

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

119

2 Ej.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA TLALNEPANTLA DEL I.S.S.S.T.E.

CLINICA TLALNEPANTLA
SUBDIRECCION MEDICA
Ene. 2 1995
CLINICA TLALNEPANTLA

DIAGNOSTICO DE HIPERTROFIA PROSTATICA EN VARONES
VOLUNTARIOS MAYORES DE 40 AÑOS, DERECHOHABIENTES
DE LA CLINICA TLALNEPANTLA DEL I.S.S.S.T.E.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista
en medicina familiar, presenta:

Dr. Carlos Pérez Gutiérrez

FALLA DE ORIGEN

México, D.F.

Enero

de 1995.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

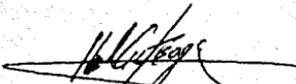
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

" DIAGNOSTICO DE HIPERTROFIA PROSTATICA EN VARONES VOLUNTARIOS
MAYORES DE 40, AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA TLALNEPANTLA
DEL I.S.S.S.T.E."

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

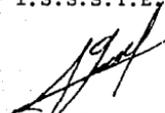
DR. CARLOS PEREZ GUTIERREZ

A U T O R I Z A C I O N E S


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR T. L. N.
DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL MEDICA
I.S.S.S.T.E.

★ ENE. 2 1995 ★

CLINICA TLALNEPANTLA
DIRECCION


DR. ARTURO GIRON OCAMPO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CLINICA TLALNEPANTLA DEL I. S. S. S. T. E.

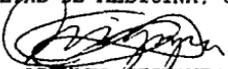
"DIAGNOSTICO DE HIPERTROFIA PROSTATICA EN VARONES VOLUNTARIOS
MAYORES DE 40 AÑOS, DERCHOHABIENTES DE LA CLINICA TLALNEPANTLA
DEL I.S.S.S.T.E."

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. CARLOS PEREZ GUTIERREZ

A U T O R I Z A C I O N E S


DR. JUAN MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR, U.N.A.M.

I. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA

★ ENL 2 1995 ★

CLINICA TLALNEPANTLA
DIRECCION

CONTENIDO

<u>INTRODUCCION</u>	<u>PAG.</u>
I.- Justificación	1
II.- Planteamiento del Problema	2
III.- Marco Teórico	4
. Bases morfofuncionales	5
. Prostatismo	9
. Patogenia y Cuadro Clínico	14
. Diagnóstico	17
. Diagnóstico Diferencial	23
. Tratamiento	24
. Pronóstico	27
IV.- Objetivos de la Investigación	28
V.- Material y Método	29
VI.- Análisis de Datos	31
VII.- Resultados	32
VIII.- Conclusiones y Sugerencias	35
IX.- Anexos: Cuadros y Gráficas	
X.- Bibliografía	

INTRODUCCION

La tendencia actual de la atención médica de primer contacto, es el estudio integral del núcleo familiar, a través de la aplicación del método clínico. El médico familiar utiliza esa herramienta para atender la salud de cada uno de los individuos que conforman una familia, realizando dicho estudio con un enfoque holístico y reconociendo las características propias de las diferentes etapas del ciclo vital.

Debido a que la esperanza de vida en nuestro país ha aumentado, también han aparecido como principales causas de morbilidad y de mortalidad desde la 4ta. década de la vida, las enfermedades crónico-degenerativas, sin dejar de tener importancia los padecimientos infectocontagiosos. Así mismo, el aumento de la capacidad de los recursos médicos para preservar la vida y aumentar la esperanza de la misma, no es paralelo a la mejoría de las condiciones sanitarias de la mayoría de las familias y comunidades. (5)

En este trabajo clasificado como descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, se estudiaron adultos de más de 40

años de edad del sexo masculino para detectar la presencia de hipertrofia prostática.

Se eligió esta entidad por considerar que la frecuencia de dicho padecimiento ha ido en aumento, lo cual obliga al médico familiar a tener una gran meticulosidad en el diagnóstico oportuno, así como un tratamiento conservador basado en la valoración periódica sin olvidar la responsabilidad de canalizar al paciente a un segundo o tercer nivel de atención en el momento preciso.

JUSTIFICACION:

La hipertrofia prostática es un padecimiento que afecta al individuo tanto en su salud física como mental y por ende a su núcleo familiar con los consecuentes desajustes sociales y económicos.

Por su parte, el médico familiar asume la responsabilidad de la atención continua e integral del paciente y actúa como coordinador del equipo que le provee servicios de salud, y a la vez como educador para la conservación y fomento de la salud.

El presente estudio podría servir de base para la elaboración de programas específicos de detección, seguimiento de casos y educación para la salud, estrategias que probablemente contribuyan a disminuir las complicaciones que son motivo de la consulta de urgencias, en unidades de segundo y tercer nivel de atención.

También se espera que este trabajo propicie la reflexión del médico familiar con respecto a la importancia de su habilidad clínica para la valoración integral y efectiva de la salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La hiperplasia prostática es un padecimiento casi universal, que afecta a varones de más de 45 años de edad y con mayor frecuencia a los 65 años de edad. La frecuencia mundial de esta neoplasia va en relación al aumento de la longevidad humana.

En México el tumor benigno de próstata es el más común de los padecimientos genitourinarios y es la causa más frecuente de internamiento hospitalario y de intervenciones quirúrgicas en el varón después de los 50 años de edad.

Queda mucho por aprender acerca de las causas, patogénesis, así como del tratamiento médico efectivo que en la mayoría de los casos sólo es de tipo conservador. Las técnicas quirúrgicas se han desarrollado y avanzado más que los aspectos anteriores proporcionando tratamiento quirúrgico generalmente satisfactorio. Sin embargo, las complicaciones por obstrucción crónica o parcial de vías urinarias originada por hipertrofia prostática puede llevar al paciente a una insuficiencia renal irreversible con las repercusiones económicas y psico-sociales en el núcleo familiar.

En 1981 las enfermedades del aparato urinario y los tumores malignos de los órganos genitourinarios ocuparon el 10º y 11º lugar respectivamente, dentro de las 15 primeras causas de muerte en la población mayor de 65 años en la República Mexicana. (Boletín de Información Estadística de la S. Sa. INEGI No.1, 1984).

Con este estudio se pretende establecer que es posible y necesario desarrollar un programa de detección oportuna de hipertrofia prostática, aunque actualmente no se explicita en el Plan Nacional de Salud, y por lo tanto no se cuenta con Normas o Políticas específicas para la detección, valoración periódica, seguimiento y contrarreferencia de los casos identificados con dicho padecimiento.

MARCO TEORICO

Para los propósitos de esta presentación conviene recordar los siguientes elementos morfofuncionales del sistema genito-urinario del hombre.

Las funciones esenciales del aparato reproductor masculino, son la producción de espermatozoides y de las hormonas sexuales masculinas y del depósito de dichos espermatozoides, a través del pene en el aparato reproductor femenino, durante el apareamiento.

Como es sabido, los espermatozoides son producidos en las gónadas masculinas, los testículos, dos cuerpos ovales que en el hombre madura penden suspendidos en los sacos escrotales fuera de la cavidad abdominal. Los testículos producen los gametos masculinos o espermatozoides, y las hormonas sexuales propias del hombre, los andrógenos y estrógenos en menor cantidad.

Las estructuras accesorias que complementan el aparato reproductor masculino incluyen el epididimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales y la próstata. (8)

La próstata es una glándula accesoria, la mayor del sistema genital masculino, órgano impar, situado en la excavación pelviana, inmediatamente por debajo de la vejiga, engloba la encrucijada de las vías urinarias y de las genitales; su nombre deriva de la palabra griega prostates, que significa protector o el que se ubica por delante.

Tiene tamaño y forma de castaña, también semejante a un cono truncado de base superior y vértice inferior, su eje muy oblicuo hacia abajo y adelante, forma un ángulo agudo de 25º respecto a la vertical. Sus dimensiones en el adulto son: longitud 30mm, ancho 40mm, espesor anteroposterior 20mm, peso 20 a 25 grs., su color es gris blanquecino y consistencia parecida a la del lóbulo de la oreja. Tiene cinco lóbulos: anterior, posterior, dos laterales y uno medio.

Sus límites son por delante la sínfisis pubiana; por atrás el recto, por arriba la vejiga, por abajo la aponeurosis perineal media y de cada lado los músculos elevadores.

La próstata se mantiene en su lugar por la adherencia con la base de la vejiga, por el cruce de la uretra y vías espermáticas y por sus conexiones con las paredes de su celda. La uretra es un conducto por el cual la orina es llevada al exterior después de permanecer en la vejiga.

