

Gerencia de Área  
De Puertollano



# PROCESO DE PRÓSTATA SUBPROCESO: HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA

(RUTA ASISTENCIAL DE INTEGRACIÓN AP – AE)



IGNACIO CORTÉS ARANGUEZ. Jefe de Servicio Urología Hospital "Santa Bárbara"  
ANTONIO CAVADA VELASCO. Médico de Familia Centro de Salud "Barataria"  
JULIA HERNÁNDEZ MORA. Enfermera Hospital "Santa Bárbara"  
ELENA GONZÁLEZ URRACA. Enfermera Centro de salud Almodóvar del Campo  
FRANCISCA GUILLÉN RUBIO. Enfermera Centro de Salud Argamasilla de Cva.  
ANA ISABEL DÍAZ ÁVILA. Enfermera Centro de Salud Puertollano II  
M<sup>º</sup> DE GRACIA DUQUE SILLER. Enfermera Centro de Salud "Carlos Mestre"

2007

## PROCESO DE PRÓSTATA (RUTA ASISTENCIAL DE INTEGRACIÓN AP – AE)

### QUE ES LA HBP (CIE 9: 600.0)

La HBP se define histológicamente. Consiste en un aumento del tamaño de la glándula prostática que determina una obstrucción al flujo urinario y origina síntomas del tracto urinario inferior:

Síntomas obstructivos	Síntomas irritativos
Retraso inicio micción	Polaquiuria
Disminución calibre y fuerza del chorro	Nicturia
Micción intermitente o prolongada	Micción imperiosa
Goteo postmiccional	Incontinencia por urgencia
Sensación de micción incompleta	Dolor suprapúbico
Retención urinaria	
Incontinencia por rebosamiento	

Es el tumor benigno más frecuente en el varón mayor de 50 años. Su prevalencia histológica es del 8% en la 4ª década de la vida, asciende al 50% en la 6ª década y casi al 90% en varones de 80 años (1).

Su importancia viene determinada por la disminución en la calidad de vida, las complicaciones infecciosas y la posibilidad de desarrollo de ca de próstata.

### PRIMERA CONSULTA: MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Anamnesis con I.P.S.S.
- Exploración con TACTO RECTAL
- Petición de pruebas:
  - analítica con PSA, urea y creatinina.
  - Sedimento
  - Ecografía (renal o vesíco-renal)

### CONSULTA DE VALORACIÓN DE RESULTADOS: MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (máx. 7 días):

Toma de decisiones:

\* Inicio de tratamiento y seguimiento por AP. (en este supuesto introducir diagnóstico en historia según código **Cie9: 600.0**).

\* Derivación a urólogo. (en este supuesto se introducirá a posteriori el diagnóstico emitido por AE en la Historia según **Cie9: 600.0**)

**DERIVACIÓN A URÓLOGO SI:**

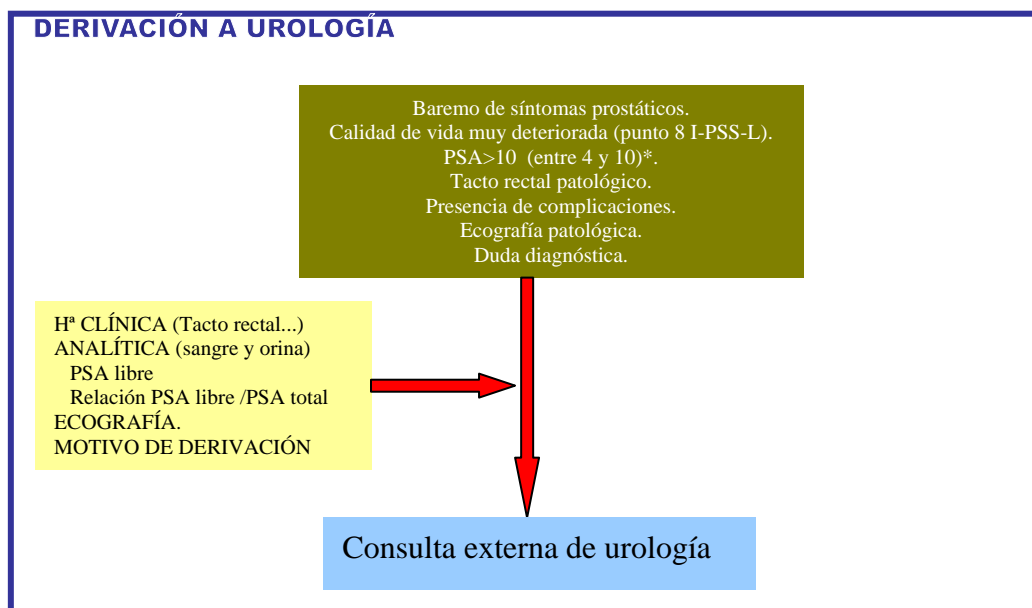
- **Duda diagnóstica** (dificultad en la interpretación del tacto rectal, etc.)
- **Tacto rectal patológico** con zona indurada sospechosa (independientemente del valor del PSA).
- **PSA > 10 ng / ml.**
- Cuando **PSA está entre 4 y 10** si la relación PSA libre / PSA total < 0,15 – 0,25.
- Presencia o aparición de **complicaciones** (predicen la necesidad de cirugía):
  - ✓ Hematuria importante.
  - ✓ Insuficiencia renal postobstructiva.
  - ✓ Infecciones recurrentes.
  - ✓ Episodios de retención.
  - ✓ Litiasis asociada.
  - ✓ Residuo postmiccional ecográfico.
- Cuando la **calidad de vida** del paciente esté **muy deteriorada** por el síndrome prostático (aplicación de cuestionarios “ad hoc”).
- **Ecografía patológica.**

