



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON
HIPERPLASIA PROSTÁTICA EN EL HGZ 8”**

T E S I S

**Que realizó para obtener el título de posgrado en
LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dra Adriana Sarahi Hernández Calderas.

ASESORES:

Dr Francisco Gerardo Flores Vázquez.

Dr Gilberto Espinoza Anrubio.

DR Gilberto Espinoza Anrubio.

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 8

CD. DE MEXICO, D. F.



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.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN EL HGZ 8

AUTORES: Dra. Hernández Calderas Adriana Sarahi, Dr Francisco Gerardo Flores Vázquez, Dr Espinoza Anrubio Gilberto.

OBJETIVO:

Evaluar la calidad de vida en los pacientes con Hiperplasia prostática benigna con el cuestionario SF-36 en el HGZ No.8

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, no Comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Pacientes con hiperplasia prostática benigna con edad entre 40-90 años pertenecientes al HGZ 8. Criterios de exclusión: pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado, que hayan sido sometidos a cirugía por HPB previamente, mayores de 90 años y menores de 40 años. Tamaño de la muestra 260 pacientes con intervalo de confianza de 90%, se realizará con el programa SPSS 17 de Windows. Variables: Nombre, edad, ocupación, estado civil. Se utilizó el cuestionario SF-36.

RESULTADOS:

Se estudió 260 pacientes, la media de edad es 59 años, valor mínimo de 40 años y valor máximo de 89 años, moda de 60 años, mediana de 59 años y desviación estándar de 12.42 años. Se valoró la calidad de vida encontrando 223 (85.8%) con buena calidad de vida y 37 (14.2%) mala calidad de vida.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con hiperplasia prostática benigna adscritos al HGZ/UMF #8 tienen una mala calidad de vida en un 14.2% lo cual no es estadísticamente significativo por lo que se concluye que no se ve afectada la calidad de vida.

Palabras Clave: ***Hiperplasia Prostática Benigna, Calidad de vida.***

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
EN LOS PACIENTES CON HIPERPLASIA
PROSTÁTICA EN EL HGZ 8”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Médico Familiar
Jefe de Enseñanza e Investigación del HGZ/UMF No.8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Francisco Gerardo Flores Vázquez.
Especialista en Cirugía Urológica
Asesor clínico de tesis

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor metodológico de tesis

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme las herramientas y la capacidad para ser uno más de sus instrumentos en la vida así como el haberme brindado esta hermosa familia.

A mis padres porque simplemente sin ellos no habría sabido tomar las decisiones adecuadas, por su ejemplo y comprensión...los amo.

A mi esposo por ser la luz de mi vida y mi razón de ser cada día mejor, por permitirme ser la compañera en su vida, por su apoyo total para continuar adelante así como por su paciencia además de ser un ejemplo para mí en lo profesional.

A mis abuelos que ya son dos ángeles por no dejarme caer.

A mi hermana por ser una gran amiga.

INDICE

	Pág.
Resumen	2
Marco Teórico	8
Planteamiento del problema	13
Justificación	14
Objetivos	15
Hipótesis	16
Materiales y métodos	17
Diseño de la investigación	18
Población lugar y tiempo	19
Muestra	20
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
Variables	22
Diseño estadístico	27
Instrumentos de recolección de datos	28
Métodos para evitar y controlar sesgos	30
Recursos materiales y humanos	31
Resultados	33
Conclusiones	55
Discusión	56
Bibliografía	58
Cronograma	60
Anexos	62

MARCO TEÓRICO.

En las últimas décadas, las investigaciones sobre las enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente que obliga a diversos cambios en los estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo cual implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (1).

La hiperplasia prostática benigna también conocida como hipertrofia prostática benigna, crecimiento prostático benigno u obstrucción prostática benigna (2).

Existen diferentes factores de riesgo asociados a la hipertrofia prostática benigna como son la predisposición genética y otros más a la sintomatología como es la obesidad, la glucosa elevada, dislipidemia, y el síndrome metabólico los cuales influyen en el incremento de los riesgos de BPH y la sintomatología urinaria (3, 8).

La HPB es definida de acuerdo a criterios histológicos o criterios clínicos:

Histológico: (Hiperplasia) se define como una proliferación del epitelio glandular, estroma y músculo liso. Generalmente inicia en la zona periuretral.

Clínico: (crecimiento) según la consistencia de los síntomas del tracto urinario (STU), la presencia de una obstrucción del flujo de salida de la vejiga y el crecimiento prostático benigno. Esto es conocido también como prostatismo (2).

El crecimiento de la próstata es prácticamente universal en los hombres con la edad, la uretra posterior presenta un crecimiento tortuoso y compresión lo que lleva a una obstrucción significativa y una retención urinaria aguda en algunos hombres, viéndose afectada su calidad de vida. Sin embargo estos síntomas pueden disminuir con el tiempo y frecuentemente mejoran. (2, 4, 5).

La patogénesis de la hiperplasia prostática benigna no es bien conocida hasta el momento, sin embargo algunas causas posibles conocidas por lo que está en relación directa con el tratamiento, son:

- Conversión de la testosterona plasmática (de los testículos) por la 5-alfa reductasa en dihidrotestosterona, la cual promueve el crecimiento prostático.

- Un aumento de los niveles de estradiol como resultado de la edad. Los estrógenos actúan sinérgicamente con la dihidrotestosterona para inducir receptores androgénicos y crecimiento prostático.

- Activación de los adrenoreceptores alfa-1, lo que incrementa el tono del músculo liso del cuello de la vejiga y la próstata. (2,6)

La hiperplasia prostática benigna (HPB), es una condición en la cual nódulos benignos agrandan la glándula prostática. La incidencia de HPB aumenta a medida que avanza la edad viéndose un incremento mucho mayor por arriba de los 70 años de edad y es tan común que se ha dicho que "todos los hombres tendrán hiperplasia prostática benigna si viven lo suficiente". Si bien la evidencia clínica de enfermedad se manifiesta solo en aproximadamente la mitad de los casos, la sintomatología también es dependiente de la edad. (2, 7)

Esta patología es relevante por la sintomatología que genera y por sus consecuencias potenciales como la insuficiencia renal irreversible, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, nicturia etc (2, 9, 10).

La hipertrofia benigna prostática es el crecimiento benigno más común en el hombre.

La hiperplasia prostática benigna, en general, afecta a los hombres mayores de 45 años y su prevalencia aumenta con la edad (2}. Con prevalencia en hombres de 60 a 69 años estimada en 70% (1) La evidencia de los estudios de autopsias sugiere que más del 90% de los hombres mayores de 70 años presentan HPB. La edad a la cual se presentan los síntomas es cercana a los 65 años y 60 años para los hombres con ascendencia negra y para la edad de 85 años hasta un 90% de los hombres presenta síntomas. Sin embargo, a pesar de una alta prevalencia, la mortalidad asociada con la HPB es baja y la presencia de complicaciones serias es infrecuente aunque una de las que mas se presentan es la retención aguda de orina (2,11)

La evaluación inicial de todos los pacientes con síntomas prostáticos sugestivos de HPB debe comprender al menos:

- Historia médica completa para identificar otras causas de disfunción o comorbilidades que puedan complicar el tratamiento;
- Un examen físico completo, incluyendo un examen rectal y un examen neurológico breve;
- Un examen general de orina para descartar hematuria o una infección del tracto urinario.(2)

No se ha encontrado una relación directa entre la severidad de los síntomas y el tamaño de la próstata.

La historia natural de la enfermedad se divide básicamente en tres iniciando con una obstrucción a nivel de la uretra prostática, posteriormente hipertrofia compensadora del músculo detrusor de la vejiga hasta llegar por último a una claudicación del detrusor con formación de divertículos.

Algunos de los síntomas de obstrucción urinaria son: Pujo al iniciar el vaciado; Flujo urinario débil y/o un vaciado prolongado; Goteo terminal; Sensación de vaciado incompleto; Nicturia; Incontinencia y Retención urinaria aguda los cuales están en asociación a la severidad de la enfermedad (1,2,3,4,5,12).

Los síntomas irritativos incluyen:

Disuria; Frecuencia; Urgencia asociados a la actividad del músculo detrusor (12). Estos síntomas pueden verse exacerbados por medicamentos para la gripe, antihistamínicos sedantes, aquellos con efectos antimuscarínicos como los antidepressivos tricíclicos, la ingesta de alcohol y la inmovilización. (2)

El puntaje internacional de síntomas prostáticos (IPSS) permite evaluar los síntomas irritativos y obstructivos de manera objetiva y reproducible, el cual esta compuesto por siete ítems, en formato tipo ikert con cinco opciones de respuesta que van de 0 (ninguna) a 5 (casi siempre), la sintomatología se considera leve si el paciente puntúa entre 0-7, moderada si puntúa entre 8-19 y severa si la puntuación va entre 20-35. (1)

El tacto rectal usualmente revela una próstata lisa, firme y con un crecimiento elástico. La combinación de tacto rectal y PSA ofrece una mejor detección de un posible cáncer de próstata en pacientes seleccionados. Realizar biopsia de próstata a pacientes con tacto rectal sugestivo y PSA anormal.

Las modalidades de imágenes como ultrasonido transrectal, resonancia magnética y tomografía axial computarizada poseen un valor limitado en la detección de cáncer de próstata.

El antígeno prostático específico (PSA), por sus siglas en inglés, es una enzima producida por las glándulas prostáticas y es encontrado en la circulación periférica en 2 formas, unido a la alfa 1-antiquimotripsina y en forma libre.

La prueba de PSA debe ser ofrecida a los pacientes con al menos una expectativa de vida de 10 años y cuando el conocimiento de un probable cáncer de próstata puede modificar el tratamiento o cuando el resultado de la prueba puede modificar el tratamiento. Se considera anormal una PSA ≥ 4 ng/mL a partir de los 60 años.

Algunas de las complicaciones con más frecuencia descritas son:

- Retención aguda de orina (incidencia de 1-2% por año);
- Infección del tracto urinario, incluyendo pielonefritis;
- Retención crónica de orina, hidronefrosis y falla renal.

El pronóstico de la hiperplasia prostática benigna es variable e impredecible, en algunos hombres los síntomas progresivamente empeoran y en otros, permanecen estáticos o mejoran con el tiempo y sin tratamiento.

La definición de calidad de vida es la percepción subjetiva que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento en diferentes ámbitos de su vida en especial: bienestar físico, emocional o social.