La uretra masculina, según los sitios que atraviesa recibe diversos nombres:

LA URETRA PROSTATICA:

Se encuentra inmediatamente a la salida de la vejiga y mide de 2.5 a 3 cms de longitud, está rodeada de la glándula prostática; la forma de su luz es semejante a un huso, más ancha en el centro que arriba y abajo. En la pared posterior existe un repliegue que sobresale en la luz, llamado cresta uretral; a los lados y a todo lo largo de ésta se encuentran los senos prostáticos, en los cuales drenan la mayor parte de las glándulas prostáticas principales. cerca de la mitad de esta cresta existe otra elevación denominada verumontanum; en este sitio se encuentran tres orificios, dos de ellos son de llegada de los conductos eyaculadores en la uretra prostática y el otro corresponde al utrículo prostático, remanente embrionario de los conductos paramesonéfricos en el hombre. (2)

LA URETRA MEMBRANOSA:

Se encuentra en el sector que atraviesan los elementos musculoaponeuróticos del pene medio, es la porción más corta de la uretra, mide alrededor de 1 a 1.5 cms de longitud y recorre exclusivamente el esfínter muscular de la uretra.

Por último, LA URETRA ESPONJOSA O PENEANA:

Incluye el trayecto que rodea al cuerpo esponjoso del pene hasta el meato, mide aproximadamente 13 cms de longitud, tiene calibre regularmente uniforme de 6mm de diametro con dos dilataciones: una proximal, en el bulbo del pene, llamada también uretra bulbar y otra distal, localizada unos milímetros antes de que la uretra peneana termine en el meato urinario, llamada fosa navicular del glande; a la porción de uretra peneana que corre en el glande también se le llama uretra balanica.

Con respecto a las enfermedades que afectan al sistema genito-urinario, pueden detectarse aún en personas sin síntomas, como hallazgos de laboratorio o de exploración física sistemática, o bien pueden diagnosticarse por la sintomatología, por la cual el paciente asiste a consulta. La sintomatología puede ser bien definida, tanto que delimite síndromes y posibles causas, o ser una sintomatología muy vaga. (2)

Cuando los signos y síntomas están bien definidos o son buscados mediante la exploración física se pueden establecer las siguientes categorías: enfermedades inflamatorias o infecciosas, trastornos no inflamatorios benignos y enfermedades malignas. El primer grupo incluye los problemas inflamatorios o infecciosos que por lo común causan disuria y

dolor o hipersensibilidad genital, manifestaciones que pueden perturbar la función sexual. La segunda categoría abarca afecciones no inflamatorias, benignas que ocasionan dolor o molestia de grado variable, quizás acompañados de tumor escrotal. En las enfermedades malignas del aparato reproductor masculino las manifestaciones varían según la etapa de la dolencia y la estructura afectada. (6)

La obstrucción de vías urinarias incluye todo lo que impida el libre flujo de la orina, lo que causa estasis y aumento de presión dentro de vías urinarias, lesiona la función renal y causa insuficiencia renal aguda y crónica.

La obstrucción puede ocurrir en cualquier parte del sistema urinario y puede ser intrínseca o extrínseca.

Cuando la obstrucción ocurre por arriba de la vejiga, las lesiones que se observan son unilaterales, en cambio cuando es por debajo de ella, las lesiones son bilaterales.

Son causa frecuente de obstrucción: patología de próstata, que cambia las características de la micción y el chorro de la orina, fimosis, estenosis del meato uretral, tumores, cálculos y traumatismos. (2)

PROSTATISMO:

El protastismo es la obstrucción de vías urinarias por causa prostática. el término engloba a tres patologías: prostatitis, hiperplasia benigna y carcinoma prostático.

Existen pocos trastornos del sistema genito urinario que generan tanta confusión, así en pacientes como en médicos, como las inflamaciones de la glándula prostática. La mayoría de los pacientes con prostatitis crónica no tienen un conocimiento claro de las causas y el pronóstico de su enfermedad, y generalmente se muestran descontentos con los resultados del tratamiento. Esto es lamentable ya que las inflamaciones prostáticas constituyen problemas frecuentes, en realidad los pacientes con prostatitis representan una parte importante de la práctica urológica diaria. (1)

Respecto a la frecuencia de los tumores de próstata Lytton y Cole en 6.975 hombres examinados para la obtención de seguros de vida, encontraron que el 20% de estos en la sexta década de la vida presentaban crecimiento de la glándula, porcentaje que aumentó a 43% en la octava década. Por otro lado, la hiperplasia prostática fué la razón más frecuente de

internamiento en 365 hospitales de E.U.A. y Canadá. en el período 1963-1964, el segundo lugar lo ocupó la pielonefritis.

En este mismo informe, el cáncer prostático obtuvo el 8vo. lugar en frecuencia. En los E.U.A., según la Administración de Veteranos (1968), el carcinoma de próstata mata más hombres que cualquier otra enfermedad maligna excepto el cáncer pulmonar, y según la Sociedad Americana de Cancerología (1966) es la tercer causa de muerte por cáncer en hombres de 55 años y la principal después de los 75 años de edad.

En 1962, en E.U.A., de 16,000 fallecimientos por cáncer de próstata correspondieron 15,000 o sea el 94%, es ésta pues la neoplasia de genitales masculinos más frecuente.

Lytton y Cols. calcularon que en la quinta década de la vida, requerirán la operación cuatro de cada 1,000 hombres; en la octava década ya serán 10.9 por 1,000 y que las probabilidades de que un hombre de 40 años requiera operación por hiperplasia protática si vive hasta los 80, es cercana al 10%.

Tanto la hipertrofia como el carcinoma son los tumores más frecuentes en el hombre a partir de los 50 años, esta frecuencia aumenta con la edad.

Estudios post-mortem han demostrado carcinoma en el 14% de los hombres que pasan de los 50 años.

En México, el tumor benigno de próstata es el más común de los

padecimientos genito-uritarios que vemos y tratamos y la causa más frecuente de internamiento hospitalario y de intervenciones quirúrgicas, el cáncer representa el 18% de los crecimientos prostáticos.

La frecuencia mundial de los tumores de la próstata va en relación al aumento de la longevidad humana. (10)

La hipertrofia prostática es un fenómeno casi universal en los varones de edad avanzada. La próstata pesa sólo unos pocos gramos en el recién nacido, en la pubertad presenta un crecimiento mediano por los andrógenos y alcanza el tamaño adulto de casi 25 grs hacia los 30 años de edad. Este tamaño permanece estable aproximadamente durante 25 años y durante la quinta década de la vida se inicia una segunda fase de crecimiento en la mayoría de los varones. En consecuencia, esta enfermedad afecta a los varones con más de 45 años y lo hace con mayor frecuencia a medida que aumenta la edad, de forma que a los 80 años más del 90% de los varones presentan hiperplasia prostática en la autopsia. Debido a los refinamientos introducidos en la cirugía prostática, este trastorno no es una causa importante de muerte, aunque sí una causa frecuente de morbilidad en los varones de edad avanzada. La próstata rodea a la uretra, por lo cual cualquier aumento de tamaño que presente es una causa potencial de obstrucción del aparato urinario, en

efecto, la hiperplasia prostática es la causa más frecuente de obstrucción del aparato urinario en los varones. De forma global, aproximadamente el 10% de los varones requiere cirugía prostática en algún momento de su vida para superar un cuadro de obstrucción del aparato urinario. Este trastorno se observa en todo el mundo, aunque es menos frecuente en países orientales. La edad media en la que este proceso se vuelve sintomático es aproximadamente de 65 años en los varones de raza blanca y casi de 60 años en los de raza negra. (3)

Aunque el desarrollo de la HPB es casi un fenómeno universal en los ancianos, la causa y la patogénesis de este trastorno se comprende escasamente. Los intentos de identificar factores de riesgo sobre la base de estudio epidemiológico no han sido de mucha ayuda. Recientemente Rotckin (1983) resumió estos datos y sugirió que "no hay datos confirmables para indicar relaciones de variables socio-culturales, celibato, grupos sanguíneos específicos, consumo de tabaco y/o alcohol, situaciones gerontológicas como enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad vascular cerebral, hipotensión, diabetes mellitus y cirrosis hepática, para el inicio de la HPB". Mas aún concluyó que no había información ulterior para sostener la pretendida asociación de HPB como precursora en el desarrollo de cáncer prostático. (1)

La etiología de la hiperplasia prostática benigna ha sido examinada y se han revisado varias hipótesis. Aún queda mucho por aprender. Falta establecer si la HPB humana está o no bajo la regulación de los testículos. Debe ser posible evaluar el papel de los testículos usando varias manipulaciones farmacológicas que bloqueen selectiva y reversiblemente las secreciones testiculares, por ejemplo, agonistas del factor liberador de hormona luteinizante (LHRH), antiestrógenos, antiandrógenos o inhibidores de la esteroideogénesis. Si es realmente posible demostrar algún efecto de las secreciones testiculares sobre el desarrollo de la HPB, quedará por determinar si este efecto es directo o meramente permisivo.

