



## ARTÍCULO ORIGINAL

# Manejo asistencial del paciente con hiperplasia benigna de próstata en España

J.M. Cozar<sup>a,\*</sup>, E. Solsona<sup>b</sup>, F. Brenes<sup>c</sup>, A. Fernández-Pro<sup>d</sup>, F. León<sup>e</sup>, J.M. Molero<sup>f</sup>, J.F. Pérez<sup>g</sup>, M.P. Rodríguez<sup>h</sup>, A. Huerta<sup>i</sup> e I. Pérez-Escolano<sup>i</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Urología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

<sup>c</sup> Centro de Atención Primaria Llefjá (ABS 6), Badalona, Barcelona, España

<sup>d</sup> Centro de Salud de Menasalbas, Toledo, España

<sup>e</sup> Centro de Salud San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

<sup>f</sup> Centro de Salud San Andrés, Madrid, España

<sup>g</sup> Centro de Salud Villanueva de la Serena II, Badajoz, España

<sup>h</sup> Gerencia Atención Primaria de Lugo, Lugo, España

<sup>i</sup> Departamento de Evaluación de Medicamentos, División Científica, GlaxoSmithKline, Madrid, España

Recibido el 30 de mayo de 2011; aceptado el 31 de julio de 2011

Accesible en línea el 28 de septiembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Hiperplasia benigna de próstata;  
Manejo asistencial;  
Variabilidad;  
Atención primaria;  
Urología

### Resumen

**Objetivos:** Conocer el manejo asistencial de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) en España y el uso de recursos sanitarios asociado.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante entrevistas telefónicas a médicos de atención primaria (MAP) y urólogos. Se recogió información acerca del diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Los resultados se agruparon por patrones asistenciales, definidos a partir de las variables: diagnóstico, clasificación según sintomatología, inicio de tratamiento farmacológico y seguimiento.

**Resultados:** Participaron 153 MAP y 154 urólogos. Se identificaron 7 patrones asistenciales en atención primaria (AP). El uso de recursos sanitarios en el diagnóstico presenta cierta homogeneidad, empleando de 2,0 a 2,6 visitas, siendo las pruebas diagnósticas más habituales el análisis de PSA y de orina. En el seguimiento se observa heterogeneidad en el uso de recursos. Las visitas de seguimiento oscilan entre 3,2 y 7,0 visitas/paciente/año y el tipo de pruebas realizadas varía entre patrones y dentro del mismo patrón. En Urología se identificaron tres patrones asistenciales. Existe homogeneidad en el uso de recursos en el diagnóstico y en el seguimiento. La frecuencia de visitas es de 2 para el diagnóstico y entre 2,1 y 3,2 visitas/paciente/año en el seguimiento. Las pruebas más comúnmente realizadas en el diagnóstico y en el seguimiento son el análisis de PSA y el tacto rectal.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cozarjm@yahoo.es (J.M. Cozar).

**Conclusiones:** En AP la asistencia prestada al paciente con HBP está sujeta a variabilidad, encontrándose 7 patrones asistenciales diferentes con un seguimiento heterogéneo entre patrones y dentro del mismo patrón. Esta situación podría justificar la necesidad de difusión e implantación de protocolos asistenciales.

© 2011 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Benign prostatic hyperplasia;  
Clinical management;  
Variability;  
Primary care;  
Urology

## Clinical Management of Patient With Benign Prostatic Hyperplasia in Spain

### Abstract

**Objectives:** To identify clinical management of benign prostatic hyperplasia (BPH) in Spain and its associated health care resources.

**Material and methods:** A qualitative cross-sectional study was conducted through telephone interviews to general practitioners (GP) and urologists. Information about diagnosis, pharmacologic treatment and follow-up was collected. Results were clustered according to the key variables considered as drivers of clinical practice patterns: BPH diagnosis, severity classification, treatment initiation and follow up of patients.

**Results:** 153 GP and 154 urologists participated in the study. 7 different clinical patterns were identified in primary care (PC). Resource use during diagnosis is relatively homogeneous, reporting a range of 2.0 to 2.6 visits employed and being the most frequent test performed PSA and urine test. Follow-up is heterogeneous; frequency of follow-up visits oscillates from 3.2 to 7.0 visits/patient/year and type of tests performed is different among patterns and within the same pattern. In Urology, 3 clinical patterns were identified. Resource use is homogeneous in the diagnosis and in the follow-up; urologists employed 2 visits in diagnosis and a range of 2.1 to 3.2 visits/patient/year in the follow-up. The most frequent tests both in diagnosis and follow-up are PSA and digital test.

**Conclusions:** BPH management shows variability in PC, identifying 7 different clinical practice patterns with different resource use during the follow-up among patterns and within the same pattern. The implementation of clinical guidelines could be justified to reduce heterogeneity.