Se ha planteado que la enfermedad por definición es una situación adversa a largo término y sumamente incontrollable, las personas pueden desarrollar reevaluaciones cognitivas de diferentes índoles con relación a los elementos de tensión. En cuanto a la valencia positiva o negativa, pueden diferenciarse en tres tipos cuando se enfrentan a tensión a largo tiempo:

1. Cogniciones que enfatizan el significado negativo del elemento de tensión (con una actitud de desamparo y desesperanza).
2. Cogniciones que disminuyen el significado adverso de la tensión (aceptando el impacto negativo de la tensión y aprendiendo a convivir con el).
3. Cogniciones que dan un significado positivo al evento (enfocándose en consecuencias positivas adicionales del elemento a tensión) (1).

El SF-36 Health Survey incluye un multi-escala de medición de cada tema de los siguientes ocho conceptos de salud:

- (1) el funcionamiento físico;
- (2) limitaciones de rol por problemas de salud física;
- (3) dolor corporal;
- (4) el funcionamiento social;
- (5) salud mental general (angustia psicológica y el bienestar psicológico);
- (6) limitaciones de rol por problemas emocionales;
- (7) vitalidad (energía / fatiga), y
- (8) la salud general percepción (14).

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)¹. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud². Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento² (13)

El SF-36 también incluye un único elemento de medida de transición de la salud o el cambio. El SF-36 también se puede dividir en dos las medidas del componente

físico (PCS) y el Mental Resumen de componente (MCS) en la versión estándar de la SF-36, todas las cuestiones de escala se refieren a un período de 4 semanas el tiempo.)

El SF-36 de encuestas de salud y las escalas fueron construidas usando el Método de Likert de sumaron ratings.⁴ respuestas a cada pregunta son marcados (algunos artículos deben ser recodificado). Estas puntuaciones se resume a continuación, para producir puntuaciones de la escala en bruto para cada concepto de salud que luego se transforma en una escala de 0-100. Algoritmos de puntuación puede ser aplicado para producir el PCS y MCS scores.⁵ (Estos dos resultados se resumen La principal ventaja de la norma que se basa. También han reducido el piso y los efectos de techo.)

El cuestionario de salud SF-36 (SF-36 Health Survey) es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Sus propiedades psicométricas se han evaluado en más de 400 artículos, y las propiedades métricas de la versión española del cuestionario también han sido evaluadas en diversos estudios (13).

El SF-36 está constituido por 35 ítems puntuables, divididos en 8 dimensiones: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad. Contiene además un ítem adicional que no forma parte de ninguna dimensión y que mide el cambio de la salud en el tiempo. Se han realizado varios estudios sobre la dimensionalidad de los instrumentos de medida de la salud, como el Medical Outcomes Study (MOS)-Functioning and Well-Being Profile³, el Sickness Impact Profile (SIP)⁴ y el Health Insurance Experiment Medical History Questionnaire⁵, que han confirmado empíricamente la existencia de 2 dominios principales de salud: el dominio físico y el mental.

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica⁵. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista (13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes con hiperplasia prostática en el HGZ No 8?.

JUSTIFICACION:

Trastorno con alta prevalencia, Afecta a los hombres mayores de 45 años y su prevalencia aumenta con la edad. A los 60 años la prevalencia de la HPB es $\geq 50\%$ y para la edad de 85 años hasta un 90%.

La hiperplasia prostática es el tumor benigno más frecuente en el varón. En los Estados Unidos ocupó el segundo lugar de frecuencia en las intervenciones quirúrgicas realizadas a pacientes con más de 65 años. En nuestro medio se informó que de 511 pacientes, 273 (53.2%) fueron sometidos a manejo quirúrgico. El crecimiento benigno de la próstata es multifactorial, influyen la raza, nacionalidad, estado civil y religión. Reportes muestran la morbilidad y mortalidad por hiperplasia son mayores en las clases socio-económicamente altas y menos en la clase media.

Factores influyentes son la dieta, el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol o café tienen algún efecto en el desarrollo de la HPB .Otros factores son la enfermedad coronaria, DM y la cardiopatía hipertensiva

Los síntomas presentes son: la nicturia aumenta de 3 a 21%, el vaciado incompleto de 6 a 22%, la disminución de la fuerza del chorro va de 0 a 57%.

La HPB puede dar lugar a una morbilidad importante: retención urinaria, uropatía obstructiva, deterioro de la función renal, infección urinaria, descompensación vesical, y litiasis vesical.

Las probabilidades de que un paciente con HPB, desarrolle en un lapso de tiempo retención urinaria, no se conocen con claridad; un 20 a 50% de estos, van a tratamiento quirúrgico.

No existen cifras sobre la mortalidad asociada a HPB en muchos países y varía de una región a otra. La OMS ha recopilado algunos datos: 29.7x100.000 Alemania Oriental (1984), 0.5x100.000 en Singapur (1985), 0.3x100.000 en USA (1985 - 1989). Es evidente en las estadísticas mundiales, que en los últimos 30 años ha habido una disminución global y progresiva de la mortalidad secundaria a HPB.

OBJETIVOS:

General.

Evaluar la calidad de vida en los pacientes con Hiperplasia prostática benigna con el cuestionario SF-36 en el HGZ 8.

Específico.

Evaluar el funcionamiento físico de los pacientes con hiperplasia prostática Benigna
Medir la limitación por problemas físicos en pacientes con Hiperplasia prostática benigna.

Describir el dolor corporal en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna.

Evaluar el funcionamiento o rol social en pacientes con hiperplasia prostática Benigna.

Medir la salud mental en Pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna.

Describir la limitación por problemas emocionales en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna.

Medir la vitalidad, energía o fatiga en pacientes con hiperplasia prostática benigna.

Evaluar la percepción general de la salud en pacientes con hiperplasia prostática benigna.

HIPOTESIS:

HIPOTESIS ALTERNA:

H1: La calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática benigna es mala en la UMF 8

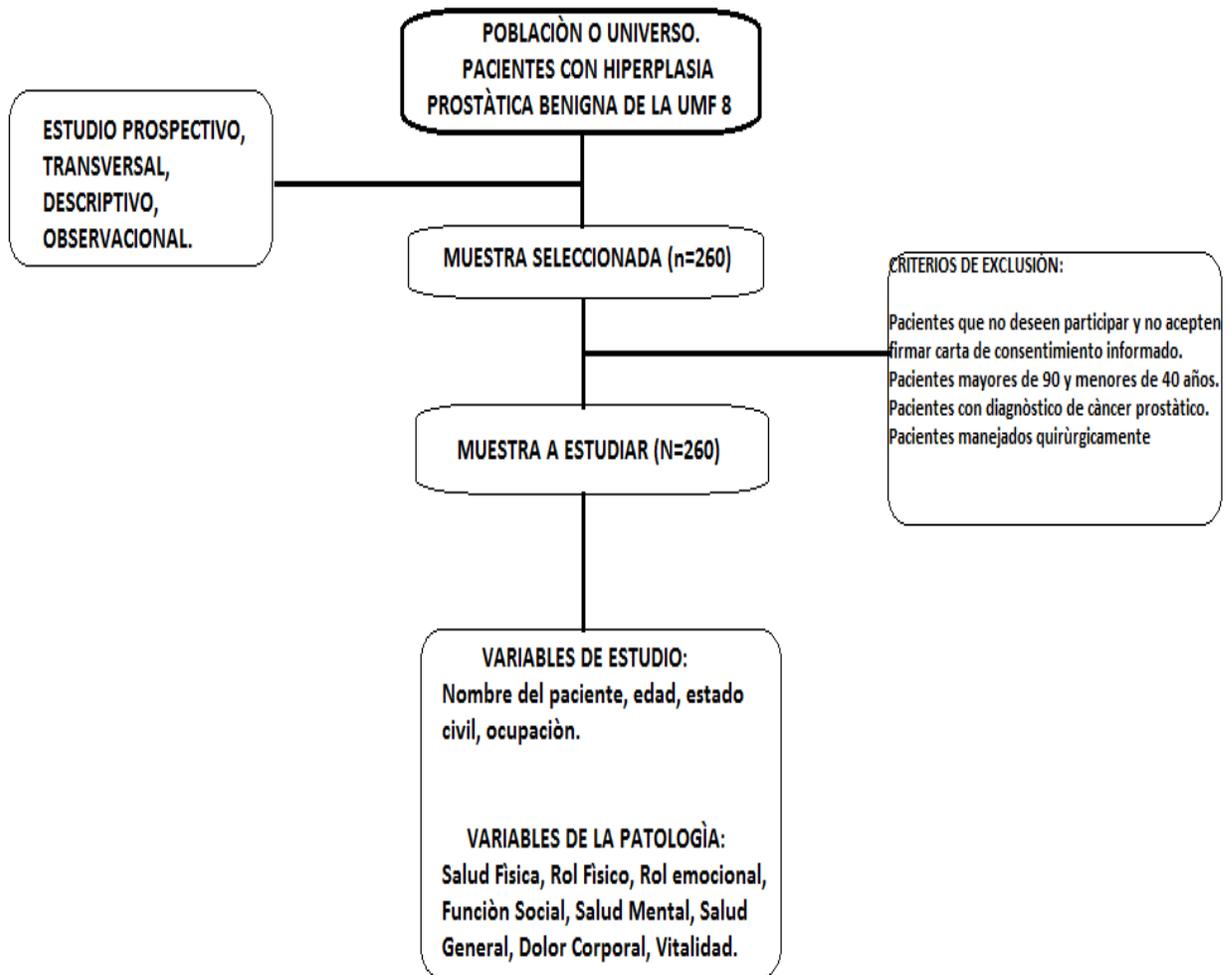
HIPOTESIS NULA:

H0: La calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática benigna es buena en la UMF 8

MATERIALES Y METODOS

- a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.



POBLACION Ó UNIVERSO: El estudio se realizó en la unidad de medicina Familiar No 8 San Ángel En el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina familiar No 8. En San Ángel que se encuentra en el Distrito Federal de México.

MUESTRA:

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 260 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.40. Con amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSION: Nuestra población diana serán pacientes con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna con edad oscilante entre 40 y 90 años de edad sin previo manejo quirúrgico para esta enfermedad siempre y cuando tengan la enfermedad, pertenecientes a la UMF No 8.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Se excluirán a los pacientes que no deseen y no acepten participar. Se excluirán pacientes con tratamiento quirúrgico previo para manejo de HPB, así como diagnóstico de cáncer prostático y pacientes mayores de 80 años.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Pacientes con pérdida de historia clínica, que no se encuentre por 3 intentos en los archivos de la UMF 8. Por fallecimiento del paciente, porque el paciente ya no sea derechohabiente.

