

Criterios de derivación en hiperplasia prostática benigna para Atención Primaria, versión 2011

Benign prostatic hyperplasia referral criteria for primary care, 2011 version

Sr. Director:

En representación del Comité Científico de Criterios de Derivación en HBP, le remito la siguiente carta con el ánimo de comunicar a los médicos de familia españoles que trabajan en atención primaria la actualización del Documento de los Criterios de derivación en HBP para atención primaria publicada en su revista en el primer número del año 2010¹.

Desde la publicación de la 1.^a 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 las últimas evidencias publicadas, todo ello como fruto del consenso surgido entre los autores, representativos de las sociedades de atención primaria (semFYC, SEMERGEN y SEMG) y la Asociación Española de Urología (AEU).

Se han incluido la estratificación de los pacientes por factores de riesgo que recientemente ha publicado la NICE Británica (National Institute Clinical Excellence)², basado en la publicación de los últimos grandes estudios sobre el tratamiento de la enfermedad como es el estudio CombAT³, también se han revisado las guías de la Asociación Europea de Urología de 2010⁴ y las guías de la Asociación Americana de Urología de 2011⁵.

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 HPB se actualizan las distintas opciones de su manejo, que van desde el cambio de hábitos diarios y 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 a 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 un camino novedoso para establecer una verdadera colaboración en el manejo de otras enfermedades urológicas prevalentes, cuyo manejo y criterios de derivación nos preocupan 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 primaria 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, habremos conseguido el principal objetivo de este proyecto, que ha contado con la colaboración de GlaxoSmithKline.

