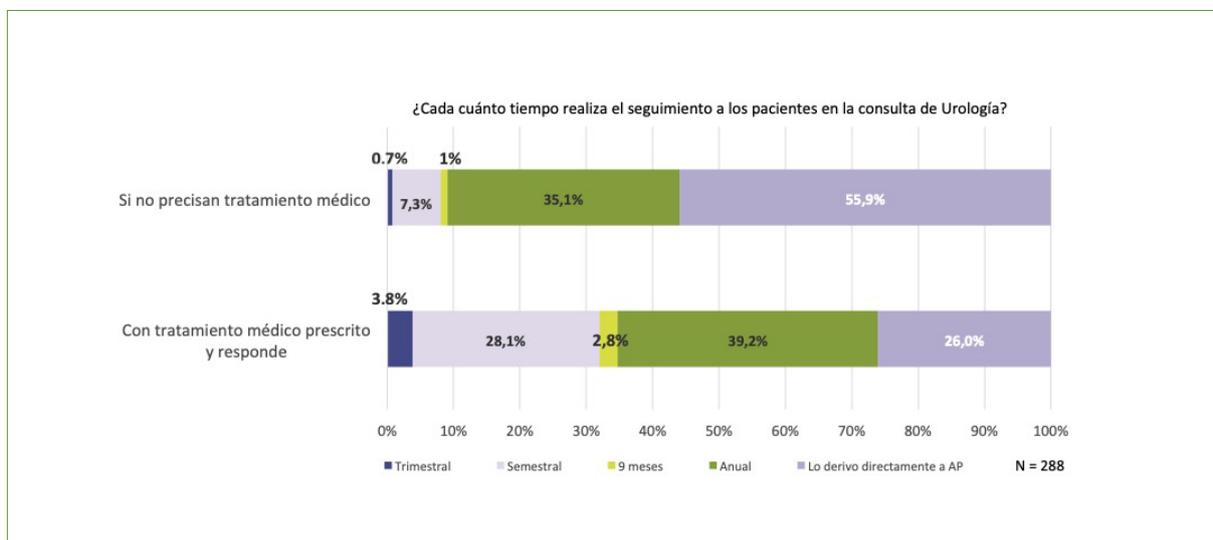
MONOGRAFÍA



**Figura 12.** Porcentaje de participantes de AP en función de cada cuánto tiempo realizaba el seguimiento de los pacientes con HBP derivados por el urólogo para su seguimiento.

El 56% de los participantes de AE derivaba directamente a AP a los pacientes con HBP que no precisaban tratamiento médico. Sin embargo, un 39% realizaba seguimiento anual a los pacientes con HBP una vez les había prescrito tratamiento médico y el paciente respondía (**figura 13**).

El 72% de los participantes manifestaron que quien establecía el tratamiento inicial en un paciente sintomático con HBP era el urólogo.



**Figura 13.** Porcentaje de participantes de AE en función de cada cuánto tiempo realizaba el seguimiento de los pacientes con HBP en la consulta de Urología.

#### 4.4. Diagnóstico de la HBP

Prácticamente la totalidad de los especialistas realizaban bioquímica de sangre (PSA, creatinina), el 82% tacto rectal y el 81% ecografía renal y vesico-prostática con medición de residuo post-miccional en el seguimiento de la HBP (**figura 14**). Por el contrario, solo el 56% de los participantes de AP realizaba el tacto rectal en un diagnóstico inicial de HBP en su consulta.

