
		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN UROLOGIA
PROTOCOLO: HIPERPLASIA PROSTATICA**

Elaborado por:	Visado por:	Aprobado por:
Equipo de Urología SSAS: Dr Juan Francisco Araneda Minder Equipo de Gestión Clínica: Mg Claudia Navarro Dr Jose Luis Calleja	Subdirector Médico Dr Alban Cortes Lopez	Director de Servicio D Maria Cecilia Diaz Obando
Fecha: Junio 2018.	Fecha: Junio 2018	Fecha: Junio 2018

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021


**Fecha de Elaboración y revisión.
Elaborado: Junio 2018.**

Participantes de la elaboración y revisión del Documento:

- . -Equipo de Urología SSAS: Dr Juan Francisco Araneda Minder
- . -Medico APS-Pitrufquen: Humberto Berríos Becerra
- . -Equipo de Gestión Clínica SSAS: Mg Claudia Navarro y Dr Jose Luis Calleja Rivero


Declaración de Conflicto de Interés

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Índice

Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	6
Desarrollo	6
Flujograma.	12
Metodología de Evaluación.	13
Planes de Difusión.	15
Bibliografía	16


		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Introducción:

La patología urológica es una causa de consulta en el nivel primario de atención. El personal de salud del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología urológica, específicamente los síndromes obstructivos bajos en la población masculina debido a Hiperplasia prostática, a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la Red, las de causas por Hiperplasia prostática en general constituyen el 2 % del total de toda la lista de espera y el 4% de la especialidad de Urología en el Servicio de Salud Araucanía Sur. La mayoría de las patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.

Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que no sustituye a la guía clínica GES para esta patología, pretende es contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de **Hiperplasia prostática** en la Red del SSAS.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (meta análisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: "**Benign prostatic hyperplasia** " AND "**Primary Health Care**", sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: "A Favor" de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Mapas de Red

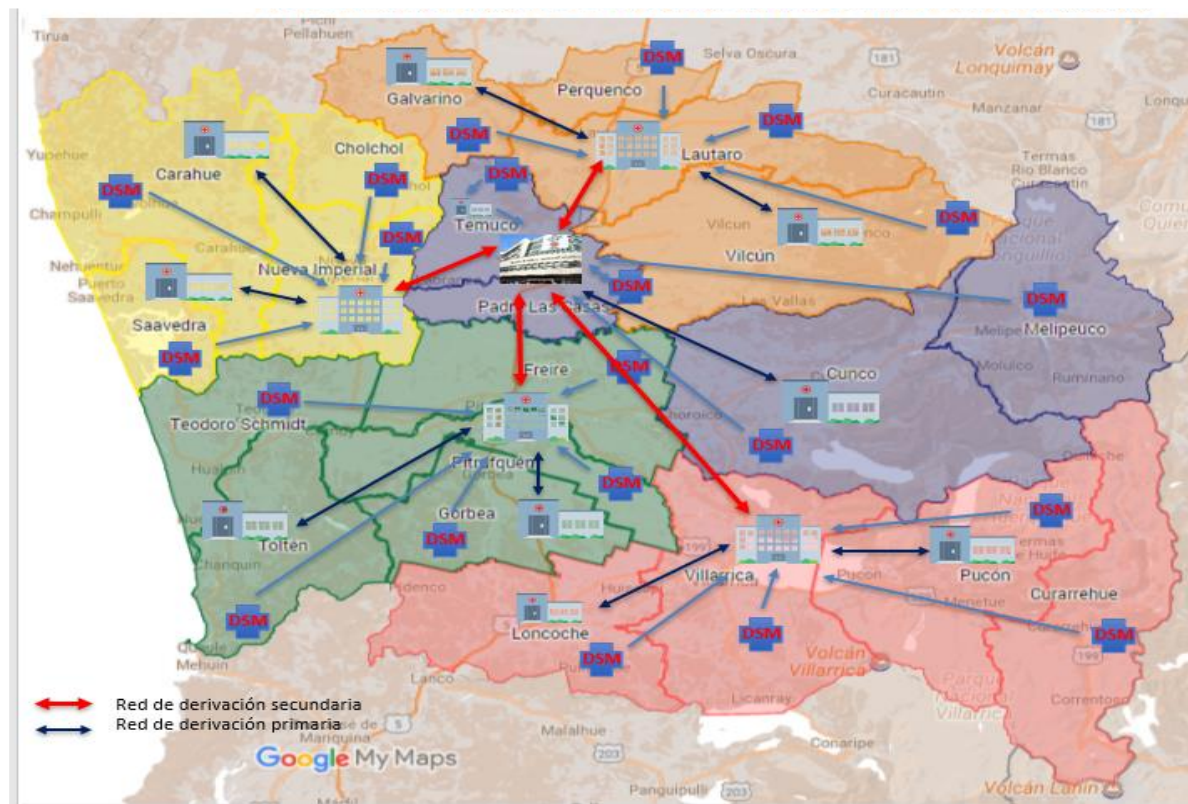
Participan los 197 establecimientos de la Región: 190 de nivel primario, 06 de atención secundaria y 01 (HHHA) de nivel terciario.