VARIABLES:

VARIABLES DEL TEST SF36:

Función Física.
Rol Físico.
Rol Emocional.
Función Social.
Salud Mental.
Salud General.
Dolor Corporal y
Vitalidad

ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente:

Calidad de vida.

Variable independiente:

Hiperplasia prostática Benigna.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Calidad de vida:

Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Se puede considerar como uno de los determinantes del nivel de salud

Calidad de Vida relacionada con la salud.

Definición conceptual: Es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Definición operacional: Se medirá esta variable por medio de los puntajes del paciente obtenidos en el cuestionario de calidad de vida y SF-36.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

La Hiperplasia Prostática Benigna es definida como una proliferación del epitelio glandular, estroma y músculo liso, la cual suele iniciar en la zona periuretral. La presencia de una obstrucción del flujo de salida de la vejiga y el crecimiento prostático es benigno.

El crecimiento de la próstata es prácticamente universal en los hombres con la edad, la uretra posterior presenta un crecimiento tortuoso y compresión lo que lleva a una obstrucción significativa y una retención urinaria aguda en algunos hombres, viéndose afectada su calidad de vida. Sin embargo estos síntomas pueden disminuir con el tiempo y frecuentemente mejoran.

La hiperplasia prostática benigna, es una condición en la cual nódulos benignos agrandan la glándula prostática. La incidencia aumenta a medida que avanza la edad viéndose un incremento mucho mayor por arriba de los 70 años de edad y es tan común que se ha dicho que "todos los hombres tendrán hiperplasia prostática benigna si viven lo suficiente". Si bien la evidencia clínica de enfermedad se manifiesta solo en aproximadamente la mitad de los casos, la sintomatología también es dependiente de la edad.

Esta patología es relevante por la sintomatología como es la disuria; frecuencia; urgencia asociados a la actividad del músculo detrusor y por sus consecuencias potenciales como la insuficiencia renal irreversible, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, nicturia etc

La combinación de tacto rectal y PSA ofrece una mejor detección de un posible cáncer de próstata en pacientes seleccionados.

ESPECIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES.

Variable dependiente.

Calidad de vida: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

Variable independiente.

Hiperplasia prostática Benigna: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	CONTÍNUA	NUMEROS ENTEROS
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNIO LIBRE

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE ENFERMEDAD.

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Función física	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Si me limita mucho. 2. Si me limita un poco. 3. No me limita nada
Desempeño físico.	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Si 2. No.
Dolor físico.	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. No, ninguno. 2. Si, muy poco. 3. Si, un poco. 4. Si, moderado 5. Si, mucho 6. Si, muchísimo.
Salud general.	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Excelente. 2. Muy buena. 3. Buena. 4. Regular. 5. Mala.
Vitalidad	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Siempre. 2. Casi siempre. 3. Muchas veces. 4. Algunas veces. 5. Solo alguna vez. 6. Nunca.
Función social	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Nada. 2. Un poco. 3. Regular. 4. Bastante. 5. Mucho.
Desempeño emocional.	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Si. 2. No.
Salud Mental.	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Excelente. 2. Muy buena. 3. Buena 4. Regular. 5. Mala.
Cambio de salud.	Cualitativa	Puntuación del cuestionario SF-36	1. Mucho mejor. 2. Algo mejor. 3. Mas o menos. 4. Algo peor. 5. Mucho peor.

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevaecía del 30%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION:

Se diseñó una presentación con los datos de identificación personalizada y se utilizara el cuestionario SF-36 desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)¹. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal - intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

METODO DE RECOLECCION:

Se realizara la una entrevista individual a los pacientes que asistan a consulta externa del servicio de medicina familiar del HGZ/UMF #8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" con el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna. Se dará un tiempo de 30 minutos para la realización del cuestionario SF-36, toda esta información se obtendrá en un plazo de un año.

Por último se procederá a realizar el estudio en el programa SPSS.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se debe de aplicar el cuestionario SF-36 a pacientes con el diagnóstico de hiperplasia prostática con edades que oscilen entre 40 y 80 años sin previo manejo quirúrgico preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica ya que la consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista. Aplicados en quienes puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, deberá ser aplicado por el encuestador la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Durante la aplicación del cuestionario, es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación del asesor de investigación. Para la realización de esta investigación se contara con una computado Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, CD`s y un disco compacto para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el Cuestionario SF-36, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por residente de medicina familiar Adriana Sarahi Hernández Calderas.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Identificación de pacientes portadores de hiperplasia prostática benigna en la UMF No 8, se encuentra en anexos.

RESULTADOS

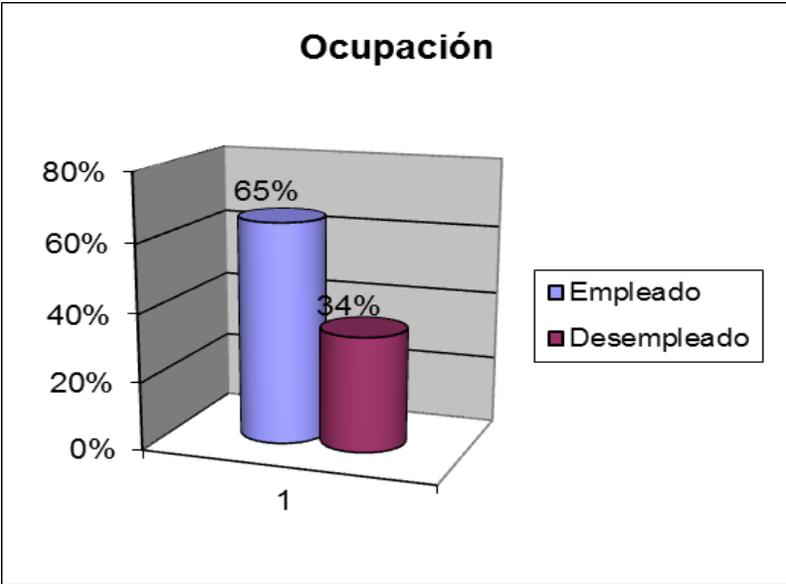
Se estudió 260 pacientes en el Hospital General de Zona No 8 con hiperplasia prostática Benigna para evaluar la calidad de vida con el cuestionario SF-36.

La media de edad 59 años, valor mínimo de 40 años y valor máximo de 89 años, moda de 60 años, mediana de 59 años y desviación estándar de 12.42 años.

Edad.

En ocupación 170 (65.4%) eran empleados, 90 (34.6%) desempleados.

Ocupación.



En lo que corresponde al estado civil se encontró 231 (88.8%) casados, 3 (1.2%) divorciados, 25 (9.6%) viudos y 1 (0.4%) unión libre.

Estado civil

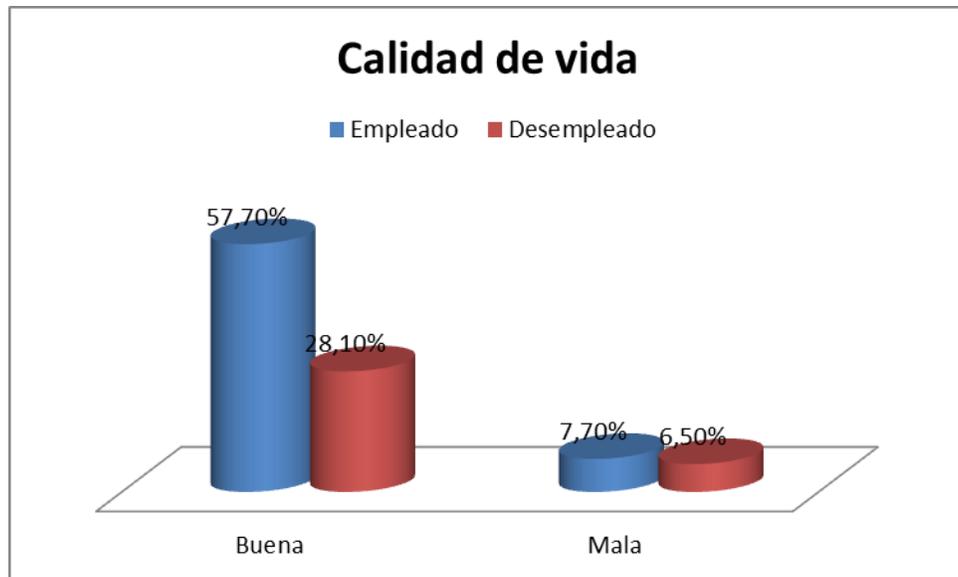


Se valoró la calidad de vida encontrando 223 (85.8%) buena calidad de vida y 37 (14.2%) mala calidad de vida.

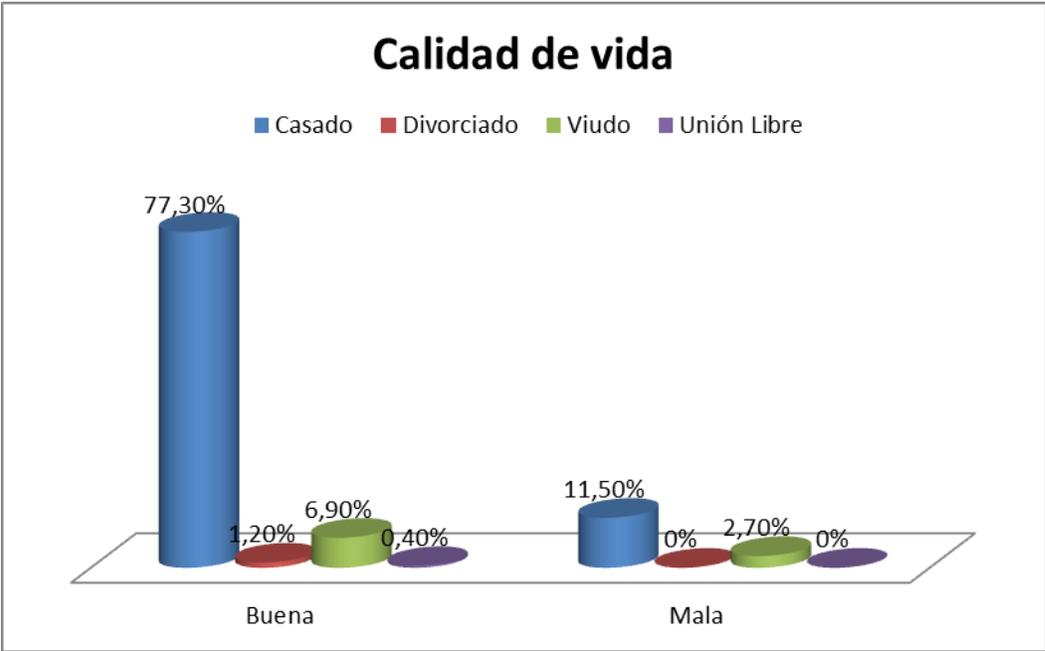
Calidad de vida.



