



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS PACIENTES ANTE LA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA Y LA INFLUENCIA DE LA ORIENTACION EDUCATIVA QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE ESTA ENFERMEDAD"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

IVETTE GUADALUPE HUIZAR BALLESTEROS

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. IRIGA PEREZ CABREJA

ASESORA CLINICA: DRA. EVANGELINA GONZALEZ FIGUEROA

Escuela Nacional de

Enfermería y Obstetricia

MEXICO, D. F.
Coordinación de
Servicio Social

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Paginación Discontinua

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS
PACIENTES ANTE LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA
BENIGNA Y LA INFLUENCIA DE LA ORIENTACIÓN
EDUCATIVA QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA ANTE ESTA ENFERMEDAD"**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
IVETTE GUADALUPE HUIZAR BALLESTEROS**

Directora de tesis:  Mtra. Iníga Pérez-Cabrera

Asesora Clínica: Dra. Evangelina González Figueroa

MÉXICO, D. F.

2002

Agradecimientos

- *Al la Maestra Triga Pérez Cabrera por la dirección para la realización de este trabajo.*
- *A la Dra. Evangelina González Figueroa*
- *A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México*
- *Principalmente a la Coordinación de Salud Comunitaria, al área de apoyo técnico y referencia epidemiológica*

Dedicatoria

*A mis padres y a mi hermano, ya que sin su apoyo no hubiera
podido alcanzar mis metas.*

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación	2
1.2. Planteamiento del problema	3
1.3. Objetivos	4
1.4. Hipótesis	
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Hipertrofia Prostática Benigna	5
2.1.1 Epidemiología	
2.1.2 Etiología	
2.1.3 Cuadro clínico	6
2.1.4 Síntomas no relacionados con vías urinarias	
2.1.5.Fisiopatología de los signos y síntomas	
2.1.6.Complicaciones pretratamiento	
2.2.Diagnostico clinico	7
2.2.1Datos radiográficos	8
2.2.2Diagnóstico diferencial	9
2.2.3Tratamientos	10
2.3.1 Tratamiento farmacológico	
2.3.2.Tratamiento Hormonal	
2.3.3.Tratamientos quirúrgicos	10
2.3.4.Asociación con complicaciones	12
2.3.5 Secuelas postoperatorias	13
2.3.5.Diagnósticos de enfermería de las complicaciones en los pacientes post operados	14
2.3.6 Estudios actuales	17
2.4 El L.E.O en la evaluación psicosocial del paciente	25
2.4.1Factores que influyen en el estado de salud, en las creencias, percepción y prácticas saludables de la H.P.B	26
III. MATERIAL Y MÉTODOS	32
3.1. Diseño de investigación	
3.2. Ubicación del espacio temporal	
3.3. Variables de estudio	33
3.4.Plan general	37
3.5. Factibilidad y aspectos éticos	
3.6 Plan de análisis	

IV. RESULTADOS	
4.1. Análisis e interpretación de los resultados	39
4.2. Comprobación de hipótesis	50
4.3. Discusión	
V. CONCLUSIONES	50
VI. PROPUESTA	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	57
• Cuestionario	58
• Cuadros	82
• Gráficas	103

I. INTRODUCCIÓN

Entre los numerosos los factores a considerar en el proceso salud-enfermedad, destacan los relacionados con la cultura, la vivienda, las características de la familia y la organización social. De los factores mencionados, los culturales son los que favorecen y obstaculizan la labor de la enfermera en la acción educativa. Ciertamente los Licenciados en Enfermería y Obstetricia siempre tendrán la posibilidad de enfocar su acción educativa y preventiva hacia aquellos que influyen negativamente en la salud y el bienestar de la familia.

El proceso educativo incluye: la información, la motivación y la educación propiamente dicha; éste último implica el cambio de conducta del individuo hacia su propia salud. Sin embargo; existen obstáculos para la educación en salud como el poco interés de la gente por conservar su salud o el temor a la enfermedad para la educación en salud. Recuperar la salud solo les interesa a las personas cuando les impide trabajar o conseguir las metas que se han propuesto en tanto cuando pueden realizar las actividades cotidianas sin alterar su nivel de vida hacen caso omiso de las medidas de prevención para preservar la salud.

La creencia de que es mejor ignorar que saber los riesgos, se confirma cuando comentan; Si tengo algo malo, prefiero no saberlo y por esa ilógica actitud ignoran las indicaciones que se les hacen para atender oportunamente su salud. En el caso de los hombres, los prejuicios culturales son un serio obstáculo en la detección de problemas de salud como es la hipertrofia prostática benigna, su fuerza es tan grande que impide toda penetración educativa con relación a la detección oportuna y el diagnóstico precoz

La Hipertrofia Prostática Benigna es uno de los grandes problemas de salud pública, que afectan a un gran número de hombres en nuestro país, por tal motivo es importante evaluar el conocimiento que se tiene de esta patología, así como detectar en que medida influyen las creencias, las actitudes y las prácticas relacionadas con esta enfermedad; así mismo conocer si la orientación educativa que brinda el personal de salud en específico de enfermería, incide en la detección temprana de este padecimiento.

La educación para la salud que incluye la transmisión de información de todo lo que se conoce dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva es el denominador común de todas las actividades de salud pública y en el caso de la enfermería comprende el campo de acción a través de la función docente que le compete.

El trabajo incluye los siguientes apartados:

Dentro del primer capítulo, el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y la hipótesis.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico en donde se aborda acerca de la fisiopatología del padecimiento, la participación de la enfermera en las medidas de diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico a través del proceso de atención de enfermería postoperatorio, también se incluyen los avances actuales de esta enfermedad y se completa este apartado con la participación de enfermería en el 1er nivel de atención las variables

que influyen en el estado de salud, en las creencias y en las practicas saludables que sustentan este trabajo.

El tercer capitulo está conformado por la metodología del trabajo que incluye el material y métodos que se utilizaron, el plan general y la factibilidad del estudio y lo que es propiamente el plan de Análisis

El cuarto capitulo incluye el análisis de resultados y la comprobación de hipótesis.

El quinto capitulo está conformado por las conclusiones y propuestas.

1.1 Justificación

La hipertrofia prostática es uno de los padecimientos más frecuentes en la consulta urológica, se estima que la mitad de los hombres de 50 años lo padecen y más del 75% hacia los 80 años.

En la práctica profesional de enfermería se ha encontrado una deficiente orientación educativa a todos los varones acerca de esta enfermedad, ya que en nuestra cultura impera gran prejuicio acerca de los métodos de exploración y creen que pueden perder su identidad de género por lo que no permiten que se les realice la exploración rectal diagnóstica, lo que aunado a la falta de conocimientos; la hipertrofia Prostática benigna se constituye como un problema de salud pública difícil de resolver.

Con este panorama epidemiológico, surge el interés de identificar el nivel de conocimientos que tienen los varones que asisten a las unidades médicas sobre la hipertrofia prostática benigna, así como el impacto de los profesionales de enfermería como educadores de salud evaluando la influencia de la información ante las creencias para la detección oportuna de este problema

Para el profesional de enfermería constituye un reto lograr el avance en el conocimiento de la H.P.B. en la población en riesgo de modo que permita que la práctica de las medidas de detección oportuna pueda ser aceptadas, así como las de promoción educativa, para conseguir la parte indispensable de la participación de los pacientes en la detección oportuna.

1.2 Descripción del problema.

El Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 menciona que el grupo de edad del adulto mayor utiliza los servicios de salud con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población y los servicios que requiere son muy costosos

La población mexicana vive en un proceso acelerado de envejecimiento que trae cambios en las relaciones sociales, incremento en la demanda de servicios de salud y las pensiones y los requerimientos asistenciales. Dentro de este contexto podemos hablar de la H.P.B enfermedad muy frecuente en los hombres de este grupo de edad.

La hiperplasia prostática benigna (HPB) no tiene una causa perfectamente establecida relacionada con el desarrollo de esta, su diagnóstico se realiza en forma inoportuna y es frecuente que se confunda con otros padecimientos del tracto urinario.

La participación de enfermería es precisamente la prevención a través del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, disminuir las complicaciones, ya que al ser atendidos cuando los síntomas son insoportables requieren soluciones como la cirugía, los gastos son mayores y además de estresar al paciente y a la familia, muchas veces los pacientes quedan con secuelas que condicionan su estado a una situación igual o peor que antes de la cirugía. Sin embargo, una de las posibles barreras que existen para que la población acuda a una detección temprana, es la poca importancia y el desconocimiento sobre los diversos factores de riesgo que pueden incrementar el desarrollo de la H.P.B , aunado a las creencias que sobre el ser “macho” tienen.

En el caso de la Hipertrofia Prostática Benigna, sólo hasta que los síntomas de obstrucción urinaria se agudizan, es cuando acuden a recibir ayuda. Una de las principales causas de esto es la falta de conocimientos o las creencias acerca de la “violación” que sufren al ser explorados.

Es por esta razón, es necesario conocer el grado de conocimiento que tiene la población masculina sobre esta enfermedad tan frecuentes, para intervenir con acciones encaminadas a la promoción de la salud, la detección temprana, sino además del tratamiento oportuno. Para lograr lo anterior se requiere hacer énfasis en la educación que tiene la población masculina sobre este padecimiento que afecta a esta población.

Ante todo este panorama, surgen los siguientes planteamientos del problema:

¿Cómo influye la edad, el nivel socioeconómico, las actitudes, creencias y las prácticas para la salud de los varones mayores de 40 años de un grupo de casos y controles, en el conocimiento de la H.P.B y que influencia tiene la orientación educativa que brinda el personal de enfermería.

¿Existe diferencia entre el grado de conocimiento que tienen sobre la HPB, entre pacientes con HPB y un grupo control?

¿El nivel socioeconómico y las creencias de los varones mayores de 40 años influyen en la detección oportuna de la HPB?

¿En que medida la y educación para la salud que imparte el personal de salud es un factor que interviene en el conocimiento de las medidas de prevención de la HPB?

1.3 Objetivo General

- Identificar los conocimientos, actitudes, prácticas, nivel socioeconómico y creencias, ante la hipertrofia prostática benigna y la influencia de la orientación educativa que proporciona el personal de enfermería ante esta enfermedad.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimientos de la HPB en la población derechohabiente del IMSS.
- Determinar si el nivel educativo es un factor que interviene en el conocimiento de esta enfermedad.
- Determinar si la edad es un factor que interviene en el conocimiento de esta enfermedad.
- Determinar si el nivel socioeconómico es un factor que interviene en el conocimiento de esta enfermedad.
- Determinar si el personal sanitario es un factor que interviene en el conocimiento de esta enfermedad.
- Determinar que creencias tienen y como influyen en la detección oportuna de esta enfermedad.
- Determinar que factores intervienen (culturales, religiosos, entre otros) en la detección oportuna de esta enfermedad.
- Determinar la diferencia que existe en un grupo control de casos y controles en relación con el índice de signos y síntomas de la AAU.

1.4. Hipótesis

El nivel socioeconómico, las actitudes, las creencias y las prácticas para la salud de los varones mayores de 40 años influye en el conocimiento sobre la hipertrofia prostática benigna tanto en los casos como en los controles y en la coparticipación de las medidas de prevención que imparte el personal de enfermería.

Hipótesis Específicas

- A menor nivel educativo interviene en un menor conocimiento de esta enfermedad.
- La mayor edad interviene en el conocimiento de esta enfermedad.
- El nivel socioeconómico bajo interviene en el conocimiento de esta enfermedad.
- El personal de enfermería es un factor que interviene en el conocimiento de esta enfermedad.
- Las creencias, actitudes y prácticas intervienen en la detección oportuna de esta enfermedad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La hipertrofia prostática se define como el engrasamiento no maligno de la glándula prostática, la H.P.B se produce por el crecimiento de la próstata, que ocurre cuando los hombres envejecen; benigna significa que el crecimiento no es canceroso. También se le define como, un engrosamiento no maligno de la glándula prostática; aparece cuando el número de células de la próstata aumenta y ocurre frecuentemente después de los 50 años de edad.

2.1.1 Epidemiología

La hipertrofia prostática es el tumor más frecuente en el hombre y el padecimiento quirúrgico que más se realiza en urología. Se calcula que entre la quinta y la tercera parte de los hombres mayores de 50 años padecerá esta enfermedad¹ (2)

Birkhoff ha estimado que el 25% de los varones de 50 o más años de edad deberán ser sometidos finalmente a una prostatectomía a causa de una obstrucción en la eliminación de la orina

Considerando que actualmente en el IMSS, el número de derechohabientes del sexo masculino de 45 años y más, es de 3'122, 861, que corresponde al 11.185% de la población usuaria y el 5.69% corresponde a varones de más de 60 años podemos considerar a la H.P.B como un problema de salud pública. ² Estudios realizados en necropsias de varones revelan que la incidencia en mayores de 50 años es del 50% y se eleva a 75% en mayores de 80.

En México, en 1996 la cirugía prostática representó el 1er. lugar de intervenciones en el Centro Médico La Raza con 250 operaciones. (2) Esto equivale al 26.21% de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en ése hospital. La HPB ha ocupado el 3er. lugar de causa de visita médica con 424 en el 1er. Cuatrimestre de ese año..

Se estima que después de los 80 años su frecuencia es de mas del 80% y se espera que el 25% de los varones deberán someterse a algún tipo de tratamiento para resolver el problema obstructivo

2.1.2 Etiología

En la producción de la hipertrofia prostática benigna, tres teorías tienen más fundamento:

¹ Azcarraga G. *Urología*, 3ra ed. Méndez, Editores; México; 1996 pp 256 - 257.

² Garzón Rincón, Gallardo Ma, *Gerontología y Geriatria*, IMSS, Año 2, segundo trimestre del 2000, pp.: 34 - 38.

La primera teoría acepta la proliferación de las células de la zona de transición, debido a una tendencia especial de estas células para reproducirse y dar origen a otra serie de células con diferencias morfológicas y funcionales entre las que se producen algunas con características clonales, pero que tienen tendencia a reproducirse. Se dice que la testosterona contribuye a la multiplicación de estas células y a su transformación de una serie en otra, el resultado de esta elevada multiplicación celular es el crecimiento del volumen de la próstata

La segunda teoría, menciona una interacción entre las células del estroma y las del epitelio glandular y considera que el epitelio se hipertrofia por la estimulación que se origina en las células mesenquimatosas. Se piensa que esto simula una reactivación del mecanismo embrionario del desarrollo de la próstata.

La tercera es la teoría hormonal, se fundamenta en las antiguas observaciones de que los castrados no desarrollan hiperplasia prostática y que la supresión de andrógenos en experimentos de laboratorio ha conseguido la disminución del tamaño de la próstata. Estas observaciones llegan a la conclusión de que la hiperplasia prostática obedece a la acción de la testosterona convertida en dihidrotestosterona.³

2.1.3 Cuadro clínico

Cuando el engrosamiento prostático comprime la uretra aparecen los signos y síntomas de la H.P.B. El conjunto de estos síntomas se llama prostatismo y los síntomas se pueden dividir en obstructivos e irritativos.

Los obstructivos son: deseo frecuente de orinar, chorro de orina disminuido, esfuerzo durante la micción, sensación de vaciamiento incompleto y Goteo post miccional.⁴

Los irritativos son: Polaquiuria, Nicturia, Urgencia, Hematuria, Tenesmo, Disuria.

Los enfermos de hiperplasia pueden presentar algunos de estos síntomas en los que pueden predominar los obstructivos o irritativos, lo que va a depender del grado de obstrucción y sitio de crecimiento prostático y si provoca principalmente obstrucción o secuelas en órganos vecinos como vejiga, o uretra incluyendo infección.

2.1.4 Fisiopatología de los signos y síntomas

Los síntomas dependen del grado obstructivo que provoque la próstata y de las secuelas que esta produce en la uretra, vejiga y tracto urinario alto. Los síntomas se clasifican en dos grupos: Obstructivos e irritativos.

• Obstructivos

*La disminución en la fuerza y calibre del chorro de orina; debida a compresión uretral es una característica temprana y constante de la hipertrofia prostática.

³ Azcarraga, Opus Cit, pp.257.

⁴ Ibidem. Pág. 258.

*La disminución en la fuerza y calibre del chorro de orina; debida a compresión uretral es una característica temprana y constante de la hipertrofia prostática.

*Retardo en la iniciación de la micción; el retardo ocurre porque el constrictor invierte mas tiempo en generar el incremento inicial de presión necesario para vencer la resistencia uretral.

*La intermitencia: Ocurre debido a que el músculo constrictor es incapaz de sostener la presión hasta el final de la micción.

*Goteo postmiccional y retención parcial o total: Por la misma razón hay goteo terminal y vaciamiento incompleto, pero también puede ser por tejido prostático obstruido a nivel del cuello vesical.

• Irritativos

*Polaquiuria: Son más pronunciados en la noche porque disminuye la inhibición cortical normal y también el tono normal de la uretra y del esfínter se reduce durante el sueño.

*Nicturia y urgencia urinaria: Aparece por varias razones:

- 1.- El vaciamiento incompleto en cada micción da como resultado intervalos más breves entre ellas
- 2.- La presencia de una próstata agrandada provoca la respuesta de vaciamiento en la vejiga con mayor frecuencia en individuos normales especialmente si el crecimiento prostático es hacia el interior de la vejiga y compromete su volumen.

Otros factores como aumento de la excitabilidad del constrictor hipertrofiado, incluso con cambios mínimos de volumen e irritabilidad de la vejiga.

*Urgencia y disuria: Son poco comunes pero pueden obedecer a varios factores, estos incluyen incapacidad para vaciar la vejiga a pesar del aumento en la presión del constrictor, inestabilidad del constrictor porque sus contracciones no se coordinan en la relajación esfinteriana, así como la presencia de infecciones y cálculos secundarios a la estasis urinaria.⁵

2.2 Diagnóstico clínico

Se basa en la Historia Clínica donde se evalúa el tipo e intensidad de los síntomas y se puede utilizar el índice de síntomas aprobados por la AAU. Para la exploración física, se debe tener prioridad en el examen de riñones, vejiga, pene, contenido del escroto y en la palpación se busca distensión vesical.

⁵Smith Frank Opus Cit, pp. 404

El tacto rectal, se efectúa con la finalidad de determinar el tamaño de la próstata y buscar induraciones, la próstata agrandada presenta superficie mucosa lisa. A veces el tacto rectal llega a ser engañoso ya que una gran parte del crecimiento puede alojarse dentro de la vejiga.

La concentración del Antígeno Prostático Específico (APE), es un indicador de afecciones prostáticas y de su gravedad aunque no siempre permite diferenciar entre un padecimiento benigno o maligno.

Si no se sabe con certeza el tamaño de la próstata entre otros estudios se llevan a cabo la medición de orina residual por medio de ultrasonografía para determinar que tan bien se vacía la vejiga.⁶

2.2.1 Datos radiográficos:

Los estudios radiográficos comunes utilizados en pacientes en los que se sospecha HPB son:⁰

1. Placa simple de abdomen: En la que se ve la situación del aparato urinario en abdomen
2. Pielografía intravenosa (IVP)
3. Urografía excretora: Esta nos da información sobre estructura y función de vías urinarias
4. Ultrasonografía: La situación del volumen de la próstata y de la vejiga tiene una precisión del 80 a 87%, para evaluar con exactitud el tamaño de la próstata, se deben efectuar mediciones precisas en 3 dimensiones, anteroposterior, coronal y sagital.
5. Uretrocistoscopia: Esta indicado en hombres con antecedentes de hematuria, estenosis, lesión uretral o cirugía previa de vías urinarias bajas.

Cuando se determina la necesidad de cirugía, la cistoscopia es útil para diversos motivos, deben localizarse los orificios uretrales para prevenir lesiones inadvertidas y divertículos vesicales además de que aporta una idea de la recuperación posoperatoria.⁷

Flujometría urinaria y orina residual. Entre los signos objetivos de HPB se encuentran, reducción de la velocidad del flujo de orina, demostración del crecimiento prostático y orina residual abundante. La velocidad del flujo de orina está regida por varios factores incluyendo fuerza contráctil del constricto, presión transvesical y resistencia uretral.

Para obtener un flujo urinario representativo el paciente debe expulsar cuando menos 125 a 150 ml de orina. La velocidad debe determinarse como mínimo en dos ocasiones diferentes,

⁶Carballido Opus Cit pp. 1300 - 1301

⁷Smith Frank, Opus Cit, pp.410.

Con volúmenes muy bajos la velocidad no es representativa ya que la vejiga no genera presiones adecuadas.

Los pacientes con obstrucción leve tienen una velocidad de flujo 1 a 2 desviaciones estándar por debajo de lo normal; las variaciones van de 6 a 8 ml para la velocidad promedio y de 11 a 15 ml para la velocidad máxima con obstrucción grave hay un descenso más importante de la velocidad.

2.2.2 Diagnóstico diferencial

Los síntomas de obstrucción del cuello vesical similares a los de HPB pueden deberse a disfunción neurovesical, defectos anatómicos y funcionales del cuello vesical y uretra proximal, prostatitis aguda y crónica y constricción uretral. Entre las disfunciones neurovesicales, la vejiga neuropática puede producir contractura del músculo constrictor con escaso flujo de orina y orina residual abundante. La vejiga neuropática puede ser secundaria a trastornos neurológicos, neuropatía periférica, diabetes, alcoholismo y otros trastornos musculares y también al resultado del uso de medicamentos (tranquilizantes, bloqueadores ganglionares y parasimpaticolíticos).

Pacientes con contractura del cuello vesical y constricción uretral también pueden presentar síntomas de obstrucción. Sin embargo, en la constricción no se manifiestan los signos y síntomas de orina residual (retardo, nicturia, intermitencia son poco frecuentes). El diagnóstico se confirma con urografía retrograda y cistoscopia.⁸

2.3 Tratamiento

La HPB no siempre es progresiva por tanto, el momento de la intervención varía para cada paciente, depende de la gravedad de los síntomas y presencia de complicaciones. Entre las indicaciones absolutas para el tratamiento se incluyen síntomas obstructivos graves, retención urinaria debida a HPB, signos de dilatación de la parte alta de vías urinarias e insuficiencia renal.

Las indicaciones relativas son signos moderados de prostatismo, infección recurrente de vías urinarias y hematuria. Sin embargo, muchos urólogos y pacientes prefieren el tratamiento temprano para aliviar síntomas, mejorar la calidad de vida y evitar las secuelas de una obstrucción prolongada.

El momento para intervenir a estos pacientes es muy variado. Hasta en fechas recientes fue el principal apoyo de tratamiento de HPB. En la actualidad se encuentran bajo estudio múltiples medicamentos, hipotermia, prostactectomía con láser y dispositivos prostáticos. Todavía persiste la incógnita si estos tratamientos son comparables o superiores a la terapia quirúrgica.

2.3.1 Tratamiento farmacológico

⁸ Ibidem, pp 410 -417.

La obstrucción secundaria a HPB se debe a dos factores; un componente dinámico que resulta de la contracción del músculo liso de la próstata y de la uretra prostática, mediada sobre todo por receptores adrenérgicos, un componente mecánico de obstrucción en relación con la presencia de una masa de estroma o tejido acinar hiperplásico que comprime y estrecha la luz uretral.⁹

El razonamiento para usar bloqueadores alfa en el tratamiento de HPB se basa en la observación de que las propiedades contráctiles del músculo liso prostático son mediadas por adrenoreceptores alfa¹ y se ha mostrado que la relación entre estroma y tejido epitelial en próstatas normales es de 2 a 1. El estroma es entonces un componente importante en HPB, dicho estroma está compuesto de músculo y tejido conjuntivo fibroso.

Además la uretra prostática y el cuello de la vejiga también tienen una cantidad importante de músculo liso que participa en la producción de síntomas de HPB.

Los estudios biológicos y funcionales de los tejidos de vías urinarias bajas, demuestran que los receptores están repartidos en toda la vejiga pero predominan en cuello de la vejiga y próstata. Entonces los antagonistas adrenérgicos alfa¹ son ideales para el tratamiento del componente dinámico de la obstrucción en la salida vesical, pues disminuyen de manera selectiva la resistencia en la salida urinaria sin afectar la contractibilidad del constrictor.

Siempre que se evalúan los resultados de un tratamiento médico es importante que se observe que un gran efecto placebo exagera el grado de mejoría de los síntomas.

2.3.2 Tratamiento hormonal

El propósito de la regulación hormonal con el finasteride, es reducir el tamaño de la próstata, al mismo tiempo que se conserva el funcionamiento de la testosterona.