© 2011 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) se caracteriza por un crecimiento histológico de la glándula prostática, lo que produce una obstrucción del flujo de salida de orina, manifestándose clínicamente con los denominados síntomas del tracto urinario inferior<sup>1</sup>. Es una patología crónica y progresiva que, en fases más avanzadas, puede desembocar en complicaciones como la retención aguda de orina, infecciones o insuficiencia renal<sup>2</sup>.

La HBP constituye una de las patologías más frecuentes del varón. En España se estima una prevalencia del 11,8% en varones mayores de 40 años, pudiendo alcanzar el 30% en mayores de 70 años<sup>3</sup>. Supone la primera causa de consulta en los Servicios de Urología y la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica en varones mayores de 50 años<sup>4</sup>. Dado el envejecimiento progresivo de la población, es de prever en un futuro un incremento del número de varones afectados de esta patología<sup>5,6</sup>.

Las enfermedades crónicas, como la HBP, suponen una elevada carga al paciente, a la sociedad y a los propios sistemas sanitarios al consumir gran parte de los recursos disponibles<sup>7</sup>. Existe por ello una preocupación creciente por mejorar la calidad asistencial proporcionada al paciente crónico, pero también por aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios, optimizando el uso de recursos sanitarios dedicados a estas enfermedades<sup>8,9</sup>.

Hasta la fecha no existe ningún estudio publicado acerca del manejo real de la HBP en España, ni sobre los recursos sanitarios que consume. Es por ello que se planteó la realización de un estudio para conocer la práctica asistencial prestada al paciente con HBP en la actualidad en España y el consumo de recursos sanitarios asociados al manejo de esta patología.

## Material y métodos

### Diseño y ámbito de estudio

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en el ámbito de atención primaria (AP) y de atención especializada (Urología) para identificar los patrones de asistencia sanitaria prestada al paciente con HBP en España. El estudio se llevó a cabo mediante entrevistas telefónicas estructuradas realizadas en una muestra de médicos de AP (MAP) y urólogos distribuidos representativamente por toda la geografía española en función de la población existente en las comunidades autónomas<sup>10</sup>. El cálculo del tamaño muestral se realizó a partir de un universo de 2.200 urólogos y de 48.000 MAP identificados en centros de salud, centros de atención primaria y hospitales públicos<sup>11</sup>. El tamaño muestral necesario para estimar variables dicotómicas con una precisión del 8%, un riesgo  $\alpha$  del 0,05 y con el criterio de máxima indeterminación ( $p=q=0,5$ )<sup>12</sup> es de

300 participantes (150 MAP y 150 urólogos), de acuerdo a la siguiente fórmula<sup>13</sup>:  $Tamaño\ muestral = Nz^2pq / (i^2(N-1) + z^2pq)$ ; donde «N» es el tamaño de la población, «Z» el valor 1,96 (para un riesgo  $\alpha$  del 5%) o 2,56 (para un riesgo  $\alpha$  del 1%), P la frecuencia esperada del factor a estudiar, «Q» es 1-p, e «I» la precisión o error admitido. Un panel de médicos formado por 6 MAP y 2 urólogos participaron en el diseño del estudio, en la definición de patrón asistencial y en el posterior análisis de los resultados.

## Variabes e instrumentación

Para la recogida de la información se utilizó un cuestionario diseñado específicamente para esta investigación que consta de 33 preguntas cerradas, agrupadas en 4 secciones: a) entorno (6 preguntas) que recoge información acerca de si la HBP está incluida en la cartera de servicios del centro, la formación recibida en HBP, la carga asistencial, la existencia de guías específicas de HBP o de indicadores de HBP en el centro de trabajo; b) diagnóstico (3 preguntas) que recoge información acerca de las pruebas realizadas para el diagnóstico y el nivel asistencial donde se realiza; c) tratamiento y seguimiento (19 preguntas) que recoge información acerca de la frecuencia de visitas durante el seguimiento, las pruebas realizadas, el tratamiento farmacológico así como el nivel asistencial donde se realiza; y d) derivación de nivel asistencial (5 preguntas) que recoge información acerca de los casos de interconsulta entre niveles asistenciales y los motivos.

Al inicio de la entrevista se añadió una pregunta que actuaba de filtro para evitar incluir médicos que no viesen de forma habitual en su consulta pacientes con HBP, y que por tanto no pudiesen contestar de forma precisa el cuestionario. Los entrevistadores recibieron un entrenamiento previo al trabajo de campo.

El cuestionario fue pilotado en dos ocasiones, una primera con un médico de AP y un urólogo para verificar que resultaba factible llevar a cabo las entrevistas telefónicas e interpretar las preguntas incluidas en el cuestionario, y una segunda con 10 médicos de AP y 10 urólogos para verificar los aspectos más relevantes del cuestionario y de la propia entrevista, incluyendo si las preguntas se comprendían correctamente por el entrevistado, si la duración de la entrevista era adecuada, si se producía rechazo o fatiga durante la realización del cuestionario, así como el propio proceso de codificación y análisis de datos. Los errores o problemas detectados durante el estudio piloto se solventaron previamente al inicio del trabajo de campo.

## Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 13.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas del estudio y se calculó la media, mediana y desviación estándar en el caso de las variables cuantitativas. En las variables cuantitativas en las que se observó mayor variabilidad se calculó asimismo el promedio ponderado por el número de respuestas. Se realizó un análisis estadístico de contraste de proporciones para estudiar si existían diferencias estadísticas entre las variables

Tabla 1 Características sociodemográficas y asistenciales de los entrevistados

Características	Total AP	AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5	AP 6	AP 7	Total URO	URO 1	URO 2	URO 3	p*
Varones (%)	65%	78%	70%	57%	40%	69%	67%	67%	90%	91%	91%	86%	< 0,0001
Años desde fin licenciatura (media)	24	27	26	24	24	24	25	23	24	24	26	18	> 0,05
Han recibido formación en HBP en últimos 2 años (%)	50%	56%	56%	43%	47%	51%	53%	44%	77%	78%	73%	68%	< 0,0001
HBP forma parte de la cartera de servicio de su centro (%)	59%	61%	52%	86%	60%	67%	52%	66%	86%	86%	91%	86%	< 0,0001
Posee protocolo asistencial específico de HBP (%)	24%	28%	19%	57%	27%	23%	26%	11%	64%	63%	64%	73%	< 0,0001
Posee indicador de calidad asistencial de HBP (%)	7%	28%	4%	0%	0%	8%	0%	0%	16%	18%	18%	9%	> 0,05
Posee indicador de prescripción farmacéutica para HBP (%)	6%	11%	4%	29%	13%	5%	0%	0%	4%	5%	9%	0%	> 0,05

\* Análisis estadístico de contraste de proporciones entre muestra de AP y muestra de Urología.

sociodemográficas y asistenciales de las dos muestras (AP y Urología).

Las 4 variables consideradas clave para la definición de un patrón asistencial fueron: realización del diagnóstico (sí/no); clasificación de la patología en función de la sintomatología (sí/no); prescripción del primer tratamiento farmacológico (sí/no); seguimiento del paciente (sí/no). Las diferentes respuestas se agruparon en función de estas 4 variables. De esta manera, *a priori*, podrían encontrarse hasta 16 patrones asistenciales diferentes tanto en AP como en Urología. Posteriormente se determinó el uso de recursos sanitarios asociados a cada patrón, definido por la frecuencia de visitas, el tipo y la frecuencia de las pruebas realizadas y el tratamiento farmacológico.

## Resultados

Se realizaron un total de 307 entrevistas telefónicas, 153 a MAP y 154 a urólogos. El trabajo de campo se realizó durante los meses de abril y mayo de 2010 y cada entrevista tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

### Características de los entrevistados

Las principales características sociodemográficas y asistenciales de los médicos entrevistados están recogidas en la [tabla 1](#). El 65% de los MAP y el 91% de los urólogos entrevistados son varones, con una media de 24 años de ejercicio de la profesión.

El 50% de los MAP indicaron haber recibido formación específica de HBP en los últimos dos años, frente al 77% de los urólogos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). Un 24% de los MAP indicaron seguir algún tipo de guía o protocolo específico de HBP, frente al 64% de los urólogos, siendo estas diferencias también estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). Tanto en AP como en Urología la existencia de indicadores de calidad asistencial o de prescripción farmacéutica específicos para HBP es baja, no existiendo diferencias entre las dos muestras ( $p > 0,05$  en ambos casos) ([tabla 1](#)).

Según las variables clave para la definición de un patrón asistencial un 87% de los MAP entrevistados indicaron realizar el diagnóstico de HBP sin derivación de nivel asistencial, un 61% iniciar el tratamiento farmacológico tras el diagnóstico y el 100% realizar el seguimiento de los pacientes. En Urología el 100% de los urólogos entrevistados indicaron realizar el diagnóstico y seguimiento del paciente, siendo la principal diferencia entre ellos el clasificar o no a los pacientes de acuerdo a su sintomatología. Las diferencias encontradas entre AP y Urología son significativas ( $p < 0,0001$ ) en el diagnóstico, el inicio del tratamiento y la clasificación.

### Patrones asistenciales identificados en atención primaria

Las respuestas de los MAP fueron agrupadas a partir de las variables clave para la definición de patrones asistenciales por el panel de expertos. Tras la agrupación de las respuestas en patrones se seleccionaron solo los patrones que

agrupaban más del 5% de las respuestas, encontrándose 5 patrones diferentes. Posteriormente, el panel de expertos decidió realizar un segundo análisis de las respuestas, haciendo una subclasificación dependiendo de si el seguimiento se realizaba a todos los pacientes, indistintamente de la intensidad de la sintomatología, o si se derivaba a algún grupo de pacientes a atención especializada. Tras este segundo análisis se encontraron 7 patrones asistenciales diferentes en AP ([tabla 2](#)).