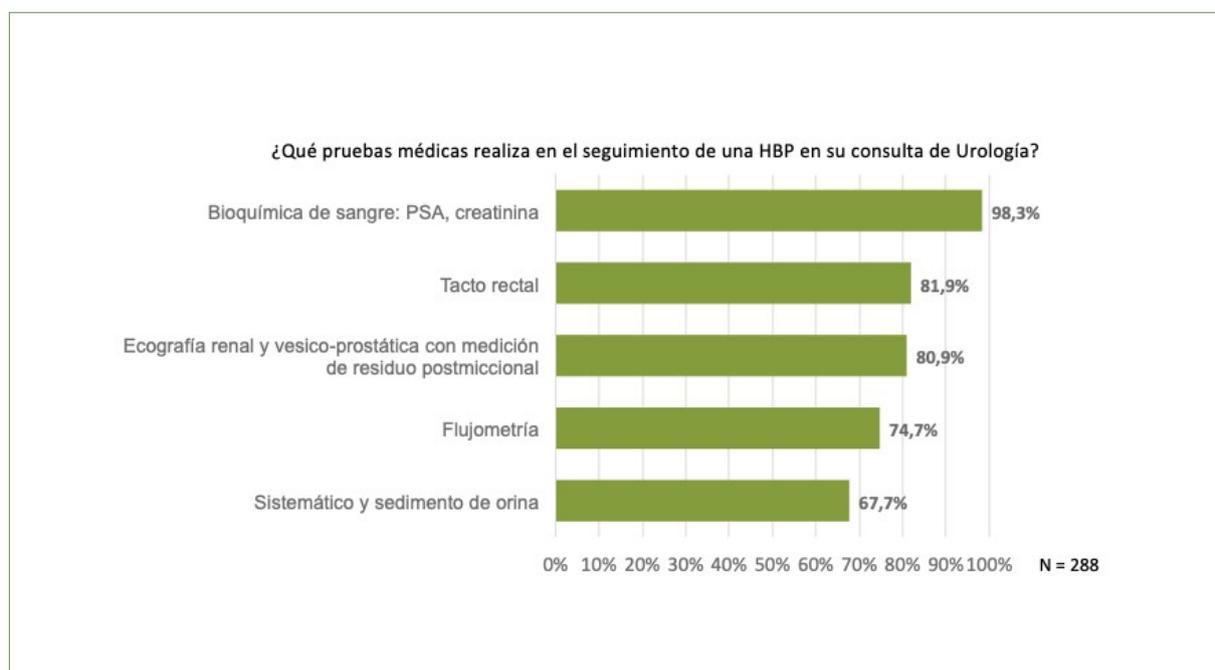
El 100% de los participantes de AP realizaba bioquímica de sangre en el seguimiento de la HBP, el 61% análisis sistemático y sedimento de orina y el 26% ecografía renal y vesico-prostática.

#### 4.5. Tratamiento de la HBP

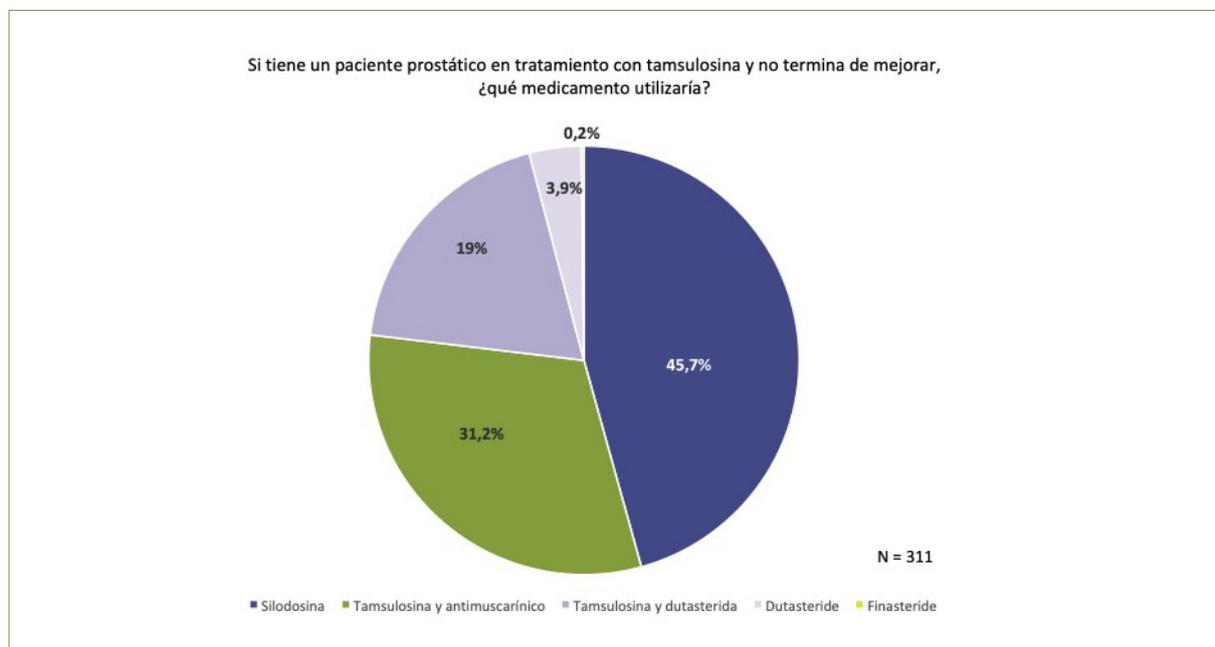
El 85% de los participantes consideraba los alfa-bloqueantes como el tratamiento de primera elección ante un paciente con síntomas del tracto urinario moderados – severos, secundarios a HBP, el 13% tamsulosina y dutasteride y el 2% tamsulosina y antimuscarínico.