Se ha encontrado de manera consistente que este fármaco es seguro y que provoca efectos secundarios mínimos, pero se requiere de 6 a 12 meses para observar el beneficio óptimo.

No se sabe porque algunos de los hombres responden a este fármaco y otros no, pero algunos expertos especulan que puede ser que otros factores (tal vez no urológicos).¹⁰

2.3.3 Tratamiento quirúrgico

Dentro de las indicaciones para la cirugía están las siguientes infecciones crónicas de las vías urinarias, retención urinaria, hidronefrosis, azoemia o hemorragia excesiva.

⁹ Ibidem, pp.410.

¹⁰ Carballido, Opus Cit 1309.

Los pacientes cuyos síntomas son obstructivos en vez de irritativos suelen estar más satisfechos con los resultados después de la cirugía, mientras que quienes experimentan síntomas irritativos encuentran menos alivio en la cirugía.

Existen varios procedimientos quirúrgicos para extirpar la porción hipertrofiada de la próstata. En todos se extirpa el tejido hiperplásico y se deja la cápsula prostática.¹¹

El método transuretral es cerrado mientras que los otros se consideran abiertos porque se requiere incisión quirúrgica. La selección del procedimiento dependerá del tamaño de la próstata, la localización de la porción hipertrofiada y de la necesidad de realizar cirugía vesical, la edad y situación física del paciente.

2.3.3.1 Extirpación prostática transuretral (PTU)

Se realiza a través de un resestoscopia, instrumento similar al cistoscopio pero con asa cortante. Este se introduce por la uretra, se realiza (PTU) cuando la principal zona de hipertrofia se encuentra en el lóbulo medial de la próstata que rodea directamente la uretra y si la continuidad del tejido que debe extirparse es relativamente pequeño

La resección transuretral es el procedimiento más seguro en pacientes con alto riesgo para la cirugía, por que no se requiere incisión quirúrgica y por lo común la hospitalización y convalecencia son más breves.

La desventaja de este método es que debido a que solo se extraen pequeñas piezas de la glándula, el tejido prostático remanente puede volver a proliferar, lo que da lugar a una obstrucción urinaria recurrente que obliga a ulterior resección transuretral iterativa.

2.3.3.2 Prostatectomía suprapúbica o vesical

Esta se prefiere cuando la próstata es demasiado grande para ser extirpada por vía transuretral o si coexisten anomalías vesicales que puedan tratarse en forma recurrente.

El cirujano realiza una incisión abdominal horizontal baja justo por arriba de las sínfisis del pubis y expone la vejiga. Luego ésta se distiende con líquido y se hace una pequeña incisión en su pared. La glándula prostática se enuclea a través de la cavidad vesical y al mismo tiempo se trata la enfermedad de la vejiga. La posibilidad de tratar los problemas vesicales es la principal ventaja de este método.¹²

La desventaja es que requiere incisión abdominal y vesical además de colocar al paciente una sonda suprapúbica en el postoperatorio, la cirugía es más dolorosa y la convalecencia mas prolongada.

¹¹ Bruner I. *Enfermería Médico Quirúrgica*, Ed. Interamericana, México 1992, 2da edición, pp. 1879 – 1881.

¹² *Ibidem*, 1882 – 1883

2.3.3.3 Prostatectomía retropúbica

Esta cirugía se realiza cuando la próstata es demasiado grande para extirparse por vía transuretral, pero no hay otras alteraciones vesicales identificadas.¹³

2.3.3.4 Prostatectomía con láser

Una alternativa para PTU que emergió hace poco, es la de usar la técnica de láser. Es solo de manera reciente que se desarrollaron fibras con descargas laterales específicas para el tratamiento. Las ventajas de la prostatectomía con láser, sobre la PTU incluyen: sencillez, técnica y falta de complicaciones tales como absorción transoperatoria de líquidos, sangrado, eyaculación retrograda, impotencia e incontinencia. Los pacientes tienen una estancia más corta y una recuperación postoperatoria más rápida.

Balance de riesgo beneficio en el tratamiento quirúrgico de la H.P.B

	RTU	ITP	CA
*Posibilidad de mejoría de los síntomas	75,96%	78 - 83%	94 - 99, 8%
*Porcentaje de reducción en puntuación de síntomas	85	73%	79%
*Morbilidad asociada al Tx.			
*Posibilidad de muerte asociada al Tx	5, 3 - 0,7%	2,2 - 33, 3%	6, 98 - 42, 7%
*Riesgo de incontinencia	0,53 - 3,3%	0, 2- 1, 5%	0,99 - 4, 56%
*Necesidad de reintervención quirúrgica futura.	0,68 - 1,4%	0, 06 - 1, 1%	0, 34 - 0, 74%
*Riesgo de impotencia.	0, 6 - 10,1%	1, 34 - 2, 65%	0, 6 - 14,1%
	3,3 - 44,8%	3, 4 - 24, 5%	4, 7 - 39, 2%

Tomada de Roehrbom CG.

RTU: resección transuretral prostática, ITO : incisión transuretral prostática; CA; cirugía abierta; HPB: hiperplasia prostática benigna

2.3.4 Asociación de complicaciones

Las complicaciones que con más frecuencia se observan en las diferentes investigaciones son: Disfunción sexual, hematuria, retención urinaria e incontinencia.

¹³ Ibidem . 1883.

- **Hemorragia**

Son poco frecuentes la fibrinólisis y la coagulación intra vascular diseminada.

- **Extravasación de orina**

Como resultado de perforación de la vejiga o de la cápsula prostática durante la resección transuretral. Cuando la extravasación se detecta, la operación deberá interrumpirse y se practicará cistostomía suprapúbica y colocación de sonda.

- **Hipervolemia, hiponatremia e intoxicación hídrica:**

Cuando la próstata se reseca, los sinusoides venosos de la cápsula pueden abrirse si la resección es duradera, como es el caso en una glándula grande y vascularizada, el abundante líquido de lavado puede entrar a la circulación general.

Actualmente los hospitales utilizan una solución isotónica (con relación a los eritrocitos) no electrolítica, tal como Glycine o Cytal. Sin embargo si estas soluciones diluyen el comportamiento muscular, aparece hiponatremia e hipervolemia, en consecuencia por ósmosis hay entrada de líquidos a las células, dando como resultado intoxicación hídrica.

En este caso, se harán mediciones de electrolitos en suero para confirmar el diagnóstico, y la administración de líquidos se controla hasta que se instale la diuresis. En los casos graves, se necesita la administración de solución salina hipertónica para corregir osmolaridad.

La administración de 25 gramos de manitol en el inicio de la anestesia, han reducido a un mínimo el problema de la intoxicación hídrica. La diuresis osmótica producida por el manitol también ha disminuido la necesidad posoperatoria de lavado vesical.

- **Septicemia**

Esta es una complicación más tardía, pero la infección de la próstata y de vejiga puede diseminarse a través de los sinusoides venosos. Esta es la razón por la que se utilizan antibióticos en pacientes con infecciones urinarias.

2.3.5 Secuelas posoperatorias:

- **Estrechez uretral**

Esta es la complicación más frecuente después de una prostatectomía (10 a 100) y podría ser evitada mediante una mejor atención por parte del cirujano. Las siguientes medidas pueden reducir la frecuencia de estrechez de uretra; meatotomía, uso de una vaina pequeña en el resectoscopio, uretrotomía perineal, retirar la sonda a los pocos días, y cuidados del meato urinario.

- **Impotencia**

No existe una explicación razonable para la impotencia, posiblemente se debe a lesión nerviosa ocurrida durante la técnica quirúrgica sobre perineo. A menudo los varones de edad madura que presentan impotencia en el posoperatorio han llevado desde antes una vida sexual inadecuada.

- **Infección de vías urinarias**

La infección de vías urinarias aparece antes de la evaluación médica, durante el manejo quirúrgico, o en el posoperatorio, con el uso de sonda vesical a permanencia. Durante este periodo de cicatrización, la hiperactividad o el retraso voluntario de la micción puede producir la liberación de coágulos, dando hematuria como consecuencia, que suele desaparecer espontáneamente.

La desaparición de la infección de vías urinarias no será completa hasta que haya reepitelización y aun cuando no se descubran microorganismos, puede haber piuria.

- **Incontinencia**

En el postoperatorio se presenta cierto grado de incontinencia, durante algunos días. En ocasiones, después de la mejoría de una obstrucción intensa puede haber incontinencia por esfuerzo, debido a la disminución en la resistencia intrauretral en presencia de presión intravesical elevada. Esta complicación puede originarse de enucleación hecha con brusquedad, o a que la resección se haya llevado hasta partes muy distantes. Ningún paciente puede considerarse incontinente antes de seis meses después de cirugía y una vez transcurrido ese tiempo, es menos frecuente observar mejoría.

La imposibilidad para orinar en forma satisfactoria después de retirar la sonda puede ser por atonía vesical (cuando hay descompensación importante, edema posquirúrgico, tejido residual no extirpado o por vejiga neurógena no diagnosticada).

Cuidados de enfermería de los pacientes sometidos a prostatectomía

Los efectos esperados postoperatorios, en los cuales el Lic en Enfermería participa activamente en su evaluación son: Dolor por la incisión quirúrgica, la colocación del catéter y los espasmos vesicales y posibilidad de infección, mal manejo postoperatorio y en la convalecencia. ⁽²¹⁾ Así como el estado emocional y reforzamiento de la autoestima de manera que pueda interesarse en su autocuidado.

- **Alteración del bienestar en relación con dolores de piernas / secundarios a los espasmos vesicales o retención de coágulos**

Por regla general, después de la prostatectomía el paciente reposa en cama durante las 24 hrs. En caso de dolor, debe identificarse causa y sitio. Tal vez, nazca de la incisión o de una excoriación de la piel en el sitio de la sonda, también puede presentarse en el costado,

lo cual denota problema renal, o depender de espasmos vesicales. La irritabilidad de la vejiga puede desencadenar la hemorragia y ocasionar retención de coágulos. Cuando los pacientes experimentan espasmos en la vejiga, pueden notar urgencia para orinar, presión o sensación de llenura de la vejiga y hemorragia de la uretra alrededor de la sonda uretral.

Los medicamentos relajantes del músculo liso ayudan a aliviar los espasmos, que pueden ser intermitentes y graves. Las compresas calientes aplicadas al pubis o los baños de asiento proporcionan alivio sintomático de los espasmos. Antes de administrar el analgésico recetado, se miden los signos vitales, después se revisan sondas de drenaje y se lava el sistema, para corregir cualquier obstrucción que cause molestia, de modo que primero se elimine la causa mecánica y después se aplique el analgésico.

En la Prostatectomía por vía perineal, el urólogo, cambia los apósitos y valora las pérdidas sanguíneas, el primer día del postoperatorio, en lo subsecuente es responsabilidad de la enfermar.

Es importante en esta etapa, evitar la irritación rectal, bien sea por toma de temperatura por esa vía o el uso de sondas o enemas, por el peligro de ocasionar traumatismo y hemorragia en la fosa prostática. Una vez que se quitan los puntos de sutura en el perineo, se mantiene limpia la zona y puede aplicarse la lámpara calórica. También se recurre a sediluvios para acelerar la curación.

- **Alteración de la diuresis relacionado a obstrucción de la sonda debido a coágulos, espasmos vesicales o fragmentos de tejido.**

Para irrigación de la vejiga sólo se usa solución salina normal

Vigilar el color del líquido drenado y según el resultado ajustar la velocidad

Explicar al paciente que debe permanecer en cama, sólo levantarse al baño, sobre todo si la orina es sanguinolenta. Vigilar cada hora, la excreción urinaria buscando datos de obstrucción que puede ser externa (porque el tubo se enrolla o el paciente queda sobre el) o interna (por coágulos o fragmentos de tejido, espasmos vesicales que ocluyen el drenaje de líquido de la vejiga).

Si se obstruye la sonda, apagar el dispositivo de irrigación y hacerlo a mano en una sonda y jeringa de 60 ml para ese fin.

Notificar al médico si la obstrucción no cede después de la irrigación a la mano.

El líquido para irrigación debe ser de solución salina al 0.09, isotónico respecto a la sangre para evitar hemólisis.

- **Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente de los requisitos de líquidos, restricción de actividad, cuidados de la sonda, control urinario, y cuidados de seguimiento.**

Una vez que el enfermo se encuentra en condiciones de mantenerse de pie, se le insta a que camine y evite sentarse durante largo tiempo, porque esto incrementa la presión intraabdominal, y la posibilidad de molestias y hemorragia.

Se procura que la dieta incluya jugo de ciruela o reblandecedores para evitar que el sujeto pujan al evacuar, lo que constituye un riesgo de sangrado. Ante la indicación médica de un enema realice el procedimiento con extrema precaución para evitar la posible perforación del recto generalmente; a los x días, una vez que se drena orina clara y color ámbar sin coágulos, los drenajes se extraen. Las expectativas del paciente de tener control de la micción no se cumple porque con frecuencia se presenta poliuria y disuria, lo que hace que el individuo a menudo muestre signos de desaliento y depresión porque no recupera el control de su vejiga.

Una forma de para recuperar el control de la micción, es por medio de ejercicios como:

1. Tensar los músculos perineales al contraer y acercar los glúteos, conservar dicha posición y relajar. En este ejercicio se repite una de 10 a 20 veces cada hora y puede hacerse sentado o de pie.
2. Tratar de interrumpir el chorro de orina después de comenzada la micción, esperar unos segundos y después reiniciar la emisión. Los ejercicios perineales continúan hasta recuperar el control absoluto de la micción. Es importante señalar al enfermo que expulse la orina en cuanto sienta el deseo de hacerlo. Debe informársele que la recuperación del control vesical es un proceso gradual y que incluso puede continuar el goteo cuando regrese al hogar, si bien disminuye en forma gradual en el curso de un año. La orina quizás este turbia durante varias semanas, pero debe aclararse tan pronto cicatrice la próstata.
3. Mientras cicatriza la fosa prostática (seis a ocho semanas), el individuo no debe hacer esfuerzos tipo Valsalva, como pujar o levantar peso, ya que aumentan la presión venosa y pueden producir hematuria.
4. Tampoco debe hacer largos viajes sentado ni practicar ejercicios agotadores, que pueden agravar la tendencia a sangrar.
5. Es benéfico que sepa que algunos alimentos condimentados, alcohol y café pueden producir molestias.
6. Se le pide que ingiera líquidos en volumen suficiente para evitar la deshidratación, pues esta última agrava la tendencia a la formación de coágulos y obstruye el flujo de orina.
7. Se debe informar al médico si ocurre hemorragia, paso de coágulos sanguíneos, disminución del tamaño del chorro, retención urinaria o síntomas de infección del sistema urinario.

Alteración emocional relacionada a posibles temores de disfunción sexual y disfunción urinaria después de la cirugía.

El paciente al que se le realizó cirugía prostática requiere apoyo emocional. Los pacientes con prostatectomía perineal tienen riesgo de disfunción sexual permanente. KA enfermera instruye al paciente sobre las opciones, como prótesis penénea, disponibles para tratar la impotencia

2.3.6 Estudios actuales sobre el diagnóstico temprano a través de los síntomas de la HPB

La HPB es una de las patologías que por su magnitud y trascendencia ocupa un lugar importante como problema de salud pública en el país. Con el afán de anticiparse en el diagnóstico del padecimiento, se han realizado diversos estudios encaminados principalmente en desarrollar cuestionarios auto administrados, cortos, prácticos y clínicamente sensibles, con propiedades que permitan capturar la severidad de los síntomas urinarios relacionados con la HPB, así como, el diagnóstico y tratamiento oportuno.

En 1977, Boyasky y cols. Elaboraron un cuestionario para cuantificar la gravedad de los síntomas de HPB. Desde entonces se han propuesto varias modificaciones y alternativas a este cuestionario.

En 1993 se realizó un índice de síntomas para HPB, que fue desarrollado y validado por un comité multidisciplinario de la Asociación Americana de Urología (AAU). Este estudio se realizó en 210 pacientes con HPB y 108 sujetos control, el índice final incluye 7 preguntas, la revalidación del cuestionario fue internamente consistente y tuvo una reproducibilidad estadísticamente significativa, el poder de discriminación entre los pacientes con HPB y los controles fue de 0.85.¹⁴

Las preguntas que contiene el índice son

	Nunca	1 vez de cada 5	1 vez de cada 3	1 vez de cada 2	2 veces de cada 3	Casi siempre
- Vaciamiento incompleto	0	1	2	3	4	5
Frecuencia	0	1	2	3	4	5
- Intermitencia	0	1	2	3	4	5
Urgencia	0	1	2	3	4	5
Chorro débil	0	1	2	3	4	5
Esfuerzo	0	1	2	3	4	5
Nicturia	0	1	2	3	4	5

1. Durante el mes pasado ¿Cuántas veces tuvo la sensación de no poder vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?

¹⁴ Carballido, Opus Cit, 1302.

2. Durante el último mes ¿Cuántas veces ha tenido que orinar de nuevo en menos de 2 horas después de la micción anterior?

3. Durante el último mes ¿Cuántas veces ha tenido que detenerse y reiniciar varias veces cuando está orinando?

4.- Durante el último mes ¿Cuántas veces le ha sido difícil posponer la micción?

5.- Durante el último mes ¿Cuántas veces ha sentido disminución en el chorro de la orina?

6. Durante el último mes ¿Cuántas veces ha tenido que esforzarse o pujar para iniciar la micción?

7.

7.- Durante el último mes, ¿Cuántas veces se paró habitualmente al baño entre que se acuesta y se levanta?

En la actualidad se cree que el criterio único más importante es el de la AAU, cada una de las preguntas tiene 5 opciones de respuesta, La calificación máxima es 35.

Se considera un puntaje de 0 a 7 puntos, con sintomatología leve.

Entre 8 y 19 puntos sintomatología moderada.

Y por encima de 20 sintomatología grave.

También se ha utilizado para la evaluación de la progresión de los síntomas o respuesta al tratamiento, desde el punto de vista clínico, descensos en la escala del 25%, se considera relevantes.

Se han realizado otros estudios con el objetivo de comparar el índice de la AAU, o sobre la aplicación del índice para determinar otras patologías urinarias, estos estudios muestran en general, que el índice es bueno para determinar la HPB, no así otras patologías urinarias.¹⁵

En un estudio de cohorte de 51,529 hombres profesionales de la salud, incluyó dentistas, optometristas, farmacólogos pediatras y veterinarios, los cuales iniciaron en 1986. se analizó si el índice del AAU, diferenciaba entre los síntomas de vaciado y llenado en la HPB. La edad de los pacientes fue de 47 a 82 años. Esta cohorte tuvo un seguimiento cada dos años, se aplicó un cuestionario enviado por correo en el que se interrogó sobre el tipo de padecimiento que tuvieron que incluyó: enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades crónicas y poner al día información acerca de algunas variables de exposición: Ejemplo: hábitos como el fumar, el consumo de alcohol, actividades físicas y dieta.¹⁶

¹⁵ Torpe AC, **Written consent about sexual function in men undergoing transurethral prostatectomy** Br J Urology 1994, 74: 479 – 484.

¹⁶ WHELCHG, g. **Distinction Between Symptoms of voiding and filling in benign prostatic hyperplasia: findings from the health professionals follow – up study**, urology, 1998; 51 (3): 422 – 427.

En 1990 la tasa de respuesta fue del 96%, después del examen realizado en 1994 en 1995 se aplicó un cuestionario complementario que fue enviado por correo, en una submuestra de 9730 hombres, en el que se interrogó acerca del AAU.

La muestra del proyecto usada se basó en un censo de hombres con síntomas graves (490, índice AAU 35 a 20) y síntomas alto-moderado (962, índice AAU 19 a 15), así como una muestra seleccionada aleatoriamente, estratificada por edad de hombres con síntomas bajo-moderados (2537, índice AAU 14 A 8) y ninguno o síntomas poco severos (5741, AAU si el índice estuvo entre 7 y 0). Se tuvo una de tasa de respuesta al estudio enviado por correo del 86.8%, en el que se evaluaron todos los síntomas basados en la base original de 1994..

De las 8451 respuestas recibidas, el índice AAU fue completado en el 91.7% de los hombres. La media de edad de los 7753 hombres entrevistados que completaron las preguntas del índice fue de 60.7 ± 9.2 años, que incluyeron a 1856 hombres con diagnóstico médico de HPB, con un promedio de edad de 65.3 ± 7.9 años. Los criterios para el diagnóstico de HPB, se realizó a través del auto reporte o el diagnóstico realizado por un médico.

Los resultados del análisis de factores, mostró que las preguntas del AAU, se pueden agrupar en dos subescalas, una describe problemas de vaciado y otra describe problemas de llenado. Mostró además consistencia interna, que indica que el AAU, es bueno para distinguir las subescalas de llenado y vaciado.

Otro estudio evaluó la relación entre el AAU con prostatismo obstructivo y no obstructivo. El papel preciso del índice de la AAU en el padecimiento de la HPB no ha sido determinado. La AAU ha sido recomendada solamente para cuantificar los síntomas de la HPB pero no para el diagnóstico, por tal motivo en este estudio se pretendió utilizar el índice para evaluar los síntomas obstructivos de los no obstructivos. El total de participantes fue de 125 hombres, con problemas de vaciado posiblemente relacionados con HPB, con un promedio de edad de 67.7 ± 8.9 años, se aplicó el cuestionario de síntomas y posteriormente se les realizó estudios de video urodinámicos.

El grupo se dividió en dos: El 1er. grupo con 78 pacientes con disfunción primaria por HPB. El 2do. grupo con 47 con prostatismo de etiología ambigua. El índice promedio de síntomas en el grupo 1 fue de 15 ± 7.1 , comparado con el grupo 2 que fue de 14.8 ± 7.9 , no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En ambos grupos la media del índice de síntomas en los pacientes con obstrucción (grupo 1; 14.3 ± 7.2 y para el grupo 2; 13.9 ± 7.9) no fue estadísticamente diferente del grupo sin obstrucción, (grupo 1; 17.0 ± 5.4 y para el grupo 2; 16.1 ± 7.9). No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la obstrucción con el índice de síntomas en cada grupo, por esta razón concluyen los autores que el índice de signos y síntomas del AAU no puede discriminar los casos obstructivos de los no obstructivos.¹⁷⁾

¹⁷ Simpson RJ, Fisher W, Lee AJ, Resell AW, et al. **Benign prostatic hyperplasia in an unselected community based population: a survey of urinary symptoms, bothersomeness and prostatic enlargement** Br J Urol 1996; 77: 186 – 191.

También se ha tratado de relacionar este índice de la AAU con el cuestionario de calidad de vida, como indicadores de hipertrofia prostática benigna, se realizó un estudio piloto para desarrollar y validar el índice y el cuestionario de calidad de vida (CCV), donde se formaron 3 grupos de hombres de 50 a 70 años de edad. El primer grupo (n=64) fue tomado de la Clínica Mayo de Urología, con evidencia citoscópica de obstrucción HPB, con las siguientes formas: 1) obstrucción 2) Más de 100 cc de orina residual o 3) evidencia de tejido trabecular, piedras en vejiga, divertículos. Los otros dos grupos no tenían HPB que fueron usados para comparación. Otro grupo fue el basal clínico. Los hombres quienes se presentaron en la clínica urológica para evaluación citoscópica debido a una historia de tumor de vejiga, microhematuria u otras condiciones no prostáticas, fueron tamizados por el estudio piloto de enfermeros. Se excluyeron a los hombres con cirugía previa de próstata o el antecedente de intervención médica o quirúrgica. Las comparaciones que se realizaron fueron entre aquellos hombres sin HPB obstructiva de la comunidad, contra hombres con HPB y hombres sin HPB obstructiva provenientes de la clínica urológica.¹⁸

En promedio la edad de los hombres de la comunidad sin HPB fue menor que aquellos con HPB obstructiva. Fue más alto el número de enfermedades asociadas en los hombres obtenidos de la clínica sin HPB, con padecimientos que incluyeron el cáncer, muchas fueron tumores de vejiga. Hubo diferencias en varios de los síntomas entre los individuos con HPB obstructiva, comparado con el grupo sin HPB. No se han encontrado preguntas que puedan distinguir entre hombres que tengan HPB de otros que no las tienen. Esta diferenciación es importante para los urólogos y los investigadores, quienes tienen necesidad de identificar hombres con HPB de una manera rápida y no invasiva. El índice por tanto no puede hasta ahora ser suplantado, aún así si se ha demostrado su utilidad. Ahora bien, otro de las conclusiones de este estudio es que es podría ser necesario incluir más preguntas en el índice, que incluyan las molestias que causan los síntomas urinarios.