Nivel Primario:

- Dirección de Departamentos de Salud Municipal (DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria y Nodo
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos
- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Urología de Hospitales Nodo y del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica de Hospitales Nodo y del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Médica del SSAS



		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Objetivo

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de portadores de Hiperplasia prostática, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de portadores de Hiperplasia prostática, en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Urólogos), y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

. -Profesionales: Médicos generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Urólogos) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

. -De los Deptos./Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de Urología de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y subdirección medica de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.

Definiciones o Glosario de términos

APS: Atención Primaria en Salud

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar

CESFAM: Centro de Salud familiar

CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial

FC: Ficha Clínica

HHA: Hospital Hernán Henríque Aravena.

SIC: Solicitud de Interconsulta


SOME: Servicio de orientación Medica estadístico.

SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

HBP: Hiperplasia Benigna de Próstata.

STUI: Síntomas del Tracto Urinario Inferior.

IPSS: International Prostate Symptom Score.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Desarrollo

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP), es una condición inherente al envejecimiento en el hombre, su prevalencia aumenta de acuerdo a la edad, observándose en un 40 a 50% de los hombres entre 40 a 50 años y llegando a un 80% en pacientes mayores de 80 años. El crecimiento prostático benigno (CPB) es la denominación que se ajusta con mayor exactitud a la clínica y se desarrolla predominantemente en la zona peri uretral o zona de transición de la próstata con un incremento de hasta cuatro veces del tejido estromal y dos veces del tejido glandular. El CPB puede originar los denominados Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) a través de al menos dos mecanismos:

- 1.-La obstrucción al vaciamiento vesical generada por el crecimiento de la glándula propiamente tal, denominado también componente estático.
- 2.-El aumento del tono del musculo liso y de la resistencia dentro de la próstata agrandada o componente dinámico.

Los síntomas generados por estos mecanismos, se clasifican en síntomas de vaciamiento (obstructivos), secundarios al factor estático y síntomas de almacenamiento (irritativos) generados por la hiperactividad del detrusor debido al componente dinámico.

Evaluación Clínica en APS


- ✓ Historia clínica completa
- ✓ Evaluación de los síntomas (I-PSS), Cuestionario abreviado para la APS
- ✓ Examen físico general y dirigido (Tacto rectal)
- ✓ Solicitud de APE sérico a todo paciente con crecimiento prostático benigno con STUI o tacto rectal sospechoso de cáncer
- ✓ Solicitar creatinina plasmática a todo paciente con STUI
- ✓ Examen de orina completa y urocultivo a todo paciente con STUI.

Cuestionario Abreviado en APS

Historia clínica:

Cuando el paciente es mayor de 50 años y presenta síntomas del tracto urinario inferior, la historia debe incluir estas tres preguntas básicas:

- 1) ¿Se debe levantar Usted más de una vez en la noche para orinar?
- 2) ¿Tiene Usted que esperar un largo tiempo para iniciar la micción, y tiene Usted que hacer fuerza para orinar?
- 3) ¿Está Usted preocupado, o le molesta su forma de orinar actual?


		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Otros importantes signos y síntomas son:

- 1) Sangre en la orina (hematuria)
- 2) Pérdida del control de la micción (incontinencia)

La mejor manera de evaluar la gravedad de los síntomas es con un Score o puntuación de síntomas validado. El Score Internacional de síntomas prostáticos (Internacional Prostate Symptom Score (I-PSS) es actualmente el estándar internacional. Este sistema de puntuación fue desarrollado por la Asociación Americana de Urología (AUA) a principios de la década del 90 y evalúa 7 áreas. Sumando los puntajes (con la misma ponderación) de las preguntas, da una puntuación global que orienta para la decisión del tratamiento y predictor de resultados.