El 92% de los participantes consideraba la silodosina como el alfa-bloqueante más selectivo en el tratamiento de un paciente con HBP sintomática y el 7% consideraban que era tamsulosina.

El 46% de los participantes utilizaría la silodosina si tenía un paciente prostático en tratamiento con tamsulosina y no experimentara una mejoraría significativa. Un 31% utilizaría tamsulosina y antimuscarínico (**figura 15**).



**Figura 14.** Porcentaje de participantes de AE en función de las pruebas médicas que realizaba en el seguimiento de los pacientes con HBP en la consulta de Urología. Multirrepuesta.



**Figura 15.** Porcentaje de participantes en función del medicamento que utilizaría en un paciente prostático que no mejoraba con tamsulosina.

## 5. DISCUSIÓN

Lo primero a tener en cuenta es que las personas que han contestado a la encuesta son profesionales experimentados, ya que de media tienen 16 años de ejercicio profesional, y además ven a un número nutrido de pacientes con HBP diariamente.

Es destacable que el 90% de los participantes de AE sigue alguna guía sobre manejo o tratamiento de HBP en sus pacientes, mayoritariamente, las europeas. En AP ronda el 57% de profesionales que siguen algún tipo de guía.

Llama la atención que, aunque el 65% de los médicos de AP considera que la relación con el especialista es buena o excelente, el 48% declara que el seguimiento de la HBP en Primaria es regular o mala, por la falta de protocolos de derivación consensuados entre Atención Primaria y Especializada.

Respecto a la información transmitida entre AP y AE sobre los pacientes con HBP, hay que destacar que el 48% de los especialistas refiere que menos del 25% de los pacientes derivados de AP aportan un informe clínico con la información necesaria del paciente. Mientras el 78% de los médicos de AP considera que más del 50% de los pacientes vistos por AE son devueltos con un informe clínico.

Lo que queda claro es que prácticamente no existe un plan de cuidados específicos para pacientes con HBP por parte de Enfermería, aunque en aquellos centros en que existe, en el 38% de los casos el seguimiento se realiza de 2 a 3 veces al año.

## MONOGRAFÍA

La utilización del cuestionario IPSS en pacientes con HBP por parte del especialista ronda el 72%, mientras que en AP es del 57%, a pesar de reconocer que es un arma diagnóstica imprescindible, ya que suelen proceder a la derivación al especialista cuando el IPSS se encuentra entre 8 y 19.

Respecto a la derivación de pacientes, los especialistas, en más del 75% de las ocasiones, remiten a seguimiento en AP a pacientes de HBP cuando han sido operados o han respondido a un tratamiento médico inicial. En cuanto a AP, más del 75% deriva al especialista cuando los pacientes no responden al tratamiento médico, si existe una sospecha de cáncer de próstata, si hay una litiasis en la vejiga o si en la ecografía de vejiga se aprecia algún divertículo.