Se analizó la calidad de vida en relación a la ocupación encontrando en empleados 150 (57.7%) buena calidad de vida, 20 (7.7%) mala calidad de vida y en desempleados 73 (28.1%) buena calidad de vida y 17 (6.5%) mala calidad de vida.

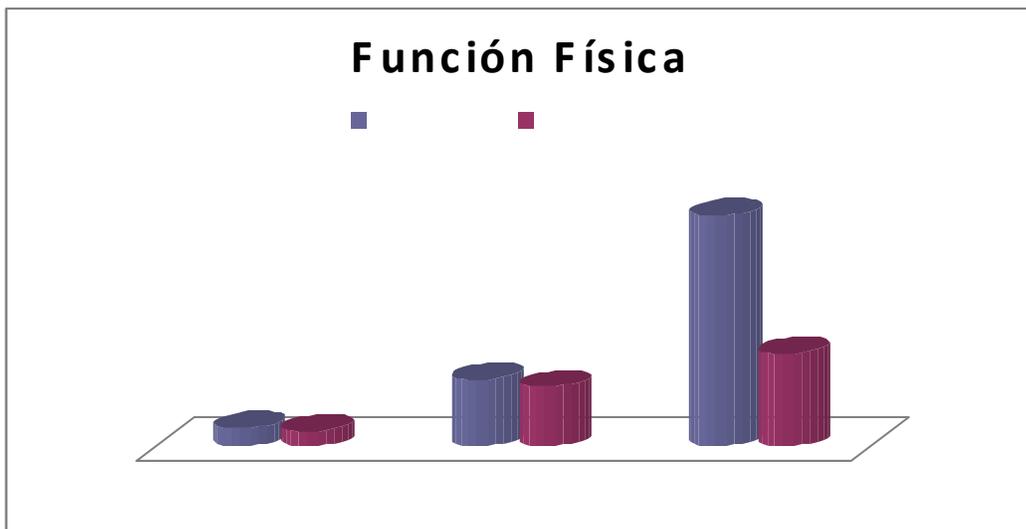


Se evaluó la asociación entre calidad de vida y el estado civil obteniendo en casados 201 (77.3%) buena calidad de vida y 30 (11.5%) mala calidad de vida, en divorciados 3 (1.2%) buena calidad de vida y 0 con mala calidad de vida, en viudos 18 (6.9%) buena calidad de vida y 7 (2.7%) mala calidad de vida y en unión libre 1 (0.4%) buena calidad de vida y 0 mala calidad de vida.

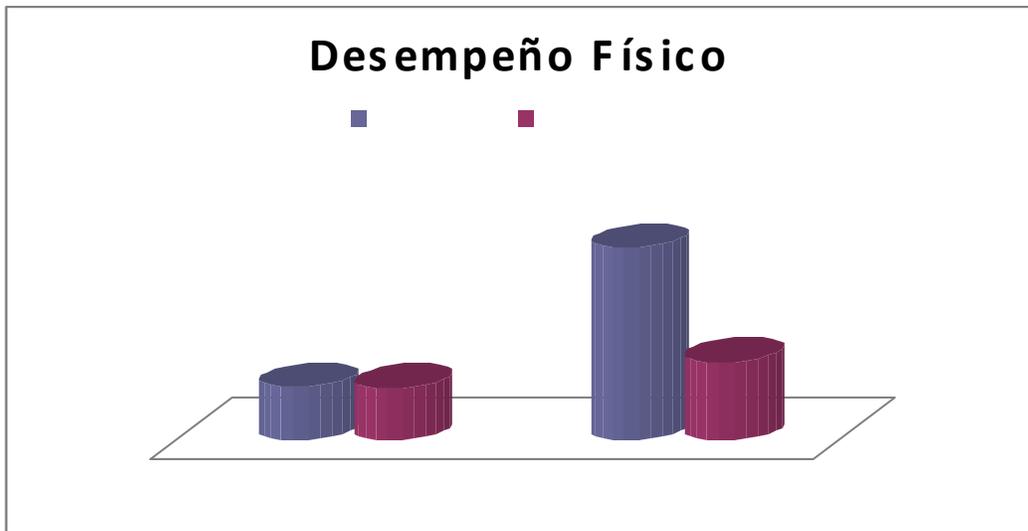


Se evaluó 8 escalas de salud en relación con la ocupación encontrando lo siguiente:

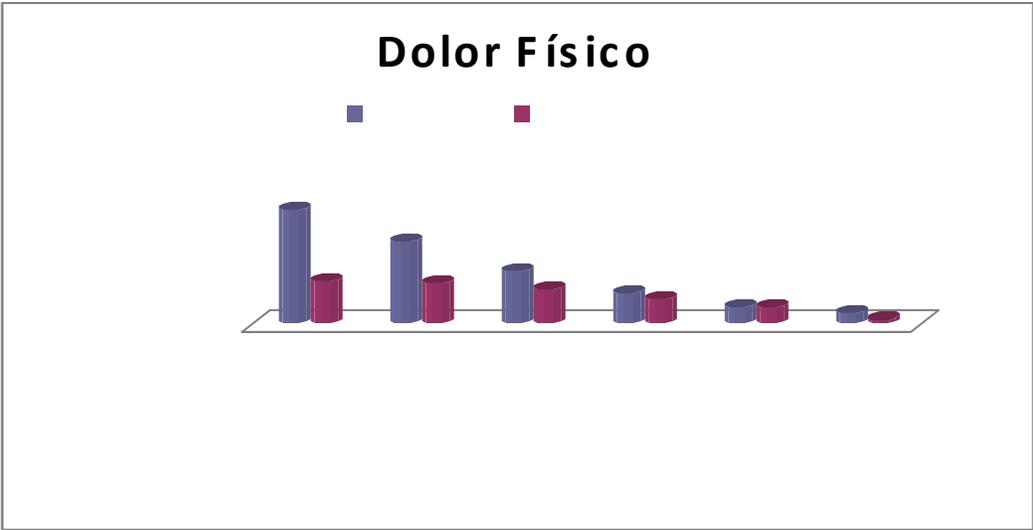
Asociado a función física en empleados 10 (3.8%) con mucha limitación, 36 (13.8%) poca limitación y 124 (47.7%) sin limitación, en desempleados 8 (3.1%) mucha limitación, 32 (12.2%) poca limitación y 50 (19.2%) sin limitación.



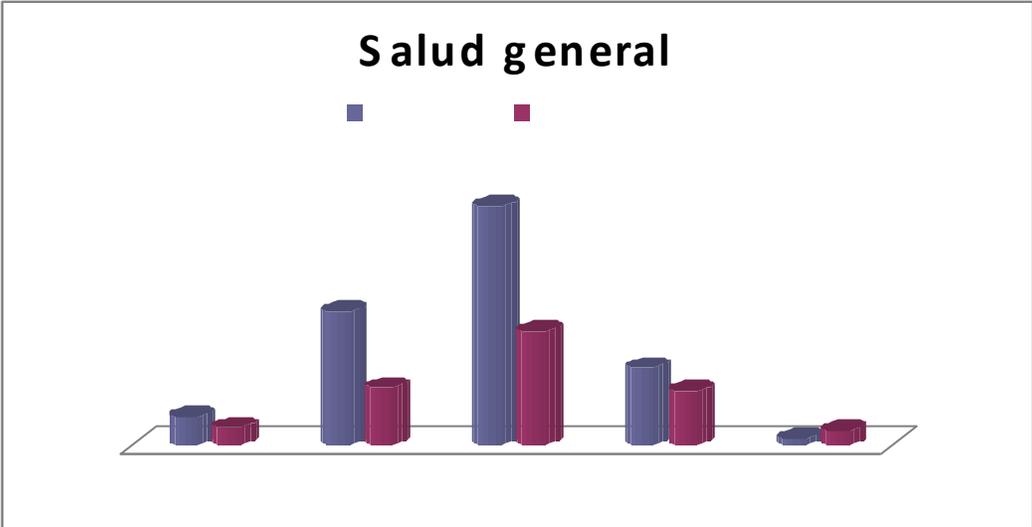
En relación a desempeño físico en empleados 37 (14.2%) disminuyó el desempeño físico, 133 (51.2%) no disminuyó, en desempleados 36 (13.8%) disminuyó su desempeño físico y 54 (20.8%) no disminuyó.



