



ORIGINAL

Indicadores de calidad en hiperplasia benigna de próstata. Un estudio cualitativo



Jorge Navarro-Pérez^{a,*}, Salvador Peiró^b, Francisco Brotons-Muntó^c, Emilio López-Alcina^d y Arcadio Real-Romaguera^e, en nombre del Grupo de trabajo del Programa de Formación e Investigación en Hiperplasia Benigna de Próstata de la Comunidad Valenciana¹

^a Centro de Salud Salvador Pau, Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, España

^b Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP-FISABIO), Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Valencia, España

^c Centro de Salud de Carinyena, Departamento de La Plana, Castellón, España

^d Servicio de Urología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^e Escuela Universitaria de Enfermería, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

Recibido el 18 de julio de 2013; aceptado el 25 de septiembre de 2013

Disponible en Internet el 15 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Hiperplasia benigna de próstata;
Síndrome del tracto urinario inferior;
Indicadores de calidad;
Métodos de consenso

Resumen

Objetivo: Valorar posibles indicadores de calidad de la atención a la hiperplasia benigna de próstata (HBP) y sus fortalezas y debilidades para su incorporación a los sistemas de información sanitaria.

Diseño: Reunión de expertos, estructurada siguiendo procedimientos adaptados de las técnicas de grupo nominal y método de consenso Rand.

Emplazamiento: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

Participantes y/o contextos: Participaron 40 panelistas (74% médicos, 70% del ámbito de la atención primaria) con experiencia en el manejo de la HBP pertenecientes a 15 Departamentos de la Agencia Valenciana de Salud.

Método: Se realizaron 3 talleres simultáneos (exploración y diagnóstico, tratamiento farmacológico y adecuación y resultados) en los que se valoraron los 15 indicadores seleccionados por el grupo coordinador.

Resultados: Once de los 15 indicadores obtuvieron puntuaciones en el rango de alta relevancia. Los 5 mejor valorados fueron: el uso de alfabloqueante + inhibidores de la 5 alfa-reductasa a

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jorge.navarro@uv.es, jorgenavper@gmail.com (J. Navarro-Pérez).

¹ Los nombres de los componentes del por el Grupo de trabajo del Programa de Formación e Investigación en Hiperplasia Benigna de Próstata de la Comunidad Valenciana están relacionados en el [anexo 1](#).

KEYWORDS

Benign prostatic hyperplasia;
Lower urinary tract syndrome;
Quality indicators;
Consensus methods

partir de determinado nivel de gravedad, el tacto rectal en la valoración inicial, el seguimiento con el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS), la tasa de sondaje urgente en urgencias hospitalarias, la valoración inicial con el IPSS y el uso de alfabloqueante previo a la retirada de sonda por retención aguda de orina.

Conclusiones: Parte de los indicadores valorados pueden ser útiles para su incorporación a los sistemas de información sanitaria.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Quality of care indicators for benign prostatic hyperplasia. A qualitative study**Abstract**

Objective: To assess quality of care indicators for benign prostatic hyperplasia (BPH), and to evaluate their strengths and weaknesses for incorporation into health information systems.

Design: Structured expert meeting, using procedures adapted from the nominal group techniques and the Rand consensus method.

Setting: Valencian School of Health Studies.

Participants and/or contexts: Forty panellists (74% doctors, 70% from primary care settings) with experience in the management of BPH from 15 departments of the Valencia Health Agency.

Method: Three workshops were held simultaneously (examination and diagnosis, drug therapy, and appropriateness and results), and the 15 quality indicators selected by the coordination group were assessed.

Results: Eleven of the 15 indicators scored in the range of high relevance. The 5 best rated were: the use of alpha-blockers + 5-alpha reductase inhibitor from certain severity level, digital rectal examination in the initial assessment, follow-up with the International Prostate Symptoms Score (IPSS), the rate of urgent catheterization in Hospital Accident & Emergency Units, initial assessment with the IPSS and the use of alpha-blockers prior to catheter removal for acute retention of urine.