En 6 de los patrones identificados se realiza el diagnóstico del paciente; en 4 se clasifica a los pacientes en función de su sintomatología, diferenciando entre sintomatología leve, moderada o grave; en 3 se inicia el tratamiento farmacológico; en todos los patrones se realiza el seguimiento de los pacientes, aunque este seguimiento es diferente dependiendo de si se clasifica a los pacientes por su sintomatología o no. Así, en los patrones que no clasifican (AP 5-7) el seguimiento en cada patrón es igual para todos los pacientes; en los patrones que distinguen por sintomatología (AP 1 y 3) se realiza un seguimiento específico según sean pacientes leves, moderados y graves; por último, en los patrones restantes (AP 2 y 4) se realiza solo el seguimiento de los pacientes leves y moderados derivando a los pacientes graves a Urología.

El patrón más prevalente (AP 5) agrupa al 25% de MAP. En este el paciente es diagnosticado y tratado en AP, pero los MAP indican no tener en cuenta la gravedad de la sintomatología a la hora de iniciar el tratamiento farmacológico o realizar el seguimiento del paciente. Los siguientes dos patrones más prevalentes (AP 2 y 6) agrupan cada uno al 18% de los MAP. En el patrón AP 2 el paciente es diagnosticado, clasificado de acuerdo a su sintomatología, tratado y seguido en AP; a excepción de los pacientes con sintomatología grave, que son derivados a Urología. En el patrón AP 6 los pacientes son diagnosticados y seguidos en AP sin distinguir según la gravedad, pero derivados a Urología para la prescripción inicial del tratamiento farmacológico.

Una vez agrupadas las respuestas en patrones asistenciales se llevó a cabo un análisis del consumo de recursos sanitarios asociados a cada patrón, a partir de las respuestas contestadas en los apartados del cuestionario sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La [tabla 3](#) recoge los recursos sanitarios empleados durante el diagnóstico en los patrones que lo realizan. El número medio de visitas empleadas oscila entre 2,0 y 2,6. Existe cierta homogeneidad en la realización de algunas pruebas diagnósticas entre los patrones, como el análisis de antígeno prostático específico (PSA) o el análisis de orina. En cambio, para otras pruebas existe gran variabilidad, como es el caso del tacto rectal, cuyo porcentaje de realización oscila entre el 44 y 89%, o la ecografía abdominal, que oscila entre 22 y 72% ([tabla 3](#)).

En relación con el seguimiento cabe diferenciar entre los patrones que realizan un seguimiento diferencial de acuerdo a sintomatología (AP 1-4) y los que no (AP 5-7) ([tabla 4](#)). En estos últimos el promedio ponderado de visitas de seguimiento oscila entre 2,8 y 5,2 visitas/paciente/año, mientras que en los primeros la frecuencia de seguimiento varía dependiendo de la sintomatología del paciente. El promedio ponderado de visitas oscila entre 4,7 y 7,2 visitas/paciente/año. El tipo de pruebas realizadas durante el seguimiento varía entre patrones y dentro del mismo

**Tabla 2** Patrones asistenciales de manejo de HBP identificados en atención primaria

Realiza diagnóstico	% (N)	Clasifica HBP	% (N)	Inicia tratamiento	% (N)	Realiza seguimiento	% (N)	Sigue todo tipo de pacientes	% (N)	Patrón asistencial
Sí	87% (133)	Sí	44% (67)	Sí	30% (45)	Sí	30% (45)	Sí	12% (18)	AP 1
						No	0% (0)	No	18% (27)	AP 2
				No	14% (22)	Sí	15% (22)	Sí	5% (7)	AP 3
						No	0% (0)	No	10% (15)	AP 4
						No	0% (0)	No	NA	-
		No	43% (66)	Sí	25% (39)	Sí	25% (39)	Sí	25% (39)	AP 5
						No	0% (0)	No	NA	-
				No	18% (27)	Sí	18% (27)	Sí	18% (27)	AP 6
						No	0% (0)	No	NA	-
						No	0% (0)	No	NA	-
No	13% (20)	Sí	3% (5)	Sí	3% (4)	Sí	3% (4)	Sí	3% (4)	-
						No	0% (0)	No	NA	-
				No	< 1% (1)	Sí	< 1% (1)	Sí	< 1% (1)	-
						No	0% (0)	No	NA	-
		No	10% (15)	Sí	4% (5)	Sí	4% (5)	Sí	3% (5)	-
						No	0% (0)	No	NA	-
				No	7% (10)	Sí	6% (9)	Sí	6% (9)	AP 7
						No	< 1% (1)	No	< 1% (1)	-

Total realiza diagnóstico: 87% (AP 1-6); total clasifica HBP: 47% (AP 1-4); total inicia tratamiento: 61% (AP 1, 2, 5); total realiza seguimiento: 100% (AP 1-7).