El estudio realizado por Moon y cols. cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la edad del paciente, el grado educativo, la localización geográfica y la etnicidad, en relación con el índice de síntomas de hipertrofia prostática. Los registros fueron obtenidos de 4 diferentes centros, de toda la población 72% fueron blancos y 13% fueron negros. En el análisis de regresión se encontró un incremento del índice con la edad de los pacientes, de 4.59 para la edad de 40 años y de 8.17 para la edad de 70 años. Los sitios que participaron en el estudio fueron Madison, Wisconsin, Nueva Orleans, Louisiana, Nueva York y Minnesota.

La localización geográfica, el grado educativo y la raza fueron analizadas usando un análisis de varianza. El análisis, indicó una diferencia entre el puntaje ajustado por edad, entre los diferentes sitios de 6.24 en Nueva Orleans, Louisiana a 8.58 en Madison y Wisconsin. No se demostró ningún efecto entre la educación o la etnicidad con el puntaje de síntomas.¹⁹

¹⁸ Epstein RS, Urinary Symptom and quality of life questions indicative of obstructive benign prostatic hyperplasia, urology suppl, 1991; 38, 20 -- 26.

¹⁹ Moon TDF, Brannan W, Effect of age, educational status, ethnicity and geographic location on prostate symptom scores, J Urol 1994; 152; 1498 - 1500.

Otro de los trabajos examina los registros médicos de todos los hombres de 40 a 79 años, en 1991, que vivían en tres poblaciones de Escocia. De los 810 hombres enlistados en el Centro de Salud Cowie, 597 cumplieron los criterios de selección, de estos 367 (61%) completaron el cuestionario de síntomas urinarios (con 12 reactivos con un puntaje de 0 a 6), 326 (55%) acudieron a la clínica y 310 (52%) tuvieron una exitosa ultrasonografía (un hombre no acepto, nueve hombres no pudieron tolerar la ultrasonografía y 6 hombres tuvieron estenosis anal). Una comparación entre respuestas y no respuestas fue llevada para examinar los reportes del GP'S médico. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tamaño de la próstata con los síntomas individuales o el puntaje de síntomas, excepto para el tamaño y la nicturia, de igual forma se encontró con la edad y la prueba del antígeno específico con una correlación muy baja.

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) de la hipertrofia prostática benigna (HPB) realizó un estudio acerca de las molestias de los síntomas urinarios. Se han desarrollado varios instrumentos, para mediciones con los síntomas del tracto urinario bajo asociadas con una obstrucción secundaria a la hipertrofia prostática benigna, que incluye al índice de Boyarsky, el índice de Madsen Iversen, el índice de síntomas de Danish, el índice de síntomas de la Asociación Americana de Urología (AAU), y el índice internacional de síntomas prostáticos. La mayoría de instrumentos no alcanzan a medir el grado de molestias causadas por la enfermedad. En este estudio se evaluaron las molestias de los síntomas del tracto urinario bajo reportadas por hombres, y se investigaron las relaciones acerca de la ocurrencia y grado de problema causado por la edad.

El estudio de la ICS-HPB, reclutó 1, 271 hombres mayores de 45 años, quienes se presentaron en los departamentos de Urología con síntomas de obstrucción, secundario a HBP. El examen físico incluyó la flujometría urinaria, que fue aplicado a cada paciente además de un cuestionario, que contenía 22 preguntas midiendo 20 síntomas urinarios, se tuvo 5 posibles respuestas: 1) nunca, 2) ocasionalmente, 3) algún tiempo, 4) la mayoría del tiempo y 5) todo el tiempo. De las 19 preguntas sobre síntomas urinarios, se preguntó sobre el grado de problemas que causaron los síntomas. Las posibles opciones fueron 1) sin problema, 2) pequeño problema, 3) bastante problema 4) serio problema. De las 19 preguntas de los síntomas 8 indicaban vaciado y 10 síntomas de llenado. Los resultados indicaron que en la gran mayoría prevalecían síntomas de vaciado y la mayoría de hombres quienes reportaron la presencia de síntomas del tracto urinario bajo también tenían este problema.

Las molestias causadas por los síntomas en la mayoría de los hombres tienden a ser interrumpidas durante el día (poliaquiuria y nicturia o causar vergüenza social incontinencia de varios tipos, urgencia, goteo postmiccional). Tres cuartas partes de los pacientes reportaron que los síntomas representaron un grado de molestia.

La mayor proporción de estos también reportaron que estos síntomas fueron serios. Para casi todos dos de tres, consideraron que los síntomas causaron solo pequeños problemas. Sin embargo, en promedio solo uno reportó serios problemas con estos síntomas.

En general se observó que la prevalencia fue menor a mayor edad. Estos hallazgos sugieren que la ocurrencia de los síntomas no refleja solamente el grado que tienen los pacientes de molestias. Cuando se elige un tratamiento es importante considerar la presencia y

frecuencia de síntomas del tracto urinario y también tener en cuenta la molestias que este cause.²⁰

En otro estudio realizado por Sagnier se evaluó la prevalencia de los síntomas urinarios, este se hizo en una comunidad representativa de 2,011 hombres franceses con una edad de entre 50 y 80 años de edad.²¹

La meta fue estimar la frecuencia de los síntomas de HBP en Francia y evaluar el impacto de la enfermedad en la salud pública, calidad de vida, referencia e interferencia en la vida social y profesional. Se validó el índice de síntomas de HBP de la (AAU). Los resultados fueron comparados con los recientes resultados de otra población de estudios realizados en los E. U. e Inglaterra. La encuesta fue conducida en Francia del 1 de octubre al 6 de noviembre de 1992 en toda la nación, con una muestra representativa de 2, 011 hombres de 50 a 80 años de edad, la información fue colectada en sus casas por el personal que intervino.

El cuestionario comprendió 7 preguntas del AAU y 6 preguntas adicionales que fueron derivadas de los índices del Boyarky y Gormley sobre HBP relacionando los síntomas urinarios de día frecuencia, nicturia, urgencia, disuria, intermitencia, goteo posmiccional, entre otras.

La distribución del índice fue adoptada: 0 a 7 síntomas leves, de 8 a 19 síntomas moderados y de 20 a 35 síntomas graves. El 71% decidieron participar y se realizaron 2,011 intervenciones, incluyendo 9 individuos quienes tenían una edad aproximada de 80 años y fueron incluidos. La mayoría de los hombres de la muestra estaban casados o con pareja, 55% tuvieron la primaria completa y 12% completaron estudios medio superiores o superiores.

La distribución del índice del AAU en la población libre de cirugía fue del 18.8%, no tuvieron síntomas urinarios, 67% con un rango de entre 1 y 7, 13% con un rango de entre 8 y 19%, y 1.2% con un rango entre 20 y 35. La proporción de hombres con un índice de mas de 7, fue aumentando casi el doble por cada década de edad. Esta correlación positiva entre la edad de los sujetos y el promedio del índice de síntomas fue de 0.27.²²

Estudios relacionados que han medido el grado de conocimientos sobre diversas patologías.

La educación para la salud se conceptualiza como una disciplina y un proceso. Como disciplina se constituye por el marco de conocimientos de las ciencias de la salud, de la educación y de las ciencias sociales, ofreciendo métodos e instrumentos útiles para interpretar la educación para la salud. Como proceso es un fenómeno dinámico entre los individuos y las colectividades, que se manifiesta en los comportamientos humanos mediante la incorporación de conocimientos, actitudes y prácticas de beneficio a la salud y

²⁰ Sobemon M C., **Requerimientos del paradigma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI**, Salud Publica Méx. 1988; 30: 71 – 803.

²¹ Álvarez de la Cadena S Jorge, **Escaso conocimiento del paciente con prótesis valvular cardiaca acerca de su condición patológica** Rev., Med IMSS 1998; 36 (2): 93 – 97.

²² Álvarez, Opus Cit, 678.

con los cuales enfrenta los factores de riesgo a la salud propios de la estructura biopsicosocial.

Como parte de las estrategias de atención primaria a la salud en México, la participación comunitaria se establece en términos menos paternalistas, en el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejora la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario, en este sentido el grado de conocimiento que pueda tener una comunidad sobre algunas enfermedades, permitirá una participación comunitaria más acorde a una visión preventiva. Es conocido que acciones dirigidas al diagnóstico oportuno, permiten prever complicaciones tempranas y reducir con esto una disminución de la morbilidad o su extremo que es la mortalidad, aunado a la producción de un mayor impacto al menor costo, de acuerdo a los recursos disponibles.

La práctica de la atención primaria a la salud, que debe continuar el paso de una práctica expectante y por demanda a una práctica anticipatoria y programada, con la identificación de los sujetos a riesgo de ciertos daños.

Es por esta razón que la identificación del índice de síntomas que se ha probado en otros países, pueda resultar aplicable a la población mexicana, si resulta un buen indicador de la existencia probable de la hipertrofia prostática benigna.

No sólo basta con predecir la probabilidad matemática de que se dé un número de eventos de muerte o enfermedad en la población, sino deberá de predecir la probabilidad matemática de que un sujeto identificado incurra en ciertos riesgos. El identificar a los sujetos en riesgo, es posible otorgar prioridades y programar intervenciones por parte del equipo de salud con base a la prevención de esos riesgos, de hecho la educación para la salud, es viable con base en la identificación de los riesgos a que este sujeta cada persona.

En la atención primaria el valor central es la anticipación, cuando falla, se tendrá que dar atención secundaria. Otro punto es la conformación de los equipos de salud, con la formación de recursos en el ámbito técnico, que incluyan a miembros de la comunidad, con estos programas de capacitación permiten contar con el personal indicado para labores de promoción, prevención y recolección de información.

En este sentido es de vital importancia la investigación que permita comprender mejor qué factores influyen en la falta de conocimiento de la población sobre algunos problemas de salud específicos, como Ejemplo el cáncer cérvico uterino, en el cual el descubrimiento oportuno es prácticamente la mejor de las posibilidades para su curación, ya que no existen aún medidas específicas y eficaces para la curación de un cáncer ya desarrollado. Sin embargo, es conocido que existen muchas barreras que impiden que la información sobre este padecimiento llegue a la población susceptible, ejemplo de ello, es que la población mayor a 60 años en donde se presentan las muertes, por esta razón la investigación encaminada para conocer las causas por las cuales la población no acude a realizarse la detección, aunado al conocimiento y la importancia que tiene la patología.

²¹ Ibidem, pp 680

Uno de los problemas detectados con relación a la presencia de HPB, es que aún no existe la cultura de la detección. La importancia de la detección temprana, está ligada al conocimiento que debe tener la población sobre el padecimiento. El conocimiento de como pueden evitar o por lo menos disminuir el riesgo de contraer cualquier enfermedad. Sin negar que la educación es sólo un elemento que participa en la génesis de los fenómenos sanitarios, si puede funcionar como un elemento disparador del auto cuidado y por tanto convertirse en pivote central de la atención primaria a la salud.

Pocos son los proyectos de investigación que han buscado valorar las condiciones educativas en salud de la población mexicana, en el ámbito de la Urología, no se han encontrado estudios publicados que hablen sobre el conocimiento que tiene la población sobre la hipertrofia prostática benigna (HPB), aunque si para el cáncer prostático, padecimiento que por otro lado, sus repercusiones y su magnitud es mayor comparada con la hipertrofia benigna. Sin embargo, la HPB es una enfermedad que se puede detectar y evitar las molestias en forma crónica, y que sólo cuando ya está muy avanzada la enfermedad se acude a una ayuda médica.

A continuación se muestran algunos estudios encaminados a conocer aspectos relacionados con el conocimiento del padecimiento, uno de los estudios pretendía evaluar el nivel cognoscitivo que tenían los adolescentes elegidos de nivel secundario, preparatorias y de la Unidad de Medicina Familiar No. 57, sobre el Virus de la Inmunodeficiencia adquirida (VIH). Se aplicó un instrumento estructurado de 15 preguntas en un periodo de 6 meses durante 1994, a una muestra aleatoria de 550 adolescentes, en los que se observó un nivel cognoscitivo alto, principalmente en los grupos de 15 a 16 y 17 a 18 años de las escuelas particulares en comparación con las escuelas públicas. Respecto al género se encontró el nivel de conocimientos más alto de 92.35 en los hombres, comparados con las mujeres que fue menor 89.76%.

El instrumento de evaluación de tipo estructurado incluyó datos generales (hombre, sexo, edad, nombre de la escuela), y datos para evaluar el conocimiento de medidas preventivas, se utilizó una escala evaluativa de acuerdo a 3 categorías.

Otro estudio transversal, se realizó en pacientes de la consulta externa de cardiología, con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento sobre su patología y la cirugía a que iban a ser sometidos. Todos los pacientes habían sido intervenidos quirúrgicamente debido a patología valvular cardiaca, la edad tuvo un rango de entre 18 y 62 años. Las preguntas del cuestionario fueron divididas en tres grupos: El grupo A referente a información indispensable para el cuidado de la vida y de la válvula, el grupo B relacionados con información útil para el cuidado de la vida y de la válvula y el grupo C relacionado con el cuidado de la vida o de la válvula. Los resultados indicaron que en promedio los pacientes contestaron 5 preguntas (43%) y ninguno pudo contestar las 11 preguntas.

Las preguntas que con mayor frecuencia contestaron fue sobre qué válvula les operaron, y la pregunta que menos respondieron fue la 4, que hablaba sobre del tipo de medicamentos

que no deberían consumir (10%). El tiempo transcurrido desde la colocación de la válvula varió entre 2 meses a 19 años con un promedio de 7 años²⁴.

En otro estudio realizado entre 1997 y 1998 se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 49, fue una intervención educativa al que se integraron en forma aleatoria y previa aceptación informada, pacientes con Diabetes tipo II que se asignaron a uno de 2 grupos. El grupo A cuyos integrantes recibieron el tratamiento que se proporciona habitualmente a los pacientes diabéticos y además un curso de educación basado en un modelo de participación interactiva que incluyó información sobre la naturaleza y cuidados necesarios para el control de la diabetes tipo II. El grupo B, cuyos integrantes recibieron únicamente el tratamiento habitual. El curso impartido tuvo una duración de 12 semanas, con 3 sesiones semanales de aproximadamente 90 min. Cada una.

Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención educativa para estimar el conocimiento que los pacientes tenían sobre la enfermedad, la intervención educativa modificó el conocimiento sobre la diabetes y sus complicaciones en los integrantes del grupo A, de esta forma el número de pacientes que no tenía un conocimiento adecuado sobre la enfermedad se redujo de un 26 (86.7%), a 2 (6.7% $p < 0.0001$); mientras que el número de los que sí lo tenían se incrementó de 3 (10%) a 25 (83.3%), $p < 0.0001$, antes y después del proceso educativo. En el grupo control se registró desconocimiento de la enfermedad en 27 (90%), mientras que solo 3 (10%) mostraron tener conocimiento sobre la diabetes.

En cuanto a la H.P.B no se reportan datos de estudios relacionados a la intervención educativa.

2.4. Valoración psicosocial del paciente

Como la HPB suele relacionarse con el envejecimiento, se debe prestar atención al impacto que este Diagnóstico tiene en la auto imagen del paciente. Éste puede pensar que es una enfermedad de viejos y que el Diagnóstico amenaza su auto imagen. También el tacto rectal en la mayoría de varones representa una violación a su intimidad y a su hombría.

En el caso de que la cirugía sea el mejor método de elección hay que familiarizar al paciente con el ambiente de hospital y emprender medidas para calmar su angustia.²⁵

Se debe conocer que tanto sabe de su padecimiento y aclararle todas sus dudas, sobre todo en el tema de su sexualidad. Es común que afloren sentimientos de culpa cuando el individuo supone equivocadamente una relación causa y efecto entre las prácticas sexuales de su juventud y sus problemas actuales.

Los cambios fisiológicos propios de la edad pueden afectar todas las fases de respuesta sexual en hombres pero no alteran la capacidad para disfrutar de la actividad sexual. Tanto

²⁴ Álvarez de la Cadena, **Escaso conocimiento del paciente con prótesis valvular cardiaca acerca de su condición patológica** Rev. Med IMSS 1998; 36(2) : 93 - 97.

²⁵ Brunner I, **Enfermería Médico Quirúrgica**, ED, Interamericana, México 1992, 2da edición, pp. 1978 - 1983.

hombres como mujeres tienden a presentar algunas alteraciones fisiológicas en el funcionamiento sexual con al avance de la edad pero esto no significa que presenten disfunciones sexuales. Los cambios fisiológicos pueden requerir modificaciones en el estilo de la actividad sexual pero no afectan la capacidad de disfrute.

2.4.1 Variables que influyen en el estado de salud, en las creencias y en las practicas saludables y en la percepción de la H.P.B.

Son muchas las variables que influyen sobre el estado de salud de la persona y sobre sus creencias y conductas o prácticas saludables.

Algunos de los factores que influyen sobre la salud son internos de la persona: otros son externos.

Pueden estar o no bajo el control de la conciencia.

Habitualmente las personas pueden controlar sus conductas y pueden escoger entre realizar actividades sanas o no.

Por el contrario las personas poseen escaso o ningún control sobre su herencia genética, edad, sexo, ambiente físico, cultura o áreas de residencia.

Para planear y crear programas de prevención, las enfermeras tienen que reconocer estos factores a la conducta sana de las personas, las enfermeras tienen que tener en cuenta las creencias antes de intentar modificar su conducta.

Factores Internos

Los factores internos incluyen la dimensión biológica, psicológica, cognitiva y espiritual. }

La **Dimensión biológica**: La herencia genética, la raza, el sexo, la edad y el grado de desarrollo influyen de un modo significativo, en la salud de las persona.

La herencia genética influye en las características biológicas y en el potencial intelectual. Se ha relacionado con la susceptibilidad a determinadas enfermedades, tales como la diabetes y el cáncer de mama.

La **raza** se asocia a la predisposición a determinadas patologías.

El **sexo** influye en la distribución de las enfermedades, determinadas patologías adquiridas y genéticas son más comunes en un sexo que en el otro, Aquellas más comunes entre los hombres son la úlcera de estómago, hernias abdominales, patologías respiratorias, cardiopatías arteroocleróticas y la tuberculosis.

Es obvio que las patologías que afectan a los órganos reproductores, como son los tumores testiculares o de útero, dependen de cada sexo.

La edad y el nivel de desarrollo son también factores importantes. La distribución en las patologías varía según la edad. Por ejemplo, la cardiopatía arteriosclerótica es frecuente en varones de mediana edad, siendo poco frecuente en personas más jóvenes; enfermedades contagiosas, tales como la tos ferina y la parotiditis son frecuentes en niños, pero raras en personas mayores que han adquirido inmunidad frente a ellas. }

El **grado de desarrollo** influye en gran medida en el estado de salud, por ejemplo:

La disminución de las capacidades físicas y sensoriales de la percepción limita la capacidad que tienen las personas mayores de responder a los riesgos y a los motivos de estrés que existen en su entorno.

Dimensión psicológica

Los factores psicológicos (emocionales) que influyen en la salud son las relaciones cuerpo – mente, el concepto que se tiene de uno mismo y la satisfacción laboral.²⁶

Las relaciones cuerpo – mente pueden afectar positiva o negativamente al estado de salud. Las respuestas emocionales al estrés afectan al funcionamiento corporal. La prolongación del sufrimiento puede aumentar la susceptibilidad a una enfermedad orgánica o precipitarla. El sufrimiento emocional puede influir en el sistema inmunitario a través de alteraciones en el sistema nervioso central y sistema endocrino

En respuesta a las condiciones corporales también pueden tener lugar reacciones emocionales. Por ejemplo, una persona a la que se le dice que su enfermedad está en la fase terminal puede tener temor y depresión. Auto concepto hace referencia a la opinión que una persona tiene de sí mismo (autoestima) y a cómo percibe su yo físico (imagen corporal) sus necesidades roles y aptitudes.

El concepto de uno mismo afecta al modo que tienen las personas de ver y manejar las situaciones, tales situaciones pueden afectar las prácticas de cuidado de la salud a las respuestas al estrés y la enfermedad, y al momento en que se busca tratamiento.

Dimensión cognitiva

Los factores cognitivos o intelectuales que influyen en la salud son el estilo de vida y las creencias espirituales.

Las elecciones del estilo de vida incluyen patrones de ingesta: Ejercicio, uso del tabaco, drogas alcohol; y métodos para hacer frente al estrés. Comer en exceso, hacer poco ejercicio y tener un sobre peso está estrechamente relacionados con la incidencia de cardiopatía, arteriosclerosis, diabetes e hipertensión. Una excesiva ingesta de azúcar aumenta el riesgo de caries dental. El abuso de drogas y alcohol resulta físico y mentalmente discapacitante.

El uso excesivo de tabaco está claramente implicado en el cáncer de pulmón, el enfisema y las enfermedades cardiovasculares.

Las creencias espirituales y religiosas pueden afectar significativamente a la conducta sana. Por ejemplo, los Testigos de Jehová se oponen a las transfusiones de sangre, algunos grupos religiosos son estrechamente vegetarianos.

Factores Externos

Los factores externos que influyen en el estado de salud, en las creencias sanitarias y en las prácticas sanas son la geografía, entorno físico, nivel de vida, creencias familiares y culturales y las redes de apoyo social.

²⁶ Kozier, **Fundamentos de Enfermería**, Conceptos, proceso y práctica, Mc Graw Hill Interamericana 3 edición Vol I. PP: 273.

Geografía: La geografía determina el clima y el clima afecta a la salud. Por ejemplo, la malaria y las afecciones relacionadas con ella aparecen con mayor frecuencia en climas tropicales que en climas templados.

Entorno: Las personas cada vez son más conscientes de su entorno y de cómo afecta a su salud y grado de bienestar. La contaminación del agua, aire y suelo pueden afectar al sostén vital. La contaminación del agua, aire, y suelo puede afectar al sostén vital.

Nivel de vida: El nivel de vida de un individuo (que refleja su trabajo, ingresos y educación) está relacionado con la salud, morbilidad y mortalidad. La higiene, los hábitos alimentarios y la propensión a buscar asesoramiento en el cuidado de la salud y a seguir los regímenes terapéuticos varían entre las personas con ingresos altos y aquellos con bajos ingresos. Por ejemplo, la prevención de enfermedades puede no ser un objetivo tan prioritario entre personas con bajos ingresos, como ganar y conservar sus sueldos. Incluso cuando la prevención constituye una prioridad, es posible que los pobres no puedan costearse exámenes médicos regulares, un alojamiento o alimentos nutritivos que fomenten la salud.

Las familias con bajos ingresos definen la salud en relación con el trabajo; si las personas pueden trabajar están sanas, tienden a ser fatalistas y a creer que la enfermedad no puede prevenirse, puesto que sus problemas actuales son tan grandes y dado que todos sus esfuerzos van encaminados a sobrevivir, es posible que no haya orientación futura.

La mayoría de las personas con bajos ingresos no se someten a controles regulares, ya que no pueden pagarlos, para ellos es más importante trabajar que perder la paga de un día para ir al médico. Para las personas con bajos ingresos la dependencia en la asistencia pública y la incapacidad de pagar un seguro médico limita el acceso a una atención sanitaria y el tipo de cuidado disponible.

Las labores que desempeñan las personas en sus trabajos y también predisponen a tener determinadas enfermedades. Por ejemplo, algunos trabajadores de la industria pueden estar expuestos a agentes cancerígenos, las personas con más dinero pueden desempeñar papeles sociales o labores estresantes que les predispongan a patologías relacionadas con el estrés.²⁷

Creencias Familiares y Culturales

Las interacciones culturales y sociales influyen también en como percibe, experimenta y afronta, la persona, la salud y la enfermedad.

Cada cultura tiene sus ideas acerca de la salud y a menudo estas ideas son transmitidas de padres a hijos

Las personas procedentes de determinadas culturas pueden pensar que los remedios caseros o costumbres sanitarias son superiores y más seguros que la práctica sanitaria de la sociedad moderna.

Por ejemplo, una persona con orígenes asiáticos puede preferir utilizar hierbas y la acupuntura para tratar al dolor, en vez de medicamentos analgésicos.

Las normas, valores y creencias culturales dan a las personas una sensación de estabilidad y la posibilidad de predecir los resultados.

²⁷ Ibidem pp: 274.