Conclusions: Some of the assessed indicators can be useful for incorporation into health information systems.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad crónica, compleja, progresiva en la mayor parte de los hombres, y cursa con molestos «síntomas del tracto urinario inferior» (STUI)¹, que pueden llegar a ser muy acentuados y limitar de forma importante la calidad de vida del paciente^{2,3}. La HBP/STUI es, en los varones, la enfermedad urológica más frecuente, la primera causa de consulta ambulatoria al especialista⁴ y la segunda causa de cirugía⁵. La prevalencia en España, para los varones de 40 y más años, se ha estimado entre el 12% y el 17%⁶, creciendo desde el 0,75% en los varones de 40-49 años, hasta el 30% en los mayores de 70 años⁵. La HBP/STUI supone, adicionalmente, un importante consumo de recursos sanitarios⁷⁻⁹ y es esperable que su impacto económico crezca con el envejecimiento poblacional.

Recientemente, diversas sociedades científicas establecieron un consenso sobre los criterios de calidad en la derivación desde atención primaria (AP) hacia los especialistas de urología¹⁰. Estas características de elevada prevalencia, importante carga de enfermedad, consumo elevado de recursos y necesidad de coordinación entre diferentes profesionales y niveles asistenciales, hacen del manejo de la HBP/STUI un tema relevante para las organizaciones sanitarias¹¹.

En la Comunidad Valenciana, la Agencia Valenciana de Salud (AVS) inició en 2011 un proyecto estratégico —el

Programa de Formación e Investigación en Hiperplasia Benigna de Próstata de la Comunidad Valenciana—; se constituyeron grupos de trabajo multidisciplinares en los diferentes Departamentos de Salud con la finalidad última de mejorar la calidad de la atención a este problema de salud. Uno de los objetivos del Programa era la mejora de los sistemas de información (incluyendo la historia clínica electrónica) y el desarrollo de indicadores de calidad que pudieran ser incorporados a estos sistemas y permitieran la monitorización de la calidad y eficiencia en el manejo de la HBP/STUI, la incorporación de algunos de estos indicadores a los contratos de gestión y, sobre todo, orientar actuaciones de mejora globales o en aquellos Departamentos de Salud que en algún aspecto pudieran estar por debajo de los estándares de atención.

Para la selección de los posibles indicadores de calidad se organizó una jornada multidisciplinar. En este trabajo se describe este proceso y la valoración de los diferentes indicadores de calidad por los panelistas.

Material y métodos**Diseño**

Reunión de expertos, estructurada siguiendo los procedimientos adaptados de las técnicas de grupo nominal^{12,13} y

el método de consenso Rand^{14,15}, aun con muchas variantes respecto a las metodologías originales.

Emplazamiento, participantes y contexto

Participaron 40 panelistas con experiencia en diversos ámbitos del manejo de la HBP, provenientes de los 15 Departamentos de Salud de la AVS en los que se había iniciado el Programa de formación-investigación en la fecha de la reunión de los paneles. Los participantes fueron seleccionados desde los grupos de los propios Departamentos para componer un grupo plural que integrara a especialistas en urología, médicos de AP y personal de enfermería. Los miembros del grupo de trabajo de la Comunidad Valenciana participaron como coordinadores y moderadores y dinamizadores de los paneles, pero no apoyaron o rechazaron indicadores ni participaron en las votaciones. El taller se realizó en la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

Dinámica de los talleres

Se realizaron 3 talleres simultáneos en los que se trabajó sobre un conjunto de 15 potenciales indicadores de calidad en la atención a la HBP, seleccionados por consenso tras realizar una revisión no sistemática de la literatura. Cada uno de los talleres abordó 5 indicadores en un área de atención. Los temas de los talleres fueron: 1) exploración y

diagnóstico; 2) tratamiento farmacológico, y 3) adecuación y resultados.