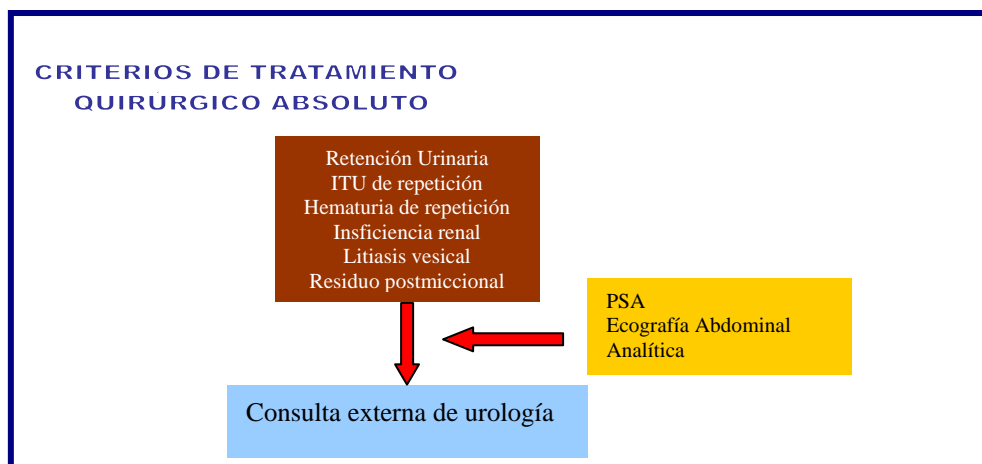
**PRUEBAS QUE DEBE APORTAR EL PACIENTE DERIVADO AL URÓLOGO:**

- Historia clínica urológica y general.
- Analítica de sangre y de orina (posiblemente también urocultivo):
  - PSA libre.
  - Relación PSA libre / PSA total si PSA total entre 4 y 10..
- Ecografía uro-prostática (propia o realizada por el servicio de radiología).
- Motivo de derivación: dejando muy claro cuál es el aspecto del problema consultado: PSA alterado, Tacto patológico o dudoso, valoración de intervención (biopsia, RTU etc.)

**CASOS QUE NO DEBEN INTERCONSULTARSE:**

Casos en los que por las condiciones del paciente, edad, enfermedades terminales, encamamiento permanente etc. se descartan las posibilidades terapéutico-quirúrgicas y la alternativa sería siempre el sondaje permanente y tratamiento médico.