Cumplimiento de los Cuidados de la Salud

Cumplimiento: conocido también como seguimiento, se refiere la grado de conciencia que existe entre la conducta de un individuo (por ejemplo tomarse la medicación, seguir una dieta o hacer cambios en el estilo de vida) y el consejo médico o sanitario. El grado de cumplimiento puede ir desde una desatención de todos los aspectos de las recomendaciones, hasta el seguimiento total del plan terapéutico, existen muchos motivos por los cuales algunas personas son cumplidoras y otras no algunos son: La motivación que siente el paciente por estar bien, grado recambio en el estilo de vida que hay que realizar, gravedad que percibe que tiene el problema de salud, dificultad para comprender y realizar conductas determinadas, grado de inconveniencia que tiene la enfermedad en sí, o el régimen terapéutico.

Creer que el régimen o tratamiento prescrito será o no de utilidad, complejidad, Efectos secundarios y duración del tratamiento propuesto, herencia cultural concreta que pueda dificultar el seguimiento, grado de satisfacción, calidad y tipo de relación con el sanitario, costo global del y tratamiento prescrito.

Es importante determinar porque el paciente no acude al doctor o no lleva el régimen, para poder aportar información y corregir los conceptos erróneos, intentar reducir el coste, o sugerir el asesoramiento si hay problemas psicológicos que están interfiriendo con el seguimiento. Y también es esencial que la enfermera evalúe de nuevo la idoneidad del consejo sanitario que se ha dado.

Mostrar interés, haciendo que el cliente vea que realmente se preocupa por sus problemas y decisiones, y que a la vez acepta el derecho que tiene el cliente de una forma determinada. Por ejemplo, una enfermera puede decir a un cliente que no se está tomando su medicación para el corazón: "Soy consciente de cómo se siente usted pero me preocupa mucho su corazón".

Fomentar una conducta sana mediante el refuerzo positivo. Si la persona que no se toma su medicación cardiaca camina todos los días, la enfermera puede decirle Realmente, lo está haciendo muy bien caminando así.

Utilizar ayudas que refuercen la enseñanza. Por ejemplo, la enfermera puede dejar folletos para que el cliente se los lea, o crear un calendario de píldoras que tiene que tomar.

Crear una relación terapéutica de libertad, comprensión mutua y responsabilidad común con el cliente y personas de apoyo. Al proporcionar conocimientos, técnicas e información, a enfermera facilita al cliente control sobre su salud, y crea una relación de cooperación que hace que haya un seguimiento.

Tipos De Programas de Promoción de la Salud

Se pueden utilizar una serie de programas para el fomento de la salud, entre los que se encuentran:

- a) Divulgación de información
- b) valoración de la salud y bienestar
- c) cambios en el estilo de vida y en las conductas
- d) programas de bienestar laboral
- e) programas de control medioambiental.

La divulgación de información es el tipo más básico de programas de promoción de la salud, que aumenta el nivel de conocimientos de los individuos y grupos en relación con los hábitos sanitarios, este método utiliza una serie de medios de comunicación para informar al público del riesgo de determinadas opciones de estilo de vida y conductas personales, así como las ventajas que conlleva modificar dicha conducta y mejorar la calidad de vida.

Carteles publicitarios, folletos, artículos de periódicos, libros y ferias de la salud, todas ellas ofrecen oportunidades de divulgación de información sobre promoción de la salud.

Programas de valoración de la salud: Se utilizan para informar a las personas de los factores de riesgo inherentes en sus vidas, con el fin de motivarles a que reduzcan determinados riesgos y a que desarrollen unos buenos hábitos de salud. Los programas de valoración del bienestar se centran en métodos más positivos de mejora del bienestar.

Los programas de cambio de estilo de vida y conducta requieren la participación del individuo y van dirigidos a potenciar la calidad de vida y a prolongarla, el público dispone de muchos programas, tanto individuales como en grupo, estos programas se ocupan del control del estrés, información sobre nutrición, control de peso, dejar de fumar, ejercicio y temas similares.

Concientizar a los adultos mayores acerca del valor de la salud y la importancia de la prevención y diagnóstico de la H.P.B.

Explicarle a todos los hombres mayores de cuarenta años que corren riesgo de padecer la hipertrofia prostática benigna, que es importante la detección oportuna por medio del tacto rectal ya que el médico al revisar la próstata revisa consistencia dato importante en la detección oportuna del cáncer de próstata que cobra tantas vidas.

El tamaño es importante ya que este va determinar los síntomas, cuando a un paciente se le encuentran datos dudosos se le manda sacar el antígeno prostático específico (APE) el cual se encuentra elevado en los casos de cáncer, el tacto rectal permite prevenir la detección oportuna de la hipertrofia prostática pero sobre todo del cáncer.

Se debe citar a los pacientes en una fecha determinada explicándoles que se van a tratar asuntos de gran importancia con respecto a su salud, ya presentes estos, explicarles mediante pláticas breves cual es la relevancia del tacto rectal para que ellos tengan motivación y sepan la importancia de este, al terminar la sesión es importante, explicarle que si llegan a presentar la enfermedad se puede controlar, de muchas formas y que solo casos muy específicos se llegan a someter a cirugía

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño De Estudio

No experimental de casos y controles
Transversal, observacional, descriptivo.

3.2 Universo De Estudio

Lugar:

Se realizó en sujetos derechohabientes del IMSS de la población derechohabiente del IMSS de los Hospitales Generales de zona No. 76 y Hospital Regional No. 25. que cumplan con los criterios de restricción.

Periodo de estudio: Marzo a junio del 2001

Población de estudio y criterios de selección:

La muestra fue de tipo convencional

Definición de caso:

Todo paciente con diagnóstico de hipertrofia prostática benigna, derechohabiente del IMSS, que acudió a los Hospitales en los cuales se llevó a cabo el estudio y que cumplió con los siguientes criterios de restricción.

Criterios de inclusión:

Pacientes del sexo masculino de cualquier edad
Con diagnóstico de HPB, pos operados por esta causa
Que acepten participar en el estudio

Criterios de no-inclusión:

Que no sean derechohabientes del IMSS

Definición de control:

Todo Sujeto del sexo masculino que demando consulta o se encuentre hospitalizado en los servicios de Cirugía General, Otorrinolaringología, Dermatología, y Oftalmología de los hospitales de donde surgieron los casos.

Criterios de inclusión:

Pacientes del sexo masculino con la misma edad que el caso (± 3 años)

Obtenidos de los servicios de Cirugía General, Otorrinolaringología, Dermatología y Oftalmología

3.3 Variables De Estudio

Dependiente:

- Conocimiento sobre Hipertrofia prostática benigna.
- Índice de signos y síntomas de la Asociación Americana de Urología.
(Como medida de detección oportuna de la H.P.B.)

Independientes:

Edad
Escolaridad
Ocupación
Lugar de residencia
Estado civil
Actitudes
Prácticas
Creencias
Orientación educativa

Operacionalización De Variables

Variables dependientes

Conocimiento sobre Hipertrofia Prostática Benigna.

Concepto: El conocimiento está conformado por todo lo teórico que es la información que se tiene acerca de esta enfermedad la cual es una enfermedad común del hombre mayor de 50 años de edad, que histológicamente se caracteriza por la presencia de nódulos hiperplásicos no malignos y, clínicamente por la presencia de síntomas obstructivos urinarios.

Tipo y Escala: cualitativa, nominal

Operacionalización: Se recabó del interrogatorio directo

Indicador:

¿Qué es la próstata?, ¿Cuál es su función? si sabían acerca de algún método diagnóstico, también se incluyó un rubro en el que se evaluaron las actitudes acerca de cómo consideran a esta enfermedad, también un rubro acerca de las prácticas, cómo se comportan ante una situación de enfermedad y si acuden a los servicios de medicina preventiva.

Índice de signos y síntomas de la Asociación Americana de Urología (AAU), como medida de detección oportuna.

Concepto: Es un instrumento, que permite la detección oportuna de síntomas producidos por la H.P.B y que al ser administrado nos puede permitir aplicar medidas preventivas que permitan la disminución de la sintomatología de la H.P.B y las posibles complicaciones de esta patología.

Tipo y escala: cuantitativa, ordinal.

Indicador: Leve, moderado y grave.

Operacionalización: Se aplicó un cuestionario sobre el signos y síntomas de HPB, el cual tiene 5 opciones de respuesta. Se conformó el índice con los puntos de corte como sigue:

El 0 equivale a ninguna,

1 menos de una vez en cinco.

El 2 menos de la mitad del tiempo,

El 3 cerca de la mitad de las veces.

El 4 más de la mitad de las veces,

Y 5 casi siempre.

La calificación máxima es 35.

Una escala con un puntaje de 0 a 8 clasificada como sintomatología leve, de 9 a 19 como sintomatología moderada, y de 19 a 35 como grave.

Variables independientes

Edad:

Concepto: Tiempo que una persona ha vivido, contando desde que nació

Tipo y escala: de razón, posteriormente se categoriza por grupo de edad.

Indicador: Se tomó la edad mínima y máxima que se presente en el estudio.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

Nivel de estudios:

Concepto: Años de estudio realizados en el sistema formal educativo.

Tipo y escala: Nominal y de razón.

Indicador: 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Técnico 5) Preparatoria 7) Profesional (Se obtendrá el total de años estudiados por cada grado de estudios).

Ocupación:

Concepto: Actividad a la cual se emplea la persona

Tipo y escala: nominal

Indicador: Agrupada por tipo de ocupación

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

Lugar de residencia:

Concepto: Sitio en el cual se ha habitado alguna época de la vida

Tipo y escala: cualitativa nominal.

Indicador: 0) rural 1) urbana

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

Estado civil:

Concepto: condición legal de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Tipo y escala: cualitativa, nominal.

Indicador: 1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) viudo 5) divorciado

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

Nivel socioeconómico

Concepto: Capacidad de adquirir satisfactores para un nivel de vida

Tipo y escala: cualitativa, ordinal.

Indicador: bueno, regular y malo.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo. Se conformó un índice tomando en cuenta características de la vivienda y el grado de escolaridad. Calificando cada una de las variables, con el menor puntaje 0, si era baja y la mejor categoría con el mayor puntaje, posteriormente se sumo y los puntos de corte se obtuvieron al dividir en terciles, obteniendo con esto tres categorías: Nivel bajo, medio y alto.

Creencias:

Concepto: Son todas las ideas que se tienen acerca de alguna cosa específica, estas casi nunca están fundamentadas sobre algo sólido, forman parte de l contexto cultural y social en el que nos desarrollamos.

Escala de medición: nominal

Indicador:

¿Usted a llegado a pensar que lo pueden lastimar con el tacto rectal, o puede afectar de alguna forma su virilidad?

2.-Sí ¿Porqué? 1.- No

¿Tiene algún miedo al respecto?

2.-Sí ¿Porqué? 1.- No

¿Cree usted que debiera de existir otro método diferente para detectar esta enfermedad?

2.-Sí ¿Porqué? 1- No

Operacionalización: A través del interrogatorio directo, tomó como creencias aquellos sujetos que perdían su virilidad.

Prácticas:

Concepto: Son todas las actividades que realiza el paciente con respecto a la búsqueda de atención medica y cuidados de su salud.

Escala de medición: ordinal

Indicador:

¿Usted sabe (ia) que existen programas para detectar a tiempo algunas enfermedades?

2.-Sí ¿Cuáles?

1.- No

¿Usted se ha realizado alguno de estos exámenes?

2.-Sí ¿Cuáles?

1.- No

¿Cada cuando se los realiza?

48.- ¿Le han detectado a través de estos exámenes algún problema de salud?

2.-Sí ¿Cuáles?

1.- No

¿Qué hizo cuando le dijeron que tenía el problema? ¿Se considera usted, una persona que se preocupa por su salud?

2.-Sí ¿Porqué

1.- No

Educación para la salud

Concepto: Se define como la enseñanza que se brinda por métodos didácticos como son, las platicas, las diapositivas, los carteles, los rota folios, el teatro guiñol, por el personal de enfermería otro personal sanitario.

Escala de medición: ordinal

Indicador:¿En su vida ha recibido pláticas relacionadas con aspectos de la salud? 2.- Sí

1.- No

Mencione algunos temas que ha escuchado.

De que tipo de personal de salud recibe (o ha recibido) más información?

¿Cuáles son las pláticas que más le han llamado la atención?

¿Qué tipo de técnica ocupan las personas más frecuentemente durante las pláticas? 1)

Plática 2) Plática con apoyo didáctico 3) Plática, con material y con preguntas

¿Qué es lo que más le gusta de las pláticas?

¿Mencione si existe algo que le disgusta de las platicas educativas?

¿Le hubiera gustado (ia) que le informaran mas acerca de la HPB?

¿Qué método didáctico le gustaría que utilizaran para esta enfermedad?

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

3.4 Plan General

Se acudió a la consulta externa y a hospitalización para la búsqueda de los casos y de los controles, además de los acompañantes asegurados. Se revisaron las hojas de ingreso o de consulta, si cumplían con los criterios, se les aplicó el cuestionario. En todos los casos se corroboró por estudio histopatológico el diagnóstico.

3.5 Factibilidad Y Aspectos Éticos

Debido a las características de la población derechohabiente, y la organización de los hospitales fue factible la realización de este estudio. Según la Ley General de Salud, esta investigación se considera sin riesgo, que no requirió de consentimiento informado escrito, solo verbal. Respetando la intimidad de los participantes así como la confidencialidad de los datos y el derecho de retirarse o no participar si así lo hubiera decidido el paciente.

3.6 Plan de Análisis

Se realizó un análisis de las frecuencias simples para poder validar la congruencia de los datos, cuando se detecto algún error en la captura, se corrigió con la consulta de los cuestionarios.

Se calcularon proporciones y se hicieron cuadros para describir la distribución de las diferentes variables que se estudiaron. Se construyeron índices dándoles pesos a cada uno de los indicadores, de forma tal, que la exposición más baja tuvo un valor de 0, y la más alta un valor mayor. Posteriormente se sumaron los puntos y se hicieron puntos de corte.

Para variables ordinales, se calculó la prueba de J_i^2 de tendencias, con valor de $P < 0.05$, se calcularon Razones de momios, Valor de P, e Intervalos de confianza al 95%

IV.RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se realizó un estudio de 120 casos y 120 controles pareado por edad (para eliminar el efecto de la edad), los casos y los controles se obtuvieron de dos Hospitales; un General de Zona (HGZ-76) el No. 76, ubicado en Xalostoc, Estado de México y el Hospital Regional (HR-25) No. 25, Los controles se obtuvieron del mismo hospital de donde surgieron los casos.

En el HGZ-76 se obtuvo el 64.2% de los casos y controles, y el 35.8% de los pacientes fueron del hospital regional (HR -25) (Cuadro 1)

Los cuales se entrevistaron tanto en la consulta externa como en hospitalización. Los principales servicios de donde se obtuvo el mayor número de casos fue en el servicio de Urología con 117 (97%) y de Cirugía General con 3 (3.0%).

En cuanto a los controles, el 46% fue en Medicina Familiar, 36 pacientes (30.0%) del servicio de Cirugía General, el 24% de otros servicios como Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. (Cuadro 2)

La distribución según la escolaridad, destaca que los controles con 46.7% tenían primaria incompleta en comparación con los casos los cuales tuvieron una menor proporción de 34.2%. Hubo una mayor proporción de casos con primaria completa (25.8%) en comparación con el 15.8% de los controles. Cabe resaltar que el 13.3% de los casos eran analfabetas, comparado con una menor proporción (10%) de los controles. El 4% de los casos tenían nivel profesional, que comparado con los controles que fue menor (2.5%). (Cuadro 3).

La ocupación que se investigó fue aquella que habían realizado la mayor parte de su vida, ya que muchos se encontraban jubilados o pensionados. La mayoría sobre todo en los controles se dedicaban a algún oficio como por ejemplo carpintería, electricista, mecánico, entre otros, siendo una proporción del 40.8%, en comparación con los casos en donde fue solo el 33.3%, los obreros con el 25.8% en los casos en comparación con el 26.7% de los controles, empleados con el 22.5% en los casos en comparación con el 16.7% de los controles. Resalta el menor porcentaje 2.0% en los casos comparado con 3.3% en los controles para profesional. (Cuadro 4)

El área de procedencia se define como el área a la que pertenece su vivienda y en la cual habitan. Era mayor la proporción de controles que procedían de una zona urbana 95.0%, en comparación de los casos que fue del 90.8%. Solo el 9.2% de los casos comparado con el 5.0% de los controles procedían de una zona rural. (Cuadro 5)

Cabe resaltar que en el estado civil el 82 % de los casos comparado con el 84.4% controles se encontraban casados y solo 4.2% casos en comparación con el 3.3% de los controles se encontraban solteros. (Cuadro 6)

Dentro de la distribución de las variables socioeconómicas esta la propiedad de la vivienda, en la mayor proporción de los casos la casa es propia (89.3%) en comparación con el 80.2% en los controles.

El 13.3% de los controles rentan vivienda en comparación con solo el 4.2% de los casos casa prestada el 6.7% de los casos y el 6.7% de los controles.

El 77.5% de los casos en comparación con el 75.0% de los controles contaban con techo de loza. Y solo el 22.5% de los casos contra el 25% de los controles tenían casa de teja, lámina de cartón u asbesto.

Dentro de las **características del piso** el 70% de los casos contaban con piso de cemento comparando con el 77.5 % de los controles. Y solo el 3.3% de casos tenían piso de tierra.

Puede observarse que el 78.3% de los casos comparado con el 70.% de los controles contaban con paredes de ladrillo y solo el 3.5% es de lámina de cartón, madera u otro en los casos en comparación con el 2.3% en los controles. (Cuadro 7)

Dentro de la disponibilidad de agua solo el 2% contaban con agua extradomiciliaria, contando la mayoría con agua intra domiciliaria. (Cuadro 8)

Tanto los casos como los controles contaban con drenaje siendo el 98% de la población total y solo el 3% de los casos no tenían este servicio. (Cuadro 9)

Para la eliminación de excretas el 97% de los casos contra 99% de los controles contaban con baño tipo inglés (WC). Siendo solo el 4% de los casos los que contaban con letrina o fosa séptica y solo el 1% de los controles eliminaban al ras del suelo.(Cuadro 10)

El **índice del nivel socioeconómico**, por las condiciones de la vivienda: material del techo, el material del piso, el material de las paredes, los servicios como drenaje y el servicio de baño tipo inglés (WC). Se conformó el hacinamiento (número total de personas que habitaban la vivienda entre el número total de cuartos.

Con esta variables se conformó el índice de condiciones de la vivienda. Posteriormente se agrego el número total de años de estudio del jefe de familia. Para cada una de las variables se les dio un peso, de forma tal que la categoría más baja tuvo el menor peso (0), y la más alta el peso correspondiente a la categoría más alta.

Una vez obtenido la suma total de estos pesos, se tomaron los terciles (dado que no se cuenta con puntos de corte específicos), quedando conformado el índice en tres categorías, nivel alto, medio y bajo

A continuación se describen los resultados sobre las variables que se interrogaron para conocer el grado de conocimiento acerca de la hipertrofia prostática benigna:

Sobre la pregunta de **qué es la próstata**, se observa que en general existe una alta proporción de sujetos tanto en casos como en los controles que no sabían esto, aunque el mayor porcentaje se encontró en el grupo control (85.8%) en contra el 80.8% en los casos. El 19.9 % de los casos, sabían algunos aspectos o conocían bien que era la próstata contra el 14.2 % de los controles.

El 85.8% de los casos no sabía que **función** tenía la próstata, en comparación con el 91.7% de los controles, sabe solo algunos aspectos 11.7% de los casos en comparación con el

6.7% de los controles y solo conocen bien el 2.5% de los casos con una menor proporción (1.7%) de los controles.

En específico sobre **qué era la hipertrofia prostática benigna**, el 93.3% de los controles no sabía, en comparación con el 85% de los casos. Se encontró que los casos conocen un poco más que los controles con 15% en comparación con 6.7% de los controles.

Con relación a **los síntomas**, aunque también alto, fue menor la proporción en los casos que no sabían estos (69%) comparado con el 85% de los controles., y solo sabían algunos aspectos el 21.7% casos en comparación con un menor proporción del 12.5% de los controles, y los que si están bien informados son solo el 9.2% de los casos en comparación con el 2.5% controles.

Los **métodos diagnósticos**, aunque obvio, solo el 14.2% de los casos sabían bien contra tan solo el 1.7% controles.(Cuadro 11)

Con todas estas variables, se consideró la variable conocimiento, agrupándola en quienes no sabían nada, aquellos que tenían algunos conocimientos o más sólido, como conocimiento adecuado.

Con respecto de la variable **actitudes**, se encontró que el 60% de los controles **acudían al médico** con regularidad en comparación con tan sólo el 50.8% de los casos. La **causa más frecuente** por la que acudían era la Hipertensión mayor en los casos 32.8% y 22.2% controles, diabetes 23.0% casos en comparación con 18.1% en los controles, problemas digestivos con 14.8% en los casos en relación con 16.7% controles, los problemas respiratorios con 9.8% casos en comparación con 18.1% controles, problemas óseos con 6.6% en los casos con relación a 9.7% controles.

Como se puede observar la mayoría acudía por padecimientos crónicos, debido posiblemente al grupo de edad en que fue diagnosticado el padecimiento. El grupo control tenía una mayor proporción de acudir por otros padecimientos en comparación con los casos.

Debido al padecimiento en los casos, la causa por la que acudieron la última ocasión en los fue debido a la hipertrofia prostática benigna. En los controles son los problemas respiratorios con el 31.7%, diabetes mellitus 20.8%, hipertensión con 15.0%, otros como los problemas virilidad, fracturas o trastornos óseos, inmunológicos, problemas circulatorios y los problemas digestivos con 17.9%.(Cuadro 12)

Con la intención de ver si su actitud ha sido preventiva, se interrogó si habían **modificado sus hábitos** como dejar de fumar u otros, fue la misma proporción que dijo que sí con el 84.2%.

La **razón principal** fue por mejorar sus salud con 44.6% en los casos y 40.6% en controles. Otra de las razones fue por control de enfermedad con 42.6% en los casos en comparación con 46.5% controles, por prevención con 2.0% en los casos en comparación con el 3.0% en los controles. Como puede observarse, la causa en general es porque consideramos poder mejorar su salud.

Los pacientes que **contestaron que no modificaron sus hábitos**, fueron 38, siendo la misma proporción en los casos y los controles las razones fueron: no sentirse enfermo, no podría cumplir, no le interesa y no sabe.

Cuando se les cuestionó acerca de lo que harían si tuvieran dificultad para orinar, el 69.2% de los casos en comparación con 67.5% de los controles contestaron que acudirían al doctor y solo el 18.3% de los controles contestaron que no harían nada. Aparentemente las molestias urinarias, sería un motivo para acudir a consulta. (Cuadro 13)

Sorprendentemente y a pesar que muchas de las barreras para utilizar el tacto rectal, solo el 25.8% de los casos y 26.7% controles refirieron tener miedo de que les realizaran la **prueba** por medio del tacto rectal.

Las **causas principales** fueron y en gran medida lo que ocurre, es por desconocimiento con 43.3% en los casos para 33.3% de los controles, pena con 30.0% en los casos y 42.4% en los controles y que considerarán que era molesto en el 23.3% de los casos en comparación con el 21.2% de los controles.

El 74.2% de los casos en comparación con el 73.3% de los controles contestaron que no tendrían miedo al tacto rectal. Dentro de las razones: referidas están: es necesario para su salud con 74.2% de los casos en comparación con una mayor proporción en el grupo control (85.2%), el 10.1% de los casos refirieron que es parte del Dx de su enfermedad contra 8.0% controles

Cuando se les preguntó si se hicieron o se harían la prueba el 93.3% de los casos contestaron que sí, con una inferior proporción (35.0%) de los controles, 69.2% controles contestaron que no creían necesaria esta prueba, en comparación con 6.7% de los casos. Otra de las causas de no haberse realizado la prueba fue el no saber que existía con el 25.6% de los controles, casi igual que en el grupo de casos (25.0) (Cuadro 14)

Finalmente se consideró aquellos sujetos con una adecuada actitud, aquellos que aceptaban la prueba de la revisión por medio del tacto rectal, y aquellos que no la aceptaban como inadecuada.

Para detectar que tanto de sus actitudes las llevaban a la practica, se interrogó acerca de otros programas. Solo conocen los **programas de prevención** el 48.3% de los casos en comparación con el 53.3% de los controles. Se han realizado algunas pruebas o exámenes de detección el 89.7% de los casos comparando con 76.6% de los controles.

Al interrogar sobre la frecuencia, 36.0% de los casos en comparación con el 24.4% controles, refirieron que cada año. El 26.0% de los casos en comparación con el 13.3% de los controles contestaron que cada semestre, lo cual indicaría que posiblemente están confundiendo las pruebas de detección temprana, con el seguimiento.