**Tabla 3** Uso de recursos sanitarios asociados al diagnóstico de HBP en atención primaria

Prueba	AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5	AP 6
Visitas necesarias para diagnóstico	2,1 [1-4]	2,1 [1-4]	2,6 [2-5]	2,0 [1-3]	2,2 [1-4]	2,0 [1-3]
PSA	100%	100%	86%	100%	97%	100%
IPSS	100%	89%	86%	80%	74%	78%
Tacto rectal	89%	44%	71%	60%	67%	67%
Análisis de orina	100%	96%	100%	93%	82%	93%
Creatinina	100%	89%	86%	100%	82%	74%
Glucemia	100%	74%	43%	87%	72%	78%
Tira reactiva	72%	74%	71%	60%	72%	78%
Ecografía abdominal	72%	44%	43%	60%	54%	22%
Ecografía transrectal	17%	7%	29%	13%	10%	4%
Uroflujometría	0%	7%	0%	0%	5%	0%
Estudio urodinámico	11%	7%	0%	0%	3%	0%
Cistoscopia	0%	7%	0%	0%	3%	0%

El patrón AP 7 no realiza diagnóstico. IPSS: Índice internacional de síntomas prostáticos; PSA: antígeno prostático específico.

patrón. Así, por ejemplo, el Índice internacional de síntomas prostáticos (IPSS) se realiza entre el 48 y el 89% de los casos, y el tacto rectal entre 15 y 61%. El tratamiento farmacológico de inicio más prescrito en los patrones que inician el tratamiento (AP 1,2 y 5) son los antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos (bloqueadores  $\alpha$ ), independientemente de la gravedad de la sintomatología del paciente.

### Patrones asistenciales identificados en Urología

Las respuestas de los urólogos fueron agrupadas de la misma manera, a partir de las variables que definen un patrón asistencial y seleccionando solo los patrones que agrupaban más de un 5% de respuestas. En este caso se encontró mayor homogeneidad, encontrándose menor número de patrones asistenciales (URO 1-3) y agrupándose el 78% de las respuestas en un único patrón (URO 1) donde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento se realiza en el ámbito de Urología, clasificando a los pacientes de acuerdo a su sintomatología (tabla 5).

Se estudió el uso de recursos sanitarios asociados al diagnóstico y seguimiento del paciente en cada patrón. En relación con el diagnóstico, tanto el número de visitas empleadas como el tipo de pruebas diagnósticas realizadas es similar entre los tres patrones. El número medio de visitas empleadas es de dos, siendo las pruebas diagnósticas más empleadas PSA (100%) y tacto rectal (96-100%).

El seguimiento difiere entre patrones: URO 1 y 2 realizan un seguimiento diferencial según los pacientes presenten sintomatología leve, moderada o grave, mientras que URO 3 sigue a todos los pacientes por igual. Sin embargo, tanto la frecuencia de visitas como las pruebas realizadas son similares en los tres. El promedio ponderado de visitas durante el seguimiento oscila entre 1,8 y 3,2 visitas/ paciente/ año. Las pruebas más comúnmente realizadas en el seguimiento son también PSA y tacto rectal (tabla 6).

El patrón URO 2 indica remitir el paciente a AP una vez diagnosticado. En cambio, los patrones URO 1 y 3 inician el tratamiento farmacológico tras el diagnóstico. En

URO 1 el tratamiento farmacológico prescrito de inicio varía dependiendo de la gravedad del paciente, siendo el más prescrito en pacientes leves fitoterapia y en pacientes moderados-graves combinación de bloqueador  $\alpha$  con inhibidor de 5-alfa-reductasa (5-ARI). El tratamiento más habitual en el patrón URO 3 son bloqueadores  $\alpha$ .

### Derivación de nivel asistencial

Los motivos de derivación desde AP a Urología más frecuentes son la confirmación del diagnóstico realizado en AP (98%) o la falta de respuesta al tratamiento (91%). También se deriva al urólogo en el caso de resultados anómalos de algunas pruebas como PSA (95%) o tacto rectal (86%). El 51% de los MAP derivan a Urología para la prescripción de un 5-ARI como principal motivo de derivación. En sentido contrario un 86% de los urólogos indica remitir al paciente al MAP tras el diagnóstico para que realice el seguimiento del paciente, independiente del seguimiento realizado en Urología.

### Discusión

Mejorar la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria constituye uno de los objetivos prioritarios de los sistemas de salud<sup>14</sup>. Se necesita conocer el manejo real de las patologías para encontrar áreas de mejora. Cada vez son más abundantes las publicaciones en torno a la situación actual de la asistencia sanitaria recibida por el paciente en diferentes patologías en España<sup>15,16</sup>; sin embargo, hasta la fecha, la asistencia recibida por el paciente con HBP no había sido estudiada.

