

que no se conoce su eficacia, como así hemos tenido experiencia en los casos que salieron positivos.

En resumen, pensamos que la SOH es efectiva con sus limitaciones, pero los profesionales no alentamos ni transmitimos en ocasiones de forma adecuada la utilidad de la prueba.

## Agradecimientos

Agradecimientos a Beatriz, sin cuya colaboración no hubiese sido posible este trabajo.

## Bibliografía

1. Pili M, Cabanillas JL, Bejar L. Mortalidad evitable y cáncer de colon y recto. *Gac Sanit.* 2007;21:176-7.
2. Reinoso L, Diaz R, Belanger D. Cribado del cáncer colorrectal en vigilancia de salud laboral. *Medicina del trabajo.* 2008;12-22.
3. Valera J, Hurtado H, Zoltan F. Test inmunológico para hemorragia oculta: correlación con hallazgos colonoscópicos. *Gastr Latinoam.* 2007;18:21-4.
4. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Monigan SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2000;343: 1603-7.

5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal. Actualización 2009. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4, Elsevier España, S.L. 2009. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/viewGPC.asp#Guia>.

6. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Deteción del cáncer colorrectal con la prueba de sangre oculta en materia fecal (Hemoccult) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3. Oxford: Update Software Ltd; 2008 [citado 2010], Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

A. Rosillo González\*, S. García Menéndez y A. Díaz-Mayordomo

*Centro de Salud Tres Cantos-2, Tres Cantos, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [arosillo@telefonica.net](mailto:arosillo@telefonica.net) (A. Rosillo González).

doi:10.1016/j.semerg.2011.06.016

## Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento en pacientes que han presentado un ictus seguidos en atención primaria

### Cardiovascular risk factors and treatment in stroke patients in primary care

*Sr. Director:*

El ictus constituye una de las principales causas de invalidez, incapacidad y morbilidad en la población adulta en los países desarrollados. En España constituye la segunda causa de muerte después de la enfermedad isquémica cardíaca, con una incidencia anual que oscila entre los 132 y los 174 casos por 100.000 habitantes, y con una prevalencia de entre 500 y 800 casos por cada 100.000 habitantes, por lo que su prevención y manejo constituye una prioridad para nuestros servicios de salud<sup>1-4</sup>. Los objetivos del presente estudio son: 1) conocer el grado de registro y control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con ictus atendidos en un centro de salud de nuestra región, y 2) describir del tratamiento farmacológico registrado en los pacientes con ictus.

Para ello se diseñó un estudio observacional descriptivo, transversal, valorado a través de los registros en la historia clínica de nuestros pacientes. Para su realización fueron seleccionados 6 médicos de familia que analizaron un total de 57 casos de ictus confirmados y seguidos desde atención primaria. El estudio se realizó entre septiembre y diciembre

de 2010. Las variables analizadas fueron edad, sexo, tipo de ictus, factores de riesgo cardiovascular registrados (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo), hemoglobina glucosilada (HbA<sub>1c</sub>), colesterol LDL (y su control) y medicación recibida.

Los resultados obtenidos los podemos clasificar en los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos y tipo de ictus: edad, sexo, tipo de ictus: de los 57 pacientes estudiados, 12 (21,05%) tenían menos de 65 años y 45 (78,95%) tenían 65 o más años. Respecto al sexo, 32 (56,14%) eran mujeres y 25 (43,86%), hombres. En cuanto al tipo de ictus, en 7 (12,28%) era hemorrágico, en 48 (84,21%) era isquémico y en 2 (3,51%) no constaba el tipo.
- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo. Los factores de riesgo cardiovascular registrados fueron hipertensión arterial en 32 pacientes (56,14%), dislipidemia en 14 (24,56%), diabetes en 23 (40,36%) y tabaquismo en 3 (5,26%). De los 23 diabéticos registrados, 13 (56,52%) tenían registrada la hemoglobina glucosilada.
- Registro y control de colesterol LDL: el colesterol LDL estaba registrado en 30 (52,63%) pacientes. De estos 30, en 16 (53,33%) era inferior a 100 mg/dl, en 12 (40%) estaba entre 100 y 130 mg/dl, y en 2 pacientes (6,66%) era superior a 130 mg/dl.
- Tratamiento empleado: respecto al tratamiento con estatinas, recibían estos fármacos 26 pacientes (45,61%). Bloqueantes del sistema renina angiotensina se emplearon en 32 pacientes (56,14%). Estaban antiagregados

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. Leo 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: [\(M. Leal Hernández\).](mailto:arboleja@yahoo.es)

doi:10.1016/j.semeng.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