Sobre la base de los estudios experimentales en el perro, aparece que los factores que regulan el crecimiento de la próstata y cuando menos una función diferenciada por ejemplo, secreción pueden ser controlados separadamente y más aún, que el crecimiento anormal continúa en presencia de niveles decrecientes de testosterona sérica y de DHT, los que podrían estar involucrados en la etiología del crecimiento hiperplásico de la próstata del perro.

En reconocimiento de que la DHT debe concentrar los esfuerzos de investigación en la identificación de otros factores que pueden sensibilizar este tejido y acelerar el crecimiento. En

el perro, los estrógenos cumplen esta función en la inducción experimental de la enfermedad. Sin embargo, falta determinar si el sinérgismo estrogénico juega algún papel en la inducción de la HPB en el hombre. Serán necesarios estudios adicionales para determinar la relación entre la secreción de estrógenos, el envejecimiento y desarrollo de la HPB en el hombre. Además, se necesita acumular más evidencias para documentar el hecho de que la HPB humana es en verdad un órgano blanco para la estimulación estrogénica.

Una atractiva y reciente área de investigación involucra las interacciones estroma-epitelio y la "reactivación embrionaria" en la patogénesis de HPB. Esta parece ser un mecanismo idóneo para explicar la inducción temprana de la enfermedad relegando un ambiente endocrino anómalo a un papel secundario involucrado en el mantenimiento y la proliferación de la dolencia una vez que ésta ha sido inducida. Esta atractiva hipótesis necesita trabajos ulteriores. (1)

PATOGENIA Y CUADRO CLINICO:

La hiperplasia prostática benigna ocasiona obstrucción progresiva del flujo de orina y en etapas tardías produce presión retrograda en los riñones (hidronefrosis) y contribuye al establecimiento de infección en el aparato urinario. (7)

La glándula prostática agrandada produce sus efectos dañinos obstruyendo el cuello de la vejiga y alterando el mecanismo que fuerza la apertura y hace infundibuliforme el orificio vesical. Los nódulos prostáticos crecen en los lóbulos laterales y el lóbulo subcervical. Al alargarse la glándula, los lóbulos tienden a herniarse por el cuello de la vejiga y hacen protusión dentro de la misma. La superficie al corte muestra nódulos múltiples, de configuración adenomatosa.

Cerca de los conductos, la cápsula "quirúrgica" está formada por tejido prostático, atrófico y extrauretral (lóbulo posterior), que ha sido exprimido y desplazado hacia la periferia. Esta cápsula, laxamente conectada con los lóbulos hiperplásicos, se puede enuclear fácilmente, puede haber proliferación, dilatación o fibrosis, combinadas o con predominio de alguna sobre las demás.

Generalmente prolifera más el epitelio en forma de conglomerados de glándulas pequeñas, medianas y grandes o quísticas, cubiertas por una capa regular de epitelio cilíndrico alto o cúbico, aplanado sobre la membrana nasal íntacta. Es característico que se disponga en muchas yemas papilares y pliegues. (2)

Los síntomas se encuentran directamente relacionados a la hiperplasia del lóbulo medio o de los lóbulos laterales ya que

estos van a producir una compresión mayor de la uretra prostática y en consecuencia un aumento de la resistencia al paso de la orina de la vejiga a la uretra distal. La vejiga para compensar el aumento de la presión, sufre hipertrofia del músculo, con lo cual equilibra el sistema de presiones y unicamente los síntomas que se presentan son retardo en la iniciación de la micción, disminución del chorro miccional y nicturia.

A medida que aumenta la obstrucción, aparecen otros síntomas como la polaquiuria, sensación de vaciamiento vesical incompleto, goteo terminal y en ocasiones puede llegar a la retención urinaria aguda. Estos pacientes tienen incontinencia, secundaria a rebosamiento vesical. (9)

Por último, aparecen las manifestaciones de la retención urinaria crónica con obstrucción, o bien se puede desencadenar un cuadro de retención urinaria aguda por infección, ingestión de tranquilizantes o consumo de alcohol. En estas ocasiones algunos cuadros de obstrucción casi completa pueden quedar compensados hasta el punto de que la sintomatología es mínima o nula y los pacientes presentan un cuadro de uropatía obstructiva. (3)

DIAGNOSTICO:

El principal método de estudio para comprobar y demostrar alteraciones del sistema reproductor masculino es el clínico: interrogatorio completo y exploración adecuada. Secundariamente y muchas veces para afirmar el diagnóstico se emplean estudios de laboratorio y gabinete.

El diagnóstico de HPB se basa fundamentalmente en los síntomas de prostatismo ya mencionados. en la exploración física, por inspección general se descubren datos de ataque al estado general, como palidez, fiebre (en caso de infección urinaria) y otros. Se puede encontrar una masa visible en hipogastrio en la línea media (globo vesical).

La próstata se explora con el paciente en posición de litotomía o posición de Sims, hay que cubrir la mano examinadora con un guante y poner lubricante. Introducir el dedo índice y explorar suficiencia del esfínter anal, introducir el dedo poco a poco hacia la ampolla rectal, palpar la pared anterior hasta la próstata, tratar de encontrar la hendidura media de la pared posterior. Hay que determinar tamaño, consistencia, estado de la superficie, dolor a la palpación, movilidad y presencia de masa o nódulos.

Al tacto rectal, la próstata está aumentada de tamaño o no se percibe, con mayor temperatura, levemente dolorosa y de consistencia más dura que la normal. En la fase aguda no deberá comprimirse. La superficie por lo general es lisa, pero puede ser dura (fibromuscular, predominantemente) o blanda (cuando es edematosa). (2)

El tacto rectal es parte ineludible de la exploración urológica en todo paciente mayor de 40 años, y en cualquier edad si manifiesta síntomas obstructivos. La próstata tiene la forma y el tamaño de una castaña. El crecimiento se clasifica en cuatro grados múltiples del tamaño normal y submúltiplos para los tamaños intermedios.

Así, grado 1 sería el tamaño considerado como normal en un paciente que se queja de "prostatismo".

El grado 1 1/2, sería al crecimiento que consideramos como 50% mayor que el normal.

El grado 2 es el doble de lo normal y así sucesivamente. El verdadero tamaño se juzga correlacionando estos datos con los endoscópicos y sobre todo con los obtenidos con el uretrocistograma. El aumento de peso es correlativo al del tamaño.

Arbitrariamente los grados del 1 al 1 1/2 de crecimiento, llegarían hasta 30 grs de peso, los grados 2 a 2 1/2 tendrían entre 40 y 60 grs, el grado 3 de 90 grs en adelante. El grado 3, durante el tacto rectal ya no se alcanza con el dedo índice la parte alta del tumor, por lo que el grado 4 y aún mayores crecimientos se valoran por su "peso" en el dedo, por la palpación rectoabdominal, dada la larga curvatura de la parte palpable de su circunferencia y sobre todo, por los datos de uretrocistograma. (5)

MOVILIDAD Y FIJEZA:

La próstata normal y los tumores benignos son digitalmente movilizables y participan de la elasticidad de los tejidos vecinos. El carcinoma cuando rebasa la glándula, fija los tejidos inmovilizando el órgano en el área vecina de las vesículas seminales o en toda su extensión en los casos más avanzados, pudiendo formar un bloque pélvico rígido.

Como en todo cáncer, la palpación no debe prodigar ni ejercer con violencia o fuerza, pues para obtener todos los datos que necesitamos basta con una exploración suave con la mínima presión, recordando que se puede estar favoreciendo metástasis.

