



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81
NAUCALPÁN, ESTADO DE MÉXICO

REPERCUSIÓN DE LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS DE
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN LA CALIDAD DE VIDA,
EN HOMBRÉS DE 50 A 70 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 86 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DE MARZO DE 2013 A NOVIEMBRE DE 2014

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA MIRIAM PÉREZ RUÍZ

NAUCALPÁN, EDO. DE MEX.

2015



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.

REPERCUSIÓN DE LA SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS DE
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN LA CALIDAD DE VIDA,
EN HOMBRES DE 60 A 70 AÑOS DE EDADE EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 68 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DE MARZO DE 2013 A NOVIEMBRE DE 2014

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARÍA MIRIAM PÉREZ RUÍZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MASÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



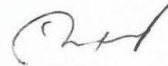
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**REPERCUSION DE LA SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS DE HIPERPLASIA
PROSTÁTICA BENIGNA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN HOMBRES DE 50 A 70
AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DE MARZO DE 2013 A NOVIEMBRE DE 2014.**

Tesis que para obtener el Título de Especialización en Medicina Familiar
presenta:

Dra. María Miriam Pérez RUIZ.

AUTORIZACIONES.



Dra. Rosa María Piña Nava.

Coordinadora Auxiliar de Educación en Salud

Estado de México Poniente.



Dra. María Socorro Chavarría Sanabria

Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 51



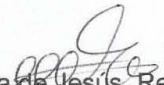
Sede del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS:



Dr. Cesar Carlos López García.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la

Unidad de Medicina Familiar No. 51



Dra. María de Jesús Reyes Urquiza.

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Para Médicos Generales del IMSS y

Asesor de Tesis y Metodológico.

**REPERCUSION DE LA SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS DE HIPERPLASIA
PROSTÁTICA BENIGNA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN HOMBRES DE 50 A
70 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DE MARZO DE 2013 A
NOVIEMBRE DE 2014.**

INDICE

I. Antecedentes.	5
II. Planteamiento del problema.	7
III. Objetivos del estudio.	8
a. General.	
b. Específicos.	
IV. Justificación.	10
V. Hipótesis.	11
VI. Sujetos, Material y Métodos	12
1. Características del lugar donde se realizará el estudio	12
2. Diseño	14
2.1 Tipo de estudio	15
2.2 Grupos de estudio.	15
2.2.1 Características: criterios de inclusión, criterios de exclusión y criterios de eliminación.	15
2.3 Tamaño de la muestra.	16
2.4 Definición de las variables.	17
2.5 Descripción general del estudio.	20
2.6 Análisis de datos.	21
VII. Factibilidad y aspectos éticos.	22
VIII. Recursos humanos, físicos y financieros.	24
IX. Cronograma de actividades.	26
X. Resultados.	27
XI. Interpretación de resultados.	39
XII. Conclusiones.	41
Bibliografía.	43
Anexos.	45

ANTECEDENTES

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a definir la Hipertrofia Prostática Benigna (HPB), considera tres criterios: tamaño, obstrucción y síntomas, y recomienda la realización de estudios epidemiológicos que permitan conocer la historia natural del prostatismo y favorezcan su diagnóstico y manejo. Como en toda patología, la identificación de signos y síntomas para la conformación del diagnóstico conlleva variantes importantes; clínicamente los síntomas obstructivos son los primeros en aparecer. Se dice que más de la mitad de los hombres con HPB muestran síntomas tempranos de la enfermedad, como disminución de la fuerza de la micción; aumento del residuo urinario y alteración del perfil de presión de la uretra. Obstructivos subjetivos, tales como: dificultad para iniciar la micción, nicturia y sensación de residuo urinario e interrupción del chorro urinario. Irritativos subjetivos: aumento de la frecuencia urinaria. Irritativos subjetivos: tenesmo vesical.

La próstata, considerada como un órgano del aparato genitourinario masculino, tiene una conformación glandular, cuya hiperplasia es el tumor benigno más frecuentemente observado a partir de los 50 años de edad y está íntimamente relacionado con cáncer de próstata. En 1999, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se reporta en segundo lugar de los tumores malignos en varones de edad reproductiva, con una tasa de 71.7 por 100 mil habitantes, lo que hace obligatoria la realización de valoraciones oportunas en el aumento de volumen de dicha glándula. Se observa un ritmo de crecimiento prostático de los 31 y hasta los 50 años de 1.6 g por año; entre los 50 a 75 años el volumen se duplica cada 4.5 años; y posterior a esta edad, cada 10 años¹.

El reporte de consulta en el IMSS de los principales motivos de consulta en medicina familiar, de consulta de especialidad y de egreso hospitalario para adulto mayor (65 años y más), 2011 reporta los siguientes resultados: 1. Enfermedades del corazón, 2. Diabetes mellitus, 3. Artrosis, 4. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 5. Infecciones respiratorias agudas, 6. Hiperplasia de la próstata, diagnóstico (principal) Consultas de especialidad Porcentaje 1. Enfermedades del corazón, 2. Tumores malignos, 3. Diabetes Mellitus, 4. Cataratas, 5. Hiperplasia de la prostata².

Calvo y Tanagho coinciden en la poca definición de los factores de riesgo para la hiperplasia prostática; aunque se han sugerido algunos como la genética, ya que

aparece con frecuencia en familiares de primer orden sobre todo en pacientes relativamente jóvenes (antes de los 60 años); otros como factores dietéticos, con dietas ricas en grasas animales, baja en verduras, y vitamina E, la raza, con una predisposición en negros americanos; hábito tabáquico, el hiperinsulinismo y parte del síndrome metabólico³.

Aproximadamente del 61% de la población reporta sintomatología prostática, a partir de los 55 años; 25% sufre de datos obstructivos a los 75 años, y el 50% refiere disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario.

Las manifestaciones clínicas en pacientes jóvenes (menores de 60 años de edad), son el 61%: síntomas obstructivos, retención urinaria, y hematuria; en el 20% dolor abdominal, lumbar o rectal; síntomas que configuran el síndrome clínico del prostatismo. La progresión en este tipo de patología, ha hecho que se busquen mecanismos e instrumentos de evaluación, uno de ellos es la Encuesta Baremo Internacional de Sintomatología Prostática (I-PSS), de auto aplicación adoptada por la OMS, recomendada a partir de la 1° Conferencia del Consejo de Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) en 1991; su validación en castellano se realizó en 1994 (viabilidad y reproductibilidad del 92%), estructurada, con respuesta tipo liker con puntaje de cero a 35; evalúa además calidad de vida, desde asintomático hasta grave. En México a partir del año 2001 se inició su uso con el Programa de Acción de Cáncer de Próstata, de la Secretaria de Salud en población a partir de los 40 años de edad, con resultados muy semejantes a los referidos en la literatura.

Los trastornos asociados a la Hiperplasia Prostática Benigna HPB alteran de forma notable la calidad de vida del paciente. La propuesta de este trabajo es que las manifestaciones clínicas son tempranas y que el médico familiar, que generalmente es el primer contacto, juega un papel determinante en la identificación del paciente en fase subclínica o etapa temprana y tiene importancia en el aspecto preventivo y anticipatorio, pues permite la estadificación de la severidad de dicha patología, y la decisión terapéutica^{4,5}.

Los nombres médicos de esta patología han variado con los años. El más conocido ha sido el de adenoma de la próstata, cuando en realidad no es adenoma ni es de la próstata. Sin embargo, se sigue usando por lo fácil que es el término y ha empezado a ser reemplazado por la sigla HBP imitando el BPH de los sajones. Tampoco es correcto decir hipertrofia prostática, porque no existe hipertrofia sino que es una hiperplasia que se inicia después de los 35 años y consiste en nódulos de estroma alrededor de las glándulas periuretrales. El proceso toma años, predominando a veces en los nódulos los elementos glandulares o los fibromusculares y en ocasiones mixtos. En la aparición de esta patología no existen incidencias ambientales o genéticas. Su incidencia aumenta con la edad y todos los varones la padecerán si viven lo suficiente⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cualquier descripción de la Enfermedad Prostática Benigna encierra múltiples interrogantes, y la consecuencia inmediata es la propia confusión que se deriva de la falta de correlación entre el tamaño de la glándula, severidad de los síntomas y mayor o menor grado de obstrucción. Estas circunstancias ocasionan que el término de hiperplasia prostática se emplee en determinados momentos en referencia al proceso histológico propiamente dicho y en otras, por el contrario, se refiera a la presencia de síntomas miccionales.

