



ARTÍCULO ORIGINAL

Manejo asistencial del paciente con hiperplasia benigna de próstata en España

J.M. Cozar^{a,*}, E. Solsona^b, F. Brenes^c, A. Fernández-Pro^d, F. León^e, J.M. Molero^f, J.F. Pérez^g, M.P. Rodríguez^h, A. Huertaⁱ e I. Pérez-Escolanoⁱ

^a Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Servicio de Urología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^c Centro de Atención Primaria Llefjá (ABS 6), Badalona, Barcelona, España

^d Centro de Salud de Menasalbas, Toledo, España

^e Centro de Salud San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

^f Centro de Salud San Andrés, Madrid, España

^g Centro de Salud Villanueva de la Serena II, Badajoz, España

^h Gerencia Atención Primaria de Lugo, Lugo, España

ⁱ 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 inferior¹. Es una patología crónica y progresiva que, en fases más avanzadas, puede desembocar en complicaciones como la retención aguda de orina, infecciones o insuficiencia renal².

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 años³. 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 años⁴. Dado el envejecimiento progresivo de la población, es de prever en un futuro un incremento del número de varones afectados de esta patología^{5,6}.

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 disponibles⁷. 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^{8,9}.

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 autónomas¹⁰. 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 públicos¹¹. El tamaño muestral necesario para estimar variables dicotómicas con una precisión del 8%, un riesgo α del 0,05 y con el criterio de máxima indeterminación ($p=q=0,5$)¹² es de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843709>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843709>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)