Se describe el manejo real del paciente con HBP en los dos niveles asistenciales y las relaciones entre ambos niveles. En el ámbito de AP la asistencia sanitaria recibida por el paciente es más variable. En relación con el uso de recursos sanitarios en AP existe cierta homogeneidad en el diagnóstico. Las pruebas que se realizan con más frecuencia son PSA y análisis de orina. En cambio, en el seguimiento se detecta una importante heterogeneidad, tanto en el promedio de visitas anuales como en las pruebas realizadas. Si nos fijamos

Tabla 4 Uso de recursos sanitarios asociados al seguimiento de HBP en atención primaria

	AP 1			AP 2			AP 3			AP 4			AP 5			AP 6			AP 7			
	LEV	MOD	GR	LEV	MOD	GR	LEV	MOD	GR	LEV	MOD	GR	LEV	MOD	GR	LEV	MOD	GR	LEV	MOD	GR	
N.º visitas/año	4, 7 [2-12]	5, 7 [2-12]	7, 2 [2-12]	5, 8 [1-12]	7, 1 [1-12]	6, 0 [1-12]	5, 7 [2-12]	5, 7 [2-12]	6, 6 [2-12]	6, 9 [1-12]	4, 7 [1-12]	3, 9 [1-12]	2, 8 [2-12]	5, 2 [2-12]								
PSA	94%	77%	94%	74%	77%	57%	57%	86%	86%	67%	67%	72%	74%	100%								
IPSS	83%	71%	89%	74%	71%	86%	86%	29%	29%	67%	67%	49%	48%	78%								
Tacto rectal	44%	24%	61%	22%	24%	29%	43%	29%	29%	20%	33%	15%	26%	22%								
Análisis de orina	89%	59%	89%	63%	59%	71%	57%	86%	86%	60%	67%	51%	41%	78%								
Creatinina	83%	77%	83%	78%	77%	71%	57%	71%	71%	53%	67%	46%	33%	78%								
Glucemia	78%	41%	78%	41%	41%	29%	29%	29%	29%	27%	0%	41%	22%	44%								
Tira reactiva	44%	53%	50%	37%	53%	57%	57%	43%	43%	20%	67%	36%	33%	11%								
Ecografía abdominal	33%	24%	44%	11%	24%	14%	14%	14%	14%	13%	0%	23%	7%	44%								
Ecografía transrectal	6%	0%	11%	0%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11%								
Uroflujometría	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%								
Estudio urodinámico	6%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%								
Citoscopia	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%								

Los patrones AP 5, 6, 7 no distinguen por sintomatología; los patrones AP 1, 3 siguen pacientes leves, moderados y graves; los patrones AP 2 y 4 siguen pacientes leves y moderados y derivan los graves. GR: grave; IPSS: Índice internacional de síntomas prostáticos; LEV: leve; MOD: moderado; PSA: antígeno prostático específico.

específicamente en el tacto rectal, PSA e IPSS, tres de las pruebas recomendadas tanto por la guía europea<sup>17</sup> como por las sociedades científicas españolas<sup>18</sup>, también se observa gran heterogeneidad acerca de su realización durante el seguimiento. El PSA se realiza en un 71% de los casos, el IPSS en un 57%, el tacto rectal en un 27% y solo en un 21% se realizan las tres pruebas a la vez. Si se analiza según los patrones, la realización del PSA oscila entre un 57-100%, el IPSS entre un 48-89% y el tacto rectal entre un 15-61%. Considerando las tres pruebas a la vez el porcentaje de médicos que indica realizarlas durante el seguimiento oscila entre un 4-67%.

Esta variabilidad encontrada supone problemas de calidad y de falta de equidad en la asistencia dispensada a los pacientes, así como un uso inadecuado de los recursos sanitarios, puesto que los pacientes reciben diferente intensidad de asistencia dependiendo de los patrones. En Urología el consumo de recursos sanitarios es más homogéneo que en AP, aunque también mayor. Se realizan, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, una serie de pruebas diferentes que no se llevan a cabo en AP, como por ejemplo la uroflujometría o el estudio urodinámico. La mayor intensidad de recursos destinados a atención especializada, si se compara con atención primaria, es un hecho constatado en la literatura<sup>19</sup>.

Algunas de las características sociodemográficas y asistenciales de la muestra de AP podrían explicar la gran variabilidad detectada. La implementación activa de guías y protocolos de práctica clínica en AP, ligado a la formación, comunicación o incluso a indicadores específicos, podría ayudar a disminuir la variabilidad encontrada y a mejorar la calidad asistencial<sup>20</sup>. Curiosamente un 98% de los MAP indica derivar al paciente a Urología para la confirmación del diagnóstico realizado en AP, aun cuando en AP se dispone de los medios materiales necesarios para ello<sup>21</sup>. Por otro lado, el hecho de que el 86% de los urólogos indican remitir al paciente a AP para realizar un seguimiento en ambos niveles, también indica la sobreutilización de recursos sanitarios y la duplicación de pruebas, por lo que sería conveniente potenciar una mayor coordinación entre los niveles asistenciales.