Debido a que esta sintomatología no se detecta tempranamente en los consultorios de primer nivel de atención, esto repercute en la calidad de vida de los pacientes que padecen de estos síntomas; los cuales no son diagnosticados oportunamente por diversas etiologías, entre ellas factores culturales inherentes al paciente, como mitos y tabúes; indiferencia del médico familiar, ante la búsqueda intencionada de sintomatología prostático-urinaria.

Si bien contamos con la frecuencia de antecedentes de sintomatología prostática, no contamos con datos sobre su asociación, con la calidad de vida motivo por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación⁷.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna tendrá repercusión en la Calidad de Vida de los hombres de 50 a 70 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de marzo de 2013 a noviembre de 2014?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Se comparó la severidad de los síntomas de la Hiperplasia Prostática Benigna con la repercusión en la Calidad de Vida de los hombres de 50 a 70 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de marzo de 2013 a noviembre de 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Se evaluó la frecuencia de la sintomatología de la Hiperplasia Prostática, en hombres de 50 a 70 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Se identificó el grado de severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, en hombres de 50 a 70 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Se identificó el índice de impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de Vida de los hombres de 50 a 70 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
4. Se identificó la asociación de la sintomatología prostática y la Calidad de Vida de los hombres de 50 a 70 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. del Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Se identificaron las características sociodemográficas de los hombres de 50 a 70 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

JUSTIFICACIÓN

Partiendo del hecho que en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2011, la Hiperplasia Prostática Benigna ocupó el sexto lugar en la consulta de Medicina Familiar y el quinto en la consulta de especialidad de Urología para el adulto mayor de 65 años.² Se detectó en la consulta de medicina familiar, una gran cantidad de pacientes con sintomatología prostática que no tiene un diagnóstico establecido de patología en este órgano o que esta subdiagnosticada. Por lo que, el principal motivo de consulta en este tipo de pacientes, es su inquietud por la disminución en la calidad de vida que esto conlleva, aunado a esto nos encontramos que el paciente omite comentar en la consulta dicho problema y el medico tiene poco interés en indagar intencionadamente del mismo.

Los trastornos asociados a la Hiperplasia Prostática Benigna, alteran de forma notable la calidad de vida del paciente. La propuesta de este trabajo es, ejercer acciones de manera eficaz y preventiva, al aprovechar las áreas de oportunidades que da tanto la patología, como el área donde se desenvuelve el profesional de la salud que trata dicha enfermedad. Entre ellas: que las manifestaciones clínicas aparecen en forma temprana, el médico familiar es el primer contacto y juega un papel determinante en la identificación del paciente en fase subclínica o etapa temprana y tiene importancia en el aspecto preventivo y anticipatorio; pues permite la estadificación de la severidad de dicha patología lo cual influye de manera decisiva en la decisión terapéutica a seguir.

HIPÓTESIS

Si la severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna tiene repercusión en la Calidad de Vida de los pacientes masculinos de 50-70 años de edad; entonces, los pacientes con sintomatología severa tendrán una menor calidad de vida, en comparación a los pacientes sin síntomas o con sintomatología leve.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

Según el censo de Población y vivienda en el 2010 residen en el Estado de México un total de 15,175,862 habitantes, de ellos 8, 811, 664, son derechohabientes a los servicios de salud, siendo para la delegación de México Poniente de 1,678,253, lo que equivale al 19% de esa población derechohabiente. El Municipio de Nicolás Romero está integrado por 317,306 habitantes y la Unidad de Medicina Familiar 66 atiende a 51,287 derechohabientes adscritos a médico familiar, siendo un 11.3% de su población. La población adscrita a esta Unidad de Medicina Familiar es de características urbana, suburbana y rural con alta dispersión de la población⁷.

La Unidad de Medicina Familiar No. 66 es una unidad pionera del Instituto Mexicano del Seguro Social, inicia otorgando atención Médica en 1948. Pertenece geográficamente al Municipio de Nicolás Romero, Estado de México. También atiende a población del Municipio de Villa del Carbón⁸.

Se encuentra ubicada en la calle Corregidora No. 1 de la Colonia Progreso Industrial, perteneciente al municipio de Nicolás Romero, uno de los 121 municipios que integran el Estado de México, este municipio se encuentra en la población Noreste del Estado, se extiende entre los paralelos 19°37'50" y 19°42'16" de latitud Norte y los meridianos 99°15'33" y 99°32'0" de longitud Oeste con relación al meridiano de Greenwich, este municipio tiene una población de 317, 306 habitantes, se localiza a 28 km del Distrito Federal⁸.

La vía de comunicación terrestre con esta Unidad de Medicina Familiar es la Carretera Nicolás Romero- Villa del Carbón la cual se inicia desde el municipio de Atizapán de Zaragoza y termina en el municipio de Villa del Carbón.

Colindancias; Sus límites son: al noreste con el municipio de Tepetzotlán, al sureste con Atizapán de Zaragoza y el Municipio de Tultitlán, al Sur con Isidro Favela y al Oeste con Villa del Carbón⁸.

Cuenta para la continuidad de atención médica con el apoyo de Hospital General de Zona No. 58, el Hospital Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, Hospital

General Regional 72, Hospital Ginecobstetricia No.60 y Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de Magdalena de las Salinas.

La unidad no cuenta con servicios de rayos X y laboratorio por lo que recibe apoyo subrogado de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a una distancia de 6.9km teniendo acceso en transporte público privado en un tiempo estimado de 10 min⁹.

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO: observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, analítico.

Observacional: El investigador solo pudo describir o medir el fenómeno observado. No realiza ningún tipo de intervención.

Descriptivo: El investigador describe las observaciones realizadas al medir el fenómeno.

Prospectivo: En el tiempo la investigación parte del presente hacia el futuro.

Transversal: Las variables de estudio se miden en una sola ocasión.

Analítico: El investigador realiza un análisis de los resultados obtenidos.

GRUPO DE ESTUDIO

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Hombres de entre 50 a 70 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 66, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

Criterios de inclusión

1. Hombres de entre 50 a 70 años de edad que acudan a atención médica por cualquier causa en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 66, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Pacientes derechohabientes del Instituto mexicano de Seguro Social con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No. 66. del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Criterios de exclusión

1. Pacientes del género femenino.
2. Pacientes no derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Hombres menores de 49 años de edad y mayores de 71 años de edad.
4. Hombres de entre 50 y 70 años de edad que no acepten participar en el estudio.
5. Hombres de entre 50 y 70 años de edad con trastornos psiquiátricos o neurológicos previamente conocidos.
6. Pacientes que se encuentren bajo tratamiento con diuréticos de cualquier tipo.
7. Pacientes que cursen con infección de vías urinarias recurrente.
8. Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía o antecedente de neoplasia uretral.

Criterios de eliminación.