Los pacientes con HBP que no precisan tratamiento médico normalmente son revisados cada año en AP, sin embargo, cuando tienen ya un tratamiento médico para el 34% de los médicos la revisión es semestral. El especialista en el 39% de los casos cuando le prescribe un tratamiento a un paciente con HBP y es efectivo, realiza un seguimiento anual.

Parece que hay consenso en señalar para el 72% de los médicos, que el que establece el tratamiento inicialmente es el especialista.

Respecto a las pruebas que se realizan en el seguimiento de pacientes con HBP, bioquímica con el PSA y la creatinina las prescribe casi el 100% de especialistas, además el 80% las complementan con un tacto rectal y con una ecografía vesico-prostática con medición de residuo postmiccional.

Destacar que en AP solo el 56% realiza el tacto rectal al paciente con HBP, sin embargo, el 100% realiza las pruebas bioquímicas con PSA y creatinina, y solo el 26% solicita una ecografía.

Respecto al tratamiento de la HBP moderada-severa, el 85% de los médicos considera que el tratamiento de elección es un alfa-bloqueante y en concreto la silodosina, por ser el más uroselectivo. También declaran que cuando la tamsulosina no mejora la calidad de vida del paciente, el 46% utiliza silodosina, y el 31% de los médicos a la tamsulosina le añade un fármaco antimuscarínico.

## 6. CONCLUSIONES

- Los especialistas suelen seguir mayoritariamente alguna de las guías existentes para el seguimiento del paciente con HBP, mientras que en AP todavía un 40% no sigue ningún tipo de guía, lo que significa que esto es mejorable.
- Destacar que todavía hay un porcentaje elevado de médicos de AP que dicen que el seguimiento de la HBP en sus consultas no es bueno por la falta de protocolos de derivación consensuados entre AP y AE.
- Es mejorable la información que deben transmitirse los médicos de AP y AE, cuando se hacen la derivación de los pacientes que sufren HBP.
- La implicación de Enfermería en los cuidados de pacientes con HBP es prácticamente nula.
- El cuestionario IPSS debería ser un arma diagnóstica más generalizada en Atención Primaria, para hacer una mejor valoración del paciente.

## MONOGRAFÍA

- El especialista suele remitir al paciente de HBP a AP cuando ha resuelto o ha encauzado correctamente al paciente. En AP se realiza la derivación cuando hay una sospecha de cáncer de próstata o no hay una respuesta inicial a un tratamiento médico.
- Normalmente es el especialista el que suele establecer el tratamiento médico de una forma inicial en la HBP sintomática.
- En el diagnóstico del HBP tanto el PSA, el tacto rectal y la ecografía renal y vesico-prostática con medición de residuo, son los métodos empleados de una forma generalizada.
- El tratamiento de elección seguido por la mayoría de los médicos ante un paciente de HBP con síntomas moderados-severos, es un alfa-bloqueante y en concreto la silodosina como más uroselectivo.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Berry SJ, Coffey DS, Wals PC. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol.* 1984;132:474-87.
2. US Department of Health and Human Services: National Kidney and Urologic Diseases Advisory Board 1990 Long-Range Plan: Window on the 21st century. NIH Publication n.º 90-583; 1990.
3. Garraway WN, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hyperplasia in the community. *Lancet.* 1991;338:469-71
4. Barry MJ, Meigs JB. The natural history of benign prostatic hyperplasia. En: Lepor H, editor. *Prostatic diseases.* Philadelphia: WB. Saunders Company; 2000.
5. Baena V, Arellano J, Burgos R. Las enfermedades prostáticas: un problema sanitario. *Jano Urología y Humanidades.* 2001;2: 5-13.

Secretaría Técnica



[proyectocaphi@gruposaned.com](mailto:proyectocaphi@gruposaned.com)