Solo el 28% de los casos en comparación con el 18.8% de los controles se les **detectó algún padecimiento** a través de estos exámenes. El padecimiento detectado a través de estos estudios fue la hipertensión arterial con 50% de los casos en comparación con el 9.1% de los controles, diabetes mellitus con 7.1% casos en comparación con 54.5% en los controles. Tanto los casos como los controles refirieron haber acudido al doctor y ser tratados al haber sido detectado su padecimiento. (Cuadro 15)

El 85% de los casos en comparación con 78% controles, consideran que **se preocupaban por su salud** y sólo el 15% de los casos contra 21.7% controles respondieron que no.

El 34.3% de los casos contra 29.2% controles contestaron que se preocupaban por su salud ya que llevan dieta y ejercicios, el 35.2% de los casos contra 40% controles, acudían al médico cuando se sentían enfermos.

El 14.3% de los casos contra el 16.7% controles, refirieron que se cuidaban por amor a su familia y el 7.6% de los casos contra el 6.3% de los controles por control de su enfermedad, por prevención el 22.2% casos con una menor proporción (8.3%) de los controles. (Cuadro 16)

Para evaluar las creencias se pudo observar que la idea que tienen los pacientes acerca de si el tacto rectal afecta o no, el 30% de los controles en comparación con el 17.5% de los casos creían que sí afectaba.

..
Como razón principal con 71% casos y 56.8% controles refirieron que es un procedimiento brusco, no le explicaron el procedimiento 14.3% casos contra 13.5% controles, lo lastimaron 9.5% casos y 5.4% controles, es penoso 4.8% casos en comparación con 24.3% controles. El 21.7% de los casos en comparación con el 28.3% de los controles refirieron tener **preferencia por otro método**. (Cuadro 17)

Al ver el papel de enfermería en el ámbito de la promoción de la salud, la **orientación recibida** durante la estancia en el hospital o unidades clínicas se observó que el 25.0% de los casos en comparación con el 22.5% de los controles son los únicos que habían recibido alguna orientación educativa.

El **personal que brinda más información** es el médico con 70.0% de los casos contra el 74.1% de los controles, la **enfermera** con solo el 23.3% en los casos en comparación con el 11.1% controles.

La distribución por tipo de plática muestra una a la Diabetes mellitus 36.7% de los casos en comparación con el 25.9% de los controles, sobre hipertensión arterial con 36.7% de los casos con una mayor proporción de los controles que refirieron esta plática (40.7%): Otros temas como la dieta y los alimentos con 16.7% casos contra 25.9% controles. Dentro de las pláticas que también llamaron la atención fueron la de tabaquismo, ejercicio.

El 30.0% casos contra 26.0% controles, refirieron que la **técnica que más ocupan durante las pláticas** es con material y preguntas y el 40.0% casos contra 21.0% controles, utilizan las pláticas sin apoyo didáctico. (Cuadro 18)

Cuando se les interrogó que método, les gustaría que usaran para dar las pláticas, el 37.9% en casos y controles, consideraron y con folletos el 28.4% en casos contra 35% de los controles.

Cómo puede observarse, la orientación educativa esta muy limitada, y la información que reciben es principalmente del médico, aunque no hay ninguna certeza de que sean pláticas, sino básicamente información sobre su padecimiento, la participación del personal de

enfermería no se puede apreciar, o simplemente pasa desapercibida. Por otro lado, no existe mucha variedad en los temas que se les da, prácticamente ningún sujeto refirió haber recibido alguna plática sobre la hipertrofia prostática, lo cual reflejaría que mientras no se le da importancia a este padecimiento, los individuos acudirán cuando tengan síntomas moderados o graves y no en forma oportuna. (Cuadro 19)

Según el índice de signos y síntomas de la Asociación Americana de Urología se encontraron los siguientes resultados: síntomas leves el 5.0% de los casos en comparación con el 77.5% de los controles, síntomas moderados el 12.5% de los casos y con mayor proporción los controles con 15.8%, síntomas graves el 85.5% de los casos contra 6.7% de los controles.

Como se observa, existe una mayor proporción de casos que tuvieron síntomas graves, en comparación con los controles, mientras que los controles tuvieron una mayor proporción de síntomas leves. Con relación a los síntomas moderados, la diferencia es menor pero existe una mayor proporción de éstos en los controles. (Cuadro 20)

Al analizar las variables de **conocimiento por edad**, a mayor edad mayor es la proporción de falta de conocimientos, por ejemplo, los pacientes de edad de 71 a 75 años tienen el mayor porcentaje de no conoce nada con 76.9% controles en comparación con el 34.4% de los casos, para la edad de 60 a 65 años, el 54.5% casos contra 45.5% de los controles tenían poco conocimiento. Comparativamente el 87.5% de los casos entre 60 a 65 años de edad conocían bien, comparados con el 12.5% de los controles. (Cuadro 21)

En cuanto a **grado de conocimiento según ocupación** la mayor proporción de pacientes que no conocía sobre la HPB tenía algún oficio, aunque mayor en los controles con el 56.7% contra el 43.3% casos, en los que eran obreros, también fue mayor en los controles 58.7% comparado con el 41.3% casos, lo mismo que para los empleados con 44.0% casos en comparación con 56.0% controles.

Los pacientes que tienen poco conocimiento se encuentran en el rubro de oficio con 44.0% casos y 56.0% controles, siguiendo el rubro de empleado con 70.6% casos y 29.4% controles.

Los pacientes que conocen la HPB se encuentran dentro de la ocupación de empleado con 80% casos y 20.0% controles, siguiéndole el de profesionista con 66.7% casos contra 13.3% controles.

El mayor porcentaje de pacientes que conocen la HPB se encuentran en la ocupación de empleado o profesionista; sin embargo es mínima la población que se encuentra bien informada. (Cuadro 22)

Dentro de la distribución por escolaridad según el grado de conocimientos de la HPB

Sabe leer y escribir y primaria incompleta es donde existe la mayor proporción de pacientes que no conocen nada mayor proporción en los controles 61.1% comparada con el 38.9% casos, siguiéndole el de analfabetas con 52.5% casos y 48.3% controles sin embargo son más los controles que no conocen nada.

Conocen poco se encontró el mayor porcentaje en primaria completa con 72.7% casos y 27.3% controles siguiéndole el de sabe leer y escribir y primaria completa con 44.8% casos y 55.2% controles, conoce bien se encuentran con mayor porcentaje el rubro de primaria completa con 50.0% casos y 50.0% controles.

La mayor proporción de pacientes sólo sabe leer y escribir o tienen la primaria incompleta, sin embargo no hubo relación verdadera entre el grado de conocimientos de esta enfermedad y la escolaridad. (cuadro 23)

Dentro de la distribución por nivel socioeconómico según el grado de conocimiento de la HPB la mayor proporción de pacientes que no saben nada se encuentran en el nivel medio con 40.% casos y 59.4% controles, siguiéndole el nivel bajo con 48.8% casos contra 51.2% controles.

Conocen poco con la mayor proporción de pacientes se encuentra el nivel medio con 60.0% casos y 40.0% controles, con la misma proporción el nivel bajo y alto 33.3% casos contra 66.7% controles

Para aquellos que si conocen en el nivel medio con 66.7% casos contra 33.3% controles. Esta distribución muestra que la mayor parte de la población, el conocimiento más alto lo tienen el nivel medio y el alto. (Cuadro 24)

Se explica la relación que existe entre las creencias (la prueba del Tacto Rectal o si afecta su virilidad) y el conocimiento que se tiene de esta enfermedad.

Se observa que es mayor la proporción de pacientes que están de acuerdo con la prueba del tacto rectal pero, que la mayoría no conocen nada 59.6% casos y 73.5% controles. En el rubro de está de acuerdo con la prueba y conocen poco de la enfermedad 29.3% casos y 24.1% controles.

En el rubro de está de acuerdo con la prueba y si conoce se encuentra, la menor proporción con 11.15% casos contra 2.4% controles.

En cuanto a los pacientes que no está de acuerdo con la prueba se observa que los controles siguen teniendo una mayor proporción con 52.4% casos y 26 (70.3%) controles, conocen poco 47.6% casos y 24.3% controles, conocen 2 (5.4%) controles.

En este cuadro se explica que la mayor proporción de pacientes, si están desacuerdo con la prueba; sin embargo, la mayor proporción de estos no tiene conocimiento de la HPB y solo pocos conocen un poco más, también se observa que los controles conocen menos que los casos con una proporción representativa. (cuadro 23)

La relación que existe en las creencias y si afecta o no la edad en éstas, se observa que la mayor proporción de pacientes que aceptaron la prueba son los casos y que la edad de mayor aceptación es la de 60 a 65 años, siguiéndole la de 75 o más con 20 (83.3%) casos. Los pacientes que en mayor proporción no aceptan esta prueba son los de la edad de 60 a

65 años con 11(35.5%) de los controles, siguiéndole los de la edad de 66 a 70 años con 8(33.3%) de los controles.

Se explica que los casos al tener una necesidad de tratamiento se someten y aceptan la prueba , sin embargo los controles al no tener o no creer tener esta necesidad no aceptan la prueba, siendo los de la de mayor edad los que se rehúsan a hacérsela. (**cuadro 25**)

De la **relación nivel escolar y aceptación del tacto rectal**, se encontró que la mayor proporción de pacientes que aceptan la prueba son controles y no casos con 40 (81.6%) casos y 52 (73.2) controles, encontrándose estos, que saben leer y escribir y de primaria completa.

En el rubro de primaria completa con 24 (77.4%) casos y 14 (73.7%) controles, en tercer lugar esta el rubro de profesionistas con 20 (95.2%) casos y 5 (33.3%) controles.

Los pacientes que no aceptan la prueba del tacto rectal se encuentran en el rubro de sabe leer y escribir y de primaria completa con 19 (26.8%) controles, en 2do lugar 10 (66.7%) controles, encontrándose en el rubro de analfabetas y en tercer lugar con 9 (18.4%) casos nuevamente en el rubro de saber leer y escribir y de primaria incompleta.

Esto se explica ya que la mayor proporción de pacientes están en el rubro de sabe leer y escribir y de primaria incompleta siendo así que los resultados obtenidos están en esta clasificación, ya que la muestra no se distribuye de una manera homogénea, y los resultados no logran ser representativos.(**Cuadro 27**)

La relación que existe entre el índice socioeconómico y la aceptación del tacto rectal, la mayor proporción de pacientes que aceptan la prueba del tacto rectal son del nivel medio con 63 (81.8%)casos y 53 (63.9%)controles, siguiendo el bajo con 21 (84.0%)casos y 24 (85.7%) controles, y al final el alto con 15 (83.3%)casos y 6 (66.7%) controles, siendo una mayor proporción de casos que de controles que aceptan la prueba del tacto rectal.

Los pacientes que no aceptan esta prueba son 30(36.1%) controles que pertenecen al nivel medio, con el 6 (66.7%) controles que son del nivel alto.

Se observa que es mayor el número de pacientes que aceptan la prueba del tacto rectal y que pertenece al nivel medio esto debido a que la mayor parte de la muestra resultó ser de éste, también se observa que en su mayoría son los casos y no los controles los que aceptan la prueba y que el nivel alto fue el que menos acepto la prueba. (**cuadro 28**)

La relación que existe entre la edad y la orientación educativa, el rango de edad donde se encuentra la mayor proporción de pacientes es el de 60 a 65 años estos recibieron orientación educativa siendo 34 (97.1%) casos contra 29(93.5%) controles, le sigue la edad de 70 a 75 años con 21 (95.5%) casos y 24 (100%) controles en 3er lugar de 76 años o más con 23 (95.8%) casos contra 17 (81.0%) controles.

Como se observa que los casos han recibido más información que los controles y la edad en la que han recibido más información ha sido la de 60 a 65 años.

Los pacientes que con mayor proporción no han recibido información sobre temas de la salud son 4 (19.0%) controles, con una edad mayor a la de 76 años.

En este cuadro podemos observar que son muy pocos los pacientes que han sido orientados acerca de diversas enfermedades y que los casos han recibido más información que los controles, y la edad promedio en la que recibieron más información es en la edad de 60 a 65 años.

En nuestro país la falta de estrategias y de interés por parte del personal de salud, son fundamentales en el aumento de enfermos y de incapacidad por evitar enfermedades, las cuales se pudieran prevenir con un poco de orientación. Sin embargo, el personal de salud no está capacitado para esto y por eso descuida el fomento a la salud y la prevención de enfermedades. (cuadro 29)

La relación que existe entre la ocupación y la orientación educativa, siendo el rubro de oficio quien recibió menos orientación con 39 (97.5%) casos y 48 (98%) controles, siguiendo 31 (100%) casos y 30 (93.8%) controles en el rubro de obrero, y el de empleado con 26 (96.3%) casos y 30 (93.8%) controles.

Los pacientes que han recibido información son del rubro de obrero 2 (6.3%) controles y empleado 2 (10%) controles. Sin embargo la orientación educativa no guarda relación significativa con la actividad a la que se han dedicado. (cuadro 30)

La relación que existe entre el grado escolar y la orientación educativa. En este se observa que en el rubro de sabe leer y escribir y primaria incompleta solo hay 2 (4.1%) casos y 3 (4.2%) controles que han recibido información, siguiéndole el de secundaria incompleta con 1 (25.0%) casos.

Se puede ver la falta de orientación que existe de parte del personal de las instituciones y la falta de interés de brindar información que permita fomentar en el paciente el auto cuidado. (cuadro 31)

La relación que existe entre la orientación educativa y el índice socioeconómico, tiene una mayor proporción de pacientes en el nivel medio con 2 (2.6%) casos y 5(6%) controles, el alto con 1 (5.6%) casos y 1 (11.1%) controles. Y solo 1 (4.0%) casos en el nivel bajo, demostrando el poco interés del personal de salud para orientar a los derechohabientes. (cuadro 32)

Las diferencias entre los conocimientos, actitudes y creencias en un grupo de casos y controles. (cuadro 33)

4.3 Comprobación de Hipótesis

La Hipótesis planteada fue la siguiente:

El nivel socioeconómico, las actitudes, las creencias y las prácticas para la salud de los varones mayores de 40 años influyen en el conocimiento sobre la hipertrofia prostática benigna tanto en los casos como en los controles y en la coparticipación de las medidas de prevención que imparte el personal de enfermería.

Dentro de lo que es la escolaridad contribuye al conocimiento de la H.P.B con un 23.8%

Lo que es la Orientación Educativa contribuye con un 21.6%

El Tipo de Trabajo contribuye con un 36%. Todos estos resultados fueron sacados por medio de una regresión logística, ya que se formó un índice con las preguntas de cada variable a las cuales se les dio un peso.

Encontrándose que al buscar las diferencias que existen entre un grupo de casos con HPB y un grupo control acerca del conocimiento que se tiene de la HPB, se formó un índice con las preguntas que se realizaron las cuales tuvieron un puntaje desde 0 puntos hasta el puntaje mayor: En éste se encontró que existe un exceso de 88% o 2 veces mayor probabilidad de que los casos conozcan más sobre HPB en comparación con un grupo control, esto fue obtenido por medio de la razón de momios (RM=1.9 IC_{95%} 1.01-3.2, χ^2 : 5.3, $p=0.021$)

Dentro de lo que es la actitud se conformó un índice con las preguntas realizadas dentro del cuestionario las cuales tuvieron un peso, encontrándose una actitud adecuada en 101 pacientes y una actitud inadecuada en 139 pacientes encontrándose que existe un exceso de riesgo del 59% de que los casos tengan una mejor actitud en comparación con los controles aunque la asociación no es estadísticamente significativa.

Encontrándose una χ^2 de tendencias = 9.63 una $p=0.002$, lo cual entendemos que a mayor nivel socioeconómico mayor posibilidad de conocer lo que es la HPB; es decir, tienen 2.5 veces mayor probabilidad de que el nivel medio, y el nivel más alto 4.6 veces mayor posibilidad, de conocer sobre la HPB en comparación con los de nivel socioeconómico bajo.

Se encontró que aquellos que tenían algún conocimiento sobre la HPB, tuvieron 1.88 veces mayor probabilidad de tener la Hipertrofia, (RM=1.88; IC_{95%} 1.01 -3.2) una χ^2 5.3 y $P=0.021$, comparados con los que no tenían conocimiento. Esto quiere decir, que es más probable que aquellos sujetos con conocimiento se hubiera diagnosticada la enfermedad. Podemos concluir que los pacientes con la hipertrofia prostática tienen una mayor probabilidad de conocer que los que no tienen la enfermedad y que existen muchos factores que condicionan que exista un mayor conocimiento como es el nivel socioeconómico, la edad entre otros.

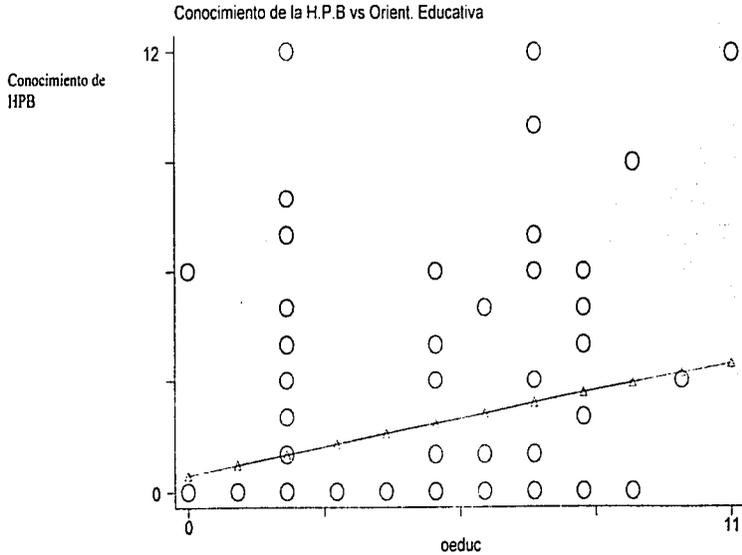
Los pacientes con una adecuada actitud, tuvieron 2 veces mayor posibilidad de haberse diagnosticado la HPB, en comparación con los que tuvieron una actitud inadecuada. ($\chi^2=5.8$; $P=0.016$). RM=2.10; IC_{95%} 1.1- 3.9).

Los pacientes con una actitud adecuada en la práctica, tuvieron 1.59 veces más posibilidad de haberse diagnosticado la HPB, (RM=1.59; IC95% de 0.1-3.5).

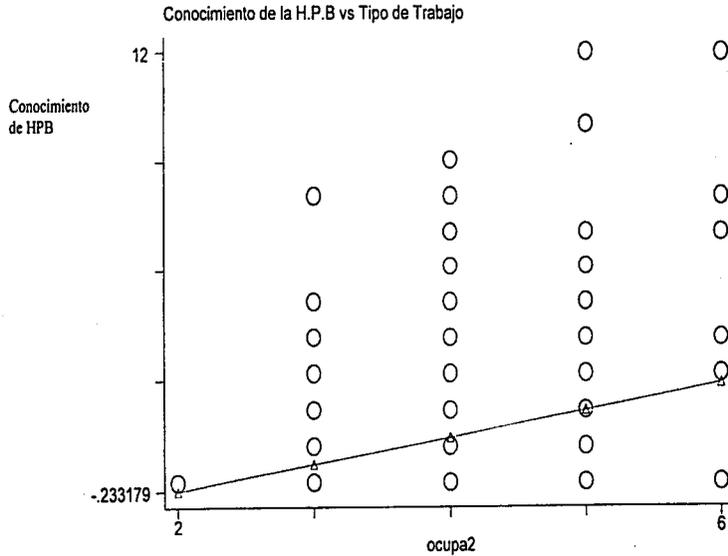
Se puede concluir que existen diversos factores tanto internos como externos que van a influir en el conocimiento de la enfermedad y que es necesario

Saber cuales son para poder trabajar en ellos tratando de evitar que obstaculicen el desarrollo de nuevos conocimientos que permitan prevenir estas enfermedades.

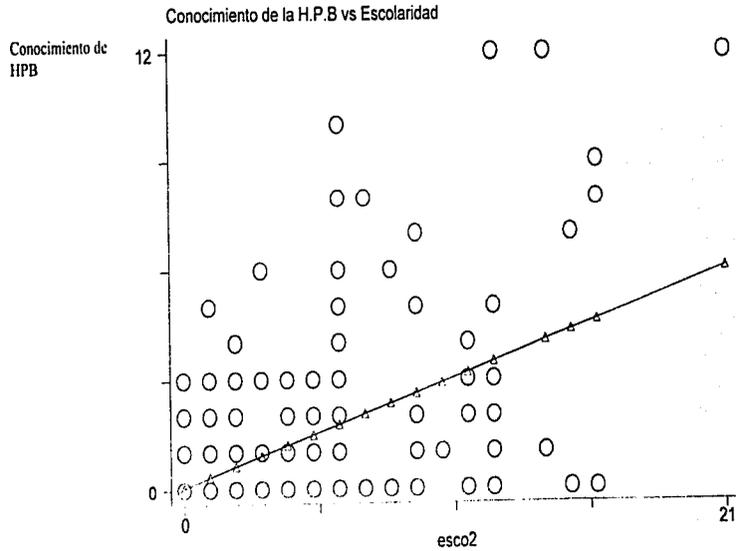
Comprobación de hipótesis



Comprobación de hipótesis



Comprobación de hipótesis



V.CONCLUSIONES

En este estudio evaluamos el grado de conocimiento que tuvo la población derechohabiente, encontrando que existe una relación significativa entre los casos y los controles comprobando que los casos tienen mayor conocimiento que los controles, Sin embargo no existe una diferencia significativa, dado que él haber cursado por el padecimiento en los casos podría suponerse un conocimiento mayor

La edad no es un factor importante para el conocimiento de la HPB. Otro de nuestros objetivos planteados es la relación que existe entre el grado de conocimientos y la ocupación y en éste se pudo encontrar una relación significativa., De la relación de si el grado de conocimiento está determinado por el grado de escolaridad, observamos que esta dada la relación. n los resultados fueron significativos, sin embargo casi total de la población solo estudio la primaria o la secundaria de esta manera, la muestra no fue homogénea.

En cuanto a la orientación educativa la población derechohabiente de un total de 240 pacientes solo 57 recibieron esta sin embargo si existe una relación significativa entre la orientación educativa y el grado de conocimientos. Los factores que hemos podido encontrar en esta investigación y en los cuales tenemos la obligación de trabajar en ellos son principalmente la falta de orientación educativa por el personal de salud, lo cual habla de una falta de compromiso hacia su profesión, y hacia los pacientes que deja ver en el trato y la falta de atención.

Como agente de salud, la enfermera puede actuar de defensora, asesora, profesora o coordinadora de servicios, brindar un modelo de actitudes y conductas propias de un estilo de vida sano, facilitar la participación del cliente en la valoración, ejecución y evaluación de los objetivos sanitarios, enseñarle estrategias de auto cuidado que potencien la forma física, mejoren la alimentación, controlen la tensión y fortalezcan las relaciones.

Ayudar a los individuos, familias y a la comunidad a aumentar sus niveles de salud. Enseñar a los clientes a ser buenos usuarios de la atención a la salud. Ayudar a clientes, familias y comunidades a crear y escoger opciones que fomenten la salud, orientar el desarrollo que tiene el cliente para que se pueda resolver problemas y tomar decisiones de forma adecuada, reforzar las conductas personales y familiares, que tenga el cliente, de fomento de la salud, ayudar a clientes y familia. La enfermera puede trabajar con todos los grupos generacionales o limitarse a una determinada población (por ejemplo padres, niños de edad escolar, o los ancianos. Se hace énfasis en enseñar al cliente cuáles son sus responsabilidades de auto cuidado.

Existen otros factores que afectan de manera directa como el nivel educativo de los pacientes, el cual es muy bajo y la falta de interés hacia si mismo esto debido posiblemente a la edad de estos los cuales lo que quieren son descansar y que no se los moleste.

Sí el personal de Enfermería se compromete, a través de la educación para la salud, puede lograr un cambio en la comprensión de los factores que incrementan la morbimortalidad de los pacientes, con plan de trabajo, un Dx. Situacional que muestre la captura de pacientes, haciendo énfasis en mayor información de esta enfermedad, un plan permanente en el cual se den los síntomas de alarma, la forma de detección y las diversas formas de Tx .de manera que estén concientizados de lo que pueden padecer y como detectarlo a tiempo.