1. Pacientes que dejen inconclusa la encuesta aplicada, de forma parcial o total.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tipo de muestreo: Se utilizó un método probabilístico por conveniencia, ya que en estudios descriptivos se recomendó seleccionar de un 10 a un 20% de la población accesible. Se encuestaron a los pacientes masculinos de entre 50 y 70 años de edad que acudieron a atención médica en el turno matutino de la Unidad Medico Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tamaño de la muestra: Nuestra población accesible corresponde, al total de pacientes varones entre 50 a 70 años de edad adscritos a la Unidad Medico Familiar No. 66, que corresponden a 2164. En este estudio se tomó como tamaño de la muestra al 10 % de la población accesible, es decir el tamaño de la muestra está conformada por 216 pacientes.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA (SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS)^{10,11.}

Tipo de variable.	Definición.	Escala de medición.	Operacionalización de la variable.
Cualitativa nominal	Hiperplasia prostática benigna se utiliza para definir una próstata aumentada de volumen, adenomatosa, causante en mayor o menor medida de obstrucción urinaria y síntomas prostáticos.	0-7 Leve 8-19 Moderado 20-35 Severo	<p>En clínica el término de hiperplasia prostática benigna puede significar cualquiera de las 3 condiciones diferentes:</p> <p>a) Detección microscópica de la hiperplasia prostática.</p> <p>b) Crecimiento de la próstata detectado por el examen rectal digital o por ultrasonido.</p> <p>c) Un grupo de síntomas de hiperplasia prostática y definidos con el término "Síntomas de tracto urinario inferior" (STUI).</p> <p>En el presente estudio de investigación, se evaluará el último punto (STUI) con la Escala para la evaluación internacional de síntomas de la próstata (I-PSS), consta de 7 preguntas y valora contestando: nunca, menos de 1 en 5 veces, menos de la mitad de tiempo, alrededor de la mitad del tiempo, más de la mitad del tiempo y casi siempre. Con una variación en la pregunta número 7 donde las respuestas son ninguna, una vez por noche, 2 veces por noche, 3 veces por noche, 4 veces por noche y 5 veces o más por noche.</p>

CALIDAD DE VIDA^{10,11}.

Tipo de variable.	Definición.	Escala de medición.	Operacionalización de la variable.
Cualitativa nominal.	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.	0 Encantado 1 Complacido 2 Más bien satisfecho 3 Más o menos 4 Más bien insatisfecho 5 Descontento 6 terrible.	Se medirá por medio del "Índice del impacto de la Hiperplasia prostática benigna en la calidad de vida".

EDAD

Tipo de variable.	Definición.	Escala de medición.	Operacionalización de la variable.
Cuantitativa.	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	1. 50-55 años. 2. 56-60 años. 3. 61-65 años. 4. 66-70 años.	El tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento del estudio, referido por el paciente o su familiar.

ESTADO CIVIL

Tipo de variable	Definición	Escala de medición.	Operacionalización de la variable.
Cualitativa.	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Viudo 5.- Divorciado	Lo referido por paciente encuestado o su familiar de acuerdo a su condición con respecto a sus derechos y obligaciones civiles y al papel que juega en la sociedad, lo referido.

ESCOLARIDAD

Tipo de variable.	Definición	Escala de medición.	Operacionalización de la variable.
Cualitativa.	Grado máximo de estudios alcanzado de cada persona.	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Técnica 6. Licenciatura	Lo referido por el paciente encuestado, con respecto al grado máximo de estudios obtenido en una institución de educación formal, hasta el momento del estudio.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio realizado fue observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, analítico en pacientes masculinos entre 50 a 70 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 66, del Instituto Mexicano del Seguro Social. El objetivo fue comparar la severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna con la repercusión en la Calidad de Vida de los pacientes masculinos entre 50 a 70 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El estudio se realizó con los pacientes que cumplieron con los criterios de selección y otorgaron su consentimiento informado por escrito para participar en la siguiente investigación.

Se utilizó con método de muestreo probabilístico por conveniencia, puesto que se elegirán a los pacientes masculinos de entre 50 y 70 años de edad del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 66, hasta completar el tamaño de muestra. Se calculó un tamaño de muestra de 216, tomando en cuenta un error de estimación del 5% (0.05), con un intervalo de confianza del 95% y la población total de pacientes masculinos de entre 50 y 70 años de edad del turno matutino de dicha unidad, como el Universo de la muestra.

Previo consentimiento informado de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 y de los pacientes que participarán en dicho estudio; se aplicó una encuesta diseñada ex profeso para medir las variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad, entre otras. (Ver anexo 2).

Para valorar la severidad de los síntomas de la Hiperplasia Prostática Benigna, se utilizó la Escala para la Evaluación Internacional de Síntomas de la Próstata (I-PSS), que consta de 7 preguntas y se valora contestando: nunca, menos de 1 en 5 veces, menos de la mitad de tiempo, alrededor de la mitad del tiempo, más de la mitad del tiempo y casi siempre. Con una variación en la pregunta número 7 donde las respuestas son ninguna, una vez por noche, 2 veces por noche, 3 veces por noche, 4 veces por noche y 5 veces o más por noche^{10,11}. (Ver anexo 3).

Para la variable Calidad de vida se utilizó como medida el “Índice del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de Vida”, que es valorado solamente mediante una pregunta la cual otorga un puntaje determinado de acuerdo a la respuesta seleccionada por el paciente en: encantado 0, complacido 1, más bien satisfecho 2, más o menos 3, más bien insatisfecho 4, descontento 5 y terrible 6^{10,11}. (Ver anexo 4).

Todo el proceso de investigación se realizó considerando los lineamientos y aspectos éticos que rigen a nivel internacional, nacional e institucional con previo consentimiento informado de los derechohabientes.

Los recursos humanos, físicos y económicos para la realización de la investigación corrieron a cargo del investigador, con asesoría directa del asesor de tesis.

ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida se vació en una base de datos de Excel y se realizó el análisis con estadística descriptiva utilizando promedio, mediana, percentilas y/o rango de acuerdo a las características de cada variable, así como se esquematizarán los resultados en tablas y gráficas.

Para determinar el grado de asociación de las variables Calidad de Vida y Sintomatología Prostática, se utilizó la correlación de Spearman. Y para comparar 3 o más grupos se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente trabajo de investigación se llevó conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación: El Código de Nuremberg promulgado en 1947, teniendo como principal disposición que es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario al sujeto humano. En 1947, en Estados Unidos de Norteamérica, se estableció la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y Conductual, y en 1978 la Comisión presentó su informe titulado “Informe Belmont Principios Éticos y Pautas para Protección de Sujetos Humanos de la Investigación”. El informe estableció los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos.

En 1964 la Asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989 y estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos. En 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en 1976 y que estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas, penas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos científicos”.

El Consejo Internacional de las Ciencias Médicas (CIOMS) publicó en 1982, el documento “Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos”. El cual tiene como objetivo indicar como podrían aplicarse eficazmente los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica en seres humanos, tal como se establece en la declaración de Helsinki de Asociación Médica Mundial, especialmente en los países en desarrollo, teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y disposiciones ejecutivas y administrativas.

En 1991 el CIOMS publicó las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, cuyo objetivo es ayudar a los investigadores, instituciones y autoridades regionales y nacionales a establecer y mantener normas para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos.

Apegándose a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y Código de Bioética para el Personal de Salud.

De la Ley General de Salud de acuerdo al quinto capítulo, en los artículos 96, 97, 98, 99, dedicado a la investigación en Salud, los cuales se describen a continuación.

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

De los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social destaca lo siguiente: “Que en toda investigación en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona, la vida y la seguridad de todos los derechos, de quien participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en materia”, en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo número 15 a 84 del 20 de junio de 1984 del honorable Consejo Técnico). Será evaluado y autorizado por el comité de investigación y por el comité de bioética de la Unidad de Medicina Familiar 13. Así también se solicitará el consentimiento informado y autorización por parte de los pacientes que participen en el estudio ^{12,14,15,16,17}. (Anexo 1).

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS

- 1) Encuestador: Un Médico General en formación para el Curso de Especialización en Medicina Familiar para Medico Generales del IMSS, con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No. 66, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2) Enfermera Auxiliar a quien se capacito en el llenado de los instrumentos, quien fungió como encuestador ayudante de la Unidad de Medicina Familiar No. 66, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 3) 216 Pacientes del sexo masculino de 50-70 años de edad de la Unidad Medico Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que fueron encuestados.

RECURSOS FÍSICOS.