La hiperplasia produce con frecuencia un aumento de tamaño duro y elástico, aunque se debe tener en cuenta que puede existir obstrucción incluso en ausencia de alteraciones en el examen rectal. (3)

PRUEBAS DE LABORATORIO:

El examen general de orina revelará piuria, bacteriuria y eritrocituria. Es conveniente solicitar urocultivo con antibiograma. (2)

Sedimentación globular. La velocidad de sedimentación de los eritrocitos suele estar aumentada en el cáncer prostático avanzado, con metastasis y sigue con cierta fidelidad las mejorías logradas con el tratamiento estrogénico. (10)

Los exámenes de laboratorio deben incluir urea y creatinina para determinar la función renal. (9)

EXAMENES DE GABINETE:

La ecografía con sonda rectal o la resonancia magnética permiten una valoración cuantitativa del tamaño de la próstata, aunque habitualmente no ofrecen más información que la aportada por el examen rectal. La pielografía intravenosa con estudio postmiccional permite comprobar el grado de obstrucción del

aparato urinario superior, así como el grado de vaciamiento vesical. Para valorar la obstrucción del cuello vesical está indicada la realización de una cistouretroscopia. Para comprobar el grado de obstrucción del flujo de orina, se recomienda la medición de la tasa del flujo de orina, del volumen residual de orina o de ambos. En ocasiones, es necesaria una evaluación urodinámica más detallada para descartar otras causas de disfunción miccional, como vejiga neurogena. (3)

CISTOURETROSCOPIA:

Para evaluar correctamente la obstrucción del cuello vesical, no existe sustituto adecuado de la cistouretroscopia. Cuando el diagnóstico es incierto, la cistoscopia puede realizarse. No obstante, en el paciente que presenta síntomas acentuado es mejor realizar este examen inmediatamente antes de la prostatectomía para guiar al cirujano en la elección de la vía de abordaje. Este examen debe incluir una evaluación completa del interior vesical, con énfasis en la presencia de trabeculación, celdas o divertículos. El cuello vesical es estudiado en busca de contractura, formación de barra o la intrusión intravesical de la próstata. La longitud de la uretra posterior se mide desde el cuello vesical hasta el verumontanum como ayuda para estimar el tamaño de la próstata. Una vez que

han sido estimados los contornos, el número y la profundidad de los lóbulos y si éstos son o no oclusivos. (1)

UROGRAMA EXCRETOR:

El urograma excretor con placa posmiccional documenta el grado de obstrucción del tracto urinario superior, identifica la presencia de cálculos intravesicales y estima el grado de vaciamiento vesical, la presencia de un defecto de llenado en la vejiga, especialmente cuando el extremo inferior de los ureteres sigue una trayectoria en forma de anzuelo al introducirse en la vejiga, sugiere la presencia de un acentuado agrandamiento prostático intravesical. Sin embargo, el valor del urograma excretor de rutina en la evaluación de pacientes con HPB ha sido cuestionado (Marshall y Col 1974, Abrams y Col 1976, Anderson y Col 1977). Estos estudios demostraron una baja incidencia (aproximadamente 15%) de patología concomitante detectada mediante la urografía. Este hallazgo, unido al riesgo de una reacción al medio de contraste y al costo de la investigación del paciente no complicado. Por esta razón, si no hay otras indicaciones, por ejemplo hematuria, probablemente sea sensato postergar el urograma excretor mientras no haya indicación quirúrgica programada. La información provista por la pielografía endovenosa es de mayor valor para planear y ejecutar un procedimiento quirúrgico seguro. (1)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Generalmente no hay dificultad en establecer el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna. No obstante, el carcinoma prostático, una contractura del cuello vesical, la estenosis uretral, los cálculos intravesicales, el carcinoma vesical, la prostatitis crónica y la vejiga neurogénica, pueden simular el cuadro clínico de la HPB; porque también, son capaces de producir síntomas obstructivos.

La presencia de síntomas irritativos de vías urinarias bajas, como disuria, urgencia miccional y polaquiuria deben alertar al médico para la consideración de otras causas, además de la obstrucción, para explicar los síntomas del paciente. En ausencia de una gran cantidad de residuo urinario, la polaquiuria y la nicturia no son causadas por una hiperplasia prostática benigna. Las contracturas del cuello de la vejiga, las estrecheces uretrales, los cálculos vesicales y las neoplasias de la vejiga son mejor evaluadas con la endoscopia. En algunos pacientes con carcinoma difuso de la vejiga (un caso en el cual los pacientes frecuentemente se presentan con síntomas del tracto urinario bajo) la lesión puede ser difícil de reconocer con la cistoscopia y pueden necesitarse citología urinaria y biopsias vesicales al azar para confirmar su presencia. Del mismo modo, los hombres jóvenes con un carcinoma infiltrante difuso prostático a menudo se presentan con

síntomas obstructivos del tracto urinario bajo. (1)

Complicaciones:

Pueden ser infecciosas: en vías urinaria, epididimitis o septicemia, por cambios en la pared vesical, hipertrofia, trabeculaciones y pseudodivertículos, orina residual, cálculos vesicales, insuficiencia renal. (2)

TRATAMIENTO:

Conservador, en caso de sintomatología irritativa se dará medicación sintomática como anticolérgicos a dosis bajas para la polaquiuria y nicturia baños de asiento, abstinencia de alcohol y alimentos irritantes, masaje prostático. En caso de sintomatología obstructiva, como retención completa aguda de orina, se deberá colocar sonda.

QUIRURGICO:

Dependerá de la valoración preoperatoria, en la cual se toma en cuenta la edad del paciente y condiciones generales. El tipo de cirugía puede ser resección transuretral, técnicas de enucleación abierta (prostatactomía supra-púbica, prostatactomía retropúbica, prostatactomía perineal), o criocirugía. (2)

Como no hay un manejo médico eficaz para el tratamiento de la hipertrofia prostática benigna en el presente, todos los comentarios en esta sección están basados sobre el hecho de que el único tratamiento efectivo disponible es la cirugía. En consecuencia, como la gran mayoría de los hombres mayores de 60 años de edad tiene alguna evidencia de hiperplasia prostática benigna, la mera presencia de este trastorno no es una indicación para su tratamiento. Las indicaciones generales para el tratamiento de la obstrucción prostática son:

- 1.- Retención urinaria aguda
- 2.- Hidronefrosis
- 3.- Infección recurrente de vías urinarias agravada por la orina residual.
- 4.- Hematuria severa de una próstata congestiva.
- 5.- Síntomas de obstrucción de suficiente importancia para el paciente.
- 6.- Síntomas de obstructivos asociados con el desarrollo de inestabilidad de vejiga (urgencia y micción imperiosa).

Cuando se siguen pacientes con síntomas obstructivos conservadoramente, se debe considerar el desarrollo de inestabilidad vesical como indicación absoluta para el alivio quirúrgico de la obstrucción. En estos pacientes las medidas conservadoras han fracasado. En pacientes con este hallazgo, la inestabilidad del detrusor se mejora en un 75% de los casos

luego de la prostatectomía, pero un 25% permanecerá invariable (Turner-Warwick, 1979). De esta manera, deben realizarse todos los esfuerzos para detectar esta enfermedad tempranamente en su comienzo y para aliviar la obstrucción luego, lo más pronto posible.

Cuando en el paciente se observa el inicio relativamente temprano de los síntomas obstructivos antes de que cualquiera de estas indicaciones relativas se presenten, él desea conocer frecuentemente la historia natural de la enfermedad. Esta pregunta es difícil de responder, pues muchos pacientes que no reciben terapia alguna no tendrán cambio en sus síntomas durante muchos años (Birkhoff, 1983).

En el estudio clásico de Clarke (1937), en el cual se siguieron a 93 pacientes durante más de 4 años, varios pacientes demostraron una mejoría sostenida luego de una ejecución instrumental.

Consecuentemente, en el grupo de pacientes que carece de indicaciones definidas para la prostatectomía, es aconsejable examinar al paciente periódicamente para observar la historia natural de la enfermedad antes que anticiparse a su desarrollo indicando una prostatectomía profiláctica. (1)

PRONOSTICO:

Calcular en años de sobrevida, a partir del diagnóstico, el riesgo que entraña para hombres de 50 ó más años ser portadores de un tumor de la próstata, es tarea difícil y expuesta a errores importantes. Sin embargo, si se trata del tumor benigno el pronóstico es bueno, ya que si se extirpa en un medio quirúrgico urológico adecuado, el paciente expuesto a riesgos de mortalidad y morbilidad mínimos, se reincorpora a la curva de longevidad que le correspondería en relación con el cálculo de sobrevida de la población general. Por lo contrario, si el tumor es apreciablemente obstructivo en el momento del diagnóstico y no se trata al paciente, las complicaciones urinarias que pueden sobrevenir y desembocar en insuficiencia renal, disminuirán notablemente su sobrevida. No obstante, y con frecuencia si la obstrucción no ha llevado al paciente a un grado de insuficiencia renal irreversible, habitualmente éste podrá reincorporarse a sus actividades rutinarias.

Como puede suceder que el tumor prostático extirpado como benigno tenga carcinoma (1 en cada 4, según Lilien y Cols), el pronóstico puede cambiar, el paciente quedará curado si todo el carcinoma va incluido en el tumor extirpado, pero si ha quedado carcinoma, el pronóstico será mucho menos favorable. (10)

OBJETIVO GENERAL:

Estudiar a los varones mayores de 40 años que sean derechohabientes de la Clínica Tlalnepantla y que voluntariamente deseen participar en la detección de hipertrofia prostática.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el grado de información que poseen los pacientes estudiados sobre las causas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la hipertrofia prostática.
- Identificar si en los pacientes estudiados existen antecedentes recientes de infección u obstrucción de vías urinarias bajas.
- Detectar en estos pacientes el grado de hipertrofia prostática a través del examen rectal.