. - I-PSS como score o puntuación de los síntomas como herramienta de decisión para el tratamiento:

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021


Preguntas: Durante el Ultimo Mes:	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Mas de la mitad de las veces	Casi siempre	Puntos
1) Vaciado Incompleto: ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2) Frecuencia: ¿Cuántas veces a tenuido que volver a orinar antes de dos horas despues de haber orinado?	0	1	2	3	4	5	
3) Intermitencia: ¿Cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5	
4) Urgencia: ¿Cuántas veces ha tendio dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5) Chorro debil: ¿Cuántas veces ha observado que el chorro de orina es debil?	0	1	2	3	4	5	
6) Esfuerzo: ¿Cauntas veces ha tenido que apretar o hacer fuerzas para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces o +	
7) Nicturia: ¿Cuántas veces ha tendio que levantarse a orinar durante la noche, desde que se ha acostado hasta levantarse por la mañana?	0	1	2	3	4	5	
						Total	

La siguiente pregunta de Calidad de vida, no se incluye en puntaje total

	Encantado	Muy Satisfecho	Mas bien satisfecho	tan satisfecho como insastifecho	Mas bien insastifecho	Muy insastifecho	Fatal
8) ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostaticos tal y cual como los siente ahora	0	1	2	3	4	5	6

- Leve (0-7): Conducta expectante.
- Moderada (8-19): Tratamiento Farmacológico.
- Grave (20-35): Tratamiento Farmacológico y/o cirugía Prostática

La última pregunta, numero 8, mide el grado en que los pacientes toleran los síntomas.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Además, de la evaluación de los síntomas con el I-PSS, existe un cuestionario abreviado para APS

Evaluado los síntomas se procede a realizar un examen físico general y dirigido, que incluye el Tacto rectal el cual nos permite ayudar a determinar la coexistencia de Cáncer de próstata y una aproximación de calcular el volumen de la próstata de manera de ayudar a elegir el tratamiento adecuado, en el tacto rectal debemos evaluar:

- La sensibilidad: muy dolorosa en el caso de las prostatitis agudas.
- El tamaño glandular: el crecimiento progresivo hace desaparecer el surco medio prostático.
- La consistencia: en condiciones normales es fibroelástica, homogénea en toda su superficie; si encontramos algún punto de consistencia pétreo se debe sospechar de una enfermedad tumoral.
- Los límites: se pueden acotar con nitidez los límites de la glándula, en caso contrario se debe sospechar de una enfermedad tumoral
- La movilidad: en condiciones normales es discretamente móvil, si se encuentra fija se debe sospechar un proceso neoplásico.
-


Aunque el tacto rectal es una herramienta muy útil en el diagnóstico diferencial de enfermedades prostáticas y anorrectales, un tacto rectal normal no descarta el carcinoma prostático (CaP), ya que, en fases precoces, con el tacto rectal sólo se diagnostica el 10% de los CaP. Cuando se palpa el CaP mediante tacto rectal, ya se encuentra al menos en fase T2.

El uso conjunto del tacto rectal con el resultado del APE (Antígeno Prostático Específico) permite excluir la presencia de CaP, prostatitis y otras enfermedades pélvicas

Pruebas básicas complementarias en APS

. -Antígeno Prostático Específico (APE): ha demostrado su utilidad en estimar el volumen prostático (0,30 ng./ml por gramo de tejido con HBP) y en predecir los resultados del tratamiento de la enfermedad. Los factores diversos: cáncer, BPH, la infección, trauma, la edad, pueden influir en los niveles séricos de APE. El nivel de APE se correlaciona con el volumen de la glándula de la próstata y predice la evolución de la enfermedad.

. -Creatinina plasmática: Ya que es difícil seleccionar aquellos con insuficiencia renal entre los pacientes evaluados por CPB, se debe medir creatinina plasmática en todos los pacientes.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

. -Orina: Debido a que STUI no sólo se observan en pacientes con CPB, sino también en los hombres con infecciones del tracto urinario, estén o no relacionados con el crecimiento benigno de la glándula y en al menos 25% de los pacientes con cáncer de vejiga, es necesario realizar un examen de orina completa y urocultivo.

. -Existen otros estudios que son de responsabilidad del Urólogo y solo se mencionaran por no ser el objetivo de este protocolo: Estudio por imágenes, estudios uro dinámicos, Uretrocistocopia, etc.

Tratamiento en la APS

Los hombres con síntomas leves son candidatos a manejo expectante.

Un porcentaje de los pacientes que consultan por STUI secundarios a CPB no van a requerir tratamiento dado que la magnitud de los síntomas no afecta su calidad de vida en forma significativa.

Se recomienda control urológico anual o antes si incrementa sus síntomas.