- a) Bolígrafos.
- b) Fotocopiadora.
- c) Engrapadora.
- d) Lápiz.
- e) Goma.
- f) Hojas blancas.
- g) Computadora.
- h) Programa Excel 2013.
- i) Impresora.
- j) Papel para impresión de las cédulas donde se realizarón los registros.

RECURSOS FINANCIEROS.

Los recursos económicos para realizar la presente investigación corrieron a cargo de la investigadora responsable.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD/TIEMPO	MARZO- ABRIL 2013	MAYO- JUNIO 2013	JULIO- AGOS 2013	SEPT- OCT 2013	NOV-DIC 2013	ENERO- FEB 2014	MARZO- JUNIO 2014	JULIO- AGOS 2014	AGO-SEP 2014	OCT-NOV 2014
1. Delimitación del tema a estudiar.	P/R									
2. Recuperación, revisión y selección de bibliografía.	X	X								
3. Elaboración del protocolo.		X	X	X						
4. Planeación operativa: estandarización de técnicas.					X	X				
5. Recolección de la información.					X	X		X	X	
6. Análisis de resultados.									X	X
7. Escritura de tesis e informes.										X
8. Revisión conjunta con el asesor.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

P= Planeado R= Realizado

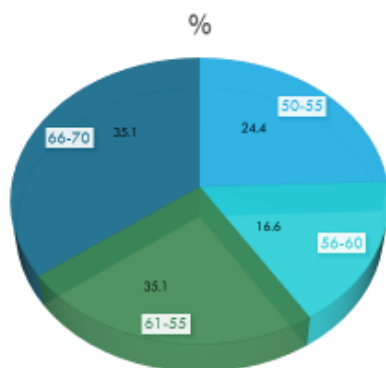
Resultados

De las 216 encuestas realizadas se eliminaron 11 por estar incompletas lo cual representa una pérdida del 5.1% del tamaño de la muestra calculado. Quedando un total de 205 pacientes encuestados.

Para valorar la variable edad se formaron 4 grupos de edad; el grupo 1 quedo formado por pacientes entre 50 a 55 años, el grupo 2 formado por pacientes entre 56 y 60 años, el grupo 3 se formó con pacientes entre 61-65 años de edad y finalmente en el grupo 4 quedo formado por pacientes entre 66 y 70 años de edad. El paciente más joven cuenta con 50 años, mientras que el más longevo cuenta con 70 años de edad, con un rango de 50-70 años. El 24.4% (50 pacientes) cuentan con una edad entre 50 a 55 años; 16.6% (34 pacientes) cuentan con una edad entre 56 a 60 años; el 23.9% (49 pacientes) corresponde al grupo de edad de 61 a 65 años y finalmente el 35.1% (72 pacientes) de los pacientes encuestados cuenta con una edad entre 66 a 70 años. Ver tabla y grafica No. 1.

Tabla No. 1. Distribución de pacientes encuestados de acuerdo al grupo de edad en la UMF 66 del IMSS, 2014.		
Grupo de edad	Numero	%
50-55	50	24.4
56-60	34	16.6
61-65	49	23.9
66-70	72	35.1
Total	205	100

Grafica no. 1. Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo al grupo de edad en la UMF 66 del IMSS, 2014.

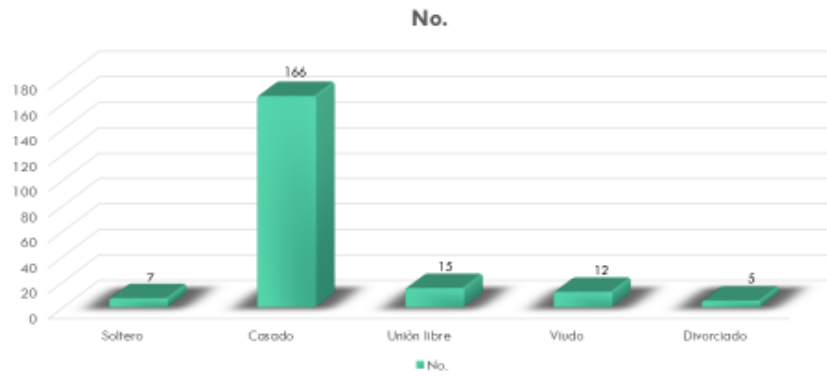


De acuerdo al estado civil se observo que del total de los pacientes encuestados el 81% (166 pacientes) son casados; le sigue el grupo de pacientes con un estado civil de unión libre (15 pacientes) que representan el 7.3% y finalmente el grupo de pacientes divorciados (5 pacientes) representan el grupo con la menor proporción el cual corresponde a 2.4% de los pacientes encuestados. Ver tabla y grafica No.2.

Tabla No. 2. Distribución de pacientes encuestados según su estado civil en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Estado civil	Numero	%
Soltero	7	3.4
Casado	166	81
Unión libre	15	7.3
Viudo	12	5.9
Divorciado	5	2.4
Total	205	100

Grafica no. 2. Distribución de pacientes encuestados según su estado civil en la UMF 66 del IMSS, 2014.

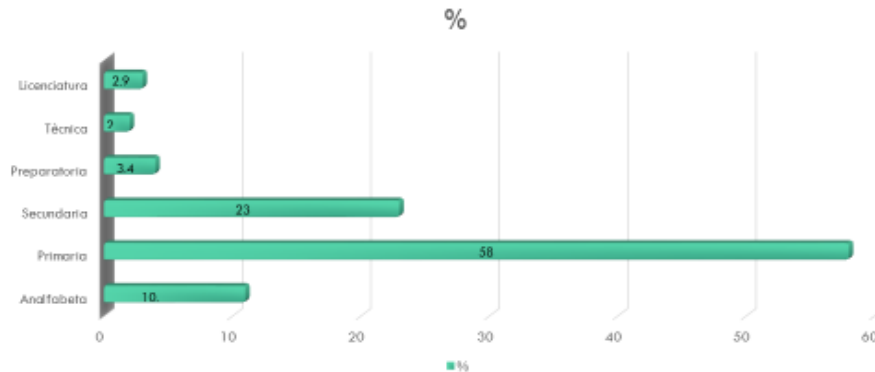


Con respecto al grado de estudio más de la mitad de los pacientes encuestados cuentan con primaria (58%), le siguen los pacientes con grado de estudio de secundaria con el 23 %, en comparación a los pacientes que cuentan con un grado de estudios técnico que representaron el 2% de los pacientes encuestados y a los pacientes con un grado de estudios de licenciatura quienes representaron el 2.9%. Ver tabla y grafica No. 3.

Tabla No. 3. Distribución de pacientes encuestados de acuerdo al grado de estudio en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Grado de estudio	Numero	%
Analfabeta	22	10.7
Primaria	119	58
Secundaria	47	23
Preparatoria	7	3.4
Técnico	4	2
Licenciatura	6	2.9
Total	205	100

Grafica no. 3. Distribución de pacientes encuestados de acuerdo al grado de estudio en la UMF 66 del IMSS, 2014.



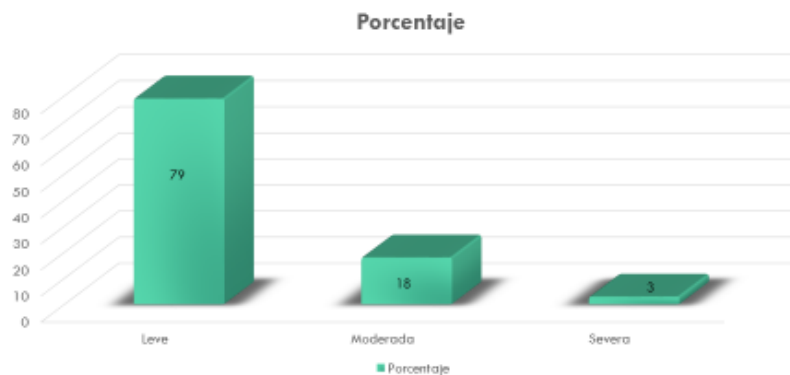
Para analizar la variable de síntomas prostáticos se utilizó la Escala para la Evaluación Internacional de Síntomas de la Próstata (I-PSS), (anexo No.2) el cual se califica con la sumatoria de los 7 items que conforman el instrumento, con 6 opciones de respuesta: nunca=0; menos de 1 en 5 veces=1; menos de la mitad del tiempo=2; alrededor de la mitad de tiempo=3; más de la mitad del tiempo=4 y casi siempre=5. De 0-7 corresponde a sintomatología leve; con un puntaje de 8-19 sugiere sintomatología moderada y con una puntuación de 20-35 de sintomatología severa. De los 205 pacientes encuestados el 79% (162 pacientes) presento sintomatología leve, 37 pacientes (18%) presentaron sintomatología moderada y solo 6 pacientes (3%) presento una sintomatología severa; al realizar el análisis de varianza unifactorial por rangos de Kruskal-Wallis no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.6$). Ver tabla y grafica No. 4.