**GESTIÓN DEL PACIENTE Y TIEMPOS DE RESPUESTA:**

QUE	QUIEN	DONDE	CUANDO
Gestionar cita Médico AP	Unidades de atención al usuario de AP	Centro de Salud	Inmediato a solicitud del paciente
1ª consulta	Médico de AP	Centro de Salud	24 horas
Gestión de cita para pruebas complementarias (analíticas, eco en su caso)	Unidades de atención al usuario de AP	Centro de Salud	Inmediata tras consulta médica
Extracción de sangre y recepción de orina	Consulta de enfermería de AP "extracciones"	Centro de Salud	24 – 48 horas*
Realización de ecografía (si no es realizada por el médico de AP)	Radiólogo	Hospital. Servicio de radiología	7 días máx.
Recepción resultado de analíticas	Médico de AP	Centro de Salud (Intranet de área)	<24 h desde extracción.
Recepción de resultados de ecografía y reparto a diferentes consultas médicas	Unidades de atención al usuario de AP	Centro de Salud	7 días máx.
Consulta de valoración de resultados	Médico de AP	Centro de Salud	7 días máx.
Derivación a Urólogo	Unidades de atención al usuario	Centro de Salud	15 días máx.
1ª consulta con urólogo	Urólogo	Consultas externas urología del hospital	15 días máx.
Pacientes grupo A Gestión citación médico AP	Unidades de atención al usuario	Centro de Salud	24 horas
Pacientes grupos B y C Gestión de citas para exploraciones complement. y realización de las mismas (flujometría, eco transrectal...) Gestión de cita para Rx simple y Urografías.	Enfermería de urología	Consultas externas urología del hospital	Mismo tiempo que 1ª consulta
Realización urografía IV previo consentimiento informado	Citaciones hospital	Centro salud / citaciones hospital	24 horas
	TER / Enfermera	Servicio de radiología	7 días máximo
Gestión de citas para 2ª consulta con urólogo (valoración de resultados)	Médico /Enfermera de urología	Consultas externas urología del hospital	Mismo tiempo que 1ª consulta
2ª consulta con urólogo (valoración de resultados)	Urólogo	Consultas externas urología del hospital	< 15 días tras 1ª consulta
Pacientes grupo B Gestión citación médico AP	Unidades de atención al usuario	Centro de Salud	24 horas
Gestión citación 3ª consulta urología	Médico /Enfermera de urología	Consultas externas urología del hospital	3 meses
Pacientes grupo C Gestión 3ª consulta y sucesivas	Médico /Enfermera de urología	Consultas externas urología del hospital	3 – 6 – 12 meses

- En cualquier momento si a criterio del médico de familia debiera acelerarse la primera valoración, este contactará con el Urólogo por teléfono móvil (626689793), e-mail u otra forma quien le facilitará una consulta adelantada.

\* salvo en Centros de Salud en los que las extracciones no se realicen a diario.

**CONSULTAS EN UROLOGÍA, GRUPOS DE PACIENTES:**

3 grupos de pacientes:

• **GRUPO A: CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN:**

en esta primera consulta puede resolverse el aspecto interconsultado por su médico. Al menos 15 a 20% de las consultas nuevas procedentes de AP deberían encuadrarse en este grupo.

• **GRUPO B: (3 – 4 consultas en AE):**

1ª consulta: valoración global y solicitud de pruebas (flujometría, medición de volumen residual, urografía, ecografía transrectal, decisión de biopsia).

2ª consulta: Valoración de resultados solicitados (alta si concluyentes y negativos). Pautar tratamiento.

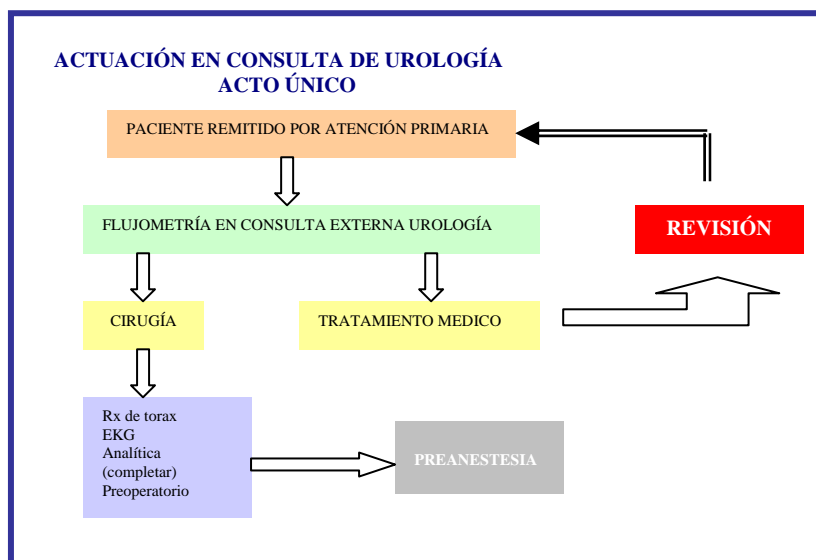
3ª consulta: valorar resultado de tratamiento, ajuste del mismo y alta con recomendaciones para el médico de AP (escrito, e-mail...).  
Entre un 60 – 70 % de pacientes nuevos procedentes de AP.