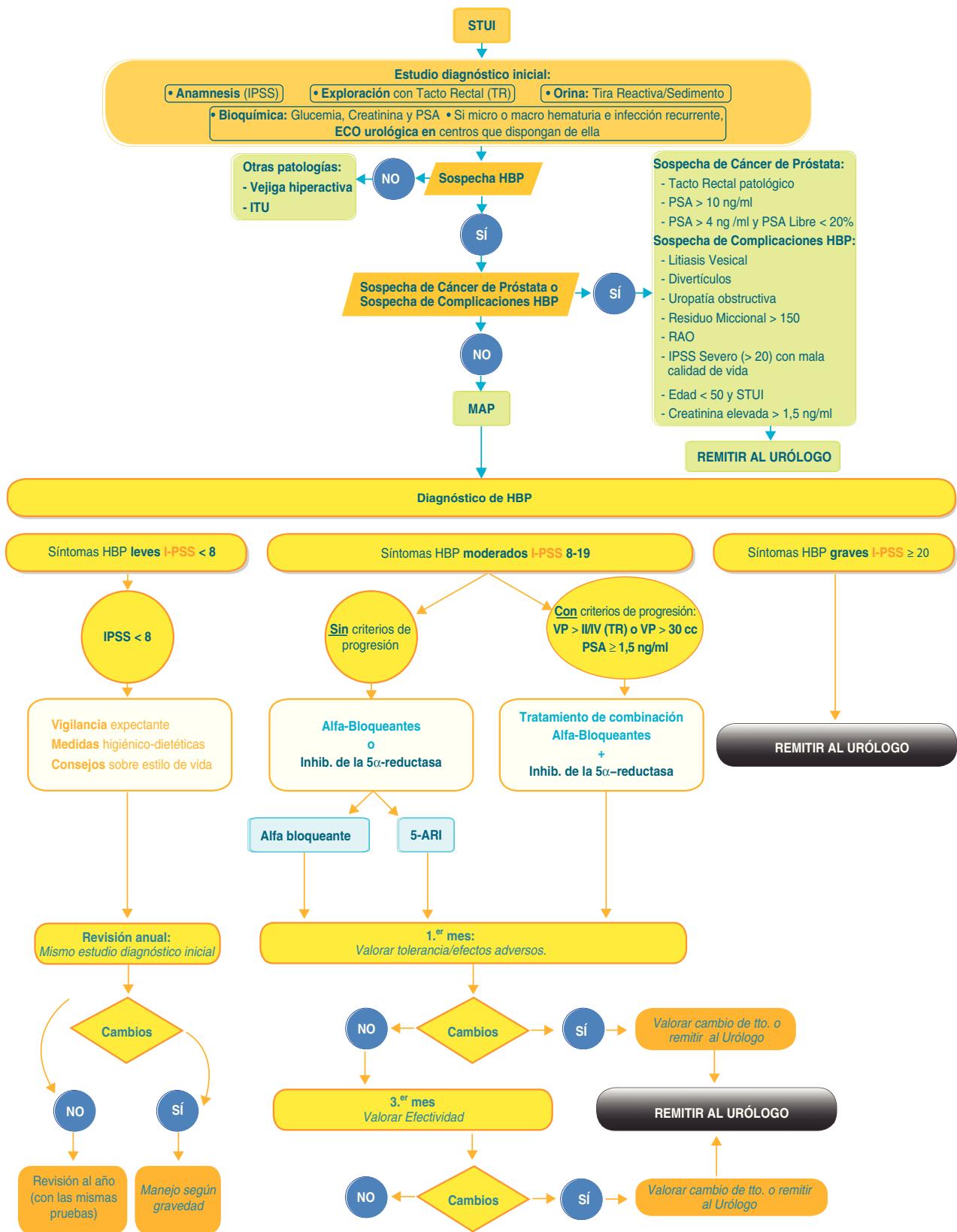


Figura 1

Bibliografía

1. Molero JM, Pérez Morales D, Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido E, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Referral criteria for benign prostatic hyperplasia in primary care. *Aten Primaria*. 2010;42:36–46.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The management of lower urinary tract symptoms in men. Clinical guidelines CG97 [consultado 3/10/2011]. Londres: NICE; 2010. Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12984/48557/48557.pdf>.
3. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damiao 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. *Eur Urol*. 2010;57:123–31.
4. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. Directrices sobre el tratamiento de los STUI no neurogénicos en el varón [consultado 3/10/2011]. European Association of Urology; 2011, <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/19-%20DIRECTRICES%20SOBRE%20EL%20TRATAMIENTO%20DE%20LOS%20STUI.pdf>.
5. American Urological Association Practice Guidelines Committee. AUA guideline on the Management of Benign Prostatic

Hyperplasia (BPH) [consultado 3/10/2011]. Washington: American Urological Association Education and Research; 2010. Disponible en: <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines.cfm?sub=bph>.

José María Molero García^{a,*}, David Pérez Morales^a, Francisco Brenes Bermúdez^b, Esperanza Naval Pulido^b, Antonio Fernández-Pro Pedraza^c, Juan Antonio Martín Jiménez^c, Jesús Castiñeiras Fernández^d y José Manuel Cozar Olmo^d

^a Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), España

^b Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), España

^c Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), España

^d Asociación Española de Urología (AEU), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmolero@gmail.com
(J.M. Molero García).

doi:10.1016/j.aprim.2011.07.006

Eco a partir de: el Dr. Capote y el factor impacto

Echo from Dr. Capote and the impact factor

Sr. Director:

Recientemente se ha publicado en su revista una carta al director de Buitrago¹ bajo este título.

Los abajo firmantes hemos tenido ocasión de abordar la experiencia de la medicina rural en el reciente XXII Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación en Burgos a partir de una novela irlandesa recientemente traducida².

Entre nuestros objetivos estaba el poner en valor la satisfacción del trabajo en el medio rural, espacio ahora docente en la oferta formativa MIR de nuestra especialidad y no siempre bien valorado ni atractivo para nuestros compañeros, en función sobre todo de la limitación de recursos que ha venido padeciendo.

Se partía de la puesta en común de frases del texto que reflejan el trabajo de un médico rural en la Irlanda del Norte de los años 1960 y nos agradaría aquí hacernos eco de los comentarios habidos en el grupo para sumarnos al reconocimiento del compañero Higinio Capote y de otros muchos médicos anónimos de nuestro país.

- La urbanización de nuestros pueblos, la mejora de comunicaciones y la existencia de nuevas tecnologías de formación y comunicación son cambios importantes en el trabajo de los médicos rurales.
- La soledad y el aislamiento del médico rural siguen siendo fuente de incertidumbre y de aumento de sus capacidades resolutivas.

- Valoramos más la importancia del trabajo en equipo y complicidad con los compañeros próximos (enfermera y núcleos cercanos) y del círculo de allegados al paciente como referencia y apoyo. Esto potencia el aspecto comunitario de nuestra labor.
- La valoración de la honestidad e interés del profesional por encima del acierto diagnóstico y de los posibles errores. También el eco de ellos en la comunidad atendida.
- El impacto emocional de atender en situaciones críticas tras una relación de proximidad y ocio.
- El ritmo pausado de consultas que facilita la comunicación.
- Reconocimiento y gratitud. Quedan muy claros en la respuesta al Dr. Capote por las poblaciones que atendía. Aspecto importante que nuestro estimado Jordi Cebrià (compañero del grupo de comunicación recientemente fallecido) glosó en un artículo que recomendamos³.
- Pasa por nuestras manos todo... más allá de lo sanitario.

Algunas frases de la novela citada: «Aunque el mismo Jesucristo estuviera pasando consulta, algunos de los más mayores preferirían que los viera yo.»

Y como colofón: «A veces, un médico rural puede marcar la diferencia».

Muchas gracias.

Bibliografía

1. Buitrago F. El doctor Capote y el factor impacto *Aten Primaria*. 2011;43:162.
2. Taylor P. Doctor en Irlanda. Madrid: Espasa Calpe; 2009.
3. Cebrià J, Segura J. El agradecimiento, tan presente en la consulta. *Jano*. 2006;1607:56–8.