Los talleres se desarrollaron siguiendo una dinámica altamente formalizada. En primer lugar, se presentó a los participantes cada indicador de forma detallada, incluyendo su denominación, racionalidad clínica, numerador y denominador, los subgrupos de pacientes excluidos, la unidad de observación y las unidades organizativas a las que serían atribuibles los resultados del indicador, la periodicidad y la interpretación prevista.

A continuación, se habilitó un tiempo de reflexión y generación de ideas sobre posibles limitaciones y mejoras de cada indicador, puntuando individualmente cada una de las respuestas en 11 dimensiones (tabla 1). Los panelistas votaron cada atributo desde 1 (mínima relevancia) hasta 9 (máxima importancia), salvo en el caso de la dimensión impacto presupuestario que se valoró en sentido contrario (9: bajo impacto presupuestario para conseguir una mejora sustancial del indicador; 1: elevado impacto presupuestario). El formulario incluyó un ítem final de valoración global del indicador («¿Qué puntuación global le daría a este indicador en el conjunto de la atención al HBP?») con el fin de obtener en una sola cifra el resumen de la valoración conjunta de cada indicador por los panelistas.

Análisis

Valoración descriptiva de las puntuaciones de los panelistas. Para la descripción de las puntuaciones se utilizaron

Tabla 1 Dimensiones de los indicadores a valorar por los paneles

Atribución a la respectiva organización asistencial	¿Los resultados que mide el indicador son atribuibles de forma sustancial a la estructura de la organización asistencial cuya calidad se pretende valorar?
Relevancia clínica (para los pacientes individuales)	¿La mejora en este indicador supone una mejora clínica relevante para los pacientes?
Relevancia para el sistema sanitario y la salud poblacional	¿La mejora en este indicador es relevante para mejorar la salud de la población? ¿Para reducir la utilización de servicios? ¿Supondría ahorros importantes en otras estructuras?
Impacto presupuestario de una mejora sustancial indicador	¿Una mejora sustancial de este indicador requiere un incremento importante de gasto para la Agencia Valenciana de Salud?
Evidencia que lo sustenta (racionalidad clínica)	¿Existen ensayos clínicos o estudios observacionales bien realizados que apoyen la relación entre la mejora del indicador y los mejores resultados clínicos para los pacientes con HBP?
Validez de apariencia	¿A quienes tienen que usar el indicador y a quienes son valorados por el indicador, les parecerá válido?
Factibilidad	¿Se puede construir el indicador a partir de los actuales sistemas de información?
Sensibilidad a los cambios en la calidad de la atención	¿Si cambia el indicador, se deberá a cambios en la calidad asistencial? ¿Si hay cambios en la calidad asistencial, cambiará el indicador?
Robustez estadística (no sensible a casos raros o extremos)	¿Unos pocos casos con resultados anómalos podrían alterar los valores del indicador?
Necesidad de ajuste por gravedad (severidad)	¿Los médicos/centros que traten a pacientes más graves obtendrán peores resultados en este indicador? ¿Los que trabajen en zonas más envejecidas? ¿Con pacientes de menor nivel educativo o socioeconómico?
Consisteneia frente a la manipulación (intencionada o no)	¿Es fácil de manipular por quienes son evaluados por el indicador? ¿Sensible al menor registro de la información (los que no registran son mejor valorados)?

HBP: hiperplasia benigna de próstata.