VI. PROPUESTA

Preparación de los adultos mayores en la prevención de riesgos de problemas de salud, el IMSS tiene el Programa del Adulto Mayor, el cual esta conformado con un Esquema Integrado de Salud, sin embargo no se incluye la detección oportuna de la Hipertrofia Prostática Benigna, por tal motivo existe la necesidad de crear un Programa específico de esta patología tomando en cuenta lo siguiente:

1) Se debe tomar como instrumento el diálogo como primera intervención educativa, la acogida incondicional de las preguntas de la gente, sus necesidades, sus experiencias, para ir de la situación de la vida a las preguntas relacionadas con la salud. basándonos en que son necesarias ya que están unidas al principio de significatividad.

2) Reconocimiento de la dignidad de las personas, respetando la dignidad y la libertad es como el personal de enfermería podrá crear condiciones favorables, de sus preguntas saldrá las exigencias programáticas y las necesidades de este grupo de edad.

3) Con el diálogo los hechos vividos, en el contexto social real, se analizan críticamente, es necesario codificar y decodificar la realidad es decir, sacar del contexto real lo más significativo de ello expresado en este grupo, y llevarlo al contexto teórico, del diálogo, la codificación transforma lo que fue un modo de vida en el contexto real, la decodificación es descubrir los nexos y los elementos y relaciones de esa realidad, el diálogo nos informa sobre los conocimientos que han de adoptar y sobre las capacidades que han de adquirir, conocimiento nocional y existencial que permite valorar, intervenir en las situaciones concretas de la vida, con madurez y autonomía.

4) Capacitar y crear actitudes-, aquí se trata de conjugar de forma armónica los contenidos de la enfermería con el estilo de vida del paciente, es importante ser creativo.

La ultima y tal vez la más importante es la evaluación la cual es un juicio cualitativo de lo que queremos lograr, la evaluación es importante para nosotros, para saber si vamos por donde queremos ir, y llegamos a donde nos hemos propuesto llegar, haciéndola con todo el grupo de personas que participan en ésta. La evaluación es neutral y se puede dividir en tres fases:

- a) lo que sería la evaluación del contexto, necesidades, demandas,
- b) la evaluación del proceso,
- c) la evaluación de los resultados

La educación no formal en la prevención de riesgos, se da a partir de la necesidad priorizada del paciente o de la comunidad, con sus circunstancias que sirven de base a la respuesta educativa..

La elaboración de un programa de educación higiénica en el que se tome como puntos de partida

1) Conocer como ya lo habíamos mencionado las condiciones sociales, culturales, económicas de los pacientes de estos grupos de edad, así como sus recursos educativos y de comunicación.

requiere una comunidad y basándose en este diagnóstico se analizarán los métodos y las técnicas educativas que sean más operantes para dicha acción. En los programas de educación para la salud los objetivos que se persiguen son siempre cambios de conducta en la población.

Objetivos

- 1) Lograr que el 100% de los hombres mayores de 50 años que acuden al HGZ #76 conozcan los signos y síntomas de la H.P.B por medio de un folleto y de pláticas consecutivas en las salas de espera en las que se les aclara todas sus dudas.
- 2) Lograr que el 100% de los hombres mayores de 50 años se realicen la prueba del Tacto Rectal.

Límites del Programa

Universo de Trabajo

Hombre mayores de 50 años del H.G.Z # 76.

Límites de Tiempo

El tiempo que sea necesario

Actividades

- 1) Invitar a todos los hombres mayores de 50 años acudir a las pláticas que se llevarán a cabo.
 - 2) Explicarles que es la educación para la salud.
 - 3) Explicarles los beneficios que se obtendrán al asistir como es aclarar dudas.
 - 5) Explicarles que es el T/R y sus beneficios como método de prevención.
 - 6) Desarrollar el tema en un rota folios bien esquematizado y llamativo.
 - 7) Realización de un folleto que se les da al final de la plática con dibujos ilustrados
 - 8) Cerrar la sesión o charla aclarando dudas.
- La realización de programas de educación sanitaria no es función de especialistas, sino responsabilidad de todo el personal de los servicios de salud. En la realización del programa educativo debe participar el equipo de salud así como los líderes del grupo de esta edad, cuando se discute con el personal de salud y con los representantes de la comunidad, el propósito del programa y los procedimientos que se piensan utilizar, existen mayores posibilidades de comprensión y de que su realización sea más exitosa

Se propone que se incluya un tríptico de fácil comprensión que incluya los posibles síntomas de esta enfermedad y como se puede diagnosticar.

Es importante que el Lic. En Enfermería trabaje en objetivos concretos encaminados a la prevención de diversas enfermedades, ya que es más importante prevenir que rehabilitar, es importante que no solo haya programas internos en los hospitales sino también para las personas externas a él.

Que el personal de salud desarrolle nuevas estrategias como serían usar el índice de Signos y síntomas cuando el paciente llega a pedir atención de otra enfermedad, es importante que se preparen mejor en esta área para que se les permita llevar la dirección de nuevas estrategias.

El tríptico deberá llevar la siguiente información:

¿Qué significa para usted la hipertrofia prostática benigna?

¿Qué es esta enfermedad?

La hiperplasia prostática benigna es el crecimiento de la próstata que ocurre cuando los hombres envejecen. La palabra benigna significa que el crecimiento no es canceroso.

¿Qué es la próstata?

Es una glándula que se encuentra justo por debajo de la vejiga en los hombres y que rodea a una parte del canal urinario, o uretra. Su tamaño normal es el de una nuez de castilla. Una de las funciones de la próstata es mantener vivos a los espermatozoides, por lo

que es importante en los años que usted desea tener sus hijos. No desempeña función alguna en su capacidad de tener relaciones sexuales.

¿Quién padece HPB?

Alrededor de los 45 o 50 años de edad, la próstata de la mayoría de los hombres comienza a crecer. En algunos hombres la glándula nunca alcanza el tamaño suficiente para ocasionar problemas. En otras, ésta sigue creciendo hasta que provoca síntomas. Por lo menos el 50% de los hombres experimentarán algunos síntomas del

crecimiento prostático para cuando lleguen a los 60 años de edad.

¿Cuáles son los síntomas?

A medida que la próstata crece, ésta comprime a la uretra y causa problemas con la acción de orinar. Quizás el más problemático sea tener que levantarse a orinar frecuentemente (varias veces en las noches por ejemplo).

Otros síntomas son un chorro débil de orina, la dificultad para orinar y la sensación de que su vejiga no se ha vaciado por completo.

¿Cómo se trata?

¿Cómo se trata?

Espera vigilante.

Este es uno de los métodos para tratar esta enfermedad, sobre todo si los síntomas no le molestan mucho. Su médico deseará verlo a usted para exámenes regulares, preguntarle acerca de sus síntomas y cerciorarse de que no se hayan desarrollado otros problemas con su próstata. Es posible que el médico practique un tacto rectal para verificar el tamaño y la consistencia de la próstata, y que lleve a cabo también una prueba para medir la concentración del antígeno prostático específico (APE. Esta es una sustancia del organismo que aumenta cuando en la próstata existe posible cáncer.

También existe el tratamiento farmacológico, con variedad un ejemplo es el finasteride, actúa disminuyendo el tamaño de la próstata. Cirugía. La extirpación quirúrgica del tejido inflamado.

¿Afectara mi vida sexual?

Realmente se ha comprobado tener la más mínima relación esta con los tratamientos, que existen, casi siempre el problema es psicológico y solo es necesario esperar que el cuerpo se adapte a los cambios que se presentan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) **ÁLVAREZ de la Cadena S. Jorge, et al; Escaso conocimiento del paciente con prótesis valvular cardíaca acerca de su condición patológica** Rev. Med IMSS 1998; 36 (2): 93-97.
- 2) **ÁLVAREZ M, Atención primaria a la salud, Salud Pública Mex** 1988; 30: 676-682.
- 3) **AZCÁRRAGA G, Urología, 3ª ed. Ed. Méndez, Editores México, D. F. 1996. pp . 256-264.**
- 4) **BARRY MJ. Fowler FJ, Olearly PM, Bruskevitz RC, et al. The American Urological Association Symptom Index for Benign Prostatic Hyperplasia . J. Urol. , 1992; 148: 1549- 1557.**
- 5) **BRUNNER I, Enfermería Médico Quirúrgica, Ed. Interamericana, México, 1992, pp: 1978-1983.**
- 6) **CALCIANO. Robert, Resnick Martin I, Schmidt D. Hiperplasia Prostática, . Atención Médica. 1993. pp:14-27.**
- 7) **CARBALLIDO Rodríguez J.A, G. Rodríguez R, Hiperplasia prostática benigna: evaluación clínica, diagnóstico y alternativas terapéuticas, Medicine 1997:7(62). 1300-1309.**
- 8) **DOLL H.A.Black NA, Mc Pherson K, Flood AB, Williams GB, et al. Mortality, Morbidity and complications following transurethral resection of the prostate for benign prostatic hypertrophy, J. Urology 1992: 147. 1566- 1573.**
- 9) **DUEÑAS Toledo; Garcia Santiago Antonio, El nivel del conocimiento que tienen los derechohabientes del IMSS de Mexicali, Rev. Med IMSS 1992; 225-227.**
- 10) **EPSTEIN RS, Deverka PA, Chute CG, Lieber MM, Oesterlingg JE, et al. Urinary Symptom and quality of life questions indicative of obstructive benign prostatic hyperplasia, Urology suppl. 1991 ; 38: 20-26.**
- 11) **GARZÓN Rincón, Gallardo Ma., Gerontología y Geriatria, IMSS. Año 2, segundo trimestre del 2000, pp. 34 - 38.**
- 12) **LAZCANO Burciaga Gloria, Eficacia de la Educación en el control de la glucemia en pacientes en pacientes con diabetes tipo II, Rev Med IMSS 1999; 37(1): 39-44.**
- 13) **LEIVA G. Félix Arturo Conocimiento de las medidas para prevenir el VIH por parte de los adolescentes. Rev. Med IMSS, 1995; 33; 577-580.**
- 14) **LOEWE R, Atención primaria a la salud: Revisión conceptual . Salud Pública Méx. 1988, pp: 666- 675.**
- 15) **MOON TD, Brannan W, Lee AJ, Rusell AW, et al. Effect of age, educational status, ethnicity and geographic location on prostate symptoms scores, J Urol 1994, 152: 1498 - 1500.**
- 16) **OLAPADE E.O. Carter C. J. M. et al. Haematuria and clot retention after transurethral resection of the prostate a pilot study, Br J Urology 1992, 147: 1566-1573.**
- 17) **SIMPSON RJ, Fisher W, Lee AJ, Rusell AW, et al. Benign prostatic hyperplasia in an unselected community based population: a survey of urinary symptoms, bothersomeness and prostatic enlargement, Br J Urol 1996; 77: 186 - 191.**
- 18) **SMITH. Frank Urología General. 4ª Ed. Manual Moderno, México 1997,pp:01-417.**

- 19) SOBRENÓN M.C, Langer A, et al, **Requerimientos del paradigma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI**, Salud Pública, Méx. 1988; 30: 791-803.
- 20) THORPEE AC, Coles J, Venon S, **Written consent about sexual function in men undergoing transurethral prostatectomy** Br J Urology 1994, 74; 479- 484.
- 21) VEGA Serrano y cols, **Termoterapia Prostática**, Boletín del Colegio Mexicano de Urología, 1997; 64:36-39.
- 22) WELCH G, Kawachi I, Colditz GA, et al. **Distinction Between Symptoms of voiding and filling in benign prostatic hyperplasia findings from the health professionals follow-up study**. Urology, 1998; 51 (3); 422- 427.
- 23) YALLA S,V, Sullivan MP, Lecamwasam HS, Dubeau CE, Vickers MA, et al **Correlation of American Urological Association Symptom Index with obstructive and nonobstructive prostatism**. J. Urol. 1995 ; 153, 674- 680.

ANEXOS

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS PACIENTES ANTE LA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA Y LA INFLUENCIA DE LA ORIENTACION EDUCATIVA QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE ESTA ENFERMEDAD"

1. FOLIO <input type="text"/>	2.- FECHA <input type="text"/>	1. <input type="text"/>
3.- (1)Caso	(2)Control	3. <input type="text"/>
FICHA DE IDENTIFICACION		5 <input type="text"/>
4.- Nombre _____		
5.- Edad _____		
6.- Domicilio _____		
7.- Teléfono <input type="text"/>		
8.- No. de filiación: <input type="text"/>		
9.- Unidad hospitalaria: <input type="text"/>		9. <input type="text"/>
10.- Servicio: <input type="text"/>		10. <input type="text"/>
11.- Hospitalizado 1.si 2.no		11. <input type="text"/>
ESCOLARIDAD		
12.- Sabe leer y escribir? 1. Si 2. No		
13.- Si la respuesta es afirmativa, cual fue el grado y número de años que asistió a la escuela?		
GRADOS	AÑOS	GRADOS
AÑOS		AÑOS
1. primaria <input type="text"/>		4. Preparatoria <input type="text"/>
2. secundaria <input type="text"/>		5. Profesional. <input type="text"/>
3. técnico <input type="text"/>		6. Posgrado <input type="text"/>
12 <input type="text"/>		
13 <input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
OCUPACION		
14.- ¿Cuál es su ocupación? _____		
LUGAR DE RESIDENCIA		
15. Desde hace cuánto tiempo reside aquí? _____		
Si ha vivido en otros lugares mencione en dónde y cuánto tiempo vivió.		
Dónde _____	Tiempo _____	14 <input type="text"/>
Dónde _____	Tiempo _____	15 <input type="text"/>
16. Es área rural o urbana? _____		15a <input type="text"/>
		15b <input type="text"/>
		16 <input type="text"/>
ESTADO CIVIL		
17.- 1)casado 2)soltero 3)viudo 4)divorciado 5)unión libre		
18.- Total de años de estudio del jefe de familia _____		
19.- La casa donde reside actualmente es:		
20.- 1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. Continua pagándola		
21.- ¿Cuántas personas viven en su casa? _____		
22.- ¿De cuántos cuartos se compone su casa? _____		
23.- ¿Cuántos cuartos ocupa para dormir? _____		
24.- ¿De que material predominantemente esta construida su vivienda?		
TECHO <input type="text"/>	SUELO <input type="text"/>	PARED <input type="text"/>
1. Lamina	1. Tierra	1. Lamina de Cartón
2. Teja o Madera	2. Cemento	2. Adobe o Ladrillo
3. Asbesto o Acero	3. Madera	3. Block
4. Loza	4. Otro	4. Madera
5. Otro _____		5. Otro _____
Cuenta con los siguientes servicios		
25.- Agua potable 1. Sí () 2. No ()		
		17 <input type="text"/>
		18 <input type="text"/>
		19 <input type="text"/>
		20 <input type="text"/>
		21 <input type="text"/>
		22. <input type="text"/>
		23. <input type="text"/>
		24a <input type="text"/>
		24b <input type="text"/>
		24c <input type="text"/>

26.- ¿El agua disponible esta entubada en forma? 1. Intradomiciliaria 2. Extradomiciliaria 3.Pipa 4. Otra	25. <input type="checkbox"/>
27.- ¿Cuenta con drenaje? 1 Si () 2 No ()	26. <input type="checkbox"/>
28.- La eliminación de excretas se realiza en: 1. Al ras del suelo 2. Letrina 3. Fosa séptica 4. Baño	27. <input type="checkbox"/>
29.- ¿Dispone de luz eléctrica dentro de la vivienda? 1 Si () 2 No ()	28. <input type="checkbox"/>
I. CONOCIMIENTO	29. <input type="checkbox"/>
30- Usted ¿sabe o sabía antes de que le diagnosticaran su enfermedad que es la próstata?	30. <input type="checkbox"/>
2) Si sabe 1) sabe algunos aspectos 0) no sabe	
31.-Sabe usted ¿qué función tiene la próstata?	31. <input type="checkbox"/>
2) Si sabe 1) sabe algunos aspectos 0) no sabe	
32- Sabe usted que es la HPB?	32. <input type="checkbox"/>
2) Si sabe 1) sabe algunos aspectos 0) no sabe	
33.- Sabe usted los síntomas que se presentan en esta enfermedad?	33. <input type="checkbox"/>
2) Si sabe 1) sabe algunos aspectos 0) no sabe	
34- Me los podría mencionar:	34. <input type="checkbox"/>
2) sabe por lo menos tres 1) sabe menos de tres 0) no sabe	
35.- Sabe usted qué métodos tienen para diagnóstico?	35. <input type="checkbox"/>
2) Si cuales? _____	
1) Parcialmente _____	
0) No sabe	
II. ACTITUDES	
36.- ¿Acostumbre usted acudir al médico?	36. <input type="checkbox"/>
37.- ¿Cuáles son las principales causas?	37. <input type="checkbox"/>
38.- La última vez que acudió, ¿Porqué acudió?	38. <input type="checkbox"/>
39.- Le han dicho que tiene que cambiar algunos de sus hábitos (Ejemplo: alimenticios, dejar de fumar o tomar, hacer mas ejercicio entre otros) los modificaría o modificó?	39. <input type="checkbox"/>
1.- Si ¿Por qué? _____	
2.- No ¿Por qué? _____	
40.- ¿Cómo considera esta enfermedad?	39a. <input type="checkbox"/>
0) Grave 1) Moderadamente grave 2) No es grave	
41.- Si usted presentara ardor al orinar, dolor al orinar, orinara poquito varias veces en un transcurso de tiempo corto, dificultad para posponer la necesidad e orinar, orinar varias veces durante la noche? ¿Qué haría?	40. <input type="checkbox"/>
5) Acudiría al doctor	
4) Le preguntaría a una enfermera (cualquier personal de salud)	41. <input type="checkbox"/>
3) Compraría algo en la farmacia	
2) Le diría a un familiar o amigo	
1) Me esperaría	
0) Nada	
Otro _____	
42.- ¿Cuánto tiempo espero(ía) para acudir al doctor?	
43.- ¿Tuvo o tendría miedo de que realizaran la prueba por medio del tacto rectal que se hace para conocer si esta afectada la próstata?	42. <input type="checkbox"/>
2) Si ¿Por qué? _____	
1) No ¿Por qué? _____	
44.- ¿Usted se ha hecho o (ía) la prueba?	43. <input type="checkbox"/>
1) Si	

¿Porqué? _____
2) No _____
¿Porqué? _____

44.
44a

III.- PRACTICAS

45.- ¿Usted sabe (ia) que existen programas para detectar a tiempo algunas enfermedades?

2.-Si ¿Cuáles? _____

1.- No _____

46.- ¿Usted se ha realizado alguno de estos exámenes?

2.-Si ¿Cuáles? _____

1.- No _____

47.- ¿Cada cuando se los realiza?

48.- ¿Le han detectado a través de estos exámenes algún problema de salud?

2.-Si ¿Cuáles? _____

1.- No _____

49.- ¿Qué hizo cuando le dijeron que tenía el problema? _____

45.
45a

46.
46a

47.
48.
48a

50.- ¿Se considera usted, una persona que se preocupa por su salud?

2.-Si ¿Porqué? _____

1.- No _____

IV. INDICE DE SIGNOS Y SINTOMAS

51.- **Vaciamiento incompleto.** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces tuvo la sensación de no poder vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?

0) nunca

1) menos de una vez

2) menos de la mitad de las veces

3) la mitad de las veces

4) mas de la mitad de las veces

5) casi siempre

52.- **Frecuencia.** Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido usted que volver a orinar antes de que transcurrieran dos horas desde la última vez?

0) nunca

1) menos de una vez

2) menos de la mitad de las veces

3) la mitad de las veces

4) mas de la mitad de las veces

5) casi siempre

53.- **Intermitencia.** Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido usted que detenerse y volver a comenzar varias veces al orinar?

0) nunca

1) menos de una vez

2) menos de la mitad de las veces

3) la mitad de las veces

4) mas de la mitad de las veces

5) casi siempre

54.- **Urgencia.** Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido dificultad para posponer la necesidad de orinar?

0) nunca

1) menos de una vez

2) menos de la mitad de las veces

49.
49a
50.
51a

51.

52.

53.

54.

3) la mitad de las veces 4) mas de la mitad de las veces 5) casi siempre	
55.- Chorro débil. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido usted un chorro de orina débil? 0) nunca 1) menos de una vez 2) menos de la mitad de las veces 3) la mitad de las veces 4) mas de la mitad de las veces 5) casi siempre	55. [] [] []
56.- Esfuerzo. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido usted que pujar o esforzarse para comenzar a orinar? 0) nunca 1) menos de 1 vez 2) menos de la mitad de las veces 3) la mitad de las veces 4) mas de la mitad de las veces 5) casi siempre	56. [] [] []
57.- Nicturia. Durante el último mes, ¿Cuántas veces se levantó a orinar desde el momento en que usted se acostó en la noche hasta que se levantó en la mañana? 0) nunca 1) menos de 1 vez 2) menos de la mitad de las veces 3) la mitad de las veces 4) mas de la mitad de las veces 5) casi siempre	57. [] [] [] [] []
VII. CREENCIAS 58.- ¿Usted a llegado a pensar que lo pueden lastimar con el tacto rectal, o puede afectar de alguna forma su virilidad? 2.- Sí ¿Porqué? _____ 1.- No	58. [] [] [] [] 58a. [] [] [] []
59.- ¿Tiene algún miedo al respecto? 2.- Sí ¿Porqué? _____ 1.- No	59. [] [] [] [] 59a. [] [] [] []
60.- ¿Cree usted que debiera de existir otro método diferente para detectar esta enfermedad? 2.- Sí ¿Porqué? _____ 1.- No	60. [] [] [] [] 60a. [] [] [] []
VIII. ORIENTACION EDUCATIVA 61.- ¿En su vida ha recibido pláticas relacionadas con aspectos de la salud? 2.- Sí 1.- No	61. [] [] [] []
62.- Mencione algunos temas que ha escuchado.	62. [] [] [] []
63.- De que tipo de personal de salud recibe (o ha recibido) más información?	63. [] [] [] []
64.- ¿Cuáles son las pláticas que más le han llamado la atención?	64. [] [] [] []

65.- ¿Qué tipo de técnica ocupan las personas más frecuentemente durante las pláticas? 1) Plática 2) Plática con apoyo didáctico 3) Plática, con material y con preguntas	65. __
66.- ¿Qué es lo que más le gusta de las pláticas?	66. __
67.- ¿Mencione si existe algo que le disgusta de las pláticas educativas?	67. __
68.- ¿Le hubiera gustado (ía) que le informaran más acerca de la HPB?	68. __
69.- ¿Qué método didáctico le gustaría que utilizaran para esta enfermedad?	69. __
IX. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS	
70.- Fecha de cirugía:	70. _____
71.- Tiempo de evolución de los síntomas:	71. __
72.- Complicación:	72. __
73.- Fecha de revisión:	73. _____

CUADROS

Cuadro 1.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO				
Unidad Hospitalaria	Casos	%	Controles	%
H. G. Z No.76	77	64.2	77	64.0
H. G. R. No.25	43	35.8	43	36.0
Total	120	100	120	100

Fuente : Obtenida de los H. G. Z No.76 y H. G. R. No.25 de marzo a junio del 2001

Cuadro 2.

SERVICIOS DE DONDE SE OBTUVIERON LOS PACIENTES				
Servicios Médicos	Casos	%	Controles	%
Urología	117	97.0		
Cirugía General	3	3.0	36	30.0
Oftalmología			10	8.0
Otorrinolaringología			13	11.0
Medicina Familiar			55	46.0
Trauma			6	5.0
Total	120	100	120	100

Misma del cuadro #1

Cuadro 3.

ESCOLARIDAD				
Escolaridad	Casos	%	Controles	%
Sabe leer y escribir	8	6.7	15	12.5
Analfabetas	16	13.3	12	10.0
Primaria incompleta	41	34.2	56	46.7
Primaria completa	31	25.8	19	15.8
Secundaria incompleta	4	3.3	3	2.5
Secundaria completa	4	3.3	4	3.3
Preparatoria incompleta	6	5.0	2	1.7
Preparatoria completa	5	4.2	6	5.0
Profesional	5	4.2	3	2.5
Totales	120	100	120	100

Misma del cuadro #1

Cuadro 4

OCUPACIÓN				
Ocupación	Casos	%	Controles	%
Obrero	31	25.8	32	26.7
Empleado	27	22.5	20	16.7
Comerciante	10	8.3	10	8.0
Profesional	3	2.0	4	3.3
Campeño	9	7.5	5	4.2
Otros oficios	40	33.3	49	40.8
Total	120	99.4	120	99.7

Misma del cuadro #1

Cuadro 5

LUGAR DE RESIDENCIA				
Lugar de Residencia	Casos	%	Controles	%
Urbana	109	90.8	114	95.0
Total	120	100	120	100

Fuente: Misma del cuadro #1

Cuadro 6

ESTADO CIVIL				
Estado civil	Casos	%	Controles	%
Casado	99	82.0	100	84.0
Soltero	5	4.2	4	3.3
Viudo	11	9.2	12	10.0
Divorciado	2	1.7	0	
U. Libre	3	2.5	4	3.3
Total	120	99.6	120	100.6

Fuente: Misma del cuadro #1

Cuadro 7**DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS**

Características de la vivienda	Casos	%	Controles	%
Propiedad de la vivienda				
Propia	107	89.3	96	80.2
Rentada	5	4.2	16	13.3
Prestada	8	6.7	8	6.7
Total	120	100.2	120	100.2
Características del techo				
Lámina	16	13.3	20	16.7
Asbesto	9	7.5	9	7.5
Loza	93	77.5	90	75.0
Otro	2	1.7	1	0.8
Total	120	100	120	100
Características del piso				
Tierra	4	3.3	0	0
Cemento	84	70.0	93	77.5
Madera	6	5.0	5	4.2
Otro	26	21.7	22	18.3
Total	120	100	120	100
Características de las paredes				
Adobe o ladrillo	94	78.3	84	70.0
Block	21	17.5	32	26.7
Madera	2	1.7	2	1.7
Loza	3	1.7	2	0.8
Total	120	99.2	120	99.2

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 8.**DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS**

Agua disponible	Casos	%	Controles	%
SI	120	100	120	100
Intra domiciliaria	119	99	119	99
Extra domiciliaria	1	2	1	2

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 9**DRENAJE DISPONIBLE**

Drenaje Disponible	Casos	%	Controles	%
SI	117	98	120	100
No	3	3	0	0
Total	120	101	120	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 10**ELIMINACIÓN DE EXCRETAS**

Eliminación de excretas	Casos	%	Controles	%
Al ras del suelo	0	0	1	1
Letrina	2	2	0	0
Fosa séptica	2	2	0	0
Baño	116	96	119	99
Total	120	100	120	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 11**CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA**

Conocimientos	Casos	%	Controles	%
¿Qué es la próstata?				
No sabe	97	80.8	103	85.8
Sabe algunos aspectos	19	15.8	15	12.5
Conoce bien	4	3.3	2	1.7
Total	120	99.9	120	100
¿Qué función tiene?				
No sabe	103	85.8	110	91.7
Sabe algunos aspectos	14	11.7	8	6.7
Conoce bien	3	2.5	2	1.7
Total	120	100	120	99.4
¿Qué es la Hipertrofia Prostática Benigna?				
No sabe	102	85.0	112	93.3
Sabe algunos aspectos	13	10.8	6	5.0
Conoce bien	5	4.2	2	1.7
Total	120	100	120	100
¿Cuáles son los síntomas?				
No sabe	83	69.0	102	85.0
Sabe aspectos	26	21.7	15	12.5
Sabe bien	11	9.2	3	2.5
Total	120	99.9	120	100
¿Conoce los métodos diagnósticos?				
No sabe	91	75.8	108	90.0
Sabe aspectos	12	10.0	10	8.3
Sabe bien	17	14.2	2	1.7
Total	120	100	120	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 12**CONSULTA MEDICA**

Prácticas	Casos	%	Controles	%
¿Acude al médico con regularidad?				
SI	61	50.8	72	60.0
NO	59	49.2	48	40.0
Total	120	100	120	100
Causa más frecuente por la que acude				
Diabetes Mellitus	14	23.0	13	18.1
Hipertensión	20	32.8	16	22.2
H.P.B	3	4.9	26	34.6
Prob.Respiratorios.	6	9.8	13	18.1
Otros	18	33.3	4	7.0
Total	61	103.8	72	100
¿Por qué causa acudió la última ocasión?				
Diabetes Mellitus			25	20.8
Hipertensión			18	15.0
H. P. B.	120	100.0	12	
Otros			65	64.2
Total	120	100	120	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 13**ACTITUDES ANTE LA ENFERMEDAD**

Actitudes	Casos	%	Controles	%
¿Ha modificado algunos hábitos (Ej. Dejar de fumar u otros)?				
SI	101	84.2	101	84.2
¿Por qué?				
Es necesario	9	8.9	8	7.9
Por control de alguna enfermedad	43	42.6	47	46.5
Por mejorar salud	45	44.6	41	40.6
Por que se someterá a cirugía	2	2.0	2	2.0
Por Prevención	1	2.0	3	3.0
NO	19	15.8	19	15.8
¿Por qué?				
No se siente mal	6	31.6	11	57.9
No sabe	3	15.8	4	21.1
No cumpliría	6	31.6	1	5.3
No le interesa	4	21.1	3	15.8
¿Cómo considera la enfermedad que tiene?				
Grave	83	69.2	81	67.5
Moderadamente grave	17	14.2	10	8.3
No grave	19	15.8	7	5.8
No sabe	1	0.8	22	18.3
Total	120	100	120	99.9
¿Que haría o hizo si usted presentará (ó) dificultad para orinar?				
Nada	83	69.2	81	67.5
Esperar	17	14.2	10	8.3
Se lo diría a su familia	19	15.8	7	5.8
Acudió o acudiría al doctor	1	0.8	22	18.3
Total	120	100	120	99.9

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 14**CREENCIAS HACIA LA ENFERMEDAD**

Creencias	Casos	%	Controles	%
¿Tuvo o tendría miedo de que realizaran la prueba por medio del tacto rectal?				
SI	31	25.8	32	26.7
Causas del miedo al Tacto/rectal				
Desconocimiento	13	43.3	11	33.3
Peña	9	30.0	14	42.4
No es común	1	3.3	1	3.0
Molesto	7	23.3	7	21.2
NO	89	74.2	88	73.3
Causas de no tener miedo al tacto/rectal				
No sabía del procedimiento	5	5.6	3	3.4
Es nec.por mi salud	66	74.2	75	85.2
Es parte del Dx.	9	10.1	7	8.0
Le explicaron	9	10.1	1	1.1
¿Usted se hizo o haría la prueba?				
SI	112	93.3	42	35.0
Por problemas de próstata	8.0	7		
Para Dx de enfermedad	104.0	86.7	42.0	100.0
¿No se han realizado la prueba?				
NO	8	6.7	78	65.0
No fue o no cree que sea necesario	6	75.0	54	69.2
No sabía de esta prueba	2	25.0	20	25.6
No le interesa la prueba			4	5.1

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 15**EDUCACION PARA LA SALUD**

Detección oportuna	Casos	%	Controles	%
¿Saben o sabían que existen programas de detección?				
SI	58	48.3	64	53.3
NO	62	51.7	56	46.7
¿Usted se ha realizado algunos de estos exámenes?				
SI	52	89.7	49	76.6
NO	6	10.3	15	23.4
Total	58	100	64	100
¿Cada cuando se los realiza?				
Por mes	10	20.0	17	37.8
Cada trimestre	3	6.0	7	15.6
Cada semestre	13	26.0	6	13.3
Siempre que es necesario	7	14.0	4	8.9
Cada año	18	36.0	15	24.4
Total	52	102	49	100
Le han detectado a través de estos exámenes algún problema de salud?				
NO	38	72	39	81.3
SI	14	28	11	18.8
Qué tipo de padecimiento				
Diabetes Mellitus	1.0	7.1	6.0	54.5
Hipertensión Arterial	7	50.0	2	9.1
Hipertrofia Prostática	5	35.7	1	9.1
Otros	1	7.1	2	18.2
Total	14	99.9	11	90.9
¿Qué hizo cuando le dijeron que tenía el problema?				
Busco atención médica	14	100	11	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 16

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Prevención oportuna	Casos	%	Controles	%
Se considera una persona que se preocupa por su salud				
Si	102	85	94	78
No	18	15	26	21.7
Total	120	100	120	100
¿Por qué?				
Acude al médico	37	35.2	38	40
Control de su enfermedad	8	7.6	6	6.3
Por su familia	15	14.3	16	16.7
Por prevención	8	22.2	8	8.3
Tratar de llevar dieta y ejercicios	36	34.3	28	29.2
Total	102	100	94	100.5

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 17

CREENCIAS

Creencias	Casos	%	Controles	%
¿Usted llegó o llegaría a pensar que lo pueden lastimar con el tacto rectal o pueden afectar su virilidad?				
Si	21	17.5	37	30.8
No	99	82.5	83	69.2
¿Tiene algún miedo al respecto?				
Si	20	95.2	33	89.2
No	1	4.8	4	10.8
Total	21	100	37	100
¿Por qué?				
Es un procedimiento brusco	15	71	21	56.8
Lo lastimaron	2	9.5	2	5.4
Es penoso	1	4.8	9	24.3
No le explicaron del procedimiento	3	14.3	5	13.5
Total	21	99.6	37	100
Preferencia a otro método				
Si	26	21.7	34	28.3
No	94	78.3	86	71.7
Total	120	100	120	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 18**ORIENTACION EDUCATIVA**

Educación para la salud	Casos	%	Controles	%
Alguna vez a recibido pláticas relacionadas con aspectos de la salud				
Si	30	25.0	27	22.5
No	90	75.0	93	77.5
Total	120	100	120	100
Personal de salud que más le ha brindado orientación				
Médico	21	70.0	20	74.1
Enfermera	7	23.3	3	11.1
Trabajo social	1	3.3	3	11.1
Dietista	1	3.3		
Ninguno			1	3.7
Total	30	99.9	27	100
Pláticas que más les han llamado la atención				
Diabetes Mellitus	11	36.7	7	25.9
Hipertensión	11	36.7	11	40.7
Dieta y Tipo de alimentos	5	16.7	7	25.9
Ejercicio			2	7.4
Tabaquismo	2	6.7	0	
Otros	1	3.3	0	
Total	30	100	27	99.9
Técnica que ocupan más frecuentemente durante las pláticas				
Plática	12	40.0	9	21.0
Plática con apoyo didáctico	9	30.0	1	10.0
Plática con apoyo didáctico y con preguntas	9	30.0	17	26.0
Total	30	100	27	57
FUENTE :Misma del cuadro #1				

Cuadro 19**ORIENTACION EDUCATIVA**

Percepción de las pláticas	Casos	%	Controles	%
Lo que más les agrado de las pláticas				
Todo	6	20.0	10	37.0
Conocer y concientizarse de los daños	19	63.3	16	59.3
Son interesantes	5	16.7	1	3.7
Mencione si existe algo que les disgusta de las pláticas				
Nada	28	93.3	25	92.6
El tiempo	2	6.7	2	7.4
¿Qué método le gustaría que utilizaran para esta enfermedad?				
Folleto	33	28.4	35	30.4
Pláticas	44	37.9	44	38.3
Videos	28	24.1	26	22.6
Cártael	2	1.7	0	
Cualquiera	5	4.3	10	8.7
No sabe	4	3.4	0	

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 20**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE SIGNOS Y SÍNTOMAS**

ÍNDICE DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	Casos	%	Controles	%
Síntomas leves	6	5.0	93	77.5
Síntomas moderados	15	12.5	19	15.8
Síntomas graves	99	85.5	8	6.7
Total	120	103	120	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 21**DISTRIBUCIÓN POR EDAD SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTROFIA PROSTATICA**

EDAD		CONOCIMIENTO				CONOCE	%
		NADA	%	POCO	%		
49 - 59	Caso	7	36.8	10	62.5	1	33.3
	Control	12	63.2	6	37.5	2	66.7
	Totales	19	100	16	100	3	100
60 - 65	Caso	16	44.4	12	54.5	7	87.5
	Control	20	55.6	10	45.5	1	12.5
	Totales	36	100	22	100	8	100
66 - 70	Caso	18	51.4	3	30.0	0	0
	Control	17	48.6	7	70.0		
	Totales	35	100	9	100		
71 - 75	Caso	11	34.4	10	76.9	1	100
	Control	21	65.6	3	23.1		
	Totales	32	100	13	100	1	100
76 y más	Caso	18	51.4	4	57.1	2	66.7
	Control	17	48.6	3	42.9	1	33.3
	Totales	35	100	7	100	3	100

Fuente: misma del cuadro #1

Cuadro 22

DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTROFIA PROSTATICA

OCUPACION		NADA		CONOCIMIENTO POCO		CONOCE	
			%		%		%
Obrero	Caso	19	41.3	10	66.7	2	100
	Control	27	58.7	5	33.3		
	Total	46	100	15	100	2	100
Empleado	Caso	11	44.0	12	70.6	4	80.0
	Control	14	56.0	5	29.4	1	20.0
	Total	25	100	17	100	5	100
Comerciante	Caso	5	50.0	5	55.6		
	Control	5	50.0	4	44.4	1	100
	Totales	10	100	9	100	1	100
Profesionista	Caso			1	50.0	2	66.7
	Control	2	100	1	50.0	1	33.3
	Totales	2	100	2	100	3	100
Campesino	Caso	9	64.3				
	Control	5	35.7				
	Totales	14	100				
Otras actividades como carpintero, mecánico, etc.	Caso	26	43.3	11	44.0	3	75.0
	Control	34	56.7	14	56.0	1	25.0
	Totales	60	100	25	100	4	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 23**DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTROFIA PROSTATICA**

ESCOLARIDAD		CONOCIMIENTO					
		NADA	%	POCO	%	CONOCE	%
Analfabetas	Caso	15	55.6			1	100.0
	Control	12	44.4			12	
	Total	27	100			13	100
Primaria incompleta	Caso	35	38.9	13	44.8	1	100.0
	Control	55	61.1	16	55.2		50.0
	Total	90	100	29	100	1	100
Primaria completa	Caso	13	54.2	16	72.7	2	50.0
	Control	11	45.8	6	27.3	2	50.0
	Total		100	22	100	4	100
Secundaria	Caso	2	28.6	3	60.0	3	100.0
	Control	5	71.4	2	40.0		
	Total		100	5	100	3	100
Preparatoria y Profesional	Caso	5	55.6	7	58.3	4	66.7
	Control	4	44.4	5	41.7	2	33.3
	Total		100	12	100	6	100

FUENTE: Misma del cuadro #1

Cuadro 24

CONOCIMIENTO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

INDICE SOCIOECONÓMICO			CONOCIMIENTO			
	NADA	%	POCO	%	CONOCE	%
Bajo	21	48.8	3	33.3	1	100.0
	22	51.2	6	66.7		
Total	43	100	9	100		100
Medio	41	40.6	30	60.0	6	66.7
	60	59.4	20	40.0	3	33.3
Total	101	100	50	100	9	100
Alto	8	61.5	6	66.7	4	80
	5	38.5	3	33.3	1	20
Total	13	100	9	100	5	100

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 25

CREENCIAS Y CONOCIMIENTO

CREENCIAS				CONOCIMIENTO			
ACEPTA EL TACTO RECTAL		NADA	%	POCO	%	CONOCE	%
Caso	SI	59	59.6	29	29.3	11	11.1
Control	NO	61	73.5	20	24.1	2	2.4
Caso	SI	11	52.4	10	47.6		
Control	NO	26	70.3	9	24.3	2	5.4

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 26

CREENCIAS Y EDAD

EDAD	ACEPTA T/R	CASO	PACIENTE		%
			%	CONTROL	
49 - 59	SI	16	88.9	13	65.0
	NO	2	11.1	7	35.0
	Total	18	100	20	100
60 - 65	SI	28	80.0	20	64.5
	NO	7	20.0	11	35.5
	Total	35	100	31	100
66 - 70	SI	16	76.2	16	66.7
	NO	5	23.8	8	33.3
	Total	21	100	24	100
70 - 75	SI	19	86.4	18	75.0
	NO	3	13.6	6	25.0
	Total	22	100	24	100
76...	SI	20	83.3	16	76.2
	NO	4	16.7	5	23.8
	Total	24	100	21	100

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 27

CREENCIAS Y ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	ACEPTA T/R	CASO	PACIENTE		%
			%	CONTROL	
Analfabetas	SI	15	83.3	1	10.0
	NO	3	16.7	9	90.0
	Total	18	100	10	
Primaria incompleta	SI	40	43.5	9	32.1
	NO	52	56.5	19	67.9
	Total		100	28	100
Primaria completa	SI	24	63.2	7	58.3
	NO	14	36.8	5	41.7
	Total	38	100	12	100
Secundaria	SI	7	53.8	1	50.0
	NO	6	46.2	1	50.0
	Total	13	100	2	100
Preparatoria y Profesional	SI	13	61.9	3	50
	NO	8	38.1	3	50
	Total	21	100	6	100

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 28

CREENCIAS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

INDICE SOCIOECONÓMICO	ACEPTA	CASO	PACIENTE		%
			%	CONTROL	
Bajo	SI	21	84.0	24	85.7
	NO	4	16.0	4	14.3
Medio	SI	63	81.8	53	63.9
	NO	14	18.2	30	36.1
Alto	SI	15	83.3	6	66.7
	NO	3	16.7	3	33.3

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 29**ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y EDAD**

EDAD	RECIBIO PLATICA	CASO	PACIENTE		%
			%	CONTROL	
49 - 59	SI	18	100.0	20	100.0
	NO				
60 - 65	SI	34	97.1	29	93.5
	NO	1	2.9	2	6.5
66 - 70	SI	20	95.2	24	100.0
	NO	1	4.8		
70 - 75	SI	21	95.5	24	100.0
	NO	1	4.5		
76...	SI	23	95.8	17	81.0
	NO	1	4.2	4	19.0

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 30**ORIENTACION EDUCATIVA Y OCUPACIÓN**

OCUPACION	PLATICAS	CASO	PACIENTE		%
			%	CONTROL	
Obrero	SI	31	100.0	30	93.8
	NO			2	6.3
Empleado	SI	26	96.3	18	90.0
	NO	1	3.7	2	10.0
Comerciante	SI	9	90	10	100.0
	NO	1	10		
Profesionista	SI	3	100.0	3	75.0
	NO			1	25.0
Campesino	SI	8	88.9	5	100.0
	NO	1	11.1		
Oficio	SI	39	97.5	48	98.0
	NO	1	2.5	1	2.0

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 31**ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y GRADO ESCOLAR**

GRADO ESCOLAR	RECIBIO PLATICAS	CASO	PACIENTE		%
			%	CONTROL	
Analfabetas	SI	16	72.7	0	0
	NO	6	27.3	6	100.0
Primaria incompleta	SI	38	38.8	11	50.0
	NO	60	61.2	11	50.0
Primaria completa	SI	21	61.8	10	62.5
	NO	13	38.2	6	37.5
Secundaria	SI	5	45.5	3	75.0
	NO	6	54.5	1	25.0
Prep. y Profesional	SI	10	55.6	6	66.7
	NO	8	44.4	3	33.3

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro32**ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y NIVEL SOCIOECONÓMICO**

NIVEL SOCIO ECONOMICO	RECIBIO PLATICAS	CASO	PACIENTE		%
			%	CONTROL	
Bajo	SI	24	96.0	28	100
	NO	1	4.0		
	Total	25	100	28	100
Medio	SI	75	97.4	78	94.0
	NO	2	2.6	5	6.0
	Total	77	100	83	100
Alto	SI	17	94.4	8	88.9
	NO	1	5.6	1	11.1
	Total	18	100	9	100'

FUENTE: Obtenida del cuadro #1

Cuadro 33

DIFERENCIAS, ENTRE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE L GRUPO DE CASOS Y CONTROLES

VARIABLE	X²	P	RM	IC95%
Sin conocimiento de la H .P . B	5 3	0.021	1	
Con conocimiento de la H .P . B			1.88	1.01-3.2
Inadecuada actitud	5 8	0.016	1	
Adecuada actitud			2.10	1.1-3.5
Inadecuada práctica	1.37	0.3	1.59	0.1-3.5
Adecuada práctica				

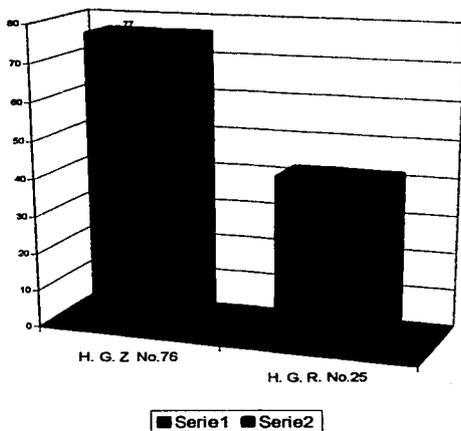
*IC95% Intervalo De confianza al 95%

*RM = Razón de momios

FUENTE: Obtenida de los cuestionarios aplicados

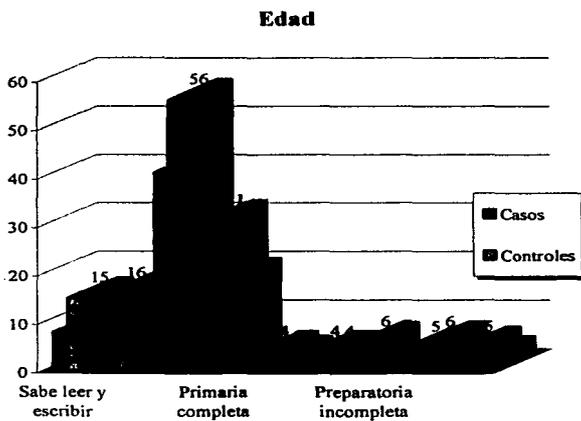
GRAFICA 1

Distribución por Unidad Hospitalaria



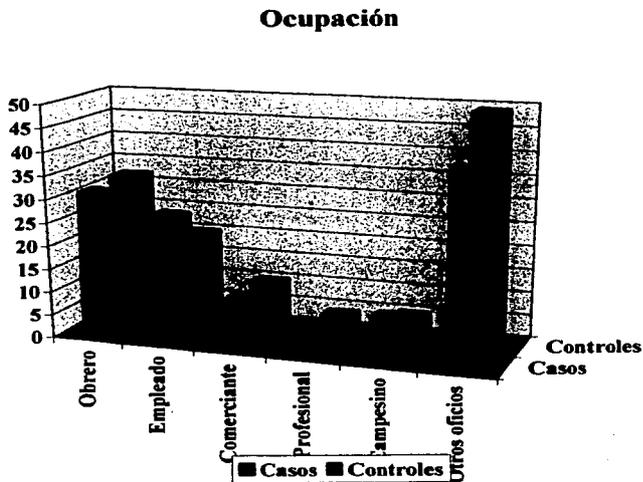
FUENTE: Cuadro 1.

GRAFICA 2



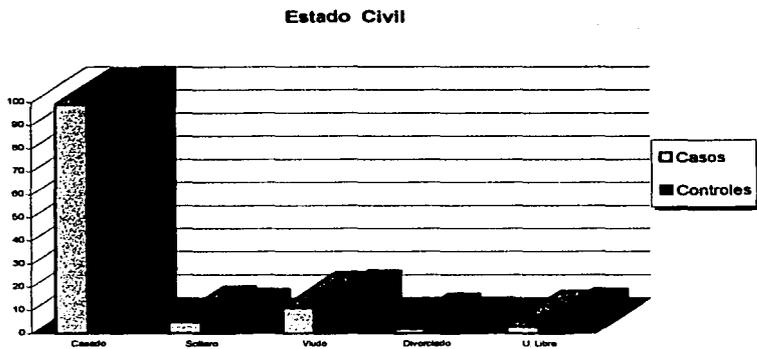
FUENTE: Cuadro 3

GRAFICA 3



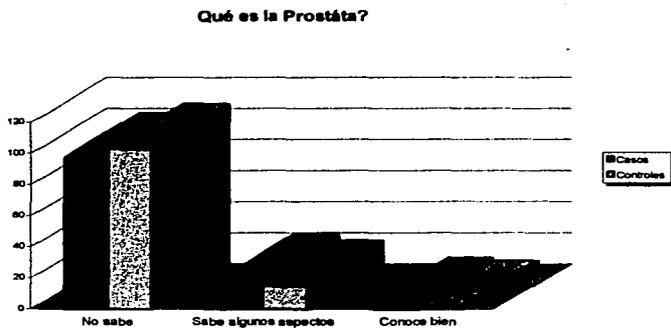
FUENTE: Cuadro 4.

GRAFICA 4.