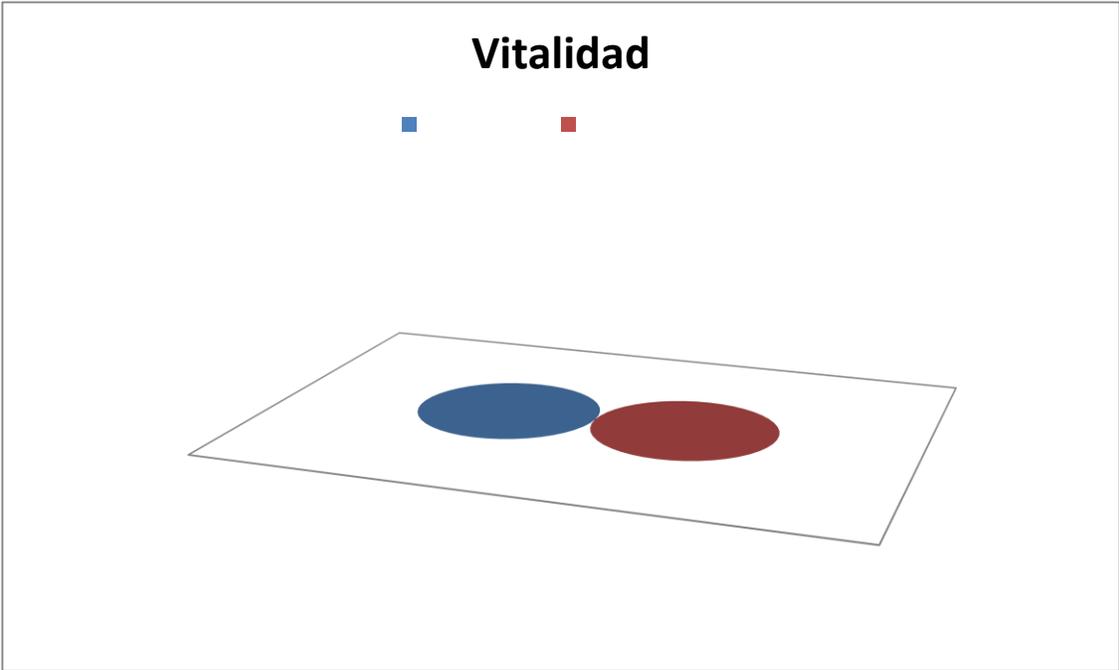
En cuanto a dolor físico en empleados 63 (24.2%) sin dolor, 46 (17.7%) con muy poco dolor, 29 (11.2%) poco dolor, 17 (6.5%) moderado dolor, 9 (3.5%) mucho dolor y 6 (2.3%) muchísimo dolor, en los desempleados 24 (9.2%) sin dolor, 22 (8.5%) con muy poco dolor, 19 (7.5%) con poco dolor, 14 (5.4%) moderado dolor, 9 (3.5%) mucho dolor y 2 (0.8%) con muchísimo dolor



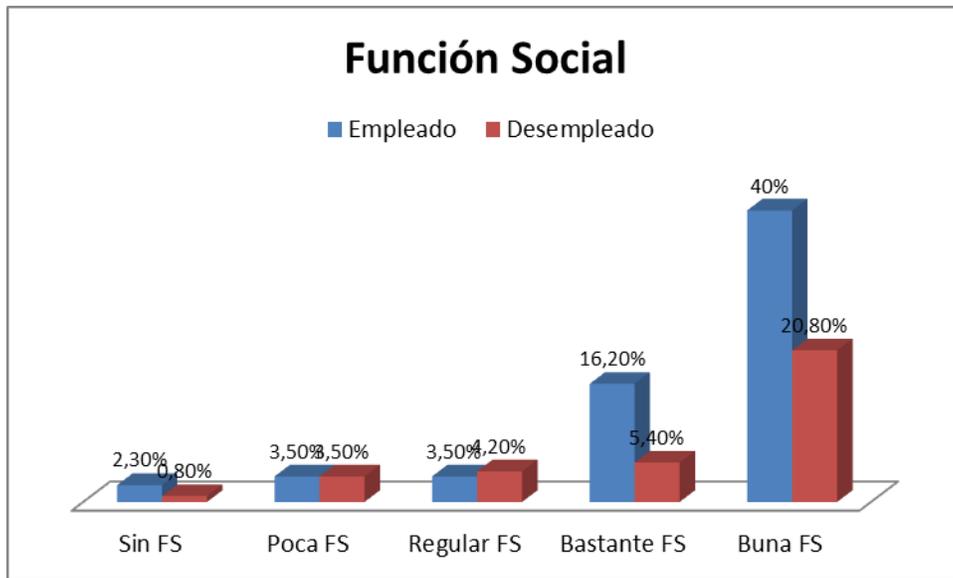
Al evaluarlo con salud general se encontró en empleados 10 (3.8%) con excelente salud general, 47 (18.1%) muy buena salud general, 84 (32.3%) buena salud general, 27 (10.4%) regular salud general y 2 (0.8%) mala salud general en desempleados 6 (2.3%) excelente salud general, 20 (7.7%) muy buena, 40 (15.4%) buena, 19 (7.3%) regular salud general y 5 (1.9%) mala salud general.



Al asociarlo con vitalidad en empleados 51 (19.6%) siempre presentaban vitalidad, 60 (23.1%) casi siempre, 27 (10.4%) muchas veces, 28 (10.8%) algunas veces, 3 (1.2%) solo alguna vez presentaron vitalidad, 1 (0.4%) nunca se sintieron con vitalidad, en desempleados 19 (7.3%) siempre presentaron vitalidad, 33 (12.7%) casi siempre, 19 (7.3%) muchas veces, 16 (6.2%) algunas veces, 3 (1.2%) solo alguna vez y 0 nunca



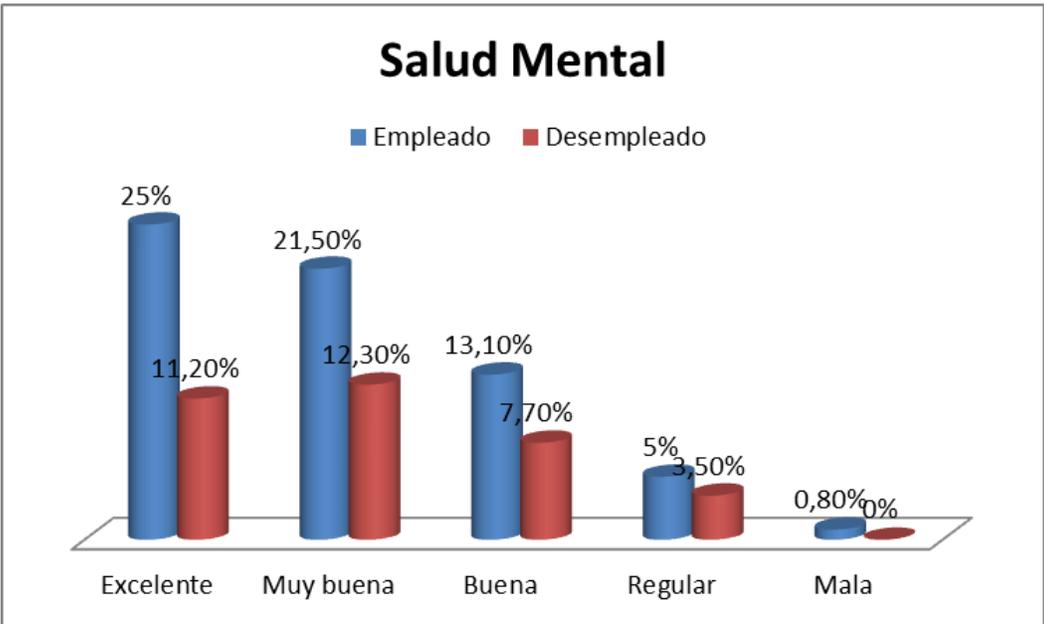
Con función social hubo en empleados 104 (40%) buena función social, 42 (16.2%) bastante función social, 9 (3.5%) regular, 9 (3.5%) poca, 6 (2.3%) sin función social en desempleados 54 (20.8%) buena, 14 (5.4%) bastante función social, 11 (4.2%) regular, 9 (3.5%) poca y 2 (0.8%) sin función social.



El desempeño emocional en empleados 34 (13.1%) si disminuyó su desempeño emocional, 136 (52.3%) no disminuyó, en desempleados 23 (8.8%) disminuyó el desempeño emocional y 67 (25.8%) no disminuyó su desempeño emocional

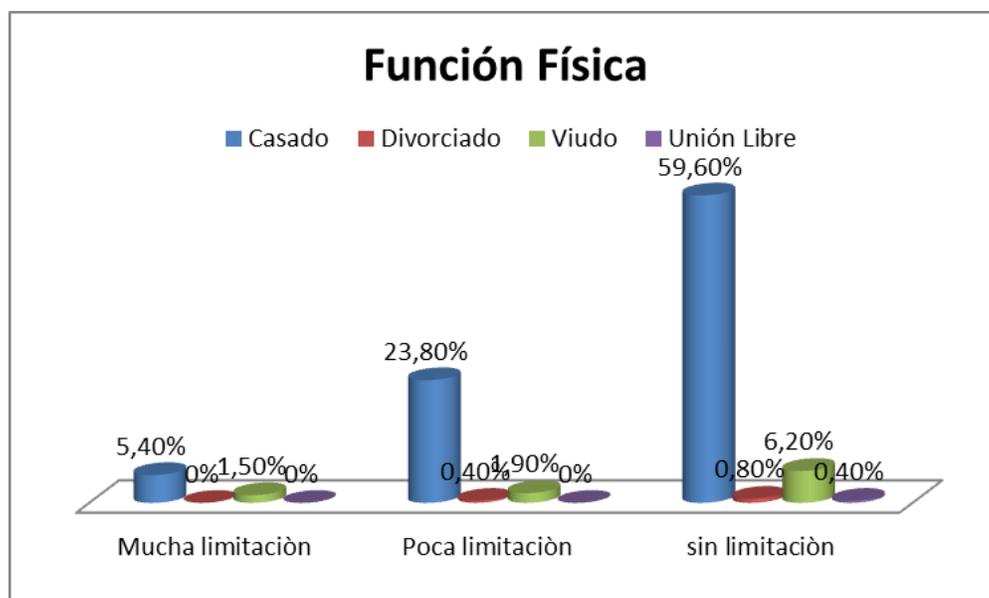


En salud mental se encontró en empleados 65 (25%) excelente salud mental, 56 (21.5%) muy buena, 34 (13.1%) buena, 13 (85%) regular y 2 (0.8%) mala salud mental, en desempleados 29 (11.2%) excelente salud mental, 32 (12.3%) muy buena, 20 (7.7%) buena, 9 (3.5%) regular y o con mala salud mental.

