

29 pacientes (50,88%), anticoagulados 3 (5,26%), con doble tratamiento antiagregante y anticoagulante 10 (17,54%) y sin tratamiento anticoagulante ni antiagregante 15 pacientes (26,32%).

Uno de los principales hallazgos de nuestro estudio es la objetivación de una calidad de registro baja en los datos relacionados con los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con ictus. Para conseguir mejorar la calidad del registro en la historia clínica, una buena estrategia podría ser diseñar protocolos y plantillas con los datos básicos que se deben registrar en los pacientes con ictus. Por tanto, debemos incidir más en el registro y control global de los factores de riesgo para así poder mejorar la calidad de vida y el pronóstico funcional de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Acha O, Hernández JI, Penado S, Cano M, Riancho JA. Factores de riesgo e ictus en pacientes de diferentes edades. *Rev Clin Esp.* 2003;203:189-92.
2. Leoo T, Lindgren A, Petersson J, von Arbin M. Risk factors and treatment at recurrent stroke onset: results from the Recurrent Stroke Quality and Epidemiology (RESQUE) Study. *Cerebrovasc Dis.* 2008;25:254-60.
3. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al., American Heart Association; American Stroke Association Council on Stroke; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; American Academy of Neurology. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack. *Stroke.* 2006;37:577-617.
4. Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH), of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertension.* 2007;25:1105-87.

E.V. Burgos Monegro, L.J. Bocanegra Seminario,  
C. Alfonso Cano  
y M. Leal Hernández\*

*Centro de Salud de San Andrés, Gerencia de Salud Área Oeste, Murcia, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: arboleja@yahoo.es*  
(M. Leal Hernández).

doi:10.1016/j.semerng.2011.07.006

## Criterios de derivación de la hiperplasia benigna de próstata para atención primaria, versión 2011

### Referral criteria for benign prostatic hyperplasia in primary care: 2011 Version

*Sr. Director:*

Le remito la siguiente carta con el ánimo de comunicar a los médicos de atención primaria españoles la actualización del Documento de los Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata (HBP) para atención primaria publicada en SEMERGEN. 2010;36:16-26.

Desde la publicación de la 1.<sup>a</sup> versión han surgido en su manejo una gran cantidad de novedades clínicamente relevantes que justifican el realizar una actualización de las mismas, para que dichos criterios de derivación del paciente atendido en atención primaria (AP) hacia la atención especializada (AE) estén fundamentados en la últimas evidencias publicadas, todo ello como fruto del consenso surgido entre los autores, representativos de las sociedades de Atención Primaria (SEMERGEN, SEMG, y SEMFYC) y la Asociación Española de Urología (AEU).

Se ha incluido la estratificación de los pacientes por factores de riesgo que recientemente ha publicado el *National Institute Clinical Excellence* (NICE) Británico basado en la publicación de los últimos grandes estudios sobre el tratamiento de la enfermedad como es el estudio CombAT, también se han revisado las guías de la Asociación Europea de Urología de 2011 y las guías de la Asociación Americana de Urología de 2011.

Respecto al diagnóstico, se revisa el valor de la anamnesis, con el IPSS como el mejor test validado en español, el valor del tacto rectal como prueba fundamental para evaluar tamaño y normalidad o no de la superficie prostática, así como las pruebas de laboratorio (analítica de sangre y sedimento), y finalmente se actualiza la información sobre el consabido PSA, con sus puntos de corte de normalidad y formas circulantes (PSA total, PSA libre), así como el valor diagnóstico de estos.

De la discusión de todas estas variables, el grupo de trabajo estableció un algoritmo de decisión diagnóstica y terapéutica en función de los resultados para proceder o no a la derivación desde AP a AE (fig. 1).

En el tratamiento de HBP se actualizan las distintas opciones de manejo, que van desde el cambio de hábitos diarios y el estilo de vida, al tratamiento médico con los distintos grupos de fármacos de que hoy disponemos como arsenal farmacológico, dejando la cirugía para aquellos pacientes no respondedores al tratamiento médico de primera o segunda elección. Para dicha revisión se ha contado con los niveles de evidencia.

Se establece asimismo el no menos importante capítulo del momento y periodicidad de las revisiones para evaluar tanto la eficacia del tratamiento seleccionado como para valorar los efectos secundarios por parte del médico de AP, así como las actitudes que se deben seguir de forma consecuente en cada caso.