Tabla No. 4. Distribución de pacientes encuestados de acuerdo a la Escala para la Evaluación Internacional de Síntomas de la Próstata I-PSS en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Clasificación	Numero.	%	Rango (Promedio)	P*
Leve	162	79	0-7 (3.8)	0.6
Moderada	37	18	8-18 (11.3)	
Severa	6	3	22-31 (25.6)	
Total	205	100	0-31 (5.8)	

* Pueba de Kruskal-Wallis.

Grafica no. 4. Distribución de pacientes encuestados de acuerdo a la Escala para la Evaluación Internacional de Síntomas de la Próstata (I-PSS) en la UMF 66 del IMSS, 2014.



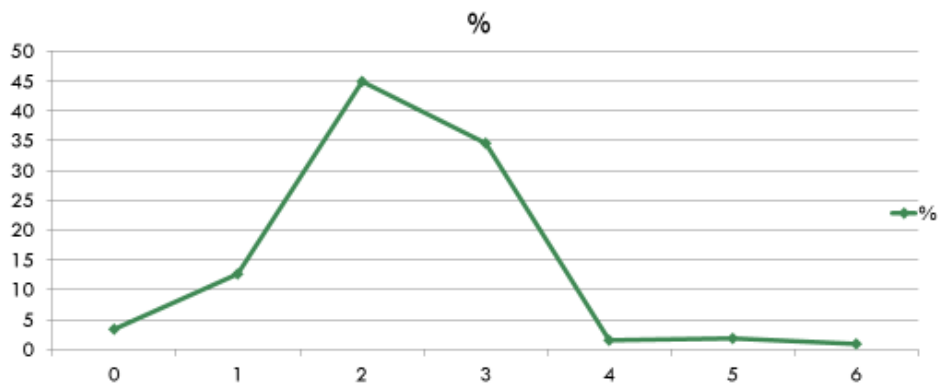
Para valorar la variable calidad de vida se aplicó el índice de impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna el cual está dividida en 6 rubros, con la siguiente puntuación: 0= encantado, 1= complacido, 2= más bien satisfecho, 3= más o menos, 4= más bien insatisfecho, 5= descontento y 6= terrible.

En el presente estudio el grupo predominante fue el de puntuación 2 donde se ubicaron 92 pacientes (44.9%), seguido de la puntuación 3 con 71 pacientes (34.6%), en último lugar se ubicó la puntuación 6 con solo 2 pacientes (1%). Ver tabla y grafica No. 5.

Tabla No. 5. Distribución de los pacientes entrevistados de acuerdo al índice del impacto de Hiperplasia Prostática Benigna y la puntuación del impacto de la Hiperplasia prostática benigna en la calidad de vida, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Calidad de Vida	No.	%
0	7	3.4
1	26	12.7
2	92	44.9
3	71	34.6
4	3	1.5
5	4	1.9
6	2	1
Total	205	100

Grafica No. 5. Distribución de los pacientes entrevistados de acuerdo al índice del impacto de Hiperplasia Prostática Benigna y la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la calidad de vida, en la UMF 66 del IMSS, 2014.



Al analizar la calidad de vida de los pacientes encuestados con respecto a la Evaluación Internacional de Síntomas de la Próstata se observó que a mayor severidad de los síntomas prostáticos mayor es la afectación en la calidad de vida de los pacientes encuestados, de esta manera la severidad de síntomas leves solo se observó en las puntuaciones de calidad de vida de 0 a 3 predominando en la puntuación 2 con 85 pacientes, en la puntuación 4 y 5 predominino un nivel moderado en la severidad de los síntomas prostáticos y finalmente en la puntuación 6 de calidad de vida solo se ubicó 2 pacientes con síntomas severos. Ver tabla y grafica No. 6. Al realizar el análisis de varianza unifactorial por rangos de Kkruscal-Wallis, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.4$). Ver cuadro y grafica No. 6.

Para evaluar la medida de asociación que existe entre las variables calidad de vida y severidad de los síntomas de la Hipertrofia Prostática Benigna se realizó el coeficiente de correlación de r_s de Spearman de Rangos Ordenados obteniendo una asociación de 0.52.

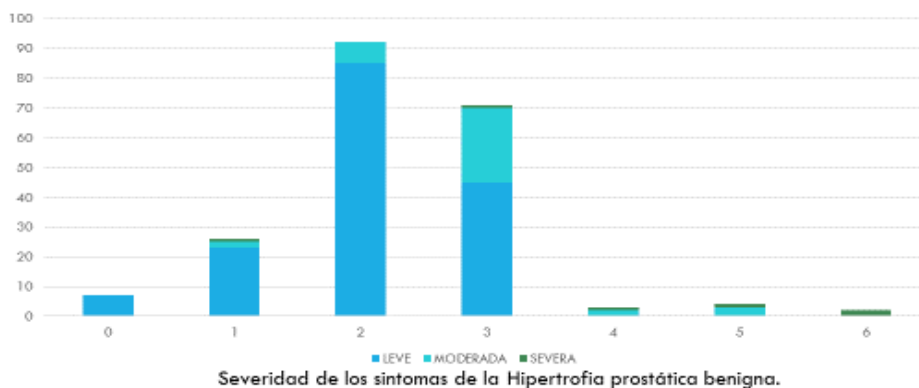
La interpretación del coeficiente de Spearman oscila entre -1 a +1, indicando asociaciones negativas o positivas respectivamente, cero significa no correlación pero no independencia, en base a esto la puntuación obtenida indica una asociación positiva moderada de las variables severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna y la variable impacto de evaluación de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de Vida.

Tabla No. 6. Distribución de los pacientes encuestados en relación a la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la calidad de vida y la Severidad de los Síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Puntuación de la Calidad de Vida	Severidad de los síntomas de la Hipertrofia Prostática Benigna			Total	%	P*
	Leve	Moderado	Severo			
0	7	0	0	7	3.4	0.4
1	23	2	1	26	12.7	
2	85	7	0	92	44.9	
3	45	25	1	71	34.6	
4	0	2	1	3	1.5	
5	0	3	1	4	1.9	
6	0	0	2	2	1.0	
Total	160	39	6	205	100%	

* Pueba de Kruskal-Wallis.

Grafica No.6. Distribución de los pacientes encuestados en relación a la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de Vida y la severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

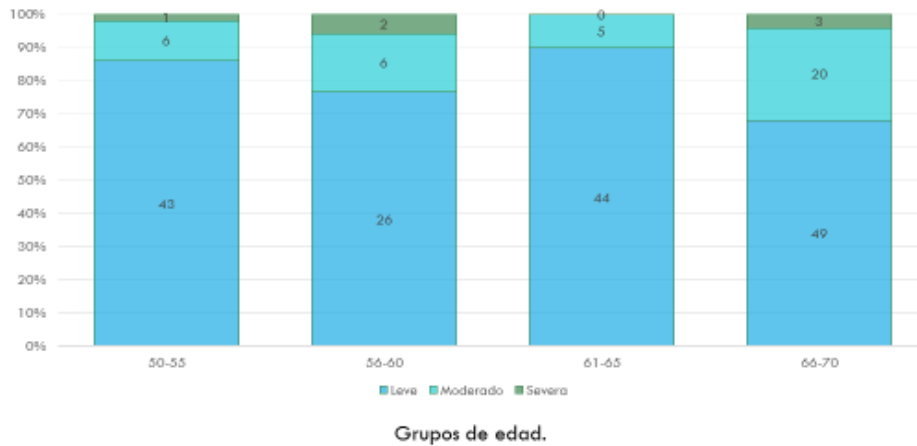


Al analizar la severidad de los síntomas de la Hiperplasia Prostática Benigna en relación al grupo de edad observamos que en los 4 grupos de edad predomina la severidad de sintomatología leve, de los cuales el grupo de 66 a 70 años de edad se ubica en la mayor proporción. La severidad moderada y severa de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna predomina en el grupo de edad de 66ª 70 años de edad. Observando que el grado severo de sintomatología de la Hiperplasia Prostática Benigna incrementa con la edad en comparación al grado leve y moderado, donde no se observa dicho fenómeno. Ver tabla y grafica No.7.

Tabla No. 7. Distribución de los pacientes encuestados en relación al grupo de edad y Severidad de los Síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Grupo de edad (años)	Severidad de los síntomas de la Hipertrofia Prostática Benigna			Total	%
	Leve	Moderado	Severo		
50-55	43	6	1	50	24.4
56-60	26	6	2	34	16.6
61-65	44	5	0	49	24
66-70	49	20	3	72	35
Total	162	37	6	205	100

Grafica No. 7. Distribución de los pacientes encuestados en relación al grupo de edad y severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

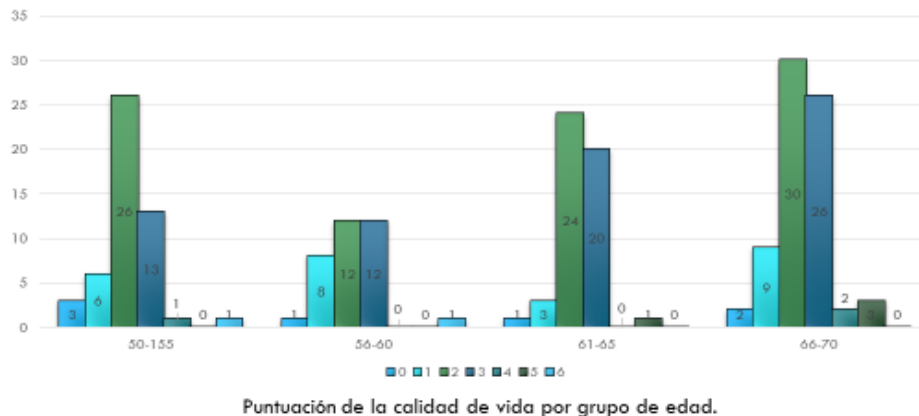


Al analizar la puntuación de la Calidad de Vida en relación al grupo de edad se observa que en los 4 grupos de edad la puntuación de Calidad de Vida predominante es el 2 (más bien satisfecho). Las puntuaciones 2 (más bien satisfecho) y 3 (más o menos) representan poco más del 50% de los pacientes del grupo de edad de 56 a 60 años; mientras que la puntuación de la Calidad de Vida 6 (terrible) solo se presenta en los grupos de edad de 50 a 55 y 56 a 60 años. Es decir no se observa una relación de la puntuación de la Calidad de Vida con la edad. Ver cuadro y grafica No.8.

Tabla No. 8. Distribución de los pacientes encuestados en relación al grupo de edad y la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Grupo de edad (años)	Puntuación de la Calidad de Vida							Total	%
	0	1	2	3	4	5	6		
50-55	3	6	26	13	1	0	1	50	24.4
56-60	1	8	12	12	0	0	1	34	16.6
61-65	1	3	24	20	0	1	0	49	24
66-70	2	9	30	26	2	3	0	72	35
Total	7	26	92	71	3	4	2	205	100

Grafica No. 8. Distribución de los pacientes encuestados en relación al grupo de edad y la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

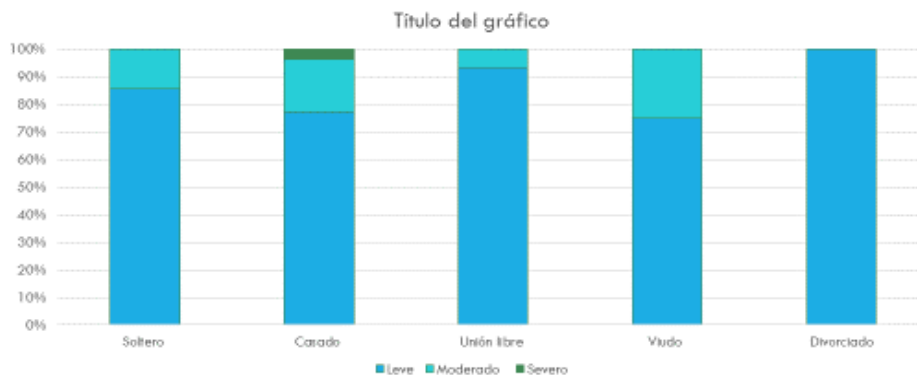


Al relacionar el estado civil y la severidad de síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna se observó que los 3 grados (leve, moderado y severo) predominan en el estado civil casado ya que a este grupo pertenecen el 81% del total de los pacientes encuestados. Los 6 pacientes que presentaron sintomatología de Hiperplasia Prostática Benigna severa también corresponde al grupo de pacientes casados. No se observaron pacientes con severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna severos en ningún otro grupo de estado civil. Ver tabla y grafica No.9.

Tabla No. 9. Distribución de los pacientes encuestados en relación al estado civil y la severidad de síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Estado civil	Severidad de los síntomas de la Hipertrofia Prostática Benigna			Total	%
	Leve	Moderado	Severo		
Soltero (a)	6	1	0	7	3.5
Casado (b)	128	32	6	166	81
Unión libre (c)	14	1	0	15	7.3
Viudo (d)	9	3	0	12	5.8
Divorciado (e)	5	0	0	5	2.4
Total	162	37	6	205	100

Grafica no. 9. Distribución de los pacientes encuestados en relación al estado civil y la severidad de síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, en la UMF 66 del IMSS, 2014.



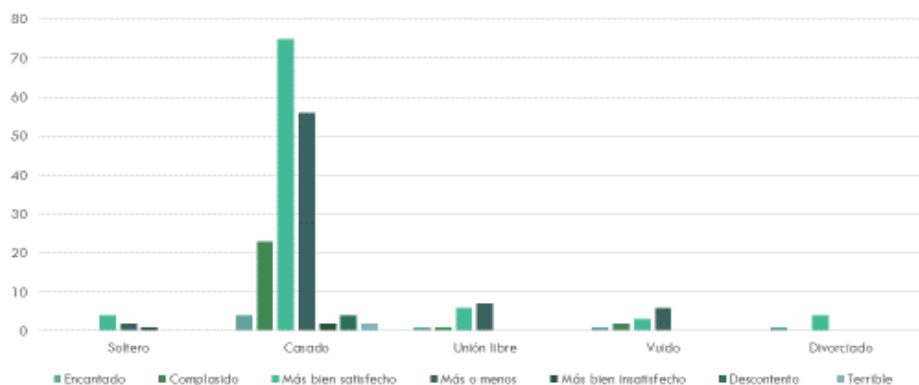
Al analizar la distribución de los pacientes encuestados en relación al estado civil y la puntuación del impacto de la Hiperplasia prostática benigna en la calidad de vida se observó que la puntuación 5 (descontento) y 6 (terrible) solo fue obtenida por pacientes con estado civil casado. La puntuación 4 solo se observó en el estado civil soltero y casado. Las calificaciones 2 (más bien satisfecho) y 3 (más o menos) representaron el 80% en el grupo unión libre. Para los grupos unión libre y

viudo la puntuación máxima de calidad de vida fue de 3 (más o menos). Ver tabla y grafica No.10.

Tabla No. 10. Distribución de los pacientes encuestados en relación al estado civil y la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida, en la UMF 66 del IMSS, 2014.

Estado civil	Puntuación de la Calidad de Vida							Total	%
	0	1	2	3	4	5	6		
Soltero (a)	0	0	4	2	1	0	0	7	3.5
Casado (b)	4	23	75	56	2	4	2	166	81
Unión libre (c)	1	1	6	7	0	0	0	15	7.3
Viudo (d)	1	2	3	6	0	0	0	12	5.8
Divorciado (e)	1	0	4	0	0	0	0	5	2.4
Total	7	26	92	71	3	4	2	205	100

Grafica no. 10. Distribución de los pacientes encuestados en relación al estado civil y la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida, en la UMF 66 del IMSS, 2014.



INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con respecto al total de encuestas realizadas (216), se eliminaron 11 por estar incompletas lo cual representa una pérdida del 5.1% del tamaño de la muestra calculado. Quedando un total de 205 pacientes encuestados.

Se observó que en grupo de edad el 24.4% (50 pacientes) cuentan con una edad entre 50 a 55 años; 16.6% (34 pacientes) cuentan con una edad entre 56 a 60 años; el 23.9% (49 pacientes) corresponde al grupo de edad de 61 a 65 años y finalmente el 35.1% (72 pacientes) de los pacientes encuestados cuenta con una edad entre 66 a 70 años.

De acuerdo al estado civil se observo que el 81% son casados. Le siguen el grupo de pacientes con un estado civil de unión libre que representan el 7.3% y el grupo de pacientes divorciados, representan el grupo con la menor proporción el cual corresponde a 2.4% de los pacientes encuestados.

Al analizar el grado de estudio más de la mitad de los pacientes encuestados que cuentan con educación primaria corresponde al 58%, le siguen los pacientes con grado de estudio de secundaria con el 23 %, en comparación a los pacientes que cuentan con un grado de estudios tecnico que representaron el 2% de los pacientes encuestados y a los pacientes con estudios de licenciatura quienes representaron el 2.9%.

Con respecto a la variable de síntomas prostáticos se analiza que de los 205 pacientes encuestados el 79%, presento sintomatología leve, 18% pacientes presentaron sintomatología moderada y solo 3% presento una sintomatología severa; al realizar el análisis de varianza unifactorial por rangos de Kruskal-Wallis no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.6$).

Se observó que la variable Calidad de vida con respecto a el Índice de Impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna se observó que el grupo predominante fue el de puntuación 2 donde se ubicó el 44.9%, seguido de la puntuación 3 con el 34.6%, en último lugar se ubicó la puntuación 6 con solo el 1%.

En la Calidad de vida de los pacientes encuestados con respecto a la Evaluación Internacional de Síntomas de la Próstata, se deduce que a mayor severidad de los síntomas prostático mayor es la afectación en la Calidad de vida de los

pacientes. Realizando el análisis de varianza unifactorial por rangos de Kruskal-Wallis, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.4$).

La medida de asociación que existe entre las variables calidad de vida y severidad de los síntomas de la Hiperplasia Prostática Benigna se analizó con el coeficiente de correlación de r_s de Spearman de Rangos Ordenados obteniendo una asociación de 0.52.

Basados en la puntuación de Spearman se puede asegurar que a mayor severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, mayor será el puntaje obtenido en el Impacto de Evaluación de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida.

En la severidad de los síntomas de la Hiperplasia Prostática Benigna en relación al grupo de edad predomina la severidad de sintomatología leve y el grupo predominante corresponde al rango de 66 a 70 años de edad; en severidad de sintomatología moderada y severa predomina el grupo de edad de 66 a 70 años, concluyendo que la severidad de sintomatología severa incrementa con la edad.

La puntuación de la Calidad de vida en relación al grupo de edad se analizó que las puntuaciones 4, 5 y 6 predominan en los dos últimos grupos de edad contrariamente a lo esperado en el nivel de Calidad de vida 6, predomina en los dos primeros grupos de edad. Sin embargo se concluye de manera general que la puntuación de Calidad de vida con el grupo de edad no hay relación de variables.

Con respecto al estado civil y la Severidad de Síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna, se concluye que en el estado civil casado tiene el mayor número de casos con síntomas prostáticos leves y moderados, en el caso de pacientes divorciados se encontró solo síntomas leves no encontrándose pacientes con síntomas moderados y severos.

Y por último la distribución en relación al estado civil y la puntuación del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida se analizó que el grupo con mayor afectación en la Calidad de vida fue para el estado civil casado teniendo la mayor puntuación en 3 (3= más o menos en el índice de impacto de vida de la hiperplasia prostática benigna), y el grupo con menor afectación fue el de divorciados, con puntuación cero y 2 (0= encantado y 2= más bien satisfecho).

CONCLUSIONES

- 1) De los 205 pacientes encuestados el grupo de edad de 66-70 años fue el predominante (35.1%).
- 2) El estado civil predominante fue el de casado con el 81% (166 pacientes).
- 3) Más de la mitad de los pacientes encuestados cuentan con primaria con el 58%.
- 4) En relación a la frecuencia de la Sintomatología de la Hiperplasia Prostática valorada con la escala I-PSS en hombres de 50 a 70 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social se concluyó que del total de pacientes estudiados, el 79% (162 pacientes) presento sintomatología leve, 37 pacientes (18%) presentaron sintomatología moderada y solo 6 pacientes (3%) presento una sintomatología severa.
- 5) La Calidad de vida de los pacientes con sintomatología de Hiperplasia Prostática Benigna se valoró de acuerdo al Índice del Impacto de Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida, observando que la puntuación de Calidad de vida predominante fue la 2 (más bien satisfecho) con el 44.9%, mientras que las puntuaciones extremas de calidad de vida 5 (descontento) y 6 (terrible) solo representaron el 2.9% del total de los pacientes estudiados.
- 6) Estadísticamente no se observó una diferencia significativa al comparar la Severidad de los síntomas con la puntuación de la calidad de vida. Sin embargo desde el punto de vista clínico si se encontró significancia sobre todo en los pacientes con severidad de los síntomas de la Hiperplasia Prostática Benigna severo, ya que se observó que a mayor severidad de los síntomas prostáticos mayor es la afectación en la calidad de vida de los pacientes encuestados.
- 7) Se encontró un coeficiente de correlación de Spearman moderado al relacionar las variables severidad de los síntomas y el puntaje obtenido en el Impacto de la Evaluación de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida es decir, se puede afirmar clínicamente que a mayor

severidad de los síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna mayor será la afectación en la calidad de vida de estos pacientes.

- 8) Se observó que en el estado civil casado correspondió con el mayor número de casos con síntomas prostáticos en síntomas leves y moderados y severos, siendo este grupo el único donde se obtuvieron puntuación severa en la sintomatología de Hiperplasia Prostática Benigna; en el caso de pacientes divorciados se encontró solo síntomas leves no encontrándose pacientes con síntomas moderados y severos.
- 9) En cuanto a la distribución de los pacientes estudiados en relación al estado civil y la puntuación del impacto de vida de la Hiperplasia Prostática Benigna se puede afirmar que las puntuaciones 4 (más bien satisfecho) y 5 (descontento) son exclusivas del estado civil casado. Y en los grupos unión libre y viudo la puntuación de calidad de vida máxima obtenida por los pacientes fue de 3; el grupo de los divorciados fue el grupo con menor afectación en la calidad de vida, siendo la puntuación máxima de 2 (complacido).