Diversos estudios han demostrado que los resultados de las entrevistas telefónicas y de las entrevistas personales son similares, haciendo que las entrevistas telefónicas sean una opción válida para la investigación sanitaria<sup>22-25</sup>. Sin embargo, este trabajo posee una serie de limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. La primera limitación, inherente a la propia metodología que recoge la información a partir de entrevistas a médicos y no por revisión de historias clínicas, es un posible sesgo de recuerdo<sup>12</sup>, infraestimándose también los recursos sanitarios consumidos. La segunda limitación estriba en la definición del patrón asistencial, puesto que otra definición podría dar lugar a resultados diferentes. No obstante, esta definición se realizó atendiendo a las recomendaciones y guías de práctica clínica existentes en España y Europa<sup>17,18</sup>. En relación con el panel de expertos, sus miembros fueron seleccionados en función de su experiencia clínica reconocida, y ningún miembro presenta conflicto de intereses, tal y como se indica en las recomendaciones metodológicas sobre paneles de expertos<sup>26,27</sup>. El estudio no fue diseñado con poder estadístico para obtener datos representativos de comunidades autónomas.

**Tabla 5** Patrones asistenciales de manejo de HBP identificados en Urología

Realiza diagnóstico	% (N)	Clasifica HBP	% (N)	Inicia tratamiento	% (N)	Realiza seguimiento	% (N)	Patrón asistencial
Sí	100% (154)	Sí	85% (131)	Sí	78% (120)	Sí	78% (120)	URO 1
				No	7% (11)	Sí	7% (11)	URO 2
				No	0% (0)	No	0% (0)	-
		No	15% (23)	Sí	14% (22)	Sí	14% (22)	URO 3
				No	0% (0)	No	0% (0)	-
				No	1% (1)	Sí	1% (1)	-
No	0% (0)	Sí	0% (0)	Sí	0% (0)	Sí	0% (0)	-
				No	0% (0)	No	0% (0)	-
				No	0% (0)	Sí	0% (0)	-
		No	0% (0)	Sí	0% (0)	Sí	0% (0)	-
				No	0% (0)	No	0% (0)	-
				No	0% (0)	Sí	0% (0)	-

**Tabla 6** Uso de recursos sanitarios asociados al diagnóstico y seguimiento de HBP en Urología

Pruebas	Diagnóstico			Seguimiento						
	URO 1	URO 2	URO 3	URO 1			URO 2			URO 3
				LEV	MOD	GR	LEV	MOD	GR	
PSA	100%	100%	100%	92%	91%	92%	100%	100%	100%	91%
IPSS	80%	91%	86%	65%	65%	65%	82%	82%	100%	59%
Tacto rectal	98%	100%	96%	73%	79%	81%	64%	64%	64%	68%
Análisis de orina	86%	82%	64%	66%	64%	66%	64%	65%	64%	46%
Creatinina	89%	82%	64%	63%	65%	71%	73%	73%	73%	41%
Glucemia	68%	54%	50%	41%	43%	78%	46%	46%	46%	36%
Tira reactiva	34%	27%	27%	21%	20%	49%	27%	27%	27%	23%
Ecografía abdominal	84%	91%	82%	50%	65%	76%	55%	64%	82%	50%
Ecografía transrectal	44%	27%	55%	21%	23%	47%	27%	18%	27%	23%
Uroflujometría	76%	91%	90%	41%	59%	74%	36%	73%	73%	50%
E. urodinámico	25%	27%	23%	6%	8%	20%	9%	9%	9%	14%
Cistoscopia	26%	36%	23%	4%	8%	20%	9%	9%	9%	18%
Visitas	1,9 [1-9]	2,0 [1-4]	2,0 [1-4]	1,9 [1-4]	2,4 [1-4]	3,2 [1-4]	1,8 [2-4]	2,0 [2-2]	3,2 [2-4]	2,1 [1-4]

El patrón URO 3 no distingue por sintomatología. GR: grave; IPSS: Índice internacional de síntomas prostáticos; LEV: leve; MOD: moderado; PSA: antígeno prostático específico.

En conclusión, este estudio recoge el manejo actual de la HBP en España y muestra una variabilidad asistencial, principalmente en el entorno asistencial de la Medicina primaria. La difusión e implementación de guías y protocolos de práctica clínica podría ayudar a disminuir la variabilidad encontrada y a optimizar el uso de recursos, mejorando la coordinación entre ambos niveles asistenciales y la eficiencia del propio sistema sanitario.

### Financiación

Por parte de Laboratorios GlaxoSmithKline.