Tabla 2 Valoración global de los indicadores

Taller	Indicador	Med	P25	P75
Tratamiento	Alfabloqueante + 5-ARI con síntomas moderados-graves con tamaño prostático > 30g o PSA > 1,5 ng/ml-riesgo de progresión	8	7	9
Diagnóstico	Realización de tacto rectal en la valoración inicial en AP	8	7	8
Resultados	Mantenimiento de la valoración del IPSS	8	7	8
Resultados	Porcentaje de sondaje urgente realizado en urgencias hospitalarias	8	7	8
Diagnóstico	Valoración con el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos	8	6	8
Tratamiento	Alfabloqueante previo a la retirada de sonda indicada por retención aguda de orina	8	6	8
Tratamiento	5-ARI con síntomas y con tamaño prostático > 30g o PSA > 1,5 ng/ml-riesgo de progresión	7	6	8
Tratamiento	Alfabloqueante en HBP con síntomas moderado-grave	7	6	7,75
Resultados	Capacidad resolutive de la AP en el manejo de la HBP	7	4	7,25
Diagnóstico	Anamnesis inicial de pacientes sintomáticos	7	6,75	7
Diagnóstico	Consejo de estilos de vida	7	5	7
Resultados	Tasa poblacional de retención aguda de orina-impacto	6,5	5,5	7
Resultados	Tasa poblacional de cirugía asociada a hiperplasia benigna de próstata	5,5	3,5	7
Diagnóstico	Reducción de pruebas innecesarias en pacientes con HBP y síntomas leves a moderados	5	4	6
Tratamiento	Anticolinérgico adicional a alfabloqueante en caso de síntomas irritativos persistentes	4	2	6

AP: atención primaria; HBP: hiperplasia benigna de próstata; IPSS: International Prostate Symptoms Score; Med: mediana; P: percentil; PSA: antígeno prostático específico; 5-ARI: inhibidores de la 5 alfa-reductasa.

la mediana y los percentiles 25 (P25) y 75 (P75). Dada la estructura de los rangos de puntuación, se había previsto una clasificación en alta relevancia (puntuaciones entre 7 y 9), relevancia media (puntuaciones entre 4 y 6) y baja relevancia (puntuaciones entre 1 y 3). Para la representación multidimensional de las valoraciones obtenidas por los indicadores evaluados se elaboraron gráficas de tipo radial que ofrecen una imagen casi en «estrella» (salvo por la valoración inversa de la dimensión sobre el impacto presupuestario) y permiten su comparación —ya sea de conjunto o dimensión a dimensión— de una forma muy visual. Cada eje de la gráfica corresponde a una dimensión sobre la que se representa la mediana de las valoraciones de los panelistas. La mejor puntuación posible sería el 9 excepto para la dimensión de «impacto presupuestario», que sería el 1.

Resultados

La edad media de los panelistas fue de 47,9 años (un 15% tenía menos de 40 años) y el 36,9% eran mujeres. El 73,7% de los panelistas eran médicos/as y el resto enfermeros/as y un trabajador social. El 70,3% ejercía en el ámbito de la AP, el 25% eran responsables clínicos (coordinadores de AP, jefes de servicio) y el 8% ejercía tareas de gestión de centros.

Once de los 15 indicadores (tabla 2) obtuvieron puntuaciones globales en el rango predefinido como de alta relevancia (≥ 7), mientras que los otros 4 se situaron en el rango de relevancia intermedia (4-6). Los indicadores de tratamiento «*alfabloqueante + 5-ARI con síntomas moderados-graves con tamaño prostático > 30g o antígeno prostático específico > 1,5 ng/ml-riesgo de progresión*», «*mantenimiento de la valoración del International Prostate Symptoms Score (IPSS)*», «*realización de tacto rectal en la*

valoración inicial en AP», «*porcentaje de sondaje urgente realizado en urgencias hospitalarias*», «*alfabloqueante previo a la retirada de sonda indicada por retención aguda de orina*» y «*valoración con el IPSS*» obtuvieron las mayores puntuaciones medianas y un alto grado de consenso (amplitud intercuartil de 1 o 2 puntos).

En las figuras 1-3 se muestran las puntuaciones medianas obtenidas por los 15 indicadores en la valoración de sus dimensiones. Respecto a los indicadores de exploración y diagnóstico (fig. 1) los indicadores de tacto rectal y valoración con IPSS reciben en conjunto las puntuaciones

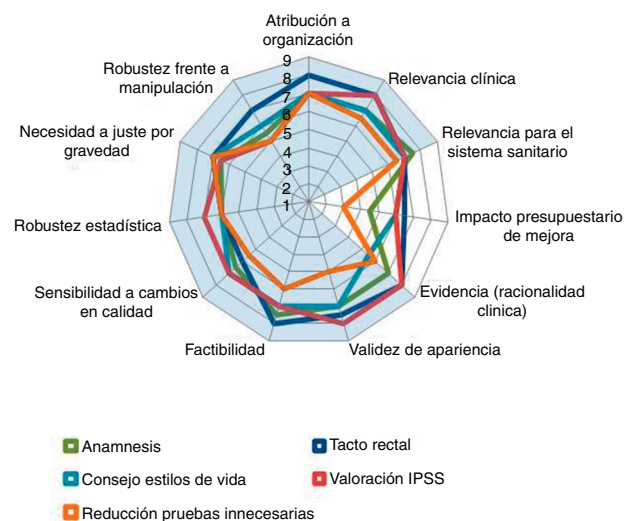


Figura 1 Puntuaciones medianas obtenidas por los 5 indicadores del taller 1 (exploración y diagnóstico) en la valoración de sus dimensiones.

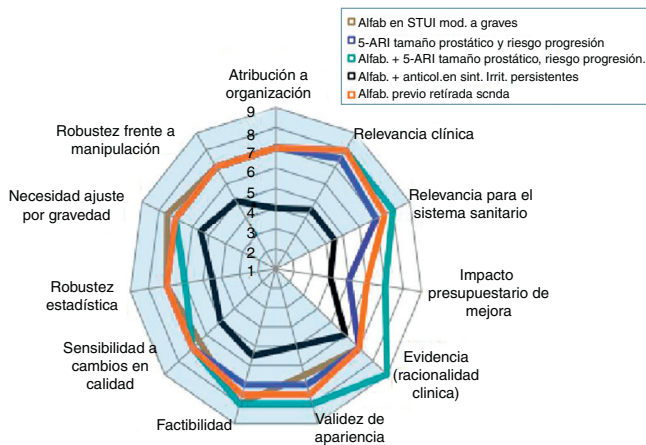


Figura 2 Puntuaciones medianas obtenidas por los 5 indicadores del taller 2 (tratamiento farmacológico) en la valoración de sus dimensiones.

más altas del conjunto de indicadores de exploración y diagnóstico, con una mediana en 8 en varias dimensiones, aunque el impacto presupuestario de su mejora se considera importante. Los indicadores de *anamnesis de pacientes sintomáticos* y de *consejos de estilos de vida* obtienen puntuaciones elevadas en varias dimensiones, aunque este último baja en valoración en impacto presupuestario y ambos en robustez frente a la manipulación. El *indicador de reducción de pruebas innecesarias* es objeto de una valoración menos positiva en cuanto a su factibilidad, consistencia, validez de apariencia o sensibilidad, aunque es el mejor valorado en la dimensión de impacto presupuestario.

En cuanto a los indicadores de tratamiento (fig. 2), destaca el de tratamiento combinado con alfabloqueante y 5-ARI en pacientes con tamaño prostático elevado, riesgo de progresión y síntomas moderados a graves, con mediana de 9 en respaldo de evidencia clínica, y medianas de 8 en relevancia para el sistema sanitario, la factibilidad y la validez de apariencia. En cambio, es el indicador de tratamiento cuya mejora se asocia a un mayor impacto presupuestario. En el extremo contrario, el indicador de combinación de

alfabloqueante y anticolinérgico en caso de síntomas irritativos persistentes obtiene valoraciones con mediana inferior a 6 en todos los casos, e inferior a 5 en cuanto a relevancia clínica y para el sistema, atribución a la organización o en sensibilidad a cambios en calidad. Esta pobre valoración multidimensional coincide con la valoración global que se hace del mismo, situándolo con el peor valorado del conjunto propuesto.

Entre los indicadores de adecuación y resultado (fig. 3) destaca el relativo al *porcentaje de sondaje urgente tras retención aguda de orina realizado en urgencia hospitalarias*, con medianas entre 7 y 8 en todas las dimensiones. El *mantenimiento de la valoración en el IPSS* también obtiene puntuaciones elevadas en dimensiones como su validez de apariencia, evidencia clínica que lo sustenta o su relevancia clínica y para el sistema sanitario, si bien se considera menos consistente frente a su posible manipulación. El indicador de *reducción de la tasa ajustada de retención aguda de orina* obtiene valoraciones elevadas en cuanto a relevancia clínica, sensibilidad a cambios en calidad, consistencia frente a manipulación o en impacto asociado a su mejora (es el indicador mejor valorado en este apartado), en contraste con peores puntuaciones en cuanto a racionalidad clínica, validez de apariencia o atribución a la organización. El indicador de *capacidad resolutive en AP* obtiene valoraciones altas en relevancia para el sistema sanitario o en factibilidad, si bien es peor valorado en cuanto a su consistencia frente a la manipulación o su validez de apariencia. Finalmente, la *tasa ajustada de cirugía secundaria a HBP*, obtiene las valoraciones menos positivas del conjunto, tan solo destacando en cuanto a la atribución a la organización, mientras que puntúa bajo en la mayor parte de las dimensiones, especialmente en cuanto al impacto presupuestario asociado a su mejora.

Discusión, utilidad y limitaciones

La mejora de la calidad asistencial es una de las líneas estratégicas más importantes de las organizaciones sanitarias. Para identificar los problemas de calidad, valorar su importancia y orientar las acciones de mejora se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante instrumentos fiables que permitan su monitorización. Los indicadores de calidad son, en esencia, criterios de evaluación aplicados a un conjunto de organizaciones sanitarias, centros sanitarios o profesionales individuales y su utilidad básica es proveer información útil para informar la toma de decisiones. A diferencia de otras enfermedades crónicas, la literatura sobre indicadores para en HBP/STUI es mínima y en buena parte centrada sobre la derivación desde AP a la consulta de urología^{10,16,17}. En este sentido, la principal aportación de este trabajo es que ha permitido obtener un listado priorizado de indicadores de manejo del STUI, e identificado sus principales fortalezas y debilidades en diferentes dimensiones, una información útil para su selección e incorporación a los sistemas de información rutinarios del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, los panelistas valoraron positivamente hasta 11 de los 15 indicadores propuestos, incluyendo aspectos de exploración y diagnóstico que apuntan una sistematización y mejora del proceso de detección de pacientes con HBP, de estrategias terapéuticas de elección para el

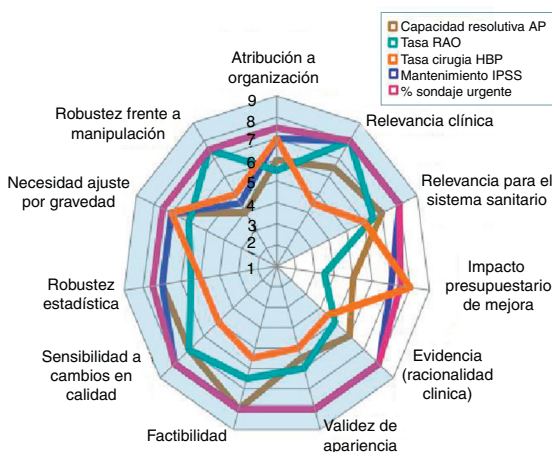


Figura 3 Puntuaciones medianas obtenidas por los 5 indicadores del taller 3 (adecuación y resultados) en la valoración de sus dimensiones.

panel, así como posibles indicadores de resultados de relevancia para el sistema sanitario. Igualmente, la valoración de los panelistas configura el IPSS como un elemento esencial en el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes, en la toma de algunas decisiones terapéuticas y, también, como un indicador de resultado de la calidad de la atención o, en otros términos, del impacto de la asistencia prestada sobre la calidad de vida del paciente. Se trata de un aspecto importante porque difícilmente se podrá construir un conjunto de indicadores de calidad de la atención a la HBP/STUI sin incorporar esta escala a la atención rutinaria de los pacientes, incluyendo su inclusión en la historia clínica electrónica.

Hay que señalar que, aunque los indicadores de base poblacional (tasa de retención aguda de orina y tasa de cirugía asociada a HBP) obtuvieron puntuaciones moderadas, quizás por el perfil eminentemente clínico del panel, esto no supone su descarte como indicadores, dado su potencial interés para la AVS desde un punto de vista de gestión poblacional y de análisis de la variabilidad entre territorios, sean Departamentos o Zonas Básicas de Salud. No obstante, debería tenerse en cuenta que el panel parece situarlos como indicadores de difícil interpretación por quienes atienden diariamente a los pacientes. En sentido contrario, los indicadores farmacológicos de proceso (combinación de alfabloqueante y 5-ARI en los pacientes con mayor riesgo y profilaxis con alfabloqueante previo a la retirada de sonda por retención aguda de orina), previsiblemente con mayor evidencia por disponer de ensayos clínicos, son los mejor valorados por los panelistas.

Entre las limitaciones de este estudio, hay que citar, en primer lugar, las asociadas a la metodología empleada. Los resultados obtenidos no se basan directamente en evidencias aportadas por la investigación sino en el consenso de expertos. Aunque los expertos pueden haber incorporado parte de la evidencia disponible a sus propios juicios, los resultados obtenidos no tienen la validez de las evidencias directas. En segundo lugar, y ante la ausencia de literatura sobre indicadores de HBP/STUI, la propuesta inicial de indicadores por el Grupo Coordinador se basó sobre todo en la traducción de las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica (GPC) más habituales a formato de indicador. Mientras que las GPC son recomendaciones para la toma de decisiones sobre pacientes individuales, los indicadores de calidad se aplican a las organizaciones o centros sanitarios y pueden modularse para orientar la organización hacia objetivos concretos o hacia pacientes de mayor riesgo o grupos más vulnerables. Esto podría llevar a modificaciones en los indicadores indicados que no implican cambios en la GPC (en las decisiones que deben tomar los clínicos en su práctica diaria), sino la señalización de los aspectos que la organización más valora.

En todo caso, y a pesar de las limitaciones inherentes a la metodología y al relativamente escaso desarrollo conceptual de los indicadores antes de su presentación para su valoración por los panelistas, los indicadores aportados son una pieza clave en la definición y la operatividad del conjunto de indicadores de calidad en el manejo de la HBP que adopte la AVS para mejorar la práctica clínica y de gestión en este ámbito. En definitiva, el trabajo de los paneles aporta información inédita sobre el desarrollo local de indicadores de gestión en HBP, recoge con cierta formalización las opiniones expertas de aquellos que están siendo artífices de la

capacitación de los profesionales en el manejo integral de la afección y ofrece, con cierta dosis de consenso pero también con elementos para la discusión y la profundización, un primer conjunto de indicadores sobre el que seguir trabajando en la línea comentada con anterioridad, aspectos esenciales para disponer de un conjunto de indicadores de calidad asistencial en HBP/STUI en la AVS.

Financiación

La jornada de expertos fue financiada por el Convenio de colaboración entre la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y GlaxoSmithKline S.A., para investigación y formación en hiperplasia benigna de próstata.

Otra información relevante sobre el trabajo

Los resultados derivan de la realización de una jornada de expertos, que fue objeto de una publicación institucional.

Lo conocido sobre el tema

- La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es, en varones, la enfermedad urológica más frecuente y la primera causa de consulta ambulatoria al especialista.
- La prevalencia en España, para los varones de 40 y más años, se ha estimado entre el 12 y el 17%.
- Adicionalmente, supone un importante consumo de recursos sanitarios y es esperable que su impacto económico crezca con el envejecimiento poblacional.

Qué aporta este estudio

- La discusión de expertos en torno a la priorización de indicadores de calidad permite identificar las fortalezas y debilidades de los mismos.
- Los resultados confirman el IPSS como un elemento importante en el diagnóstico pero también como un indicador de impacto del manejo de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente.
- La estrategia de combinación de alfabloqueante y 5-ARI en los pacientes con mayor riesgo, o la adecuación de profilaxis con alfabloqueante previo a la retirada de sonda por retención aguda de orina son opciones terapéuticas muy bien valoradas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Aníbal García-Sempere y Rosario Alfonso-Gil su contribución para el desarrollo de las jornadas, así como a los 40 panelistas que participaron en la valoración de los indicadores.

Anexo 1. Grupo de trabajo del Programa de Formación e Investigación en Hiperplasia Benigna de próstata de la Comunidad Valenciana

Gregorio Gómez Soriano, Manuel Yarza Cañellas (Conselleria de Sanitat, Agencia Valenciana de Salud), Jorge Navarro Pérez (Centro de salud Salvador Pau, Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia), Francisco Brotons Muntó (Centro de Salud de Carinyena, Departamento de La Plana, Agencia Valenciana de Salud, Valencia), Emilio López Alcina, Arcadio Real Romaguera, Rafael Micó Pérez (Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia), Asunción Iturralde Lloret, Ricardo Lequerica Llopis y Feliciano Mottilla López (Departamento salud Valencia-Clinico-Malvarrosa).

Bibliografía

1. Wilt TJ, N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 1-Diagnosis. *BMJ*. 2008;336:146-9.
2. Haltbakk J, Hanestad BR, Hunskaar S. How important are men's lower urinary tract symptoms (LUTS) and their impact on the quality of life (QOL)? *Qual Life Res*. 2005;14:1733-41.
3. Emberton M, Cornel EB, Bassi PF, Fourcade RO, Gómez JM, Castro R. Benign prostatic hyperplasia as a progressive disease: A guide to the risk factors and options for medical management. *Int J Clin Pract*. 2008;62:1076-86.
4. Brenes FJ, Pérez N, Pimienta M, Dios JM. Hiperplasia benigna de próstata. Abordaje por el médico de Atención Primaria. *SEMER-GEN*. 2007;33:529-39.
5. Chicharro JA, Burgos R. Epidemiología de la hiperplasia benigna de próstata. *Medicine*. 1997;7:3-8.
6. Fernández Pérez C, Moreno Sierra J, Cano Escudero S, Fuentes Ferrer ME, Bocardo Fajardo G, Silmi Moyano A. Prevalence of lower urinary tract symptoms related with benign prostatic hyperplasia. Study of 1804 men aged 40 or older in Madrid. *Actas Urol Esp*. 2009;33:43-51.
7. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, LeBlanc K, Piantentini A, Stewart WF, et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology*. 2003;61:1123-8.
8. van Exel NJ, Koopmanschap MA, McDonnell J, Chapple CR, Berges R, Rutten FF, et al. Medical consumption and costs during a one-year follow-up of patients with LUTS suggestive of BPH in six european countries: report of the TRIUMPH study. *Eur Urol*. 2006;49:92-102.
9. Institute of Medicine. Country-level decision making for control of chronic diseases: Workshop summary. Washington DC: The National Academies Press; 2012.
10. Molero JM, Pérez Morales D, Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido E, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:36-46.
11. Cózar JM, Solsona E, Brenes F, Fernández-Pro A, León F, Molero JM, et al. Manejo asistencial del paciente con hiperplasia benigna de próstata en España. *Actas Urol Esp*. 2011;35:580-8.
12. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Publ Health*. 1972;62:337-42.
13. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1993.
14. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, et al. Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. 1984;74:979-83.
15. Peiró S, Portella E. No todo es acuerdo en el consenso. Limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. *Gac Sanit*. 1993;7:294-300.
16. Saigal CS. Quality indicators for benign prostatic hyperplasia in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55 Suppl 2:S253-7.
17. Elwyn G, Jones S, Edwards P. "Appropriateness of referral to urologists": Can it be defined for symptoms of benign prostatic obstruction and used as a quality measure? *BJU Int*. 1999;83:238-42.