CONCLUSION

En conclusión y en base los resultados del presente estudio podemos afirmar que un gran número de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social de entre 50 y 70 años de edad aún no han sido diagnosticados con Hiperplasia Prostática Benigna y la sintomatología ocasionada por este padecimiento afecta la calidad de vida, observando que a mayor severidad de síntomas de la Hiperplasia Prostática Benigna mayor será la afectación en la calidad de vida; partiendo de lo anterior proponemos la utilización de la Escala para la Evaluación Internacional de Síntomas de la Próstata (I-PSS) y el Índice del impacto de la Hiperplasia Prostática Benigna en la Calidad de vida, como pruebas diagnósticas de tamizaje con la finalidad de identificar a los pacientes en etapas muy tempranas, tan tempranas que incluso la calidad de vida puede aún no verse afectada y en consecuencia canalizar de manera oportuna a estos pacientes a segundo nivel. De esta manera se conservara la dinámica familiar, perdurando la vida sexual, su actividad laboral y sobre todo su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Azcárraga G.G. 2000. Próstata. En: Urología. 7ª Edición. Ed. Méndez Editores. México. (pp187-292).
2. Entorno Demográfico y Epidemiológico y Otros Factores de Presión Sobre el Gasto Médico, Instituto Mexicano del Seguro Social. (Pp 27-40).
3. Tanagho E. A., Anich J. W. 2001. Urología general de SEIT; Problemas prostáticos. 12ª Edición. Editorial El Manual Moderno. México. (Pp 330-336).
4. Oliver G.C., Carballido R.J., Gomiz L. J., San José M. L. Hipertrofia Prostática Benigna. Enfermedades Nefrourinarias (IV). Revista Servicios de Urología Sn. Carlos Madrid España 2003. (Pp 113).
5. Rodríguez-López, Maya R., Baluma-Conde. Patologías Benignas de la Próstata: Prostatitis e Hiperplasia Benigna. Revista Biomédica. Ene-Abr 2007, vol. 18 issue 1. (pp47-59,13p).
6. Dr. Carlos Martínez. Manual de Urología esencial hiperplasia prostática benigna de la próstata.
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualUrologia/HiperplasiaBenignaProstata.html>.
7. Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), Unidad de Medicina Familiar No. 66 "Progreso Industrial".
8. Estudio de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS. (2010). Proporcionado por el Dr. Jaime Navarrete, Director UMF 66, IMSS.
9. www.yotellevo.mx.
10. Guía de Práctica Clínica. Hiperplasia prostática, Instituto Mexicano del Seguro Social.
11. Guía de Referencia Rápida. Hiperplasia prostática, Instituto Mexicano del Seguro Social.
12. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y Código de Bioética para el Personal de Salud.
13. Dr. Luis A. Santana. 2005. Manual académico para el médico interno y residente. Primera edición. México. Uteha, Noriega Editores
14. Códigos Internacionales de Ética de la Investigación. Bol. Of. Saint Panam. 108 (1990) (pp5-6).

15. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

16. Comisión Nacional de Bioética. <http://www.cnb-mexico.org/>.

17. Camacho-Duran F. Franco-Delgadillo E., Guzmán-Mora F. Los comités de ética médica hospitalarios. Bases conceptuales. <http://www.white.nosc.mil/med.html>.

18. Sidney Siegel, N. John Castellan. Estadística no paramétrica aplicada a ciencias de la conducta, Editorial Trillas 2ª edición. Reimpresión 2009. México, D.F. Pp 437

ANEXOS

ANEXO No. 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS EN SALUD COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMATIVO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **REPERCUSION DE LA SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN HOMBRES DE 50 A 70 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE MARZO DE 2013 A NOVIEMBRE DE 2014**

Patrocinador externo (si aplica)*:

Lugar y fecha: **DE MARZO DE 2013 A NOVIEMBRE DE 2014.**

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Se ha detectado en la consulta de medicina familiar, una gran cantidad de pacientes con sintomatología prostática que no tiene un diagnóstico establecido de patología en este órgano o que esta subdiagnosticada. Por lo que, el principal motivo de consulta en este tipo de pacientes, es su inquietud por la disminución en la calidad de vida que esto conlleva, aunado a esto nos encontramos que el paciente omite comentar en la consulta dicho problema y el medico tiene poco interés en indagar intencionadamente del mismo. Comparar la severidad de los síntomas de hiperplasia prostática benigna con la repercusión en la calidad de vida de los hombres de 50 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar No. 66 del IMSS, de marzo de 2013 a noviembre de 2014.

Procedimientos: NO APLICA

Posibles riesgos y molestias: NO APLICA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: NO APLICA

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: NO APLICA

Participación o retiro: NO APLICA

Privacidad y confidencialidad: SI APLICA

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se toma la muestra solo para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico de derechohabientes (si aplica): NO APLICA

Beneficios al término del estudio: Comparar la severidad de los síntomas de hiperplasia prostática benigna con la repercusión en la calidad de vida de los hombres de 50 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar No. 66 del IMSS, de marzo de 2013 a noviembre de 2014

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. María Miriam Pérez Ruiz; Matricula: 99166275; Correo: drmmiriampr@hotmail.com. tel 55-28-48-73-26 Colaboradores: : Dra. María De Jesús Reyes Urquiza; Matricula: 99153584; Correo: madjru.prodigy.net.mx, Celular: 55-39-94-18-73. Dra. María Guadalupe Leal Mosqueda; Matricula: 99353434; Correo:lealmosqueda@gmail.com; Celular: 55-39-07-00-46.

En caso de deudas o aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a: Comisión de Ética de investigación de la CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso bloque "B" de la Unidad de congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720, Teléfono (55)56276900 extensión 21230, correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

*En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-013

ANEXO No. 2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66
DELEGACION 16 PONIENTE
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste con honestidad las siguientes preguntas, respondiendo solo una de las opciones dadas, marcando con una cruz (x) la elegida por usted.

1. ¿Qué edad tiene usted?

1. 50-55 años.
2. 56-60 años.
3. 61-65 años.
4. 66-70 años.

2. ¿Cuál es su estado civil?

- 1.- Soltero.
- 2.- Casado.
- 3.- Unión libre.
- 4.- Viudo.
- 5.- Divorciado.

3. ¿Qué grado de estudios tiene?

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria
5. Técnica
6. Licenciatura

ANEXO No. 3



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66
DELEGACION 16 PONIENTE
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Escala para la evaluación internacional de síntomas de la próstata (I-PSS)^{10,11.}

	NUNCA.	MENOS DE 1 EN 5 VECES.	MENOS DE LA MITAD DE TIEMPO.	ALREDEDOR DE LA MITAD DEL TIEMPO.	MÁS DE LA MITAD DEL TIEMPO.	CASI SIEMPRE.
1. Durante el mes pasado, ¿Con que frecuencia a tenido la sensación de que la vejiga no se vacía completamente después de terminar de orinar?						
2. Durante el mes pasado, ¿Con que frecuencia a tenido que volver a orinar en menos de 2 hrs después de haber terminado de orinar?						
3. Durante el mes pasado, ¿Con que frecuencia se dio cuenta de que había parado y continuado varias veces cuando orinaba?						
4. Durante el mes pasado, ¿Con que frecuencia a encontrado difícil el posponer el deseo de orinar?						
5. Durante el mes pasado, ¿Con que frecuencia a tenido el chorro de la orina débil?						
6. Durante el mes						

pasado, ¿Con que frecuencia a tenido que pujar o hacer esfuerzo para comenzar a orinar?						
7. Durante el mes pasado, generalmente ¿Cuántas veces se a levantado durante la noche para orinar desde el momento en que se acostó hasta que se levantó por la mañana?	NINGUNA	UNA VEZ POR NOCHE.	2 VECES POR NOCHE.	3 VECES POR NOCHE.	4 VECES POR NOCHE.	5 VECES O MÁS POR NOCHE.

ANEXO No. 4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66
DELEGACION 16 PONIENTE
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

“Índice del impacto de la hiperplasia prostática benigna en la calidad de vida”^{10,11}.

Si usted tuviera que estar toda la vida orinando en la forma que lo hace hasta ahora ¿Cómo se sentiría?

0. Encantado
1. Complacido
2. Más bien satisfecho
3. Más o menos
4. Más bien insatisfecho
5. Descontento
6. Terrible