Las medidas con observación expectante se incluyen una serie de medidas relacionadas a cambios en conductas y estilo de vida que pueden tener un efecto beneficioso en los STUI, evitando el uso de tratamiento médico o tratamiento quirúrgico. Las medidas deben incluir:

- 1.- Reducción de la ingesta de líquido orientada a reducir la frecuencia urinaria en aquellos momentos en que es más inconveniente para los pacientes
- 2.- Evitar o disminuir el consumo de cafeína y alcohol
- 3.- Chequear medicamentos que pudieran tener efectos en la micción
- 4.- Tratamiento de la constipación

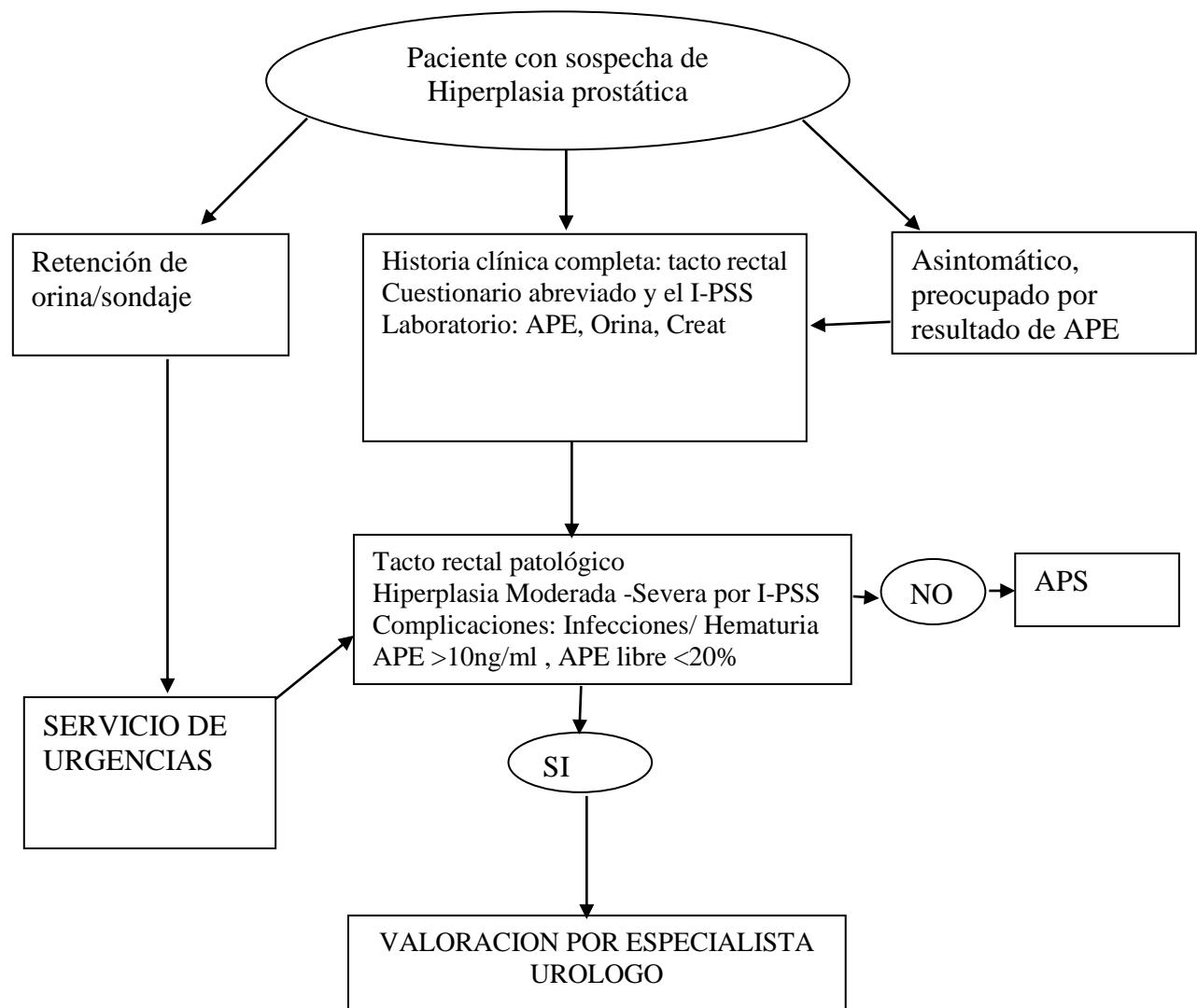
Tratamiento Farmacológico: Es de responsabilidad del Especialista, entre ellos: Antagonistas alfa adrenérgicos (bloqueadores alfa: Alfuzosina, Doxazosina, Tamsulosina); Inhibidores de la 5 alfa reductasa (finasteride, Dutasteride), Terapias combinadas de las anteriores y agentes anticolinérgicos.