DISEÑO:

Se trata de un estudio del área sociomédica, prospectivo, descriptivo, observacional, retrospectivo parcial.

MATERIAL Y METODO:

Universo de trabajo: 84 varones de más de 40 años, derechohabientes de la Clínica Tlalnepantla, voluntarios.

Tamaño de la muestra: los 84 pacientes.

Criterios de selección: sexo masculino, mayores de 40 años, derechohabientes, voluntarios.

VARIABLES Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN:

Variable	Indicador
Edad en años	40 a 50
	51 a 60
	61 a 70
	71 a 80
Información que poseen sobre el padecimiento	Causas
	Diagnóstico
	Tratamiento
	Pronóstico
Antecedentes de infección u obstrucción de vías urinarias bajas	Complicaciones
	Disuria
	Nicturia
	Escurrimientos
	Retención urinaria

Alteraciones, sexualidad
Procedimiento de diagnóstico
Medidas de tratamiento

Valoración de hipertrofia	Grado I
prostática	Grado II
	Grado III

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN:

Fichas bibliográficas y de trabajo: constituyen una de las partes elementales del protocolo, se realizó consulta bibliográfica para conformar el marco teórico.

Cuestionario: constituyen el instrumento clave de la investigación para recopilar datos de la población en estudio.

Previa explicación de motivos de la investigación. Se aplicaron 200 cuestionarios a los varones derechohabientes de la Clínica Tlalnepantla, mayores de 40 años que voluntariamente decidieron participar.

Expediente clínico: una vez captados los pacientes se revisaron sus expedientes (84) para identificar antecedentes de

obstrucción o infección de vías urinarias recientes.

Entrevista y examen médico: de los 200 pacientes a los que se les aplicó el cuestionario, sólo 84 acudieron al consultorio y aceptaron que se les realizara el examen rectal para valorar el crecimiento prostático.

Recursos:

Humanos: Una trabajadora social
Una enfermera
Un auxiliar administrativo del Depto. de Archivo
Clínico
19 médicos de la Clínica Tlalnepantla

Materiales: Consultorio

Mesa de exploración
Sábanas Clínicas
Guantes estériles desechables
Jalea lubricante
Libreta
Fotocopias

Análisis de Datos:

Procesamiento manual de datos en hojas tabulares por paloteo.
Análisis estadístico, obtención de porcentajes, cruce de variables.

R E S U L T A D O S

- De los 84 pacientes encuestados, el 21.4% tienen de 40 a 50 años de edad, el 26.2% de 51 a 60, el 32.2% de 61 a 70 y el 20.2% de 71 a más años. (cuadro No.1)
- Con respecto a la escolaridad, el 42.8% sólo cuenta con la primaria, el 29.7% secundaria. El 27.4% restante tienen otros estudios. (cuadro No.2)
- En cuanto a la ocupación, el 79.8% son empleados, el 16.6% son obreros y el 3.5% trabajan por su cuenta. (cuadro No.3)
- Cerca del 49% de los pacientes encuestados, afirman tener conocimiento de las medidas de diagnóstico y tratamiento, el 42% sabe de las complicaciones. (cuadro No.4)
- Según datos encontrados en las notas médicas de estos pacientes, el 80% presentó disuria en algún momento de seis meses a la fecha. El 33% presentó nicturia, el 19% retención parcial de orina, el 17.8% alteraciones en su actividad sexual y el 13% escurrimientos del meato urinario. (cuadro No.5)
- Por grupos de edad, la disuria ocurre en 83 a 86% de los pacientes con 40 a 70 años de edad y en el grupo de 71 y más años, es de 70%.

- La nicturia se presentó en 76% de los pacientes de 71 y más años, manifestaron escurrimientos del meato urinario y el 16.6% de los de 40 a 50 años.
- La retención parcial de orina se presentó en 29% del grupo de 61 y más años.
- Refirieron alteraciones en su sexualidad 52.9% del grupo de 71 y más años, 14.8% del grupo de 61 a 70. (cuadro No.6)
- En cuanto a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento indicados por los médicos, a este grupo de pacientes en el lapso de 6 meses a la fecha del estudio, se encontró que al 23.8% le solicitaron E.G.O., al 13.1% urocultivo, al 5.9% se le efectuó tacto rectal. El 82% recibió tratamiento con analgésicos, el 79.7% antibióticos y al 33% se les trató con antisépticos urinarios. (cuadro No.7)
- Con respecto a la valoración de hipertrofia prostática por tacto rectal efectuada a los 84 casos del estudio, se encontró que 84.5% no presentan datos de este proceso. Del 15.5% de los pacientes que resultaron con hipertrofia prostática, 12% corresponden a los grupos de 61 y más años de edad. (cuadro No.8)

- En relación con la magnitud de hipertrofia detectada, el 17.6% del grupo de 71 y más años, presenta crecimiento prostático Grado I, en los grupos de 61 a 70 y de 71 y más edad, se detectó Grado II, en 11.1 y 11.7% respectivamente. (cuadro No.9)

CONCLUSIONES:

- Es probable que el grado de escolaridad de los pacientes estudiados, favorezca su conocimiento sobre diagnóstico, tratamiento y complicaciones de este padecimiento. Llama la atención la buena disposición de ellos tanto para la encuesta como para el examen clínico, toda vez que frecuentemente afirmamos que los pacientes se reusan a este tipo de procedimientos.

- Según los datos encontrados en expedientes clínicos, una alta proporción de pacientes incluidos en el estudio presentaron signos o síntomas compatibles con las alteraciones de vías urinarias bajas. Al parecer, en los pacientes más jóvenes se debe a procesos inflamatorios y en los de mayor edad a obstrucción parcial de vías urinarias bajas.

- En las notas médicas de los expedientes del grupo en estudio, no se precisa un esquema de diagnóstico y tratamiento confrontados, ni tampoco de seguimiento de los casos que permitan evaluar la evolución y resultado de las acciones implementadas por el médico.

Cabe mencionar que sólo tres casos fueron enviados al especialista con diagnóstico probable de litiasis renal, de los cuales no se tiene contrarreferencia.

- La proporción de pacientes que resultaron con hipertrofia prostática es alta en relación con la literatura consultada. Además, aún cuando al 84% de los pacientes no se le catalogó con hipertrofia, vale la pena mencionar que existe cierto margen de faltas negativas, ya que no es posible palpar con las técnicas habituales el lóbulo subcervical.
- Los pacientes a los que se les encontró crecimiento prostático (15.5%), fueron canalizados al especialista. Se espera contrarreferencia.
- Se confirmó que a mayor edad, mayor frecuencia de este padecimiento.

SUGERENCIAS:

- A pesar de que el 50% de la población estudiada tiene conocimientos sobre este padecimiento, se sugiere elaborar un programa de educación para la salud, dirigido a la población en general y en particular a los grupos de mayor riesgo.

- Se sugiere a la Coordinación de Enseñanza de la unidad, que incluya en sus programas de actualización, estrategias que propicien la reflexión y fortalezcan la calidad de la atención médica para que los procesos de promoción de la salud, diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y seguimiento de casos, no se pierdan de vista a pesar de que la carga de trabajo suele ser excesiva.

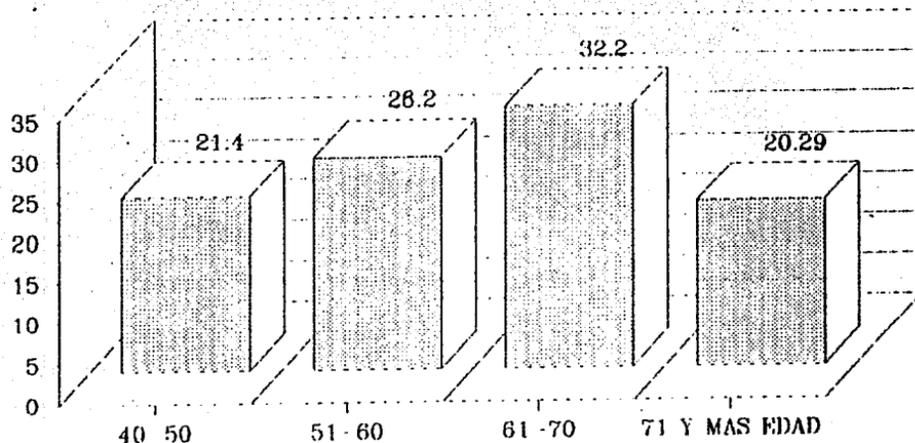
A N E X O S

CUADRO NO. 1

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
40 a 50	18	21.4%
51 a 60	22	26.2%
61 a 70	27	32.2%
71 y más	17	20.2%
TOTAL	84	100%

FUENTE: Cuestionarios aplicados a los derechohabientes de
la Clínica Tlalnepantla.
Julio de 1994.

GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE LOS CASOS ESTUDIADOS POR
EDAD



FALLA DE ORIGEN

■ PORCENTAJE

FUENTE: CUADRO No 1

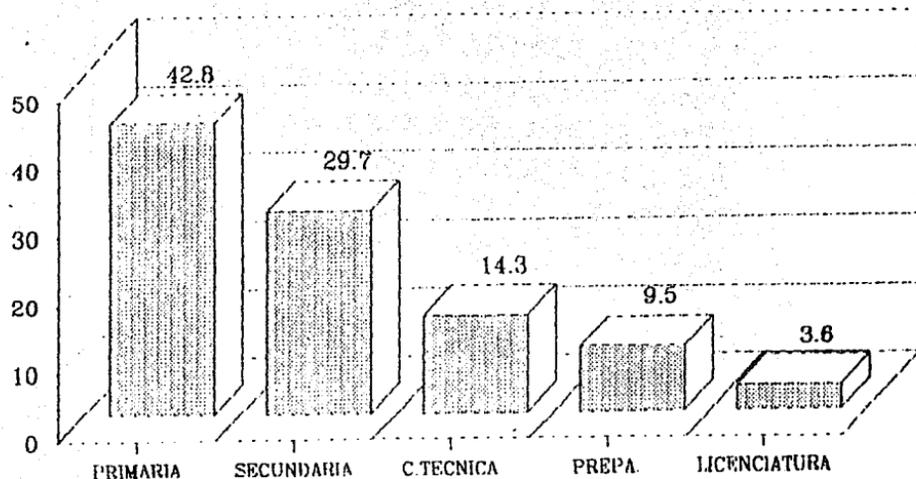
CUADRO No. 2

ESCOLARIDAD	FREC.	PORCENTAJE
Primaria	36	42.8%
Secundaria	25	29.7%
C. Técnico	12	14.3%
Preparatoria	8	9.5%
Licenciatura	3	3.6%
TOTAL	84	100%

FUENTE: Cuestionarios aplicados a los derechohabientes
de la Clínica Tlalnepantla.

Julio de 1994.

GRAFICA 2
GRADO DE ESCOLARIDAD



FALLA DE ORIGEN

■ PORCENTAJE

FUENTE: CUADRO No 2

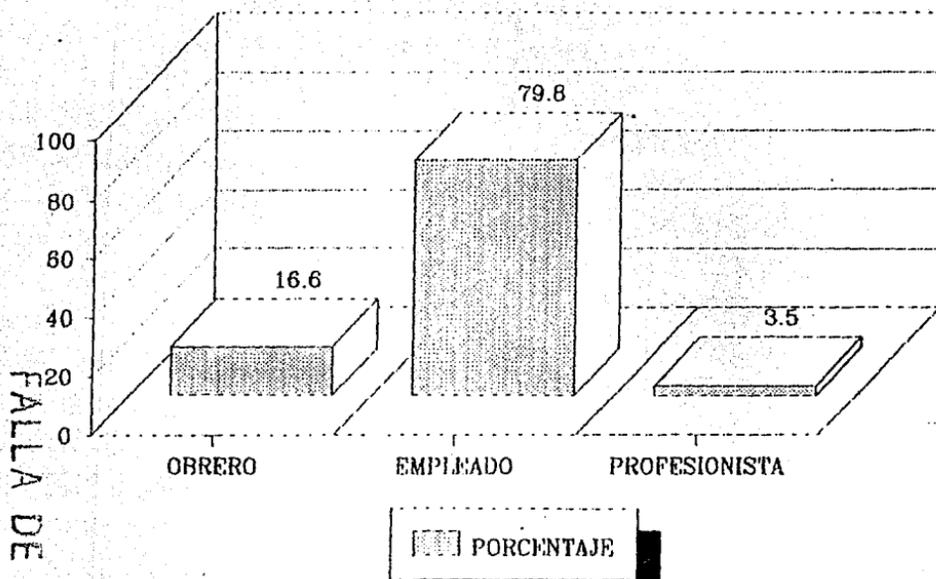
CUADRO No. 3

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Obrero	14	16.6%
Empleado	67	79.8%
Profesionista	3	3.5%
TOTAL	84	100%

FUENTE: Cuestionarios aplicados a los derechohabientes
de la Clínica Tlalnepantla.

Julio de 1994.

GRAFICA 3
OCUPACION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS



FUENTE: CUADRO No 3

CUADRO No. 4

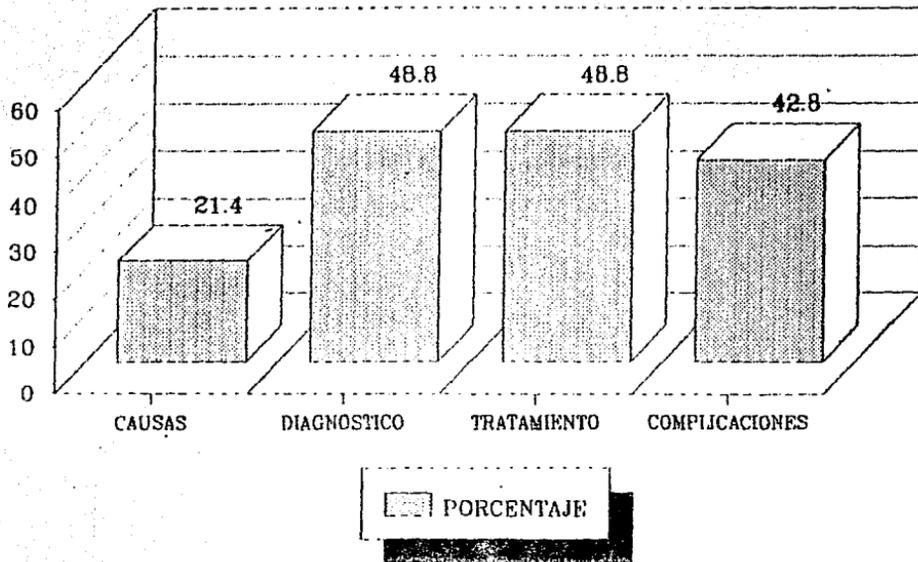
INFORMACION QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE HIPERTROFIA PROSTATICA.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	84	
Causas	18	21.4%
Diagnóstico	41	48.8%
Tratamiento	41	48.8%
Complicaciones	36	42.8%

FUENTE: Cuestionarios aplicados a los derechohabientes
de la Clínica Tlalnepantla.

Julio de 1994.

GRAFICA 4

INFORMACION QUE TENIAN LOS PACIENTES SOBRE HIPERTROFIA PROSTATICA



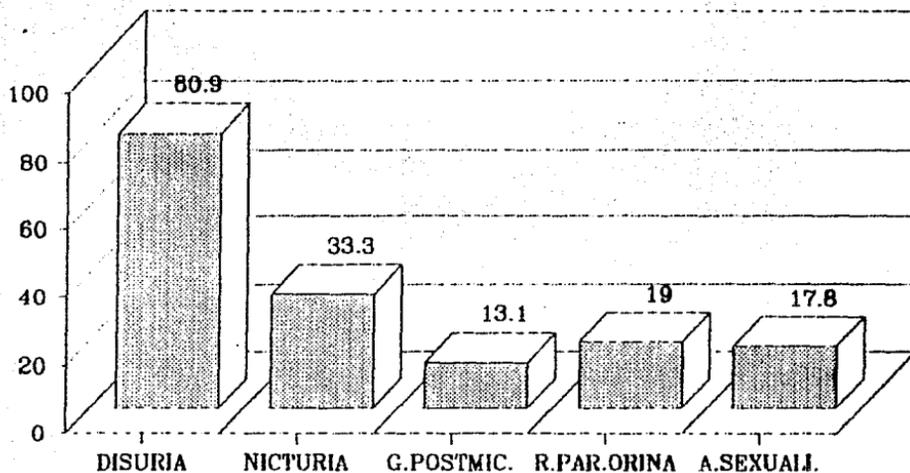
FUENTE: CUADRO No 4

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES CLINICOS DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFECCION U OBSTRUCCION DE VIAS URINARIAS BAJAS	84	
(6 meses antes) Disuria	68	: 80.9%
Nicturia	28	33.3%
Escurrecimiento	11	13.1%
Retención parcial de orina	16	19.0%
Alteraciones en la sexualidad	15	17.8%

FUENTE: Expedientes de los derechohabientes
entrevistados para el estudio.
Archivo Clínica Tlalnepantla

GRÁFICA 5
ANTECEDENTES CLINICOS



■ PORCENTAJE

FUENTE: CUADRO No 5

FAJLA DE ORIGEN

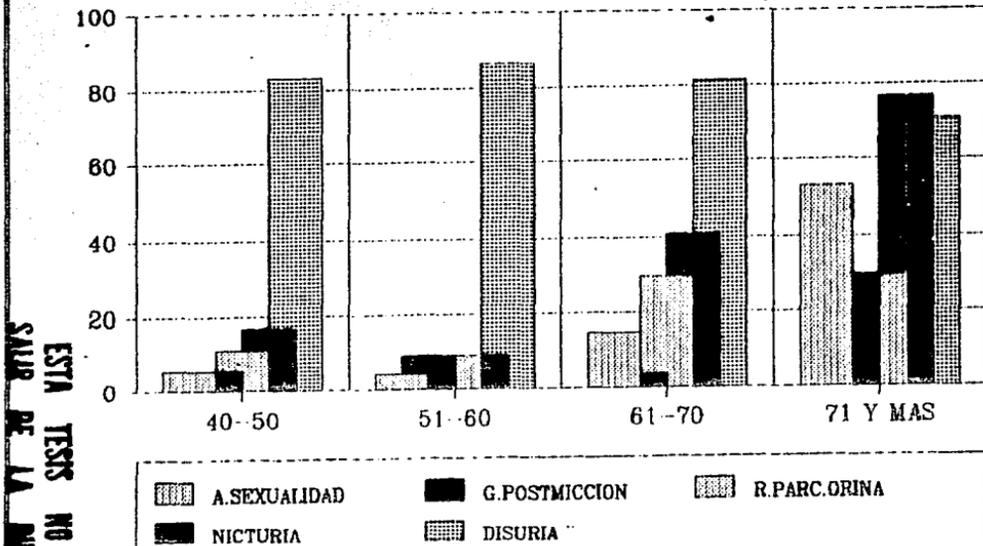
CUADRO No.6

MANIFESTACIONES CLINICAS PRESENTADAS POR EDAD	E D A D							
	40 A QF18	50 %	51 A QF22	60 %	61 A QF27	70 %	71 Y MAS QF17	%
Disuria	15	83.3%	19	86.3%	22	81.4%	12	70.6%
Nicturia	2	11.1%	2	9.1%	11	40.7%	13	76.5%
Escurrecimiento	3	16.6%	2	9.1%	1	3.7%	5	29.4%
Retención parcial de orina	1	5.5%	2	9.1%	8	29.6%	5	29.4%
Alteraciones en la sexualidad	1	5.5%	1	4.5%	4	14.8%	9	52.9%

FUENTE: Expedientes de los derechohabientes
entrevistados para el estudio.

Archivo Clínica Tlalnepantla.

GRAFICA 6
MANIFESTACIONES CLINICAS POR EDAD



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

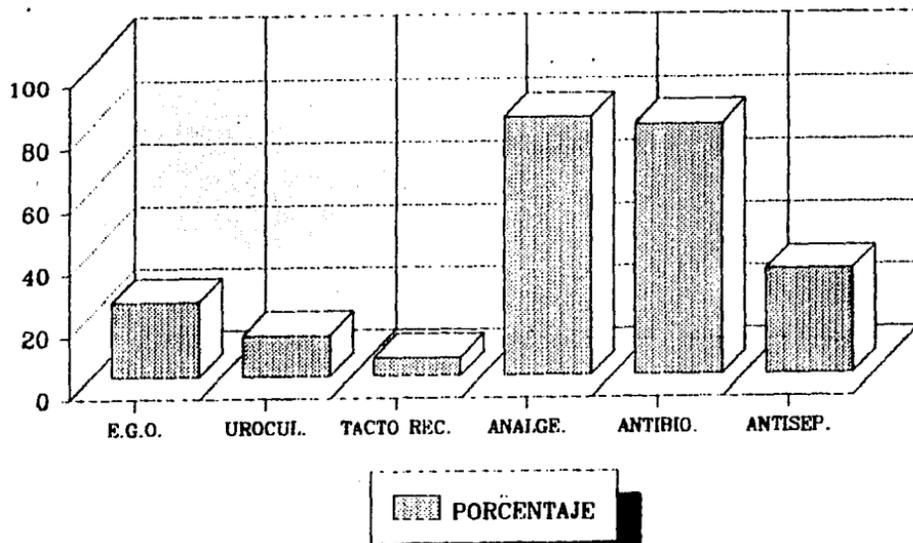
FUENTE: CUADRO No 6

CUADRO No. 7

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOS- TICO Y TRATAMIENTO. INDICADOS 6 MESES ANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
E. G. O.	20	23.8%
Urocultivo	11	13.1%
Tacto rectal	5	5.9%
Analgésicos	69	82.1%
Antibióticos	67	79.7%
Antisépticos urinarios	28	33.3%

FUENTE: Expedientes de los derechohabientes
incluidos en el estudio.
Archivo de la Clínica Tlalnepantla.

GRAFICA 7
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INDICADO
6 MESES ANTES



FUENTE: CUADRO No 7

CUADRO No.8

VALORACION DE HIPERTROFIA PROSTATICA POR TACTO RECTAL				
E D A D	SIN HIPERTROFIA PROSTATICA	CON HIPERTROFIA PROSTATICA		
		QF	%	
40 a 50	17	1	1.2%	
51 a 60	20	2	2.3%	
61 a 70	22	5	6.0%	
71 y más	12	5	6.0%	
TOTAL	71	84.5%	13	15.5%

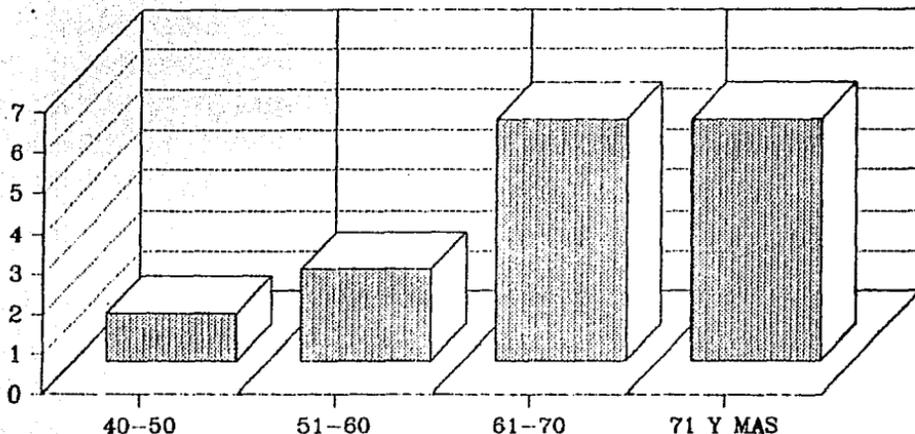
QF 84

FUENTE: Examen clínico efectuado a los 84
pacientes que participaron en el
estudio.

Clínica Tlalnepantla

Julio a Noviembre de 1994.

GRAFICA 8
VALORACION DE HIPERTROFIA PROSTATICA POR
TACTO RECTAL.



PORCENTAJE

PACIENTES CON HIPERTRO. PROSTATICA X EDAD

FUENTE: CUADRO No 8

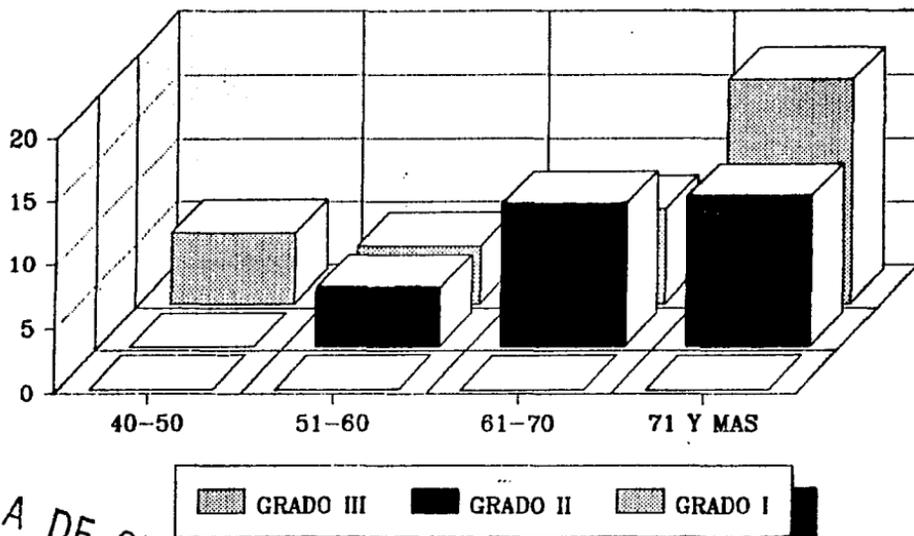
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No.9

VALORACION DE LA HIPER- TROFIA PROSTATICA POR - TACTO RECTAL	E D A D							
	40 a 50		51 a 60		61 a 70		71 y más	
	QF	18	QF	22	QF	27	QF	17
Grado I	1	5.5%	1	4.5%	2	7.4%	3	17.6%
Grado II	-	-	1	4.5%	3	11.1%	2	11.7%
Grado III	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Examen clínico efectuado a los
84 pacientes incluidos en el -
estudio.

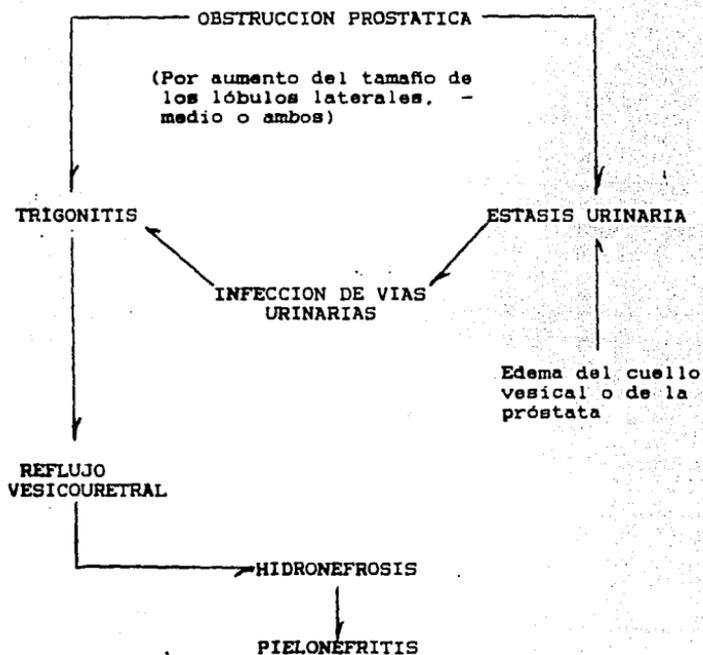
GRAFICA 9
VALORACION DE LA HIPERTROFIA PROSTATICA
POR TACTO RECTAL



FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CUADRO No 9

FISIOPATOLOGIA DEL PROSTATISMO SINTOMATICO



**ATENCIÓN DERECHAHABIENTES DE LA CLÍNICA
TLALNEPANTLA DEL I.S.S.S.T.E.**

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE HIPERTROFIA PROSTÁTICA

I.- INFORMACIÓN:

Como muchos de ustedes saben, existen enfermedades propias de cada etapa de la vida. A partir de los 40 años, surgen enfermedades crónico-degenerativas: hipertensión, diabetes, cáncer. Este último es en la actualidad una causa de muerte muy importante. Siendo en la mujer el cáncer de matriz y glándula mamaria los más importantes y en el hombre el cáncer de pulmón y de próstata, los de más frecuencia. La próstata es una glándula que interviene en la función reproductiva del varón y con los años se fibrosa y se hipertrofia. Por su vecindad con la vejiga urinaria suelen presentarse alteraciones de la micción y obstrucción, como primeros datos de la enfermedad benigna llamada Hipertrofia Prostática. Por eso, es necesario realizar un examen médico cuidadoso y periódico para detectar oportunamente la aparición de una tumoración y dar a ésta el tratamiento adecuado.

Invitamos a la población masculina mayor de 40 años a que acuda al consultorio No. 8 para que se le efectuó el examen médico correspondiente.

SI ES USTED MAYOR DE 40 AÑOS, CONTESTE POR FAVOR ESTE SENCILLO CUESTIONARIO. ESPERANDO DESPERTAR EN USTED INTERES EN ESTE PADECIMIENTO QUE ES MUY FRECUENTE EN VARONES Y SU DETECCION DEBE SER TEMPRANA PARA EVITAR COMPLICACIONES.

LA INFORMACION SERA MANEJADA EN FORMA CONFIDENCIAL POR EL DR. CARLOS PEREZ GUTIERREZ, CONSULTORIO No. 8 DE ESTA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA, TURNO MATUTINO.

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

FECHA: JULIO DE 1994.

Marque con una "x" la opción que usted considere adecuada.

- 1.-¿La próstata es una glándula en genitales masculinos? (SI) (NO)
- 2.-¿En la próstata se pueden desarrollar tumores? (SI) (NO)
- 3.-¿Sabe usted que el cáncer de próstata es muy frecuente? (SI) (NO)
- 4.-¿La dificultad par orinar, dolor, ardor, escurrimiento, impotencia sexual, son indicios de una tumoración de la próstata en hombres después de los 40 años de edad? (SI) (NO)
- 5.-¿Las tumoraciones en la próstata del hombre pueden ser detectadas mediante un tacto rectal por su médico? (SI) (NO)
- 6.-¿Sabe usted si existe tratamiento médico quirúrgico para la Hipertrofia Prostática? (SI) (NO)
- 7.-¿En todas las Clínicas y Hospitales hay campañas de detección, información médica de este padecimiento? (SI) (NO)

- 8.-¿En la T.V. y Radio hay mucha orientación sobre -
esto? (SI) (NO)
- 9.-¿Algún familiar o amigo de usted ha sido operado
de la próstata? (SI) (NO)
- 10.-¿Conoce usted cuáles son las complicaciones y el
pronóstico de la Hipertrofia Prostática en el -
hombre? (SI) (NO)
- 11.-¿Esperaría usted a tener alguna de las molestias
arriba mencionadas para solicitar atención -
médica? (SI) (NO)
- 12.-¿Tiene alguna pregunta o duda? (SI) (NO)
- 13.-Escribala: _____

- 14.-¿Orina usted con dificultad o dolor? (SI) (NO)
- 15.-¿Orina en mucha cantidad? (SI) (NO)
- 16.-¿Orina muy frecuente? (SI) (NO)
- 17.-¿Orina frecuentemente durante horas nocturnas? (SI) (NO)
- 18.-¿Hay disminución en la cantidad de orina ultimamente? (SI) (NO)
- 19.-¿Durante la micción, la orina ha salido acompaña-
da de sangre? (SI) (NO)
- 20.-¿Ha observado usted disminución apreciable del -
calibre y chorro de la orina con micción impe -
riosa en ocasiones? (SI) (NO)
- 21.-¿Tiene erecciones molestas del pene? (SI) (NO)
- 22.-¿Hay retardo en el inicio de la micción? (SI) (NO)
- 23.-¿Sensación de peso local ? (SI) (NO)
- 24.-¿A pesar de los esfuerzos que usted hace, no -
logra vaciar totalmente su vejiga? (SI) (NO)

- 25.-¿Se siente debil? (SI) (NO)
- 26.-¿Deprimido o preocupado? (SI) (NO)
- 27.-¿Inquieto? (SI) (NO)
- 28.-¿Su apetito ha disminuido? (SI) (NO)
- 29.-¿Siente trastornos digestivos? (SI) (NO)
- 30.-¿Ataque al estado general? (SI) (NO)
- 31.-¿Problemas de esterilidad? (SI) (NO)
- 32.-¿Alteraciones en la personalidad? (SI) (NO)
- 33.-¿Desempleo? (SI) (NO)
- 34.-¿Con carga socio-económica mayor que la que
corresponde? (SI) (NO)

	JUNIO 1994	JULIO 1994	AGOST 1994	SEPT 1994	OCT. 1994	NOV. 1994	DIC. 1994	ENERO 1995
Autorización del Proyecto								
Diseño de los instrumentos								
Capacitación del personal								
Recabación de información								
Procesamiento de datos								
Análisis (Estadístico)								
Publicación								

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Campbell, Walsh. Urología. 5ta. ed., Panamericana. México 1988. Vol. I y II
- 2.- García, Leopoldo. Sistema Urogenital. Limusa. México.1993.
- 3.- Harrison, Tinsley. Principios de Medicina Interna 12a. ed., Interamericana. México.1991.
- 4.- Linder, Harold. Anatomía Clínica. Manual Moderno. México. 1990.
- 5.- Moreno, Laura. Factores de Riesgo en la Comunidad I. UNAM. Facultad de Medicina. México.1990.
- 6.- Potter, Diana. Estudio Clínico Integral. Interamericana México.1974.
- 7.- Smith, Donald. Urología General. 4ta. ed., El Manual Moderno México.1974.
- 8.- Strand, Fleur. Fisiología Humana Interamericana. México.1982.
- 9.- Uribe, Misael. Tratado de Medicina Interna. Vol. II Panamericana. México.1988.
- 10.- Woolrichs, Jaime. Tumores de la Próstata en Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. México.1976. Vol. XIX año 19, No.1.