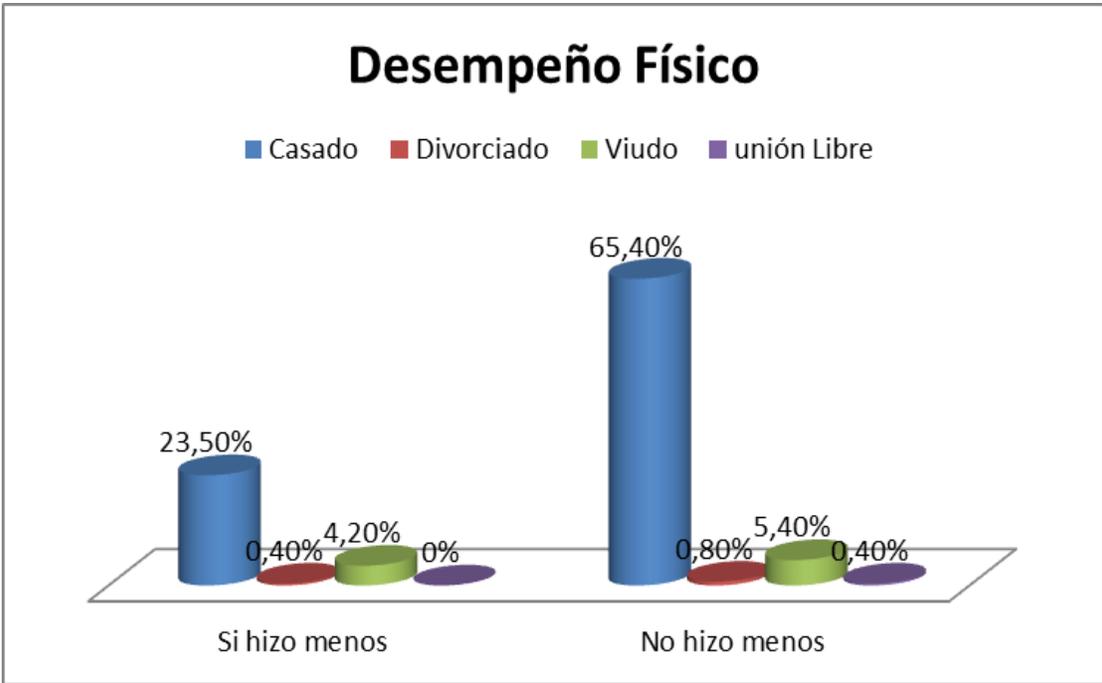


Se observó la relación entre las 8 escalas de salud con el estado civil encontrando:

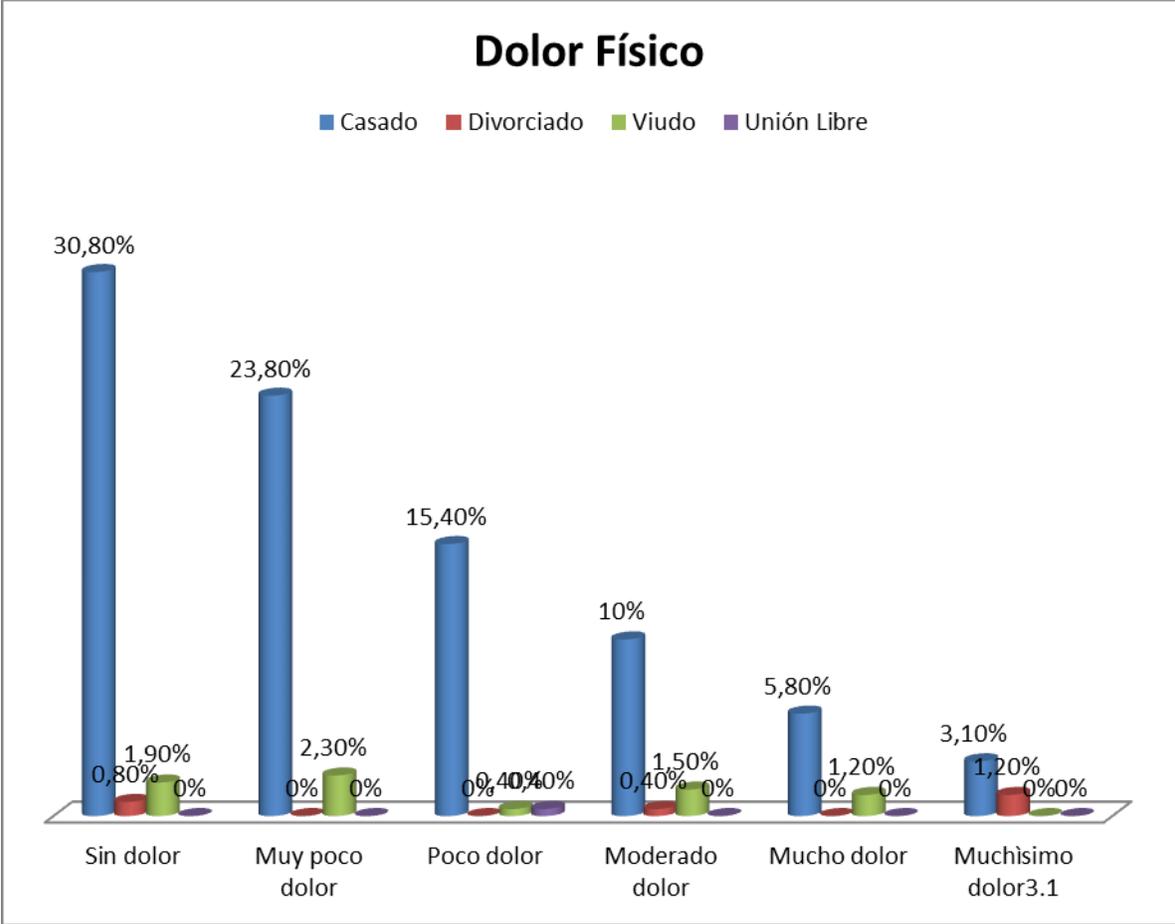
Asociado a función física en casados 14 (5.4%) con mucha limitación, 62 (23.8%) poca limitación y 155 (59.6%) sin limitación, en divorciados 0 con mucha limitación, 1 (0.4%) poca limitación y 2 (0.8%) sin limitación, en viudos 4 (1.5%) mucha limitación, 5 (1.9%) poca limitación y 16 (6.2%) sin limitación, en unión libre 0 con mucha limitación, 0 poca limitación y 1 (0.4%) sin limitación.



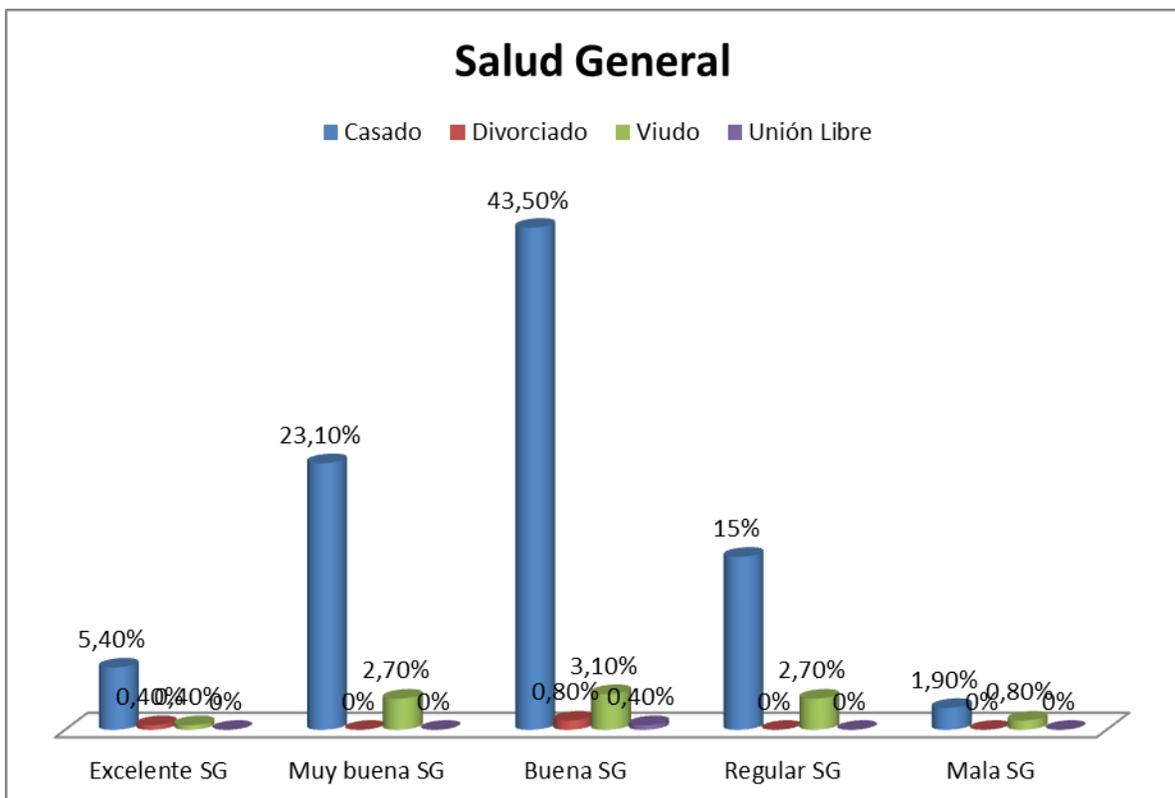
En relación a desempeño físico en casados 61 (23.5%) disminuyó el desempeño físico, 179 (65.4%) no disminuyó, en divorciados 1 (0.4%) disminuyó su desempeño físico y 2 (0.8%) no disminuyó, en viudos 11 (4.2%) disminuyó el desempeño físico, 14 (5.4%) no disminuyó, en unión libre 0 disminuyó su desempeño físico y 1 (0.8%) no disminuyó.