Tratamiento quirúrgico Con cirugía abierta o vía Endoscópica.

Criterios de derivación inicial:

La evaluación inicial debe ir dirigida a identificar y excluir a los pacientes con una hiperplasia moderada-grave u otra complicación asociada (tacto rectal sospechoso de cáncer, Infecciones, APE >10ng/ml , APE libre <20%), que han de ser derivados para recibir una atención especializada. Se deberán derivar al servicio de urología.

Flujogramas



		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Metodología de Evaluación:

Responsable: Equipo de gestión Clínica SSAS

Periodicidad: Cortes del COMGES

Indicadores de proceso y Resultado a evaluar

Dimensión	Indicador	Formula	Fuente de datos
Proceso	Equipo Humano capacitado	$(\# \text{ de personas Capacitadas} / \# \text{ total de personal}) \times 100$	Asistencia a capacitaciones
Proceso	Interconsultas Auditadas	$(\# \text{ de Interconsultas que cumplen protocolo HP} / \# \text{ total de Interconsultas}) \times 100$ *	Registros Informáticos
Resultado	Tiempos de Espera	Diferencias entre los promedios en días obtenido en un periodo determinado comparado con la línea base.**	SIGTE


*Formato Auditoría de Implementación de protocolos.

Mediante auditoría de fichas clínica en los establecimientos de la Red involucrados en la resolución del Protocolo a auditar.

Procedimiento:

1. Seleccionar los pacientes atendidos a nivel secundario con diagnóstico de las patologías protocolizadas, posterior a difusión de protocolos, de éstos se seleccionará una muestra representativa (según estadística)
2. Realizar revisión de: Ficha nivel Primario, Interconsulta y Ficha de Nivel secundario, de acuerdo a la siguiente pauta.

Presencia o no en la ficha de 3 elementos relevantes del protocolo para cada nivel de atención:

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Ficha Nivel Primario:

Puntos

1.	Antecedentes clínicos	
2.	Criterio de referencia establecidos en el protocolo	
3.	Diagnóstico de referencia	

Interconsulta:

1.	Datos completos del paciente	
2.	Antecedentes Clínicos solicitados en Protocolo	
3.	Diagnóstico de Referencia	

Ficha nivel secundario:


1.	Evaluación clínica	
2.	Confirmación o Descarte de Diagnóstico	
3.	Plan o indicaciones terapéuticas	

Total: -----

Se considerará implementado cuando al menos cumple con un total de 6 puntos presentes y con 2 puntos en cada nivel para cada proceso de paciente auditado.

De todos los casos auditados por Protocolo se calculará el porcentaje de casos con evidencia de implementación del total de casos evaluados y se entregara en el siguiente formato.

	Protocolo	% Implementación
Especialidad	1	
	2	
Especialidad	1	
	2	

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021


****Medición de tiempos de resolución**

Medición de tiempos de resolución a través de los siguientes Hitos	
Hito 1	Fecha primera consulta de especialidad en Atención Secundaria.
Hito 2	Fecha de alta de especialidad en Atención Secundaria.
Fórmula de Cálculo	$(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar).

Especialidad	Protocolo	$(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar).
	1	
	2	
	3	
	1	
	2	
	3	

Plan de Difusión:

- . -Envío por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.
- . -Presentación y entrega a los responsables de los establecimientos.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Bibliografía

- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.
- Guía Clínica para el estudio, manejo médico y quirúrgico de pacientes con Crecimiento Prostático Benigno Sintomático. Minsal, 2011
- Molero JM, et al. Referral criteria for benign prostatic hyperplasia in primary care. Aten Primaria. 2010 Jan;42(1):36-46. doi: 10.1016/j.aprim.2009.07.006. Epub 2009 Nov 14. Spanish. PubMed PMID: 19913947.
- Assessing care of vulnerable elders-3 quality indicators. J Am Geriatr Soc. 2007 Oct;55 Suppl 2:S464-87. PubMed PMID: 17910572.
- Speakman MJ, Kirby RS, et al. British Association of Urological Surgeons. Guideline for the primary care management of male lower urinary tract symptoms. BJU Int. 2004 ay;93(7):985-90. PubMed PMID: 15142148.
- Chisholm GD, et al. Prostate disease: management options for the primary healthcare team. Report of a working party of the British Prostate Group. Postgrad Med J. 1995 ;71(833):136-42. PubMed PMID: 7538216.