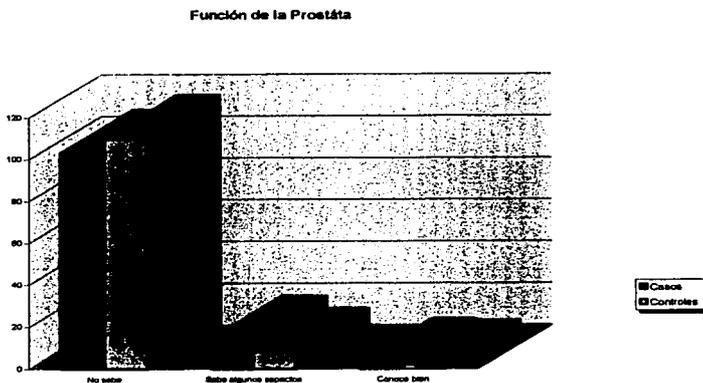
FUENTE: Cuadro 6.

GRAFICA 5.



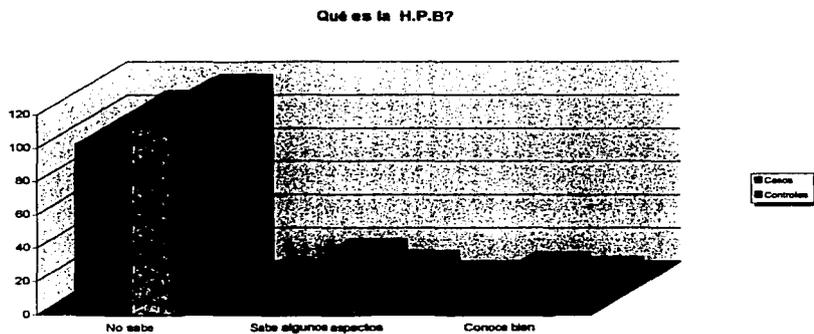
FUENTE: Cuadro 11.

GRAFICA 6.



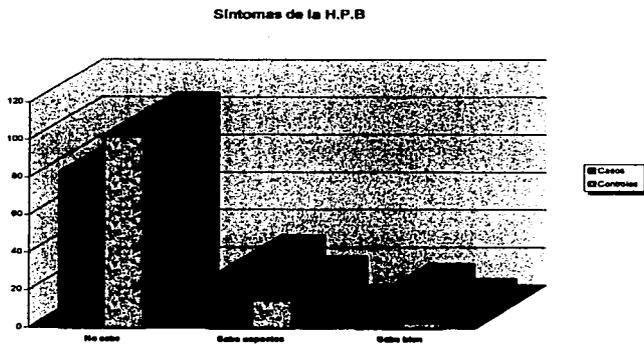
FUENTE: Cuadro 11.

GRAFICA 7.



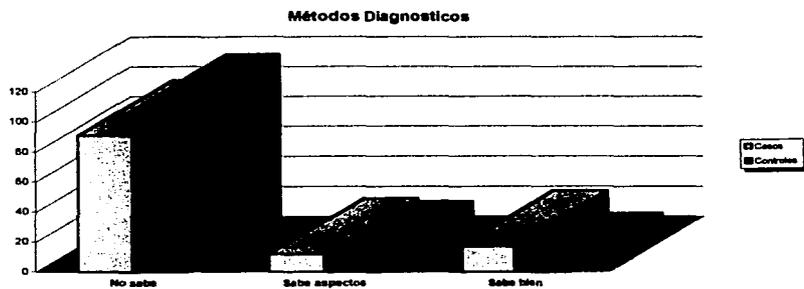
FUENTE: Cuadro 11.

GRAFICA 8.



FUENTE: Cuadro 11.

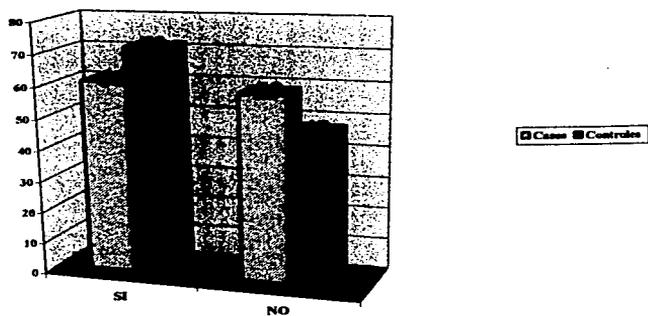
GRAFICA 9.



FUENTE: Cuadro 11.

GRAFICA 10.

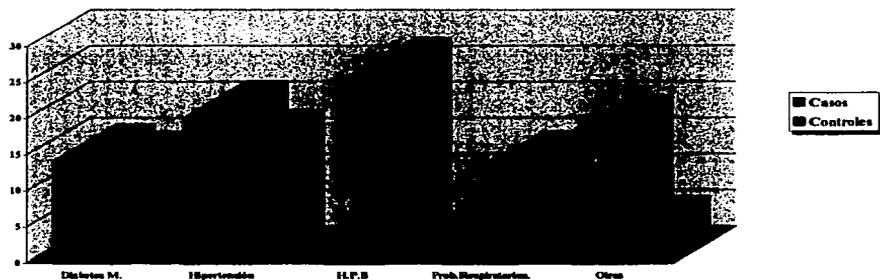
Acude al Médico con Regularidad



Fuente: Cuadro 12.

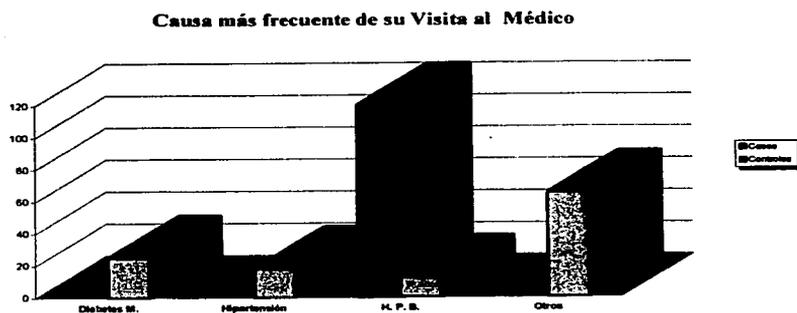
GRAFICA 11

Causa por la que más acude al Médico.



FUENTE: Cuadro 12.

GRAFICA 12.



FUENTE: Cuadro 12

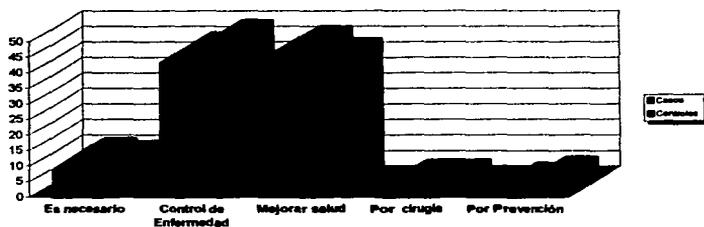
GRAFICA 13.



FUENTE: Cuadro 13.

GRAFICA 14.

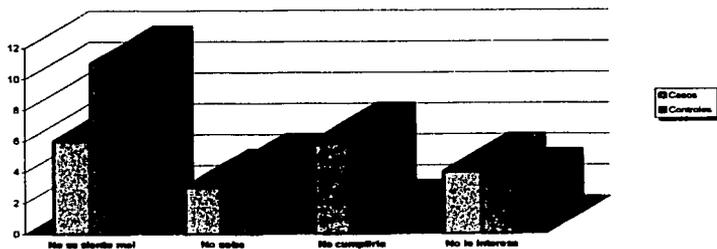
Causas por las que acude al Doctor



FUENTE: Cuadro 13.

GRAFICA 15.

Causas por las que no ha modificado sus Hábitos



FUENTE: Cuadro 13.

GRAFICA 16.

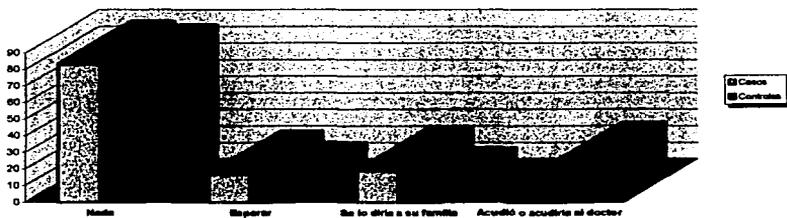
Como considera la enfermedad que tiene



FUENTE: Cuadro 13.

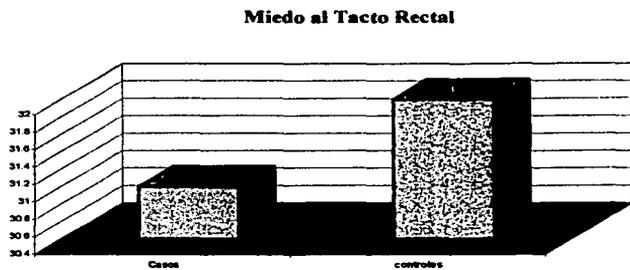
GRAFICA 17.

Que hizo al saber de su padecimiento



FUENTE: Cuadro 13.

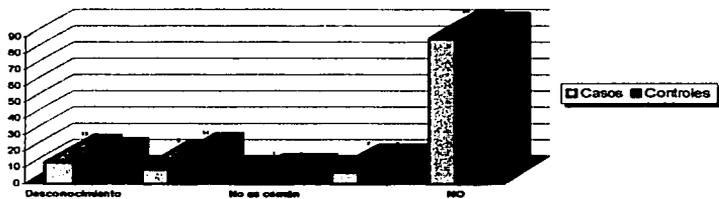
GRAFICA 18.



FUENTE: Cuadro 14.

GRAFICA 19.

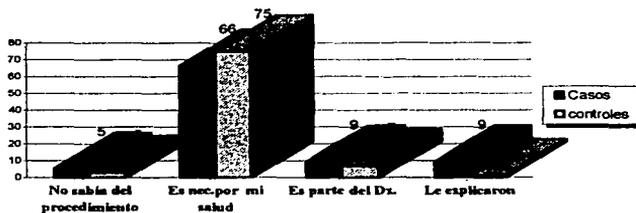
Causas del miedo al Tacto Rectal



FUENTE: Cuadro 14.

GRAFICA 20.

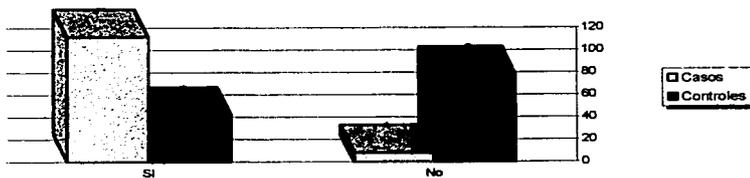
Causas de no tener miedo al Tacto Rectal



Fuente: Cuadro 14.

GRAFICA 21.

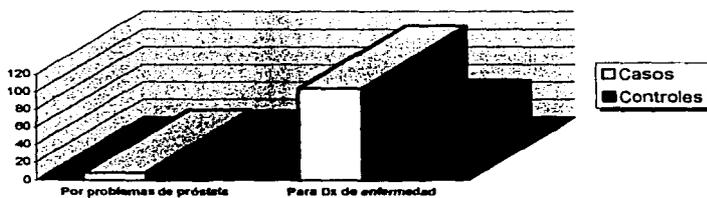
¿Se hizo o haria la prueba?



FUENTE: Cuadro 14.

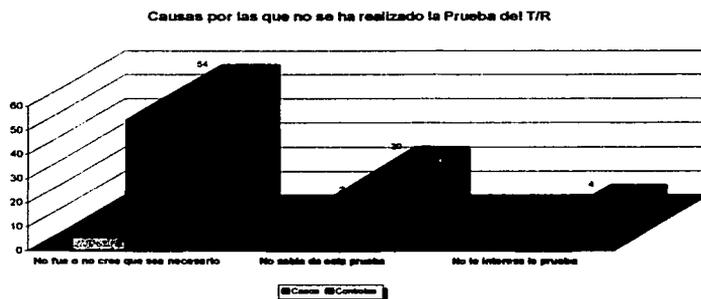
GRAFICA 22.

Causas por las que se realiza la prueba del T/R



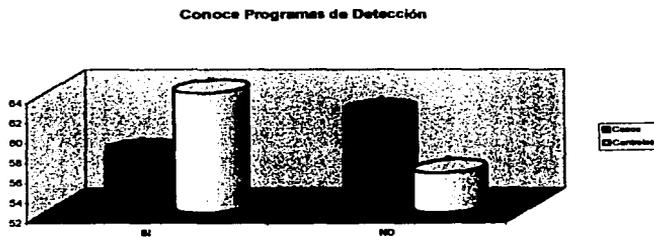
FUENTE: Cuadro 14.

GRAFICA 23



FUENTE: Cuadro 14.

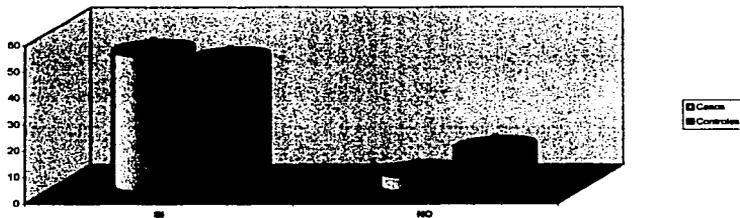
GRAFICA 24.



FUENTE: Cuadro 15.

GRAFICA 25.

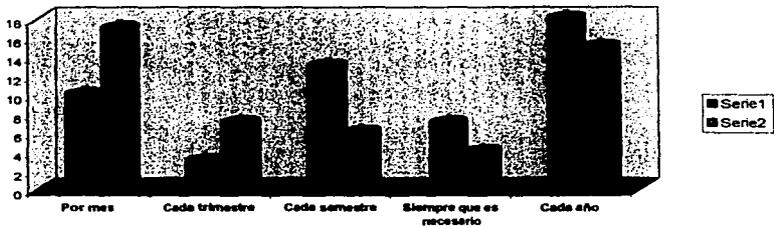
Detección oportuna a través de los Programas de detección



FUENTE: Cuadro 15.

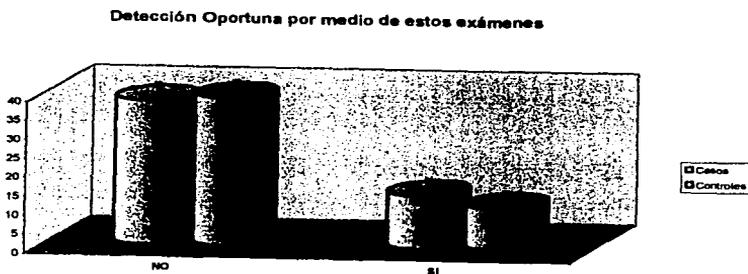
GRAFICA 26.

Frecuencia de realización de estudios de Detección Oportuna



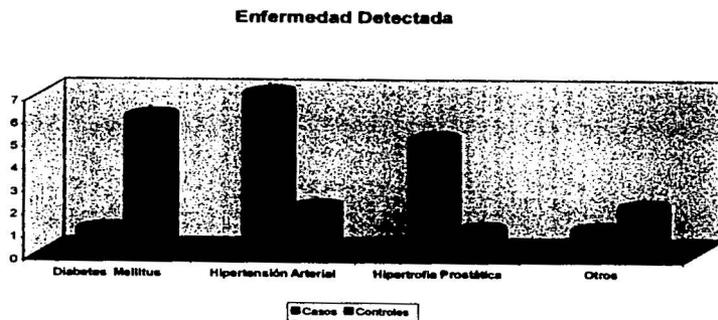
FUENTE: Cuadro 15.

GRAFICA 27.



FUENTE: Cuadro 15.

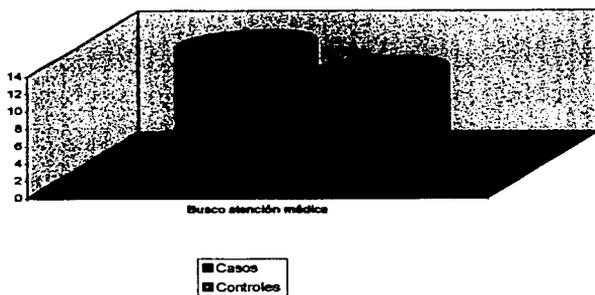
GRAFICA 28.



FUENTE: Cuadro 15.

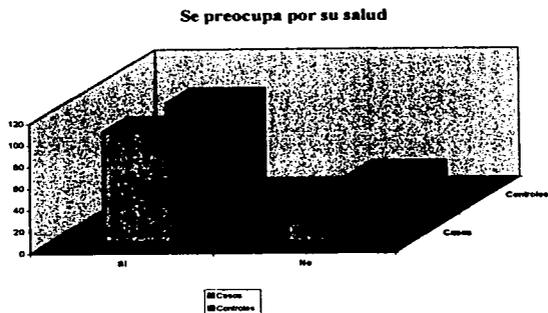
GRAFICA 29.

Que hizo ante el padecimiento detectado



FUENTE: Cuadro 15.

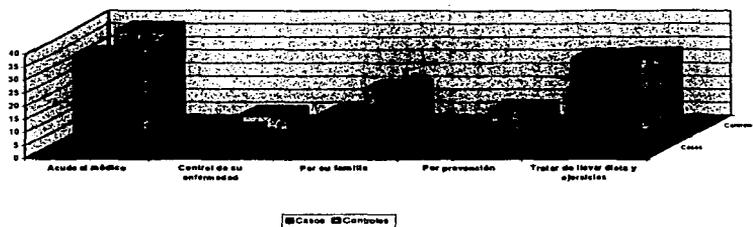
GRAFICA 30.



FUENTE: Cuadro 16.

GRAFICA 31

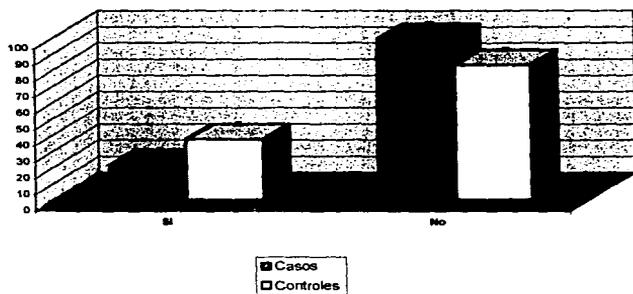
Causas por las que se preocupa por su Salud



FUENTE: Cuadro 16

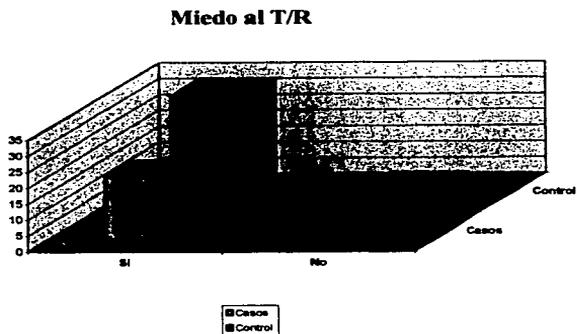
GRAFICA 32.

¿Cree que el Tacto Rectal puede afectar su virilidad?



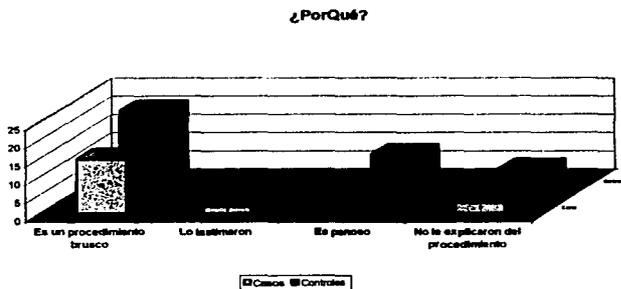
FUENTE: Cuadro 17.

GRAFICA 33.



FUENTE: Cuadro 17.

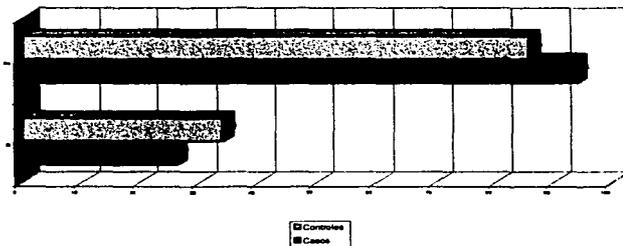
GRAFICA 34.



FUENTE: Cuadro 17.

GRAFICA 35.

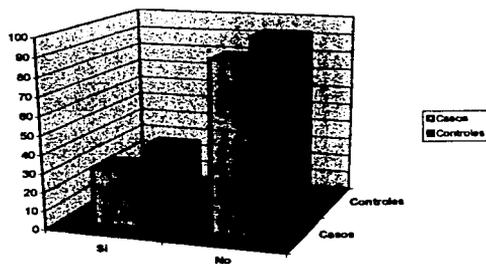
Preferencia a otro Método Diagnóstico



FUENTE: Cuadro 17.

GRAFICA 36.

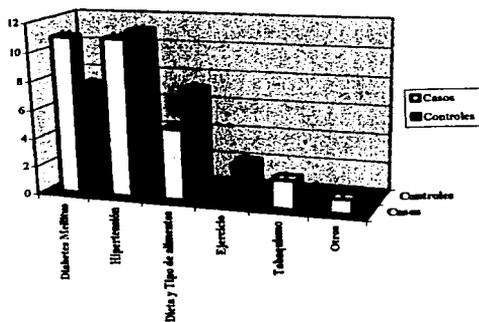
Recibio pláticas sobre aspectos de la Salud



Fuente: Cuadro18.

GRAFICA 37.

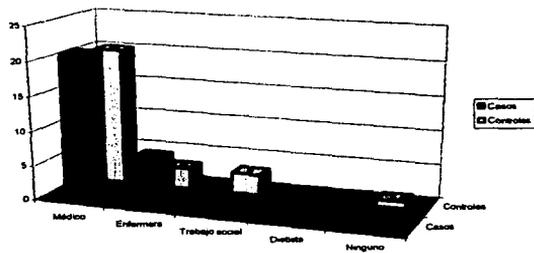
Platicas que más le han llamado la Atención



FUENTE: Cuadro 18.

GRAFICA 38.

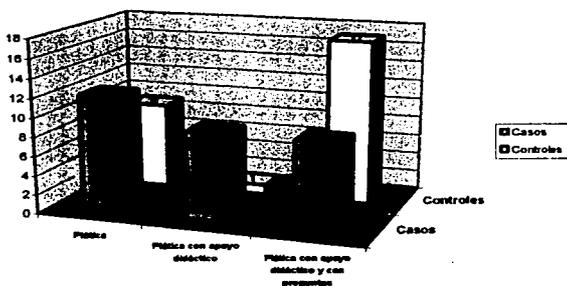
Personal que más ha brindado pláticas



Fuente: Cuadro 18.

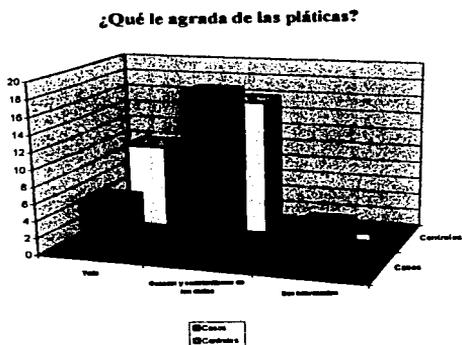
GRAFICA 39.

Técnica usada durante las Pláticas



FUENTE: Cuadro 18.

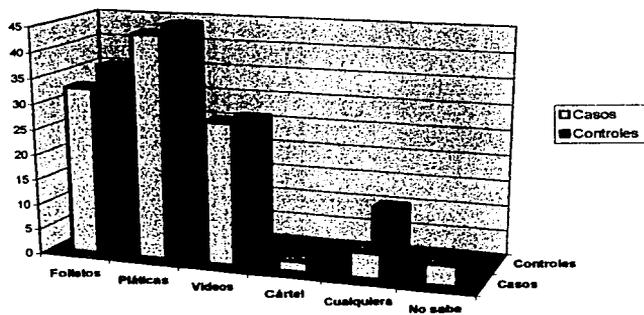
GRAFICA 40.



FUENTE: Cuadro 19.

GRAFICA 41

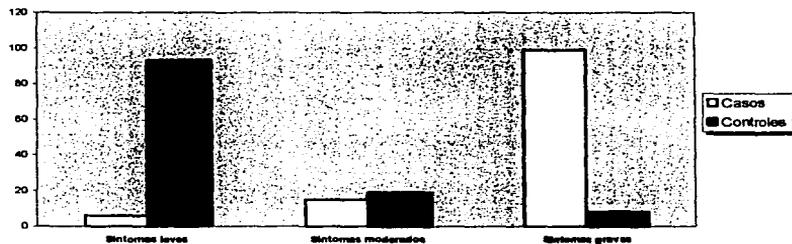
Método de Preferencia



FUENTE: Cuadro 19.

GRAFICA 42.

Índice de Signos y Síntomas



Fuente: Cuadro 20.