• **GRUPO C: SEGUIMIENTO POR A.E.**

1ª consulta: valoración global y solicitud de pruebas (flujometría, medición de volumen residual, urografía, ecografía transrectal, decisión de biopsia).

2ª consulta: Valoración de resultados solicitados. si confirmación de Ca de próstata, estudio de extensión. Pautar tratamiento-prueba. Tomar decisiones definitivas (biopsia, cirugía, sondaje permanente, bloqueantes adrenergicos etc.)

3ª y sucesivas: seguimiento cada 3, 6 12 meses. Mantener informado al médico de AP para seguimiento CONJUNTO.



### **DERIVACIÓN A URGENCIAS HOSPITALARIAS:**

- Paciente con cuadro de retención urinaria que no puede resolverse en ASP (sondaje complicado).
- Hematuria severa que no cede con lavados.
- Aparición de cuadros sépticos o sospechosos de serlo

## ANEXO I

### **MANEJO Y SEGUIMIENTO DE HBP POR ATENCIÓN PRIMARIA:**

Resto de casos (PSA < 4, Tacto rectal normal, etc...).

#### INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO:

Aconsejar a todos los pacientes con HBP iniciar una serie de medidas higiénicas que disminuyen la congestión pelviana como son evitar el sedentarismo, regular el tránsito intestinal, evitar comidas copiosas, el alcohol, los estimulantes, los anticolinérgicos y los neurolépticos.

**PACIENTES CON MOLESTIAS BIEN TOLERADAS** (determinado por la calidad de vida): conducta expectante.

#### **PACIENTES CON MOLESTIAS MAL TOLERADAS:**

- Próstata volumen II ó inferior: comenzar con alfa-bloqueantes.
- Si patología asociada que impida el uso de alfa-bloqueante usar inhibidores de la 5 alfa reductasa (Finasteride o Dutasteride).
- Si volumen prostático > II: alfa-bloqueante sólo ó inhibidores de la 5 alfa reductasa sólo ó combinación de ambos.

#### FRECUENCIA DE REVISIONES:

- Con síntomas bien tolerados, en los que hemos adoptado una actitud expectante: revisiones anuales que incluyan valoración del cuestionario I-PSS, exploraciones físicas con tacto rectal, analítica de sangre ( con PSA) y orina.
- Evaluación precoz de efectos secundarios de la medicación (1 –4 semanas), fundamentalmente hipotensiones en las primeras semanas del tratamiento.
- A los 6 meses procederemos a evaluar la mejora de la sintomatología mediante el cuestionario I-PSS:
  - ◆ Si hay mejoría clínica al tratamiento, se procederá a realizar una evaluación anual (IPSS, exploración física con tacto rectal, analítica de sangre con PSA y orina).
  - ◆ Si tras un 3 meses de tratamiento con bloqueantes alfa, el paciente continúa con síntomas moderados mal tolerados, derivaremos al paciente al urólogo.

## **PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON HBP**

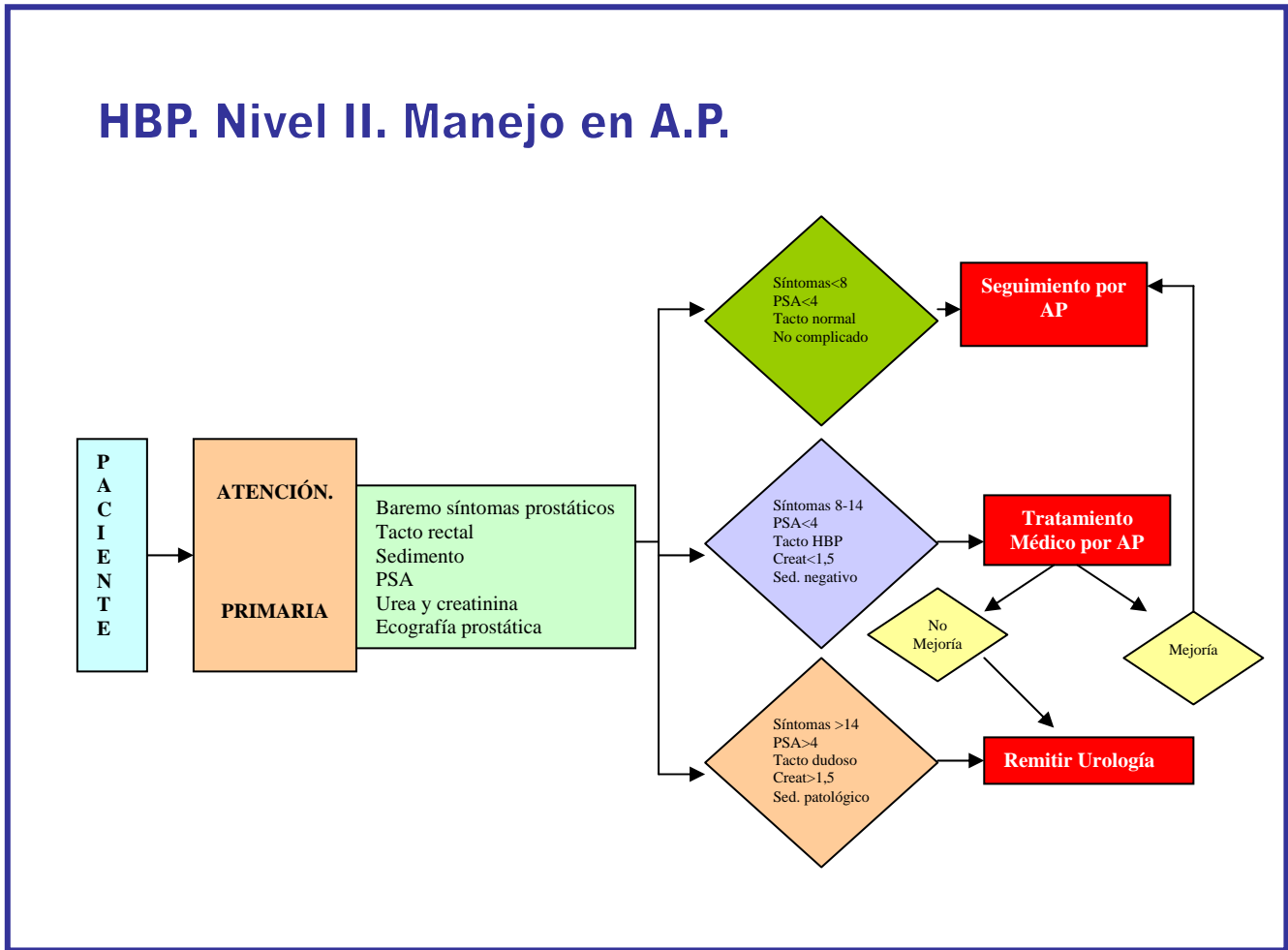
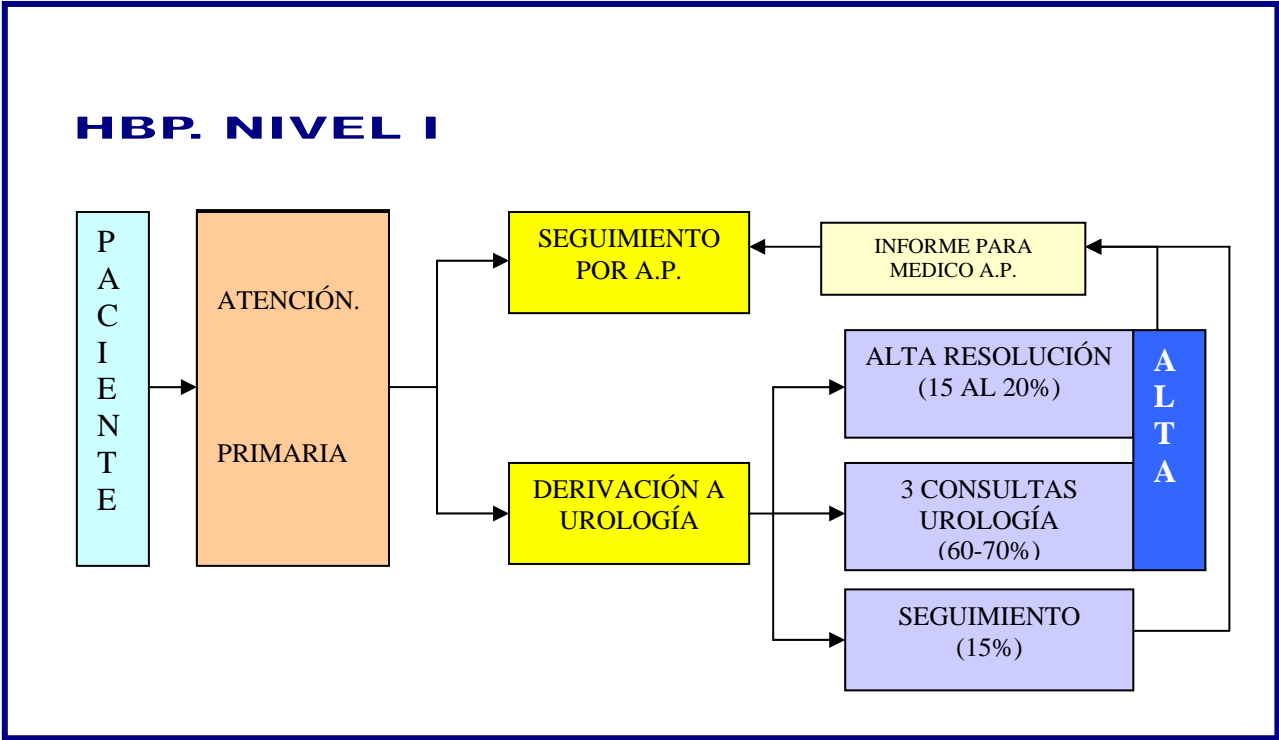
### ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- En la captación de pacientes con sintomatología del tracto urinario inferior desde la consulta a demanda o seguimiento de programas, y su derivación a consulta, realizándose en ambos casos valoración enfermera según Patrón de eliminación de Gordon.
- En la realización al paciente del I-PSS-L en el marco de la consulta programada, valorando también la cumplimentación de la medicación, detección precoz de posible efectos secundarios, al mismo tiempo que se refuerzan medidas higiénico-dietéticas y estilo de vida saludables. (incluir en Turriano).

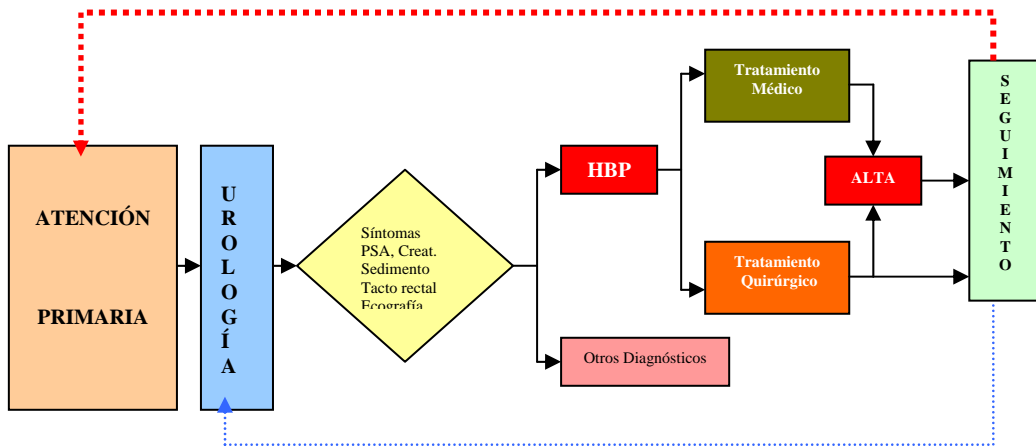
### ENFERMERA CONSULTA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

- Informar al paciente sobre las pruebas diagnósticas a realizar así como la técnica a seguir.
- Realización de sondaje vesical y flujometría.
- Comunicación con la enfermera de Atención Primaria a través del correo electrónico sobre las técnicas y cuidados que se han realizado y recomendaciones si procede.