### Conflicto de intereses

Las Dras. Isabel Pérez Escolano y Alicia Huerta son empleadas de GlaxoSmithKline.

El resto de autores fueron incentivados por GlaxoSmithKline para reunirse y preparar el documento escrito.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a Leandro Lindner, Javier Sabater y Xavier Badía, de IMS Health, sus contribuciones en el diseño del estudio, trabajo de campo y análisis de los resultados.



## Bibliografía

1. Pérez N, Ortega NM, Brenes FJ. Hiperplasia benigna de próstata. Documentos clínicos SEMERGEN. Área Urología. 1.<sup>a</sup> ed. Madrid. 2008;9-17.
2. O'Leary MP. Lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: Maintaining symptom control and reducing complications. *Urology*. 2003;62 Suppl 1:15-23.
3. Chicharro-Molero J, Burgos-Rodríguez R, Sánchez-Ruiz J. Prevalence of benign prostatic hyperplasia in Spanish men 40 years old or older. *J Urol*. 1998;159:878-82.
4. Blasco Valle M, Timón García A, Lázaro Muñoz V. Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada. *MEDIFAM*. 2003;13:133-42.
5. Arroyo Pérez A. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España [consultado Febrero 2011]. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es>.
6. Fernández Pérez C, Moreno Sierra J, Cano Escudero S, Fuentes Ferrer ME, Bocado Fajardo G, Silmi Moyano A. Prevalence of lower urinary tract symptoms related with benign prostatic hyperplasia. Study of 1804 men aged 40 or older in Madrid. *Actas Urol Esp*. 2009;33:43-51.
7. Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic diseases in Europe [consultado febrero 2011]. European Observatory on Health Systems and Policies. 2010. Disponible en: <http://www.euro.who.int/>.
8. Antoñanzas F, Brenes F, Molero JM, Fernández-Pro A, Huerta A, Palencia R, et al. Cost-effectiveness of the combination therapy of dutasteride and tamsulosin in the treatment of benign prostatic hyperplasia in Spain. *Actas Urol Esp*. 2011;35:65-71.
9. Miñana B. Comment to: «Cost-Effectiveness of the combination therapy of dutasteride and tamsulosin in the treatment of benign prostatic hyperplasia in Spain». *Actas Urol Esp*. 2011;35:72.
10. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población 2010 [consultado marzo 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
11. Saniphone Servicio de información del entorno médico sanitario [consultado marzo 2010]. Mayo 2010. Disponible en: <http://www.saniphone.es>.
12. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A, Faulín-Fajardo J. Bioestadística amigable. 3.<sup>a</sup> ed. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
13. Mateu E, Casal J. Tamaño de la muestra. *Rev Epidem Med Prev*. 2003;1:8-14.
14. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance [consultado Feb 2011]. Ginebra; 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
15. Cabrero J, Orts MA, López-Coig ML, Velasco ML, Richart M. Variabilidad en la práctica clínica del mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos. *Gac Sanit*. 2005;19:287-93.
16. Sobrequés J, Bolibar B, Unzueta L, Prados JD, Leiva F, Boerma W. Variaciones en la aplicación de técnicas médicas en atención primaria. *Gac Sanit*. 2002;16:497-504.
17. Madersbacher S, Alvizatos G, Nordling J, Rioja Sanz C, Emberton M, de la Rosette J. EAU 2004 Guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol*. 2004;46:547-54.
18. Castiñeiras Fernández J, Cozar Olmo JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido E, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Actas Urol Esp*. 2010;34:24-34.
19. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102.
20. Hoomans T, Ament A, Evers S, Severenes JL. Implementing guidelines into clinical practice: what is the value? *J Eval Clin Pract*. 2011;17:606-14.
21. Carballido JA, Badía X, Gimeno A, Regadera L, Dal-Ré R, Guilera M. Validez de las pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial y su concordancia con el diagnóstico final en pacientes con sospecha de hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urol Esp*. 2006;30:667-764.
22. McPhillips JB, Lasater TM, McKenney JL, Carleton RA, Lefebvre RC, Mckinlkay SM, et al. Characteristics of respondents to telephone and household cardiovascular disease risk factor surveys. *Health Educ Res*. 1994;9:535-43.
23. Corey CR, Freeman HE. Use of telephone interviewing in healthcare research. *Health Serv Res*. 1990;25:129-44.
24. Casas-Anguita K, Repullo-Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. *Aten Primaria*. 2003;31:527-38.
25. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y cara a cara domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gac Sanit*. 2004;18:440-50.
26. European Aid Cooperation Office. Evaluation tools: Expert Panels [consultado febrero 2011]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/tool\\_pan\\_whe\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/tool_pan_whe_en.htm).
27. Evans C, Crawford B. Expert Judgment in Pharmacoeconomic Studies. *Pharmacoeconomics*. 2000;17:545-53.