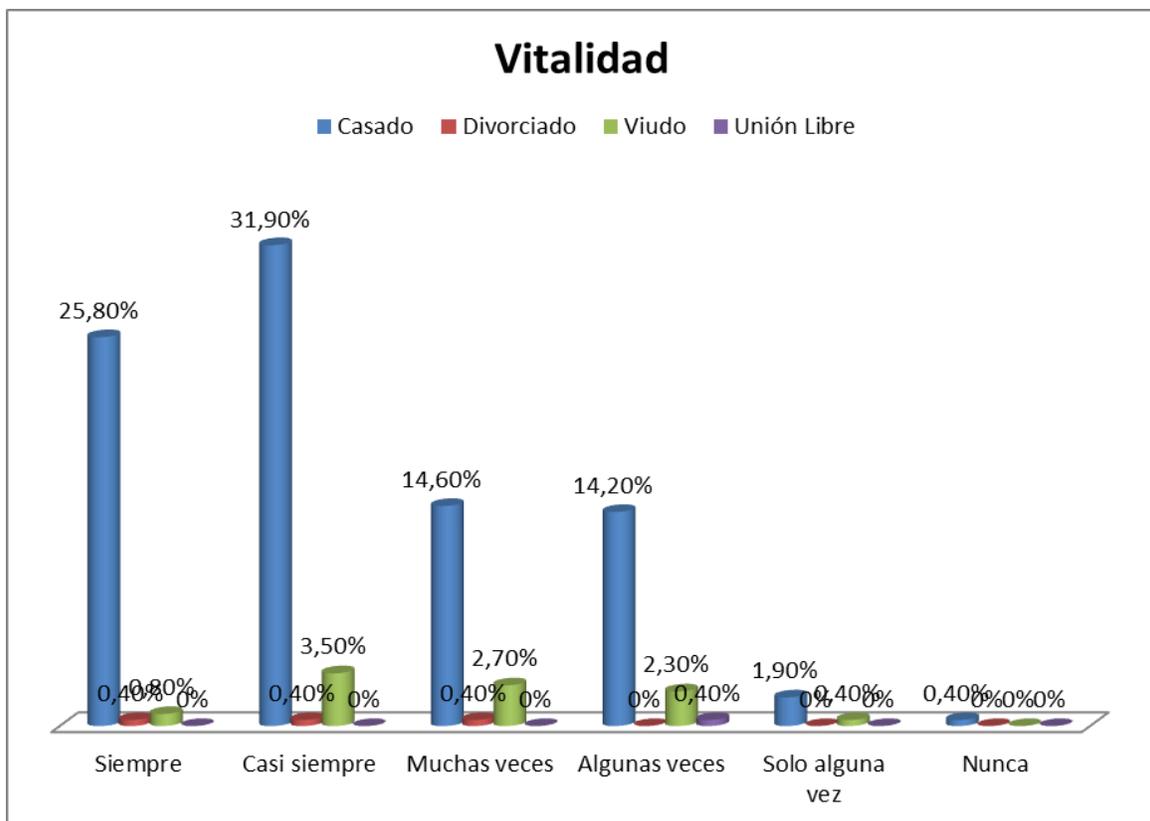
En cuanto a dolor físico en casados 80 (30.8%) sin dolor, 62 (23.8%) con muy poco dolor, 40 (15.4%) poco dolor, 26 (10%) moderado dolor, 15 (5.8%) mucho dolor y 8 (3.1%) muchísimo dolor, en los divorciados 2 (0.8%) sin dolor, 0 con muy poco dolor, 0 con poco dolor, 1 (0.4%) moderado dolor, 0 mucho dolor y 3 (1.2%) con muchísimo dolor, en viudos 5 (1.9%) sin dolor, 6 (2.3%) con muy poco dolor, 7 (2.7%) poco dolor, 4 (1.5%) moderado dolor, 3 (1.2%) mucho dolor y 0 muchísimo dolor, en los de unión libre 0 sin dolor, 0 con muy poco dolor, 1 (0.4%) con poco dolor, 0 moderado dolor, 0 mucho dolor y 0 con muchísimo dolor.



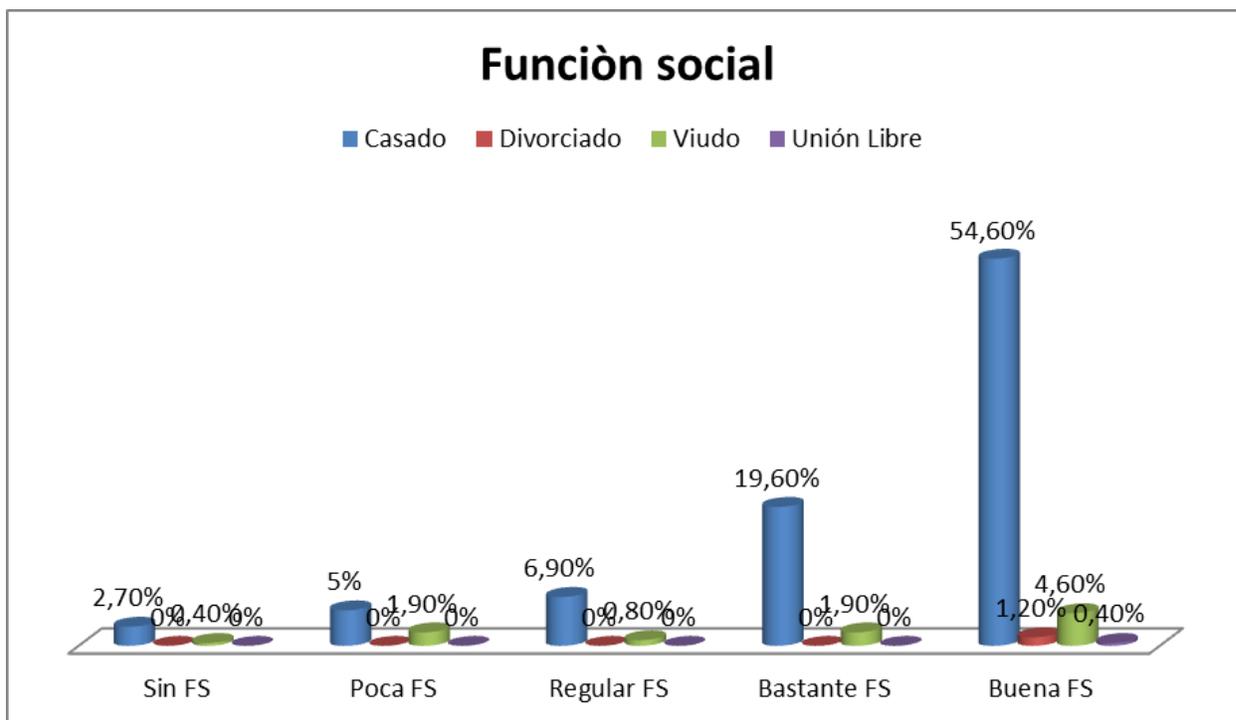
Al evaluarlo con salud general se encontró en casados 14 (5.4%) con excelente salud general, 60 (23.1%) muy buena salud general, 113 (43.5%) buena salud general, 39 (15%) regular salud general y 5 (1.9%) mala salud general en divorciados 1 (0.4%) excelente salud general, 0 muy buena, 2 (0.8%) buena, 0 regular y 0 mala salud general, en viudos 1 (0.4%) con excelente salud general, 7 (2.7%) muy buena salud general, 8 (3.1%) buena salud general, 7 (2.7%) regular salud general y 2 (0.8%) mala salud general en unión libre 0 excelente salud general, 0 muy buena, 1 (0.4%) buena, 0 regular y 0 mala salud general.



Al asociarlo con vitalidad en casados 67 (25.8%) siempre presentaban vitalidad, 83 (31.9%) casi siempre, 38 (14.6%) muchas veces, 37 (14.2%) algunas veces, 5 (1.9%) solo alguna vez presentaron vitalidad, 1 (0.4%) nunca se sintieron con vitalidad, en divorciados 1 (0.4%) siempre presentaron vitalidad, 1 (0.4%) casi siempre, 1 (0.4%) muchas veces, 0 algunas veces, 0 solo alguna vez y 0 nunca, en viudos 2 (0.8%) siempre presentaban vitalidad, 9 (3.5%) casi siempre, 7 (2.7%) muchas veces, 6 (2.3%) algunas veces, 1 (0.4%) solo alguna vez presentaron vitalidad, 0 nunca se sintieron con vitalidad, en unión libre 0 siempre presentaron vitalidad, 0 casi siempre, 0 muchas veces, 1 (0.4%) algunas veces, 0 solo alguna vez y 0 nunca.



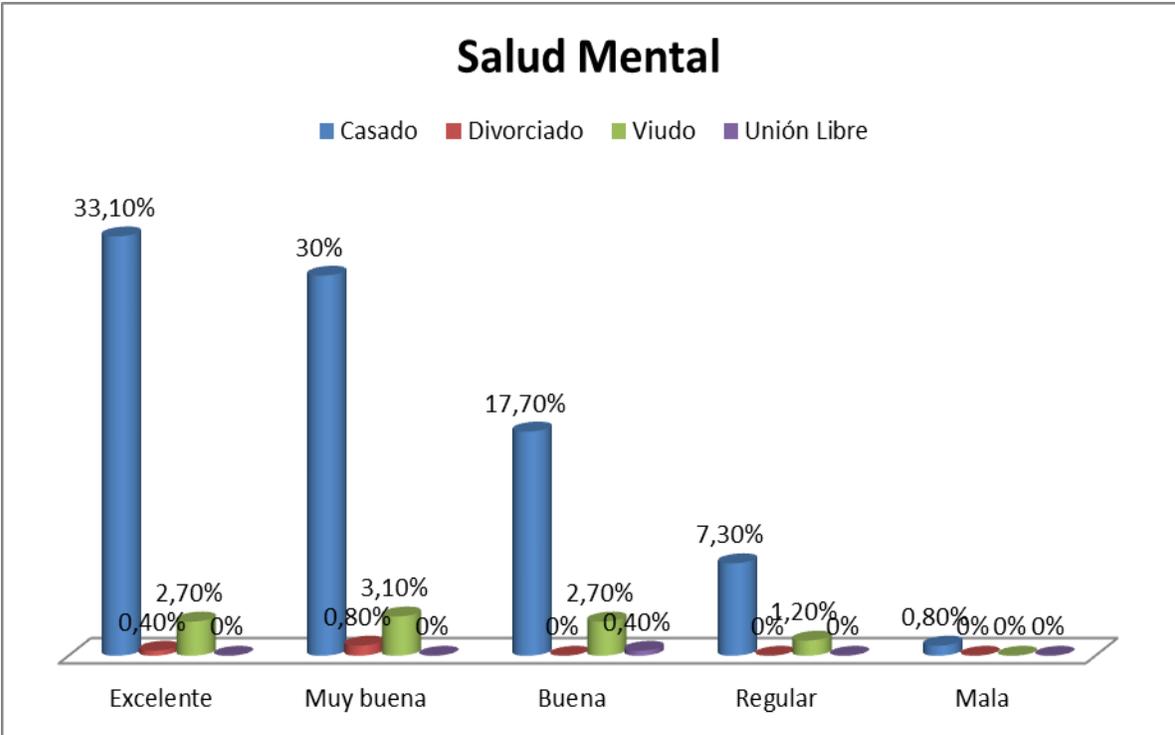
Con función social hubo en casados 142 (54.6%) buena función social, 51 (19.6%) bastante función social, 18 (6.9%) regular, 13 (5%) poca, 7 (2.7%) sin función social en divorciados 3 (1.2%) buena función social, 0 bastante función social, 0 regular, 0 poca 0 sin función social, en viudos 12 (4.6%) buena función social, 5 (1.9%) bastante función social, 2 (0.8%) regular, 5 (1.9%) poca, 1 (0.4%) sin función social en unión libre 1 (0.4%) buena función social, 0 bastante función social, 0 regular, 0 poca 0 sin función social.