### HBP. Nivel III. Manejo en A.E.



## INDICADORES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO:

### EN ATENCIÓN PRIMARIA:

- ✓ **INTERCONSULTAS QUE CUMPLEN CRITERIOS DE DERIVACIÓN:**  
(PSA > 10 ng/ml o entre cuando PSA está entre 4 y 10 si la relación PSA libre / PSA total < 0,15 – 0,25, Tacto rectal patológico, Presencia o aparición de complicaciones, calidad de vida muy deteriorada, Ecografía patológica, duda diagnóstica)

$$\frac{\text{Nº de derivaciones que cumplen criterios}}{\text{Nº total de derivaciones}} \times 100$$

**Estándar = 85%.**

**Fuente: Hª clínica (Turriano)**

- ✓ **DERIVACIONES REALIZADAS CORRECTAMENTE:** se entienden por tal las que en la hoja de interconsulta figura **explícitamente**: Motivo de consulta, baremo de síntomas prostáticos, Tacto rectal, analítica (PSA y Creatinina) y ecografía.

$$N = \frac{\text{Nº de derivaciones correctas}}{\text{Nº total de derivaciones}} \times 100$$

**Estándar: 50%**

**Fuente: Historia clínica en Turriano.**

- ✓ **PACIENTES CORRECTAMENTE VALORADOS POR LA ENFERMERA:**

$$\frac{\text{Nº de pacientes a los que se le ha realizado patrón de eliminación}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de HBP}} \times 100$$

**Estándar: 95%**

**Fuente: Historia clínica en Turriano.**

## EN ATENCIÓN HOSPITALARIA:

- ✓ **INTERCONSULTAS CON RESPUESTA ADECUADA EN FUNCIÓN DEL GRADO DE RESOLUCIÓN:** se entiende por respuesta adecuada la emisión de informe de alta en el que figure diagnóstico definitivo (en su caso), recomendaciones de tratamiento, necesidad de nuevas revisiones y se agrupan en los siguientes porcentajes:

**Estándar:** GRUPO A: 15-20% (alta resolución).  
GRUPO B: 60-70% (3-4 interconsultas).  
GRUPO C: 15-20% (revisiones periódicas por urología).

- ✓ **TIEMPO DE RESPUESTA GLOBAL PARA PACIENTES DEL GRUPO B:** se entiende como tiempo adecuado no más de 3 meses para las 3-4 IC necesarias antes del ALTA y envío para seguimiento por A.P.

**Estándar: 80%**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Muñoz Rodríguez A M, Toribio Onieva JR, Moreno Moreno MI, Luque Vargas R. Hiperplasia Benigna de Próstata. [en línea] [fecha de la consulta]. Disponible en [[www.fisterra.com/guias2/hbp.htm](http://www.fisterra.com/guias2/hbp.htm)].
- 2.- EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, de la Rosette JJ. Department of Urology and Andrology, Donauspital, Vienna, Austria. Eur Urol. 2004 Nov;46(5):547-54.
- 3.- Pamela Dull, M.D., Robert W. Reagan, JR., M.D., and Robert R. Bahnson, M.D. Managing Benign Prostatic Hyperplasia. Ohio State University College of Medicine and Public Health, Columbus, Ohio  
American Family Physician. July 1, 2002.

### I-PSS-L (Baremo Internacional de los Síntomas Prostáticos).

	Ninguna	Menos de una vez cada 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Alrededor de la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no vaciar completamente su vejiga al acabar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido que orinar de nuevo menos de dos horas después de haberlo acabado de hacer?	0	1	2	3	4	5
3.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha interrumpido y reanudado varias veces el chorro mientras orinaba?	0	1	2	3	4	5
4.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para retrasar o aguantar las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un chorro con menos fuerza de lo habitual?	0	1	2	3	4	5
6.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido que esforzarse o apretar para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7.- Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que levantarse para orinar desde que se acuesta por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

Estimación de la calidad de vida producida por los síntomas urinarios							
	Placentero	Agradable	Aceptable	Entre aceptable e inaceptable	Inaceptable	Desgraciado	Terriblemente mal
Si tuviera que pasar el resto de su vida con los problemas urinarios que ahora tiene, ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5	6

Este cuestionario incluye 7 preguntas sobre las dificultades miccionales, cuantificadas desde 0 (ninguna) hasta 5 (casi siempre). La puntuación final va de 0 puntos (asintomático) a 35 puntos (con muchos síntomas). Esto permite clasificar a los pacientes en 3 grupos:

- 0-7 puntos (síntomas leves )
- 8-19 puntos (síntomas moderados)
- 20-35 puntos (síntomas severos)

La 8ª pregunta está en relación con la estimación del índice de la calidad de vida y se cuantifica desde 0 puntos (encantado) a 6 puntos (terrible).