Como decíamos anteriormente, el producto final es una herramienta que establece el manejo de la HPB y sus criterios de derivación en ambos niveles asistenciales, AP y AE, estando consensuado por las principales sociedades de AP y la Asociación Española de Urología, lo que supone una garantía de éxito en su aplicación, y también nos muestra

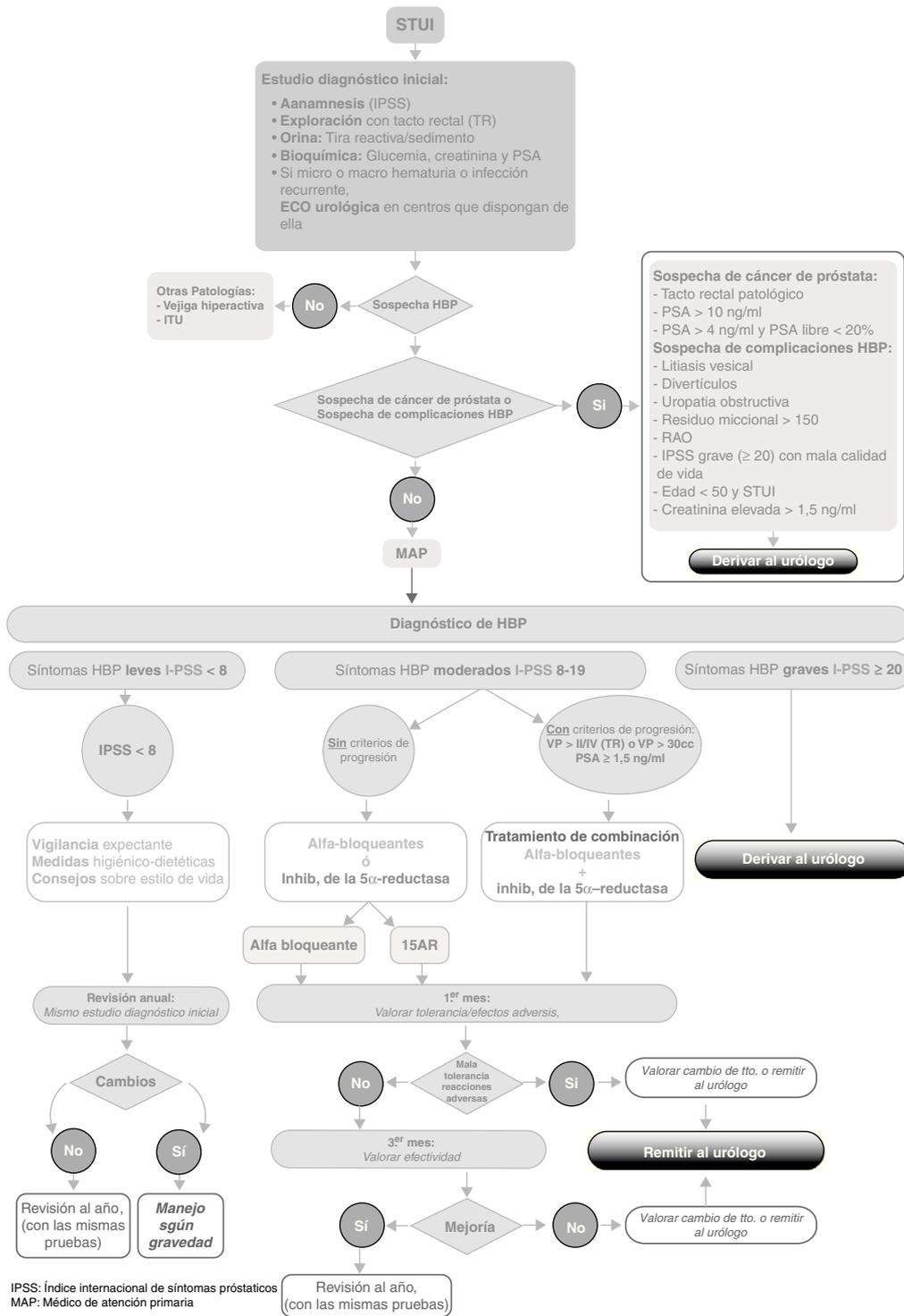


Figura 1 Algoritmo de decisión diagnóstica y terapéutica.

un camino novedoso para establecer una verdadera colaboración en el manejo de otras enfermedades urológicas prevalentes, cuyo manejo y criterios de derivación nos preocupa a todos los médicos implicados en su diagnóstico y tratamiento.

Es de esperar que todos estos nuevos conocimientos científicos sean incorporados por los médicos de AP y urólogos a su práctica clínica habitual, solo así llegarán a su último beneficiario, que no es otro sino el paciente que presenta esta enfermedad. Si esto es así, entre todos, habre-

mos conseguido el principal objetivo de este proyecto, que ha contado con la colaboración de GlaxoSmithKline.

F.J. Brenes Bermúdez\*  
y E. Naval Pulido

*En representación del Comité Científico de Criterios de Derivación en Hiperplasia Benigna de Próstata, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico:* [fbrenesb@semergen.es](mailto:fbrenesb@semergen.es)  
(F.J. Brenes Bermúdez).

doi:[10.1016/j.semereg.2011.07.004](https://doi.org/10.1016/j.semereg.2011.07.004)