El desempeño emocional en casados 49 (18.8%) si disminuyó su desempeño emocional, 182 (70%) no disminuyó, en divorciados 0 disminuyó el desempeño emocional y 3 (1.2%) no disminuyó su desempeño emocional, en viudos 8 (3.1%) si disminuyó su desempeño emocional, 17 (6.5%) no disminuyó, en unión libre 0 disminuyó el desempeño emocional y 1 (0.4%) no disminuyó su desempeño emocional.



En salud mental se encontró en casados 86 (33.1%) excelente salud mental, 78 (30%) muy buena, 46 (17.7%) buena, 19 (7.3%) regular y 2 (0.8%) mala salud mental, en divorciados 1 (0.4%) excelente salud mental, 2 (0.8%) muy buena, 0 buena, 0 regular y 0 con mala salud mental, en viudos 7 (2.7%) excelente salud mental, 8 (3.1%) muy buena, 7 (2.7%) buena, 3 (1.2%) regular y 0 mala salud mental, en unión libre 0 excelente salud mental, 0 muy buena, 1 (0.4%) buena, 0 regular y 0 con mala salud mental.



CONCLUSIONES.

Después de aplicarles a 260 pacientes (100%) que conforman nuestra muestra, el cuestionario SF-36, a nivel general en las dimensiones que conforman el cuestionario SF-36 se observó 223 pacientes (85.8%) resultaron con buena calidad de vida como consecuencia de la hiperplasia prostática benigna y 37 pacientes (14.2%) resultaron con mala calidad de vida secundario a la hiperplasia prostática benigna.

Respecto a las dimensiones físicas (rol físico, salud general, vitalidad, dolor y función física) hubo una alta afectación en algún grado del dolor físico encontrando 68 (26.2%) muy poco, 48 (18.5%) poco, 31 (11.9%) moderado, 18 (6.9%) mucho y 8 (3.1%) muchísimo dolor debido posiblemente a que la sintomatología se relaciona a la obstrucción del flujo urinario.

La calidad de vida evaluada en cuanto a ocupación con un total de 170 (65.4%) empleados, 20 (7.7%) se encontraron con una mala calidad de vida en comparación con los desempleados en un total de 90 (34.6%) de los cuales 17 (6.5%) presentaron mala calidad de vida encontrando en proporción un predominio en los desempleados.

En lo referente al estado civil y la calidad de vida, en el total de encuestados hubo un predominio de los casados con un total de 231 (88.8%) de los cuales 30 (11.5%) presentaron mala calidad de vida a diferencia de los viudos con un total de 25 (9.6%) en donde 7 (2.7%) presentaron mala calidad de vida

DISCUSION

La hiperplasia prostática benigna es uno de los padecimientos urológicos más frecuentes con inicio a partir de los 40 años de edad. Es un problema de salud que puede deteriorar de manera significativa la calidad de vida de quien la sufre, sus síntomas, en especial la nicturia pueden perturbar el sueño de manera importante y con ello la actividad diurna e incluso laboral y social principalmente lo que lo convierte en un problema serio que puede ser oportunamente diagnosticado y tratado iniciando con el cambio en el estilo de vida dentro del primer nivel de atención.

En esta investigación se buscó encontrar si la calidad de vida estaba afectada en los pacientes con hiperplasia prostática benigna. Con los resultados encontrados 37 (14.2%) resultaron con mala calidad de vida secundario a la hiperplasia prostática benigna, lo cual es estadísticamente significativo, podemos concluir que si se afecta la calidad de vida en estos pacientes.

Aunque la validez y consistencia del SF-36 son buenas según lo refieren las investigaciones realizadas en personas con incontinencia, hiperplasia prostática benigna y síntomas urinarios, su sensibilidad es escasa en sujetos con cáncer de próstata por lo cual fueron descartados para este estudio. El cuestionario SF-36 no es específico para evaluar la calidad de vida en hiperplasia prostática benigna ya que es un cuestionario genérico.

Por lo encontrado en los resultados se observa que la dimensión más alterada es la presencia de dolor físico en sus actividades de trabajo y hogar produciéndose en grados variables posiblemente por la disuria producida por la hiperplasia prostática e incluso grados más severos como la retención aguda de orina lo que influye con actividades afines a su rol diario. Este tipo de actividades ameritan un mayor compromiso a nivel físico y psicosocial a diferencia de las actividades relacionadas con la función física que tienen que ver con el autocuidado personal como comer, asearse, subir escaleras, caminar, etc.

Al evaluar la calidad de vida en relación al estado civil, se observó una mayor afectación en los viudos, posiblemente por la falta de apoyo social, emocional, y familiar, y que son más propensos a padecer depresión en comparación con los grupos de casados, divorciados y en unión libre,

En la ocupación por ser un estudio realizado dentro del seguro social se encontró predominio de empleados pero en proporción al total de cada uno de los dos rubros predominó la mala calidad de vida en los desempleados ya que dentro de ellos encontramos a jubilados, pensionados e incluso padres de trabajadores en donde por ende la edad tiende a ser mayor y con ello los cambios que sufren

tanto psicológicos como sociales por la pérdida del trabajo, pérdida de status, amigos, ingresos económicos, roles e incluso pérdida del cónyuge por muerte conlleva a problemas por dichas pérdidas como son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo cual general genera frustraciones y sensación de malestar así como somatización de ello

La principal limitación encontrada en el estudio fue a falta de cooperación de los pacientes para contestar los cuestionarios por su preocupación a la publicación y por otro lado el pudor a creer ser valorados por una mujer lo que posiblemente fueron sesgos no visualizados al inicio de la investigación.

Una debilidad del estudio fue el no cumplir con los parámetros para el diagnóstico de acuerdo a la definición de hiperplasia prostática en donde se realiza exclusivamente por patología, la mayoría de los pacientes se les realizó el diagnóstico por medio de la clínica por lo que en realidad es crecimiento prostático en la mayoría de ellos.

Bibliografía.

1. Vinaccia Stefano, Japcy Margarita et al. Calidad de vida relacionado con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. Acta colombiana de Psicología 9 (2) 2006. Pp 47-56.
2. Chaves Albin, Tinoco Zahira, et al. Hiperplasia prostática Benigna. Criterios Técnicos y recomendaciones basadas en evidencia para la construcción de Guías de práctica clínica para el primer y segundo nivel de atención. Agosto 2005. Pp 1-17.
3. J. Kellogg Kashefi Carol. Physical Activity, Benign Prostatic Hyperplasia, and lower urinary tract symptoms. European urology (5) 2008. Pp 1228-1235.
4. O`Leary Michael, Wei John et al. Correlation of the international prostate symptom score bother question with the benign prostatic hyperplasia impact index in a clinical practice setting. Journal compilation 2008 BJU. Pp 1531-1535.
5. Stephen J. Freedland, Aronson William. Invited commentary: Lower urinary tract symptoms and inflammation. Am J Epidemiol 2009; 169. Pp 1291-1293.
6. Anand K Patel, Christopher R Chapple. Benign prostatic Hyperplasia: treatment in primary care. BMJ volumen 333 septiembre 2006. Pp535-539.
7. Alan R Kristal. Arnold Kathryn et al. Dietary Patterns Supplement use, and the risk of symptomatic Benign prostatic Hyperplasia: Results from the prostate cancer prevention trial. Am Epidemiol 2008; 167. Pp 925-934.
8. James Burke, Rhodes Thomas et al. Association of Anthropometric measures with the presence and progression of benign prostatic hyperplasia . Am J Epidemiol 2006; 164. Pp 41-46.
9. Emberton M., Cornel E., et al. Benign prostatic hiperplasia as a progressive disease: a guide to the risk factors and options for medical management. Journal compilation julio 2008 62. Pp 1076-1086.
10. Kari A. Tikkinen, Anssi Auvinen et al. A systematic evaluation of factors associated with nocturia, the population based FINNO study. Am J Epidemiol 2009; 170. Pp 361-368.
11. James A Armitage Sibanda Nokuthaba et al. Mortality in men admitted to hospital with acute urinary retention: database analysis. BMJ octubre 2007. Pp 1-5.
12. Timothy Wilt, Dow James. Benign prostatic hiperplasia part-1 Diagnosis. BMJ 2008; 336. Pp 146-149.

13. Gemma Vilagut, Montse Ferrer, et al. El cuestionario de Salud SF 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria marzo-abril 2005. Jordi Alonso. Cuestionario de Salud SF-36 versión Española 1.4 Pp 1-11.
14. Timothy Wilt Dow James. Benign prostatic hiperplasia part 2 management. BMJ 2008 Pp 206-210.
15. Yoichi Aral Yoshitaka Aoki, et a. Impact of interventional therapy for benign prostatic hiperplasia on quality of life and sexual function: a prospective study. The journal of Urology octubre 2000, vol 164. Pp 1206-1211.
16. Oliver Reich,* Christian Gratzke et al. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. The journal of urology vol. 180, 246-249, july 2008.
- 17.** Xinhua yu,* Sean Iliott, et al. Practice patterns in benign prostatic Ehyperplasia surgical therapy: the dramatic increase in minimally invasive technologies. The journal of urology. vol. 180, 241-245, july 2008

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 LEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:
**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERPLASIA
 PROSTÁTICA EN EL HGZ 8**

2009

FECHA	MA R 200 9	AB R 200 9	MA Y 200 9	JUN 200 9	JUL 200 9	AG O 200 9	SEP 200 9	OC T 200 9	NO V 200 9	DIC 200 9	EN E 201 0	FEB 201 0
TITULO		X										
ANTECEDEN TES			X									
PLANTEAMIE NTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS				X								
PROPOSITOS					X							
DISEÑO METODOLOGI CO					X							
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACI O- NES ETICAS							X					
RECURSOS								X				
BIBLIOGRAFIA					X							
ASPECTOS GENERALES								X				
ACEPTACION												

2010

FECHA	MA R 201 0	AB R 201 0	MA Y 201 0	JUN 201 0	JUL 201 0	AG O 201 0	SEP 201 0	OC T 201 0	NO V 201 0	DIC 201 0	EN E 201 1	FEB 201 1
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X	X	X	x	X	X	X	X		
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMI EN-TO DE DATOS								X	X	X		
ANALISIS DE DATOS								X	X	X		
DESCRIPCION DE DATOS									X	X		
DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ANEXOS

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica.

Cuestionario SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- Sí
 - No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí
 - No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí

No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí

No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno

Sí, muy poco

Sí, un poco

Sí, moderado

Sí, mucho

Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE

HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa