

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERPLASIA
PROSTATICA BENIGNA DE LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA DEL
HGZ/MF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO ””**

TESIS

**QUE REALIZO PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
DR. AMASTAL SANDOVAL NOE**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**ASESOR CLINICO:
DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA**

**ASESOR EXPERIMENTAL
DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2014.
No. De Registro: 2014-3605-12**



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.

“EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA DE LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA DEL HGZ/MF No.8 “DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: DR. AMASTAL SANDOVAL NOE¹; DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO², DR. VILCHIS CHAPARRRO EDUARDO³, DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA⁴.

1. MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR HGZ/MF No.8 "Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
2. COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD HGZ/MF No.8 "Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
3. PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR HGZ/MF No.8 "Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
4. MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR HGZ/MF No.8 "Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

OBJETIVO: Evaluar la calidad de vida en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MATERIALES Y METODOS: Tipo de estudio transversal, descriptivo, muestra de 171 hombres, con un intervalo de confianza de 95 %, con una proporción del 0.50, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.15, que cumplieron con los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Se estudiaron 171 pacientes con hiperplasia prostática benigna, cuya media de edad fue de 59.60 años, con desviación estándar de 10.2 años, el grupo de edad que predominó está entre los 45-55 años de edad con un 61(35.7%) pacientes. Predominaron los síntomas moderados en 155(90.6%) pacientes. Al analizar la repercusión de los síntomas sobre la calidad de vida el 99(57.9%) de los estudiados refieren una calidad de vida regular.

CONCLUSIONES: En el presente estudio donde se evaluó la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática benigna de la consulta externa de Urología del HGZ/UMF #8, se encontró una calidad de vida regular de 57.9%.

Palabras Clave: Hiperplasia Prostática Benigna, Calidad de Vida, IPS

**“Evaluación de la calidad de vida en
pacientes con hiperplasia prostática benigna
de la consulta externa de urología del
H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores
Izquierdo”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN 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
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud del HGZ/UMF #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor metodológico de tesis

Dr. Ana Gloria Toro Fontanell.
Especialista en Medicina Familiar Adscrita al HGZ/UMF #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS.

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a tí dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. por todas las oportunidades que me has dado a lo largo de la vida y gracias por que siempre me guiaste por el buen camino para poder llegar a ser una persona de bien.

a la universidad popular autónoma del estado de puebla y al instituto mexicano del seguro social por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

de igual forma, dedico esta tesis a mis padres, Isabel y Venancio, que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, que con su demostración de unos padres ejemplares me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

a mis hermanas, Eloísa y Elvía, en quienes también admiro por su forma de pensar, sencillez y valores así como la enseñanza que dan día a día a la sociedad y a la familia.

“son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones”

para todos ellos con mucho aprecio, muchas gracias y que dios los bendiga.

NOE AMASTAL SANDOVAL

MEDICO FAMILIAR.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	08
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. OBJETIVOS	23
5. HIPÓTESIS	23
6. MATERIALES Y MÉTODOS	24
7. TIPO DE ESTUDIO	24
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
9. POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	26
10. MUESTRA	26
11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	27
12. VARIABLES	27
13. DISEÑO ESTADÍSTICO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	29
14. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
15. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	30
16. CRONOGRAMA	31
17. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	32
18. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
19. RESULTADOS	34
20. DISCUSIÓN	43
21. CONCLUSIONES	45
22. BIBLIOGRAFÍA	46
23. ANEXOS	50

MARCO TEORICO

La hiperplasia prostática benigna o adenoma de próstata es una de las enfermedades benignas más comunes en el hombre y puede derivar en una hipertrofia benigna de la próstata, en una obstrucción benigna de la próstata y/o en síntomas del tracto urinario inferior (STUI). Estos síntomas pueden ser bastante molestos hasta en el 30% de los hombres mayores de 65 años. La etiología de esta enfermedad es multifactorial y los factores reales asociados a su desarrollo son la edad, el antígeno específico prostático (PSA) y el volumen de la próstata. Estos factores específicos de riesgo pueden identificar al grupo de pacientes con un riesgo aumentado de progresión y en los conviene iniciar un tratamiento precoz. A medida que aumentan la edad y la intensidad de los síntomas clínicos iniciales, aumenta la necesidad de recurrir a la cirugía. Los síntomas de mayor valor predictivo parecen ser la nicturia y los cambios en el chorro de orina.⁽¹⁾

LA PRÓSTATA. ANATOMÍA.

La próstata es una glándula localizada en la cavidad pélvica del hombre, detrás del pubis, delante del recto y debajo de la vejiga. Envuelve y rodea el primer segmento de la uretra justo por debajo del cuello vesical (figura 1). Es un órgano de naturaleza fibromuscular y glandular. Tiene forma de pirámide invertida. Aunque el tamaño de la próstata varía con la edad, en hombres jóvenes y sanos, la glándula normal tiene el tamaño de una "nuez". Su peso en la edad adulta es de 20 g, lo que suele mantenerse estable hasta los 40 años, edad en la que se produce una serie de cambios histológicos, la glándula crece y bloquea la uretra o la vejiga, causando dificultad al orinar e interferencia en las funciones sexuales que con el tiempo pueden dar lugar a hiperplasia benigna de próstata (HBP) ⁽²⁾

Esta glándula está cubierta por una fina envoltura conocida como cápsula prostática que define su límite. La próstata constituye parte del sistema urinario y reproductor, relacionándose anatómicamente con otras estructuras como los conductos deferentes y las vesículas seminales. El tejido glandular de la próstata está distribuido en tres zonas histológicamente definidas, inmersas en varias capas musculares, con escasa presencia de tejido conectivo y que conforman tres lóbulos: dos laterales y uno medio que facilitan un mejor conocimiento de las enfermedades de esta glándula. Las zonas más importantes son la zona central y la periférica (figura 2). El modelo anatómico que actualmente se acepta, distingue cuatro zonas en la próstata zona anterior o estroma fibromuscular, de naturaleza fibromuscular, una lámina gruesa de tejido conectivo y muscular compacto cubre toda la superficie anterior de la próstata, rodeando la uretra proximal a nivel de cuello vesical, donde se une con el esfínter interno y el músculo detrusor en el cual se origina. ⁽³⁾

Ocupa casi un tercio del volumen total de la próstata, no contiene glándulas y no participa en ninguna patología de la próstata. zona periférica de origen endodérmico, es la región anatómica más grande de la próstata glandular, contiene el 75 % de dicho tejido y casi todos los carcinomas de próstata se originan en esta zona. zona central es la más pequeña de las regiones de la próstata glandular, representa entre el 20-25% de su masa y es atravesada por los conductos eyaculadores. Resulta afectada por un 10 % de los adenocarcinomas. Ambas zonas glandulares presentan diferencias en anatomía y estructura citológica. zona transicional y periuretral tiene origen mesodérmico, formada por un grupo pequeño de conductos íntimamente relacionados con la uretra proximal. Estos conductos representan el 5% de la masa prostática glandular. A pesar de su tamaño y su irrelevante importancia funcional, la zona transicional y las glándulas periuretrales constituyen el sitio específico de origen de las HBP y que es el más afectado por adenocarcinomas. Estas características anatómicas propician que todos los cambios y procesos patológicos tanto benignos como malignos que se produzcan en esta glándula provoquen alteraciones más o menos notables en la micción. En la próstata pueden identificarse principalmente tres tipos de células: células epiteliales secretoras, son cilíndricas altas, bien diferenciadas y conectadas entre sí por moléculas de adhesión celular y con su base fija a la membrana basal a través de receptores de integrinas. Participan en la extrusión mecánica del líquido eyaculado bajo estimulación nerviosa, células basales, más pequeñas que las anteriores, menos abundantes, diferenciadas y se fijan sobre la membrana basal. Se cree que dan origen a las células epiteliales secretoras, células neuroendocrinas, se ubican entre el epitelio secretor y en los conductos de todas las porciones de la glándula, así como en la mucosa uretral prostática. (3)

REGULACIÓN DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO.

Existe un número considerable de hormonas y factores que influyen en el crecimiento prostático. Entre estos podemos mencionar los factores endocrinos (andrógenos, estrógenos, prolactina, insulina, etc.); señales neuroendocrinas (serotonina, norepinefrina); factores paracrinos (factor de crecimiento de fibroblastos (FGF) y factor de crecimiento epidérmico (EGF), autocrinos (factor de motilidad autocrino) e intracrinos, así como factores de la matriz extracelular, los que establecen contacto directo con la membrana basal a través de integrinas y moléculas de adhesión como los glicosaminoglicanos También están involucrados en la regulación del crecimiento glandular las interacciones célula-célula. (4)

Se ha descrito que los estrógenos, sinérgicamente con los andrógenos, estimulan el estroma prostático, ya que aumentan el número de receptores de andrógenos y favorecen la producción de dihidrotestosterona (DHT) y colágeno, a la vez que favorecen la apoptosis. (5)

En varios modelos experimentales se ha demostrado que la insulina influye en el crecimiento glandular y ejerce efecto permisivo sobre la acción androgénica en este tejido. A su vez se ha señalado la presencia de factores de crecimiento similares a la insulina ("insulin-like growth factors", IGF) en sus dos isoformas: IGF-I e IGF-II (2). Otro factor no esteroideo que regula el crecimiento, desarrollo y diferenciación de la próstata es la prolactina (PRL), la cual ejerce su efecto de manera independiente a los andrógenos. (6)

En los hombres los niveles séricos de PRL aumentan con la edad, indicando que el papel de la PRL en el desarrollo de la HBP incrementa su importancia con el aumento de la edad. Se ha demostrado que las acciones proliferativas de la PRL se miden por un mecanismo de transducción de señales a través de los receptores de PRL . También otros investigadores sugieren que la PRL promueve el crecimiento y la proliferación de las células prostáticas en sinergismo con los andrógenos.(7)

FUNCIONES DE LA PRÓSTATA.

Tiene como función ayudar al control urinario mediante la presión directa contra la parte de la uretra que rodea. Produce una secreción líquida (líquido prostático) que forma parte del semen. Esta secreción prostática contiene sustancias que proporcionan junto con el semen, nutrientes y un medio adecuado para la supervivencia de los espermatozoides.

Esta glándula produce y se afecta por múltiples hormonas, como la testosterona y la dihidrotestosterona. La mayoría de los cánceres de próstata (CP) tienen lugar en la periferia de la próstata, mientras que en la HPB la zona de transición es comúnmente la más afectada. Aunque se ha reportado cáncer de próstata (CP) en un 15% en la zona de transición y en un 5% en la porción central. (8)

HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) se caracteriza por un aumento del tamaño de la glándula que ocasiona grados variables de obstrucción en la evacuación de la vejiga (figura 3). Es una de las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en hombres adultos de avanzada edad. Constituye la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica y la primera causa de consulta en los servicios de urología . El desarrollo de la HBP comienza alrededor de la cuarta década de la vida con un fenómeno focal de origen estromal. A partir de la quinta década se produce un incremento global y rápido del volumen debido a un aumento de las células del tejido fibromuscular y glandular, tanto en la zona periuretral como transicional. (9)

En HBP se evidencia un aumento del estroma, aunque existen diferencias morfológicas de un individuo a otro. A medida que progresa la HBP y van creciendo los nódulos, se desplaza el tejido prostático normal, que queda reducido a una fina lámina. Este fenómeno ocurre en fases (figura 4): primero se produce un aumento en el número de nódulos, inicialmente de naturaleza estromal y después glandular (a partir de los 40 años). Posteriormente se produce un gran crecimiento de estos nódulos (a partir de los 60 años). La presencia de obstrucción debida al crecimiento en la zona de transición genera una serie de alteraciones funcionales y anatómicas a nivel vesical. (10)

ETIOLOGÍA

Diferentes grupos de trabajo han propuesto diversas hipótesis para explicar el crecimiento patológico e la próstata. Este aumento del volumen prostático es causado por hiperplasia celular y apoptósis reducida. Se ha demostrado la expresión de péptidos regulatorios del crecimiento prostático. La acción paracrina o autocrina de los factores de crecimiento, que está modulada por hormonas sexuales, también está involucrada en el desarrollo de la HBP. Además, han sido identificados algunos sistemas de señalización intraprostáticos importantes en la regulación de la proliferación celular y la producción de la matriz extracelular en el estroma prostático. Un fino balance entre los factores promotores de crecimiento y los inhibidores del mismo, mantienen el crecimiento normal de la glándula durante el desarrollo y la quiescencia en la adultez. Cuando este balance es alterado, se manifiesta la patología. (11)

En su origen se encuentran implicados diferentes factores que pueden ser causantes de HBP, pero que aisladamente no tienen la suficiente entidad para generar la patología. En la génesis de la HBP se han descrito diversos factores que en algunas ocasiones no se puede demostrar su participación activa pero sí se puede afirmar que son necesarios para su desarrollo. Muchos autores sugieren que una edad superior a 50 años y la presencia de hormonas androgénicas producidas por los testículos juegan un papel importante en la génesis de HBP, así como la existencia en la célula prostática de 5- α -reductasa, enzima que transforma la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), metabolito activo. (12)

La DHT es imprescindible para el desarrollo de la próstata. Durante el período embrionario, sin DHT no se desarrolla la glándula, aunque los niveles de testosterona estén dentro de la normalidad y exista un desarrollo conservado de las características masculinas y de la espermatogénesis, como ocurre en el pseudohermafroditismo primario, en el que existe una ausencia de 5- α -reductasa y los individuos presentan una próstata vestigial, conservando el resto de las características masculinas y no afectándose la reproducción. gualmente, en personas anorquictomizados, antes de la edad adulta se observa una involución en su próstata, con ausencia de patología a este nivel. (13)

La estimulación androgénica es vital en la generación de hiperplasia del tejido glandular y estromal de la próstata. Existen evidencias de que no se desarrolla HBP en individuos castrados antes de la pubertad y es raro que se desarrolle en aquellos castrados después de la pubertad. En el tejido prostático se lleva a cabo la conversión de la testosterona sintetizada en las gónadas a dihidrotestosterona, mediante la acción de la 5- α - reductasa, enzima responsable en buena medida del crecimiento fisiológico y patológico de la glándula. Sin embargo, ha podido establecerse la influencia de otros compuestos (cuadro 1), tales como factores de crecimiento y hormonas sexuales. La teoría de la "célula primordial" explica la HBP como una alteración del balance del crecimiento de las células nuevas y la maduración y muerte de las más viejas (13).

Aunque la HBP histológicamente puede aparecer en varones de 40 años, clínicamente se suele manifestar a partir de los 60 años. Por esto algunos autores consideran la edad como un factor importante en la génesis de la enfermedad. Con el envejecimiento se produce una serie de cambios morfológicos a nivel de la zona cervical de la vejiga en su unión con la uretra y la próstata, pudiendo comprimir ésta a partir del lóbulo medio, elevando la zona cervical, variando su eje y favoreciendo la obstrucción. Actualmente se conoce que con los años varía el índice estrógenos/testosterona, aumentado los primeros y descendiendo la segunda, lo que predispone a estos cambios. Además, con la edad se produce una elevación en el nivel de estrógenos circulantes, disminuyendo los niveles plasmáticos de testosterona, aunque a nivel prostático se mantienen estables y se conserven los receptores androgénicos. Con la edad, el nivel de producción de testosterona por las células de Leydig disminuye, al bajar la respuesta ante el estímulo de la LH hipofisiaria, y aumenta ligeramente el nivel de estrógenos. Se produce una alteración en el equilibrio de estrógenos y testosterona, favorable a los primeros. Con la edad, también en el varón se produce un aumento de estrógenos por acción de la enzima "aromatasa", que transforma la androstendiona producida por las células suprarrenales y la testosterona producida en los testículos, en estrona y estradiol. A nivel de la próstata, la células del estroma presentan receptores estrogénicos y androgénicos, mientras que las células epiteliales sólo presentan receptores androgénicos (la zona de transición y la periuretral son ricas en estroma y ahí se produce una alta conversión de testosterona en estrógeno por vía de la aromatasa). Los estrógenos inhiben la muerte celular prostática en presencia de andrógenos y se cree que a su vez estimularían los receptores androgénicos del epitelio glandular. De hecho, una vía demostrada de tratamiento de la HBP en animales y humanos es la de los inhibidores de la aromatasa. Además de los factores hormonales y la edad, en la génesis de HBP se han descrito otros factores relacionados con su etiología: Genéticos. La HBP aparece con más frecuencia en familiares de primer orden. Lo que se evidencia sobre todo en próstatas de gran tamaño que requieren un tratamiento quirúrgico y que aparecen en edades relativamente jóvenes (antes de los 60 años). Dietéticos. El consumo de vegetales ricos en carotenos y fitoestrógenos podría tener una acción protectora, como ocurre en los países asiáticos cuya prevalencia sintomática es menor sin diferencia en la histológica. También se sugiere que podría estar implicado el bajo nivel socioeconómico. (14).

Raza. La HBP se observa más en negros americanos que en blancos americanos. Igualmente, es más prevalente en judíos y menos en los pueblos orientales. Hiperinsulinismo. Diferentes autores han relacionado la HBP con la obesidad, hipertensión arterial y diabetes, por separado. El investigador sueco Hammarsten propuso que en situaciones metabólicas asociadas al hiperinsulinismo se evidencia mayor agrandamiento de la glándula prostática, no sólo en la zona de transición, sino que existe un crecimiento significativo en toda la glándula. (15)

Pacientes afectados con síndrome metabólico (obesidad, hiperglicemia, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, hipertensión arterial), presentan una mayor estimulación del simpático, lo que produce un aumento en la producción de los receptores adrenérgicos de la próstata, aumentando su crecimiento. Esta teoría puede tener una cierta explicación si se analiza la acción de los inhibidores alfa adrenérgicos en el tratamiento de la HBP y su acción beneficiosa en pacientes diabéticos, ya que disminuyen la resistencia a la insulina y mejoran su perfil lipídico. La insulina produce un efecto estimulador del hipotálamo a nivel del núcleo ventromedial que regula el sistema nervioso simpático, aumentando las catecolaminas, las cuales se sugiere pueden ejercer un efecto trófico retardando el proceso apoptótico. Por ello, se sugiere como estrategia el control de estos factores de riesgo y medidas encaminadas a disminuir la hiperinsulinemia. (16)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE HBP.

Las manifestaciones clínicas de la HBP están estrechamente relacionadas con el tamaño prostático, los síntomas resultantes de la obstrucción uretral y la alteración de ciertos parámetros detectables en la circulación periférica. (17)

Aunque el concepto de HBP engloba el agrandamiento de la próstata y la obstrucción del flujo miccional, no siempre hay relación directa entre el volumen de la hiperplasia y la intensidad de los síntomas. La severidad de la sintomatología prevalece a edades avanzadas y cuando se observa un mayor volumen prostático, lo que impacta en la calidad de vida. (18)

Los síntomas se han dividido arbitrariamente en síntomas obstructivos y síntomas irritativos. Los primeros son los que ocurren en la fase de vaciamiento e incluyen: micción urinaria débil, esfuerzo abdominal, dificultad para iniciar la micción, micción intermitente, evacuación vesical incompleta y goteo post-miccional. Estos síntomas pueden ser característicos de obstrucción del tracto de salida o bien indicar una alteración de la contractilidad del músculo detrusor. Los síntomas irritativos son los que ocurren en la fase de llenado de la vejiga e incluyen: polaquiuria, nicturia, urgencia miccional, incontinencia por urgencia miccional y disuria. (19)

En la HBP son más frecuentes los síntomas irritativos (principalmente nicturia) que los síntomas obstructivos (39). Aunque no siempre es fácil diferenciar una situación de otra es importante para individualizar los tratamientos eligiendo fármacos adecuados entre alfabloqueadores o inhibidores de la 5- α -reductasa (20).

DIAGNÓSTICO DE HBP.

La definición de cualquier enfermedad es importante en el reconocimiento y diagnóstico de la misma. En el caso de la HBP existen profundas discrepancias entre los autores sobre qué combinación de síntomas, obstrucción de flujo urinario y tamaño prostático pueden establecer una definición precisa de esta patología con un amplio consenso sobre la necesidad de testículos funcionales y cierta edad para el desarrollo de la misma. (21).

La mayoría de los pacientes que solicitan tratamiento, lo hacen en relación a las molestias que afectan su calidad de vida. Por esto es de gran importancia contar con herramientas de diagnóstico útiles y estandarizadas que permitan valorar cuantitativamente los síntomas, la gravedad de los mismos y la afectación de la calidad de vida resultante, con el fin de comprobar la eventual progresión de la enfermedad y llevar a cabo el tratamiento idóneo (22)

Ciertas entidades internacionales han desarrollado una serie de pautas o recomendaciones para poder diagnosticar HBP. Dentro de éstas se incluye un mínimo de estudios clínicos que proveen la información necesaria: El índice Internacional Prostate Symptoms Score (IPSS) es a menudo el más recomendado y consiste en ocho preguntas, siete de las cuales exploran los síntomas urinarios y una de ellas investiga la calidad de vida. El examen rectal digital, es otra evaluación fuertemente recomendada para el diagnóstico de HBP. La determinación de antígeno prostático específico (PSA) se recomienda en la mayoría de las pautas internacionales, si bien es opcional con el objetivo de inferir el volumen prostático y excluir el CP. La determinación de creatinina urinaria es otro estudio recomendado debido a que la existencia de una obstrucción urinaria durante un período prolongado de tiempo puede conducir a una insuficiencia renal. Se recomienda incluir en el diagnóstico la flujometría y la medida del volumen residual de vaciamiento urinario.(23)

No toda la sintomatología del tracto urinario inferior es debida a HBP. Una correcta historia clínica con antecedentes personales y familiares delimitará el diagnóstico con mayor precisión. Se debe realizar al menos una exploración abdominal para descartar la existencia de globo vesical así como anomalías peneanas (fimosis, estenosis del meato) y un tacto rectal, el cual es imprescindible y está dirigido a descartar la presencia de lesiones sospechosas de malignidad. El tacto rectal debe incluir la valoración de la sensibilidad, el tamaño, la consistencia, los límites y la movilidad de la próstata (24).

Exploraciones instrumentales.

Si el paciente presenta una clínica leve o moderada, el tacto rectal no es sospechoso y los niveles de PSA y de creatinina se encuentran en los límites de la normalidad no es necesario realizar la ecografía. La urografía, la uretografía retrógrada, la ureterocitoscopia y el estudio urodinámico son técnicas que el especialista aplicará en casos definidos con criterios específicos (hematuria, infecciones urinarias repetidas, insuficiencia renal, litiasis vesical). Si no se dan estas condiciones, no se recomiendan estudios de imagen porque el 75% de los mismos es normal (25).

Diagnóstico analítico.

Además de una analítica general, se requiere creatinina sérica (valorar posible insuficiencia renal secundaria a obstrucción) y sedimento urinario con cultivo (valorar existencia de piuria, cristaluria y hematuria). La determinación del PSA está sujeta a variaciones pero, en general, se admite que en HBP rara vez se eleva por encima de 4 ng/mL. La determinación del PSA es útil en el control y seguimiento de pacientes con HBP pero no es lo suficientemente específico como para distinguir la hiperplasia del carcinoma (26).

TRATAMIENTO DE HBP

El tratamiento activo (farmacológico o quirúrgico) de HBP está reservado para aquellos hombres con signos y síntomas bien definidos. Esta decisión dependerá de la intensidad de los síntomas y la calidad de vida del paciente. Tratamiento farmacológico. Se basa en diversos agentes clasificados como fitoterápicos, alfabloqueadores y hormonoterápicos. Fitoterapia. Emplea extractos de plantas que contienen fitoesteroles y citoesteroles. Se sugiere que actúan por diversos mecanismos como la interferencia con la síntesis y metabolismo de prostaglandinas (efecto antiinflamatorio), acción antiestrogénica (disminución de la globulina transportadora de testosterona) e incluso una inhibición de los factores de crecimiento, pero no existe unanimidad en cuanto a sus acciones y efectos beneficiosos (27)

Bloqueadores de receptores alfa, bloquean los receptores adrenérgicos alfa, abundantes en las fibras musculares del cuello vesical y en el estroma de la hiperplasia de próstata, reduciendo la resistencia a la salida de la orina. Actúan sobre el componente dinámico de la obstrucción vesical mediante relajación del músculo liso prostático y reducción de la resistencia uretral intraprostática. Se consideran más eficaces frente a síntomas irritativos, no son curativos pero minimizan los síntomas en pacientes no candidatos a cirugía. (28)

En general, son fármacos bien tolerados que no modifican las cifras de PSA. Pueden ser : No selectivos alfa₁-alfa₂ (fenoxibenzamina, fentolamina), alfa₁ selectivos de vida media corta (nicergolina, prazosina, alfuzosina), alfa₁ selectivos de acción prolongada (terazosina, doxazosina) y alfa_{1A} supraselectivos (tamsulosina). (28)

Hormonoterapia, incluye también los homólogos de la LH-RH, los antiandrógenos, los estrógenos y los inhibidores de la aromatasa. Se emplea Finasteride, el que actúa inhibiendo selectivamente la enzima 5-alfa-reductasa a nivel prostático impidiendo la conversión de testosterona en DHT, necesaria para el crecimiento prostático, de manera que actúa sobre el componente estático de la obstrucción vesical. Se considera más eficaz sobre próstatas grandes con predominio de síntomas obstructivos. Su acción tarda más en apreciarse que la de los alfabloqueadores pero, a su vez, persiste más tras su supresión. Es el único fármaco que ha demostrado mejoría tras siete años de tratamiento y una posible alteración de la enfermedad reduciendo el tamaño prostático en un 30% y el riesgo de padecer retención urinaria en un 57%, así como en un 52% el de ser sometido a tratamiento quirúrgico (29).

Tratamiento quirúrgico. La indicación del mismo y la técnica más apropiada será determinada por el especialista dependiendo del tamaño y morfología prostática. Existen tres tipos de cirugías: eliminación transuretral de la próstata que es la más comúnmente empleada; la incisión transuretral de próstata, que se lleva a cabo cuando la próstata no es demasiado grande y, por último, la cirugía abierta cuando la próstata es demasiado grande. El paciente intervenido no está totalmente protegido de padecer CP, ya que en HBP se extirpa el adenoma y no la cápsula, siendo ésta el origen de la mayoría de los carcinomas. El tratamiento quirúrgico de HBP y concretamente el tratamiento endoscópico transuretral, es considerado el tratamiento estándar definitivo y el patrón con que se comparan los demás tratamientos médicos y quirúrgicos. (30)

CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud. ⁽³¹⁾

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término "calidad de vida" (CV) en muy variados contextos. Políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas, lo usan indistintamente, al tiempo que representa una premisa o aspiración, que ha sido sustento de todo tipo de discursos. Su estudio constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques. Los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción. Se debate hoy en día sobre varios problemas: su naturaleza: objetiva o subjetiva, su delimitación de enfoques afines, su estructura, dimensional o global, los instrumentos y las medidas más idóneas para su evaluación. ⁽³¹⁾

Desde hace varias décadas el concepto de salud como "ausencia de enfermedad" ha evolucionado hasta abarcar no solo los componentes biológicos, sino también otros de orden social y psicológico. Prueba de ello es la definición de la OMS, que entiende la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Calidad de vida es una palabra que se escucha con mucha frecuencia, es un concepto complejo que abarca múltiples componentes y dimensiones. Es un proceso que integra todas las necesidades humanas tanto materiales como espirituales y a su vez es un concepto individual en el que intervienen la cultura, la condición social, aspectos cognoscitivos e incluso la economía del individuo. ⁽³²⁾

Al intervenir en calidad de vida debemos analizar todos sus elementos, los cuales según Flanagan comprenden: el bienestar material, aquellos elementos de un entorno agradable, salud en su amplia comprensión y seguridad personal, las relaciones interpersonales, de pareja, familiares, de amistad, el aprendizaje, la comprensión de uno mismo, papel que jugamos en el medio, la capacidad para el trabajo y el acceso a fuentes laborales, la oportunidad de autoexpresión creativa, ayuda a los demás, la participación en asuntos públicos, la socialización, tiempo para el descanso y actividades recreativas. La organización mundial de la salud en 1994 definió a la calidad de vida “como 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.”

El concepto de calidad de vida en salud y enfermedad no se separa mucho del anterior, ya que el desarrollo de la cultura moderna presiona cada vez más para que se amplíe el concepto de salud en dirección al bienestar y a la felicidad. Se ha definido a la salud relacionada con la calidad de vida como la percepción de un paciente de los efectos funcionales de su enfermedad y tratamiento. ⁽³²⁾

Los pacientes con hiperplasia prostática benigna suelen presentar quejas que van más allá de los síntomas característicos de cada enfermedad y que son el resultado de la repercusión de la enfermedad sobre diversos aspectos emocionales y de comportamiento. Muchas veces es esta la afectación en la calidad de vida lo que motiva, a que un paciente acuda a consulta. Se ha asociado equivocadamente el estado de salud con aquellas medidas objetivas obtenidas por el personal de salud. Las mediciones clínicas habituales proveen información sobre el estado del órgano afectado, pero raramente detectan descensos en la funcionalidad normal, emocional o social, que tan importantes son en la vida diaria. Se han descrito muchas teorías sobre quién, qué, cómo y dónde se debe evaluar la CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud). En resumen podría decirse que las respuestas indican que deben ser los propios pacientes los que realicen la valoración del impacto de la enfermedad en sus vidas, al margen de que a estas consideraciones se añadan las de otras personas relevantes: pareja, familia, personal sanitario, etc. ⁽³³⁾

Aspectos que deben incluirse al hablar de CVRS son:

El estatus funcional, esto es, la capacidad del individuo para llevar a cabo diversas tareas de la vida cotidiana. Dentro de este aspecto se incluirían el autocuidado, la movilidad, las actividades físicas y las actividades de rol. Los síntomas físicos relacionados con la enfermedad y/o el tratamiento. El funcionamiento psicológico, especialmente en términos de ansiedad y depresión asociados a la enfermedad. El funcionamiento social o grado en que las actividades sociales normales del sujeto se ven afectadas por la enfermedad. ⁽³⁴⁾

En cuanto al cómo, generalmente se suele utilizar como estrategias de recolección de datos la entrevista y el cuestionario auto-aplicado, destacando especialmente este último por el ahorro de tiempo y dinero que implican, así como la fiabilidad de la información que permiten obtener. Dentro de estos habría que distinguir, no obstante, entre cuestionarios generales o específicos y, dentro de estos últimos, su enfoque concreto sobre patologías o funciones/áreas afectadas. ⁽³⁵⁾

ANTECEDENTES

Entre 2000-2003 en España, se realizó un estudio nombrado: Hiperplasia benigna de próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico, cuyo objetivo fue relacionar la sintomatología de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) con la repercusión sobre la calidad de vida, siendo un estudio multicéntrico, observacional y prospectivo, en varones de 50 a 79 años, con sintomatología moderada, utilizando el cuestionario IPSS. Se realizaron 536 registros; la edad media fue de 66,2 años. Entre los síntomas destaca la nicturia como el más frecuente, con 88,1% de los registros. Se hallaron 256 pacientes (47,8%) con predominio de clínica irritativa y en 280 pacientes (52,2%), obstructiva. Al analizar la repercusión sobre la calidad de vida se obtuvo que los síntomas obstructivos son los peor tolerados (el 65,7 frente al 9,4% del grupo de clínica irritativa).

En el tratamiento de la HBP debemos tener en cuenta las preferencias del paciente, que tolera peor la sintomatología obstructiva que coincide con la que presenta criterio de derivación hacia una consulta especializada e incluso criterio quirúrgico. No mostrando con claridad el estado de “calidad de vida” para cada paciente en estudio. ⁽³⁶⁾

En 2007, en la UMF #94 del IMSS, se realizó un estudio de nombre “Severidad de Sintomatología Prostática: encuesta de pacientes entre 40- 60 años” en donde se utilizó la Encuesta de Sintomatología Prostática de Baremo Internacional, ya utilizada en México, de tipo descriptivo, transversa y prospectivo, sin detallar la calidad de vida de los pacientes estudiados, obteniendo los siguientes resultados: Edad promedio de 51 ± 6.5 años; en 61 (29%) se hallaron síntomas prostáticos; de ellos 36 (59%) corresponde a categoría de leve y 55% a obstructivos y sólo la hipertensión arterial influyó significativamente. Con incremento conforme a la edad, mayor frecuencia en mayores de 50 años; la severidad de los síntomas predominó en categoría de leve, tipo obstructiva; percepción de calidad de vida aceptable. ⁽³⁷⁾

En 2010, en La Habana, se realizó el estudio “Aplicación de la escala internacional de síntomas prostáticos a adultos mayores”, siendo un estudio descriptivo de corte transversal en 105 hombres mayores de 60 años pertenecientes al Policlínico Docente “Felo Echezarreta” en el municipio San José de las Lajas, en el período comprendido entre septiembre y noviembre del 2008, con el objetivo de determinar la prevalencia de los síntomas prostáticos donde se utilizó la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos IPSS para clasificar los síntomas. Prevalcieron los síntomas leves en el 40,95 %, el grupo que predominó está entre los 60 y 70 años de edad representando el 51,14 %, al tacto rectal se encontró que en el 37,14 % la próstata estaba aumentada de tamaño y el 54 % de los estudiados considera tener una buena calidad de vida dada por los síntomas urinarios. ⁽³⁸⁾

En Agosto de 2011, en el marco del XXVI Congreso Anual de la Asociación Europea de Urología realizado en marzo en Viena, Austria, se abordó el impacto de la hiperplasia prostática benigna en la vida de los pacientes y las preocupaciones que esta enfermedad les acarrea a ellos. (39)

Puntuación Internacional de los Síntomas Prostáticos (IPSS)

La Asociación de Urólogos Americanos y la 4ta. Consulta Internacional de HPB, sugieren el International Prostatic Symptoms Score, es el instrumento más ampliamente difundido y utilizado es reconocido en las guías clínicas europeas de tratamiento de la hipertrofia prostática benigna y recomendado como punto más importante en la valoración de la sintomatología prostática por el Consejo Nacional de la Salud Prostática, con una sensibilidad entre el 80-90%, y especificidad entre el 70- 80%, es el instrumento más ampliamente difundido y utilizado, reconocido en las guías clínicas europeas de tratamiento de la hipertrofia prostática y recomendado como punto más importante en la valoración de la sintomatología prostática por el Consejo Nacional de la Salud Prostática. Inicialmente denominado The American Urological Association Symptom, que fue desarrollado, aprobado y validado en 1992 (PARIS 1991). Inicialmente estuvo destinado a proporcionar datos para comparar la efectividad del tratamiento para la hiperplasia prostática. Posteriormente se añadió una pregunta adicional de calidad de vida denominándose a partir de entonces IPSS. Es útil por varias razones: La puntuación del paciente nos da una medición altamente precisa del efecto de los síntomas del tracto urinario en la calidad de vida del paciente. Es una base razonable para que el médico y el paciente puedan discutir las opciones de tratamiento. El índice también es usado a menudo para evaluar el resultado del tratamiento y ser un indicador de éxito mejor que los test objetivos, como la medición de la glándula o la tasa de flujo de orina. (40)

El IPSS ha mostrado una buena capacidad de discriminación entre pacientes con y sin hiperplasia, y ha sido adaptado a muchos países siguiendo una rigurosa metodología para garantizar la obtención de versiones equivalentes al cuestionario original. El modelo de la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos conocida como IPSS de acuerdo a las respuestas de los hombres estudiados y definido por los mismos de manera subjetiva se calificaron y se clasificaron los síntomas en: Leves: De 1 a 7 puntos, Moderados: De 8 a 18 puntos y Severos: De 19 a 35 puntos, a los adultos que la puntuación resultó de 0 puntos lo consideramos como normales, a pesar de que el IPSS lo considera como síntomas leves. La Calidad de Vida dada por los Síntomas Urinarios se evaluó según las respuestas de los participantes agrupándolas después en: Buena: de 0 a 2 puntos (incluye las repuestas Encantado, Muy Satisfecho, Más bien satisfecho), Regular: de 3 ó 4 puntos (incluye las repuestas Tan satisfecho como Insatisfecho (Mixto) y Mas bien insatisfecho) y Mala: De 5 ó 6 puntos (incluye las repuestas Muy insatisfecho (Terrible) y Fatal). (41)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática benigna de la consulta externa de urología del H.G.Z./U.M.F. no. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACION

Motivados por determinar como se comportan los síntomas prostáticos en la población masculina del consultorio de la especialidad de Urología de nuestro hospital, decidimos la forma de obtener en esta investigación, la realidad medico social, utilizando un instrumento que midiera sintomatología y calidad de vida denominado: Escala Internacional de Sintomatología Prostática (IPSS) para la valoración de los síntomas urinarios en los mismos, además determinar como este instrumento sirve de utilidad en la atención primaria del Medico Familiar a fin de iniciar tempranamente el tratamiento y la referencia oportuna a segundo nivel de atención y con ello reducir la demanda de la población afectada por esta patología, así como la determinación de su calidad de vida ya que esta se ve reducida por varios aspectos relevantes que producen un impacto en la salud mental y física así como en la limitación de las actividades diarias que pueden llevar a cabo.

Nos orientara a determinar la calidad de vida en dichos pacientes, con el objetivo de iniciar el tratamiento optimo para mejorar su condición general de salud y con ello brindarle las herramientas necesarias para el mejor control de su enfermedad, así como otorgar la información necesaria y valiosa para la mejor atención en el primer nivel de asistencia medica, además, es un factor predictivo importante y demostrar como este instrumento es de gran ayuda para monitorizar y hacer seguimiento de la respuesta a los diferentes tratamientos.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad de vida en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

HIPÓTESIS:

Se realiza con fines de enseñanza

HIPÓTESIS NULA (H_0):

Los pacientes portadores de hiperplasia prostática benigna del servicio de urología del HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" no tienen una mala calidad de vida.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

Los pacientes portadores de hiperplasia prostática benigna del servicio de urología del HGZ/MF #8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" tienen una mala calidad de vida

MATERIALES Y METODOS:

Se incluyeron a 171 pacientes que asistieron al servicio de consulta externa de Urología del HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" durante el periodo comprendido entre Marzo 2012 – Febrero 2014 y que cumplieron con los criterios de inclusión. Previo consentimiento informado, se les aplicó la Escala Internacional de Sintomatología Prostática (IPSS) desarrollado para medir la frecuencia de aparición de síntomas prostáticos que experimenta un paciente con hiperplasia prostática benigna y la determinación de su calidad de vida, los cuestionarios se aplicaron por medio del médico residente.

Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes adscritos a este servicio para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.

TIPO DE ESTUDIO:

Tipo de estudio prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo.

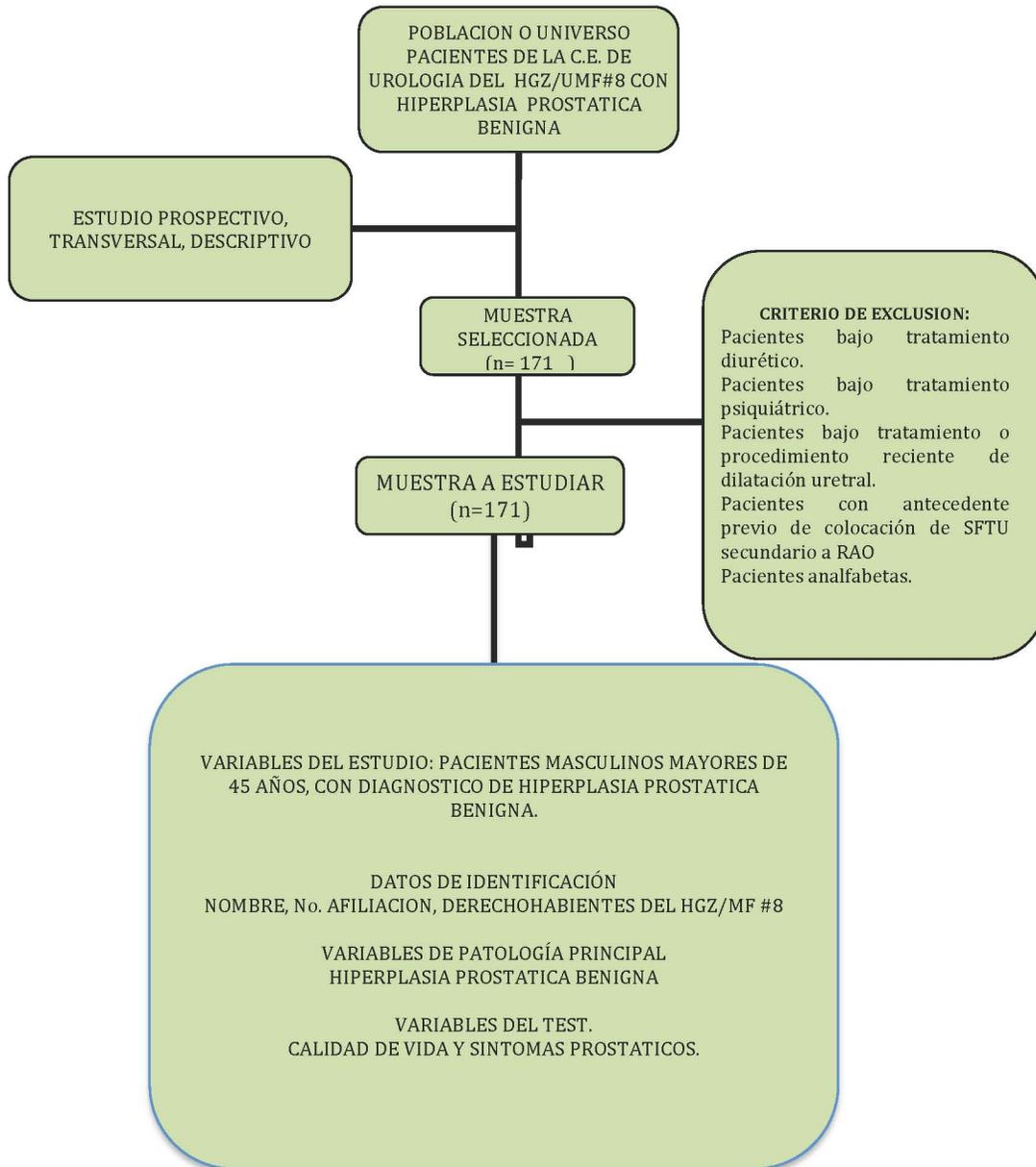
Prospectivo: la información se recogerá después de la planeación de la investigación.

Transversal: Se utiliza una sola medición.

No comparativo: Se utiliza una sola población a estudiar.

Descriptivo: Se cuenta con una sola población para describir el fenómeno a investigar.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION



ELABORO: DR NOE AMASTAL SANDOVAL

POBLACION Ó UNIVERSO:

Pacientes derechohabientes del servicio de Urología del HGZ/UMF No.8 del IMSS que cumplan los criterios de inclusión.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en la consulta externa del servicio de urología del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" en la colonia Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón en la Ciudad de México, en el periodo comprendido de noviembre de 2012 a febrero 2014

MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requirió 171 pacientes, con un intervalo de confianza de 95 %, con una proporción del 0.50, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.15

DEFINICIÓN 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 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

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

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de sexo masculino de 45 años de edad en adelante con síntomas de prostatismo
- Derechohabientes del HGZ/UMF No.8, provenientes de la consulta externa de Urología.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes analfabetas.
- Pacientes bajo tratamiento diurético.
- Pacientes bajo tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes que no acepten participar en le estudio.
- Pacientes bajo tratamiento o procedimiento reciente de dilatación uretral.
- Pacientes con antecedente previo de colocación de SFTU secundario a RAO

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Que no se conteste el cuestionario de manera correcta.

VARIABLES DE IDENTIFICACION:

- 1.- NOMBRE
- 2.- EDAD

VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

VARIABLE INDEPENDIENTE: HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

VARIABLES DEL TEST:

- SINTOMAS PROSTATICOS
- CALIDAD DE VIDA

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	ORDINAL	1= 45-55 AÑOS. 2= 56-65 AÑOS. 3= 66-75 AÑOS. 4= 76-85 AÑOS. 5= Más 85 AÑOS.
SINTOMAS PROSTATICOS	CUANTITATIVA	ORDINAL	1= LEVE 2= MODERADO 3= SEVERO
CALIDAD DE VIDA	CUANTITATIVA	ORDINAL	1= BUENA 2= REGULAR 3= MALA

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

TIPO DE VARIABLE	DEFICION CONCEPTUAL
CALIDAD DE VIDA	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
HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA	La hiperplasia prostática benigna o adenoma de próstata es una de las enfermedades benignas más comunes en el hombre y puede derivar en una hipertrofia benigna de la próstata, en una obstrucción benigna de la próstata y/o en síntomas del tracto urinario inferior (STUI).

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó 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 del 95%, para variables cualitativa se midió en frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se aplicó el examen de autoevaluación IPSS. Ayuda al médico a cuantificar la intensidad de los síntomas y a monitorizar la evolución de la enfermedad. Consta de 7 ítems que miden aquellos problemas relacionados con síntomas urinarios del tracto inferior que los propios pacientes consideran que afectan su vida diaria, dentro de los cuales se incluyen 4 síntomas obstructivos o de vaciado siendo estos: Vaciamiento incompleto, Chorro incompleto, Chorro débil y Tenesmo Vesical y 3 síntomas irritativos o de llenado que son: Poliuria, Urgencia Urinaria y Nicturia, se incluye un ítem relacionado a la calidad de vida debida a síntomas urinarios. Los ítems son "individualizados", el paciente debe otorgar un puntaje mínimo de 0 y máximo de 5 donde el 0 indica nunca y el 5 indica siempre la presencia de STUI. Existe un ítem que mide a la calidad de vida en donde plantea el bienestar de vivir con su enfermedad, se gradúa de 0 a 6 donde 0 es encantado y 6 terrible La puntuación global del cuestionario, se obtiene al sumar el valor de cada ítem otorgado por el paciente, oscilando la puntuación final en una escala de 0-7 leve, 8-19 moderado y 20 – 35 severo, la evaluación de la calidad de vida es buena de 0-2 puntos, regular de 3-4 puntos y mala de 5 -6 puntos.

METODO DE RECOLECCIÓN:

Pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de urología del HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", con el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, mientras que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa de la especialidad de Urología, en el periodo comprendido entre mayo 2013 a agosto 2013. Una vez que se corroboró que cumplían con los criterios de inclusión, son invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, informándoseles ampliamente en qué consiste éste estudio sin ocultarles información, haciendo énfasis en que podían retirarse en el momento que así lo decidieran. Una vez que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado. Posteriormente se realizó interrogatorio directo acerca de la ficha de identificación. Asimismo se les proporcionó a los pacientes el cuestionario IPSS para su contestación. Por último se procedió a realizar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS.

MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS.

Se realizó el cuestionario de auto-aplicación denominado Encuesta Internacional de Sintomatología Prostática (IPSS) en forma individual. Se aplicó a personas del sexo masculino mayores de 45 años con diagnóstico establecido de acuerdo a los lineamientos clínicos, bioquímicos y físicos de hiperplasia prostática benigna, y 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. Cuando el sujeto presentó dificultades para leer la primera pregunta, se interrumpió la aplicación de la prueba.

Cada una de las pruebas se realizó en 20 minutos. Durante la aplicación del cuestionario IPSS se recalcó que es importante que las respuestas no requieran ayuda de otras personas. Los sujetos se informaron que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador comentó a los encuestados: "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 nunca discutió ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él 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 revisó la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TITULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION
EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE DE CON
HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA DE LA CONSULTA EXTERNA DE
UROLOGIA DEL HGZ/MF No. 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO.
2012-2013

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS					X							
PROPOSITOS						X						
DISEÑO METODOLOGICO							X					
ANALISIS ESTADISTICO								X				
CONSIDERACIONES ETICAS									X			
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACPETACION												X

2013-2014

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X	X					
ANALISIS DE DATOS							X	X				
DESCRIPCION DE DATOS								X				
DISCUSION DE DATOS								X	X			
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACION Y REVISION FINAL									X	X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto se conto con un investigador, un aplicador de cuestionarios y un recolector de datos, Dr. Noé Amastal Sandoval. Se tuvo la participación en la realización del tratamiento estadístico y en la interpretación de los datos el Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. Se utilizó el cuestionario impreso denominado Encuesta Baremo Internacional de Sintomatología Prostática (I-PSS), hojas recolectoras de información, lápices, plumas, gomas, computadora tipo laptop Marca Apple MacBookPro, software Macintosh HD MAC Os X 10.7.2, copias fotostáticas para reproducir el cuestionario. Los gastos en general se absorbieron por el Dr. Noé Amastal Sandoval.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

La presente investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, garantizando a los pacientes entrevistados el mejor método diagnóstico y terapéutico con el que cuenta esta institución.

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, ~~de~~á recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

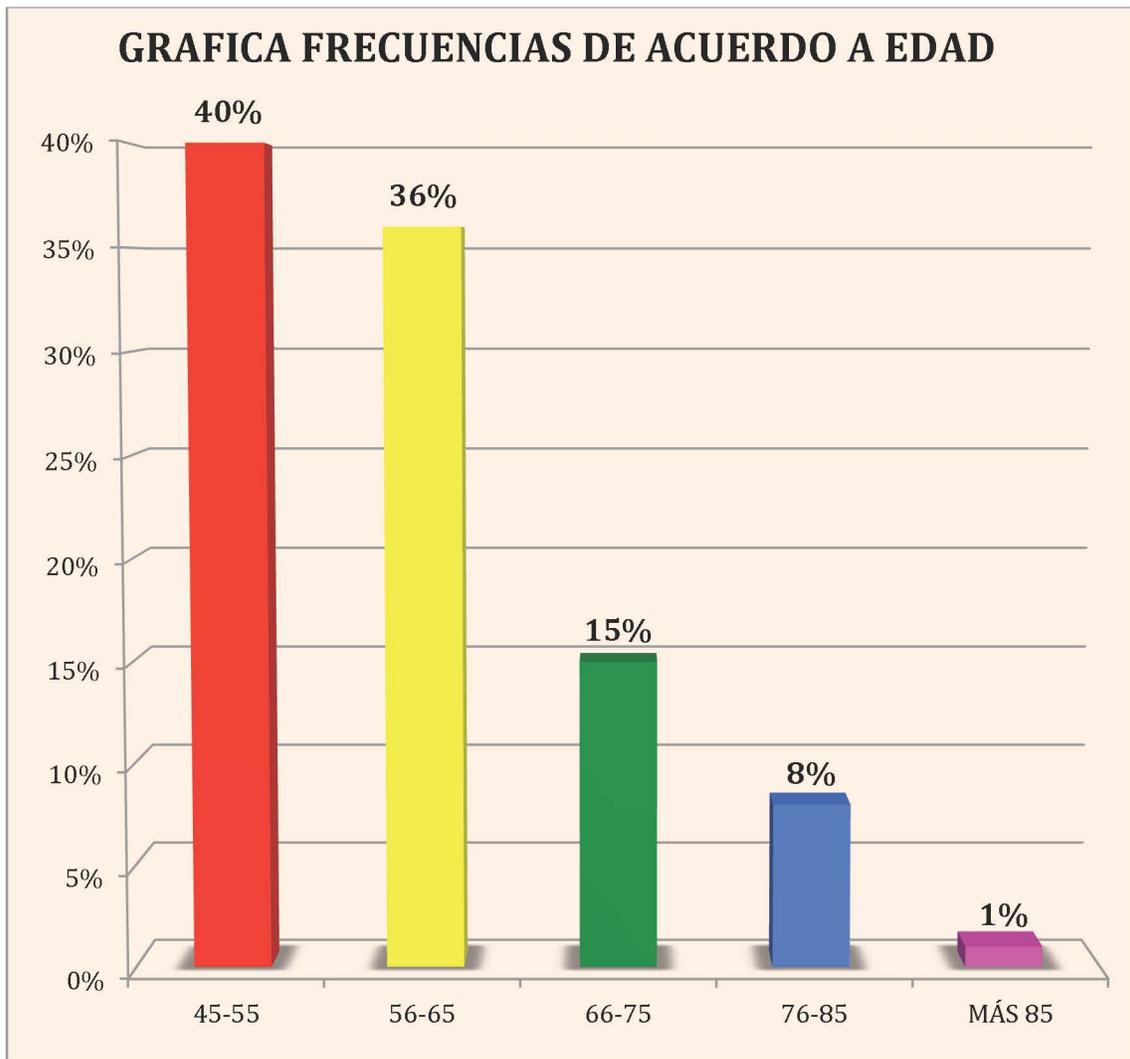
- Se estudió a 171 pacientes de sexo masculino portadores de hiperplasia prostática benigna. La media de edad fue de 59.60 años, con valor mínimo de 45 años y valor máximo de 86 años, una moda de 49 años, y una mediana de 58 años con una desviación estándar de 10.2 años
- En el rubro de rangos de edad se encontró que 68 (39.8%) pacientes están entre los 45-55 años de edad, 61 (35.7%) pacientes de 56-65 años, 26 (15.2%) pacientes de 66-75 años, 14 (8.2%) pacientes de 76-85 años y 2 (1.2%) pacientes más de 85 años. (Ver Anexo tabla y grafico 1)
- En lo que a sintomatología prostática se refiere se observó a 12 (7.0%) pacientes presentan síntomas leves, 155 (90.6%) pacientes sintomatología moderada y 4 (2.3%) de los estudiados sintomatología severa. (Ver anexo tabla y grafica 2)
- Con respecto a "Calidad de Vida" se encontró que 71 (41.5%) pacientes presentan buena calidad de vida, cuya distribución es la siguiente: Satisfechos: 15 hombres para 9%, Mas bien Satisfechos 56 hombres para 33%, Regular Calidad de Vida consideran 99 (57.9%) hombres cuyas respuestas fueron: Tan Satisfecho como Insatisfecho 84(49%) y Mas Bien Insatisfecho 15(9%) y mala calidad de vida considera tener 1 (0.6%) hombre cuya respuesta fue sentirse Muy Insatisfecho. (Ver Anexo tabla y grafico 3)
- En el apartado de "Rango de edad y Calidad de Vida" se observó que el grupo de entre 45-55 años, 30(18%) pacientes tiene una calidad de vida buena, en 38 (22%) pacientes regular y en ningún paciente en este grupo presento mala calidad de vida, en el grupo de 56-65 años 24(14%) tiene una buena calidad de vida, 35 (21%) pacientes regular calidad de vida y 1 (1%) paciente mala calidad de vida, mientras que el grupo de 66 -75 años, 9 (5%) pacientes tienen una buena calidad de vida y 17(10%) regular calidad de vida, en el grupo de 76-85 años 4(2%) pacientes tienen una buena calidad de vida y 10 (6%) pacientes regular calidad de vida y en ultimo grupo de más de 85 años solo 2 (1%) pacientes refieren una calidad de vida regular. (Ver Anexo tabla y grafico 4).

- Dentro de la frecuencia de “rango de edad y sintomatología prostática” se encontró en el grupo de pacientes de entre 45 -55 años, que 4(2%) pacientes presentan síntomas leves, 63(37%) pacientes síntomas moderados y 1 (1%) paciente síntomas severos. En el rango de 56-65 años 6(4%) tienen síntomas leves, 53(31%) síntomas moderados y 2(1%) síntomas severos. En el grupo de 66-75 años 2(1%) pacientes presentan síntomas leves, 23(13%) síntomas moderados y 1(1%) síntomas severos, entre 76 y 85 años solo se encontró a 14(8%) síntomas moderados, y por ultimo en le grupo de más de 85 años solo 1(1%) refieren síntomas severos. (Ver Anexo tabla y grafico 5).

- Hablando de el “grado de sintomatología y calidad de vida” encontramos los siguientes resultados 12(7%) pacientes refieren una sintomatología leve, de los cuales 8(5%) refieren buena calidad de vida y 4(2%) regular calidad de vida, 158(92%) pacientes sintomatología moderada de los cuales 63(37%) pacientes refieren buena calidad de vida, 92(54%) pacientes con regular calidad de vida y 3(2%)pacientes con mala calidad de vida y 1(1%) pacientes sintomatología severa con una mala calidad de vida. (Ver Anexo tabla y grafico 6).

TABLA 1: FRECUENCIAS DE ACUERDO A RANGO DE EDAD.

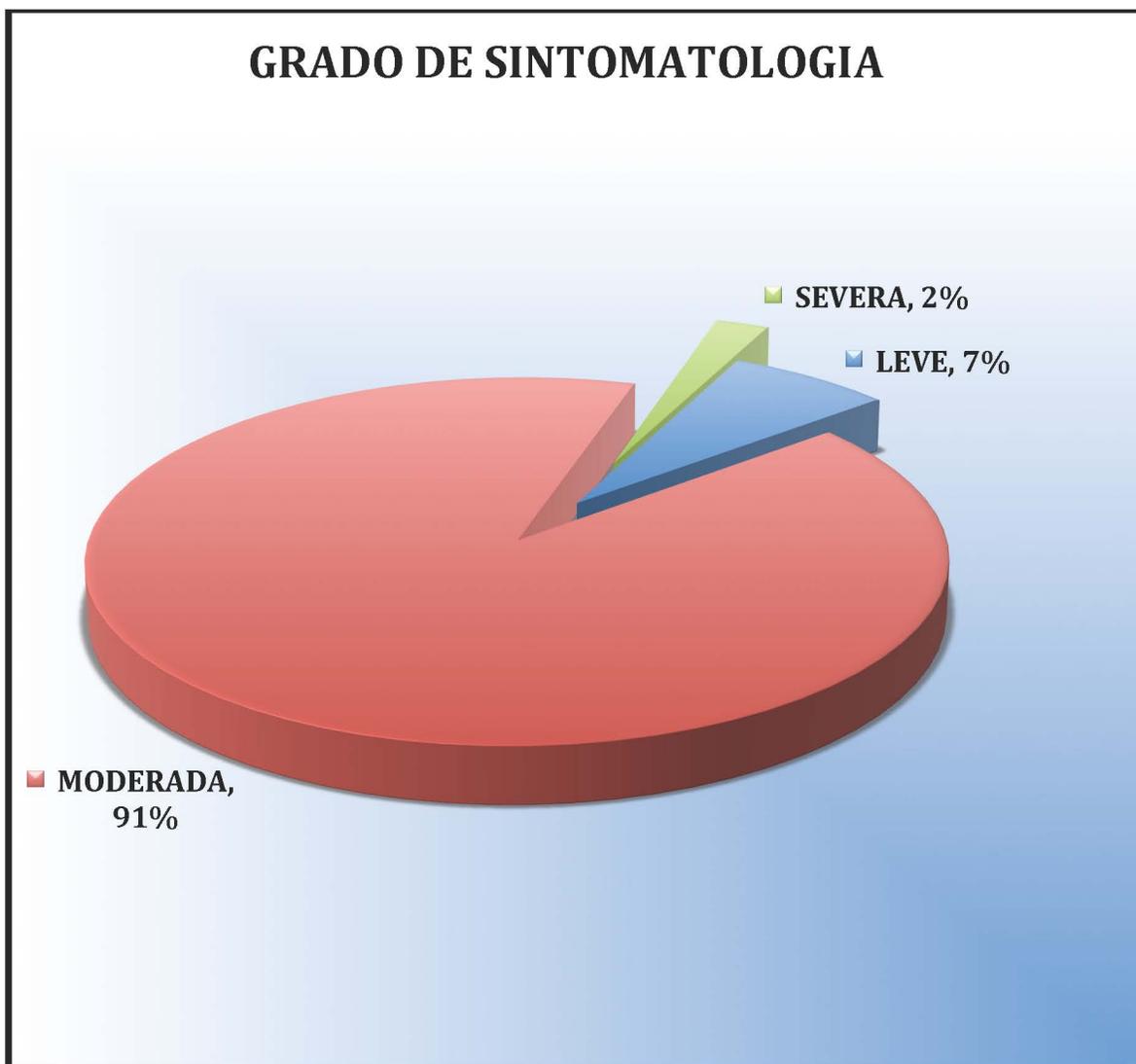
RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
45-55	68	40%
56-65	61	36%
66-75	26	15%
76-85	14	8%
MÁS 85	2	1%
TOTAL	171	100%



GRAFICA 1 FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD

TABLA 2: EVALUACION DE LA SINTOMATOLOGIA PROSTATICA.

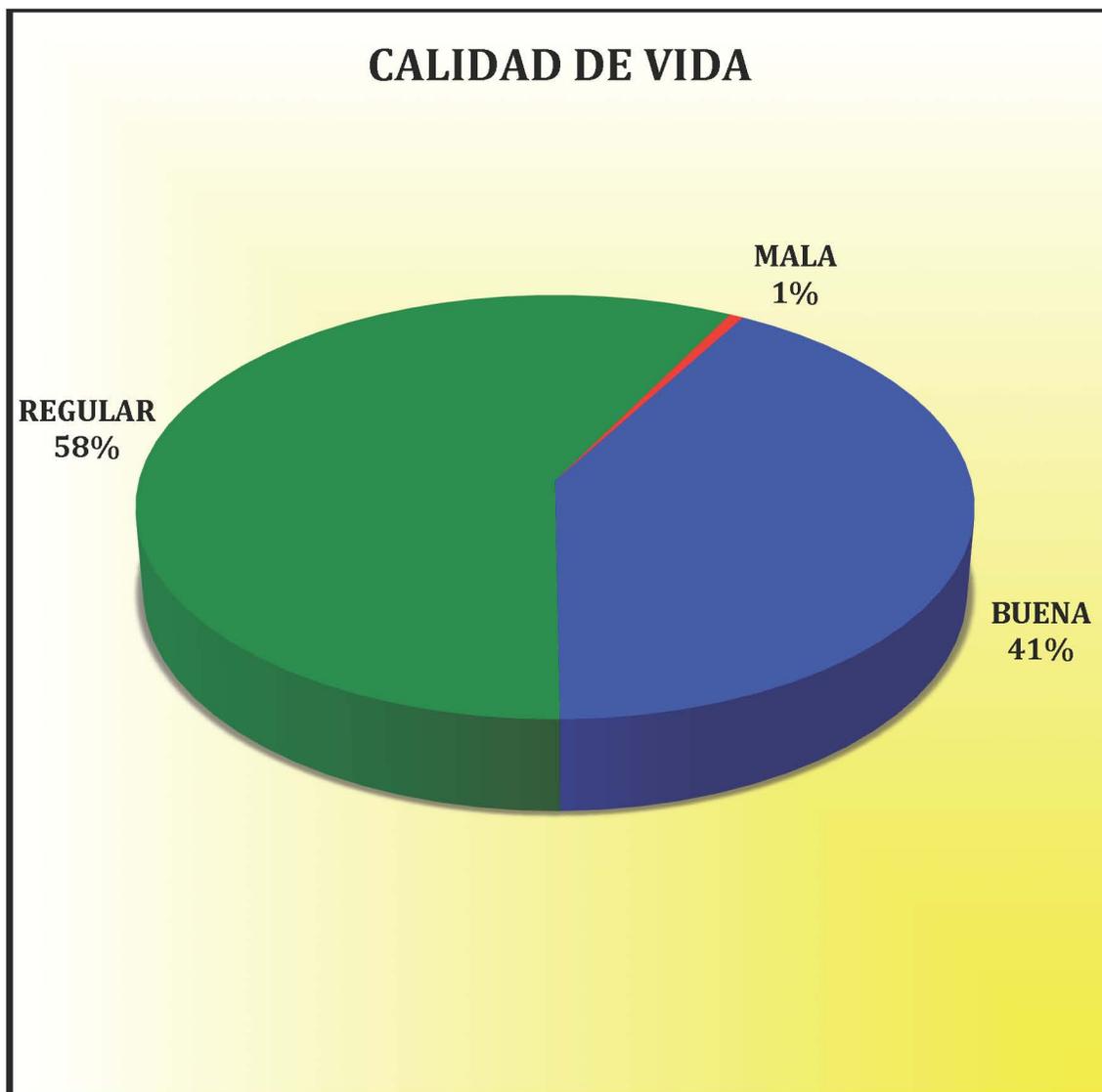
GRADO DE SINTOMATOLOGIA	FRECUENCIA	%
LEVE	12	7%
MODERADA	155	91%
SEVERA	4	2%
TOTAL	171	100%



GRAFICA 2: EVALUACION DEL GRADO DE SINTOMATOLOGIA PROSTATICA

TABLA 3: FRECUENCIA DE ACUERDO A CALIDAD DE VIDA

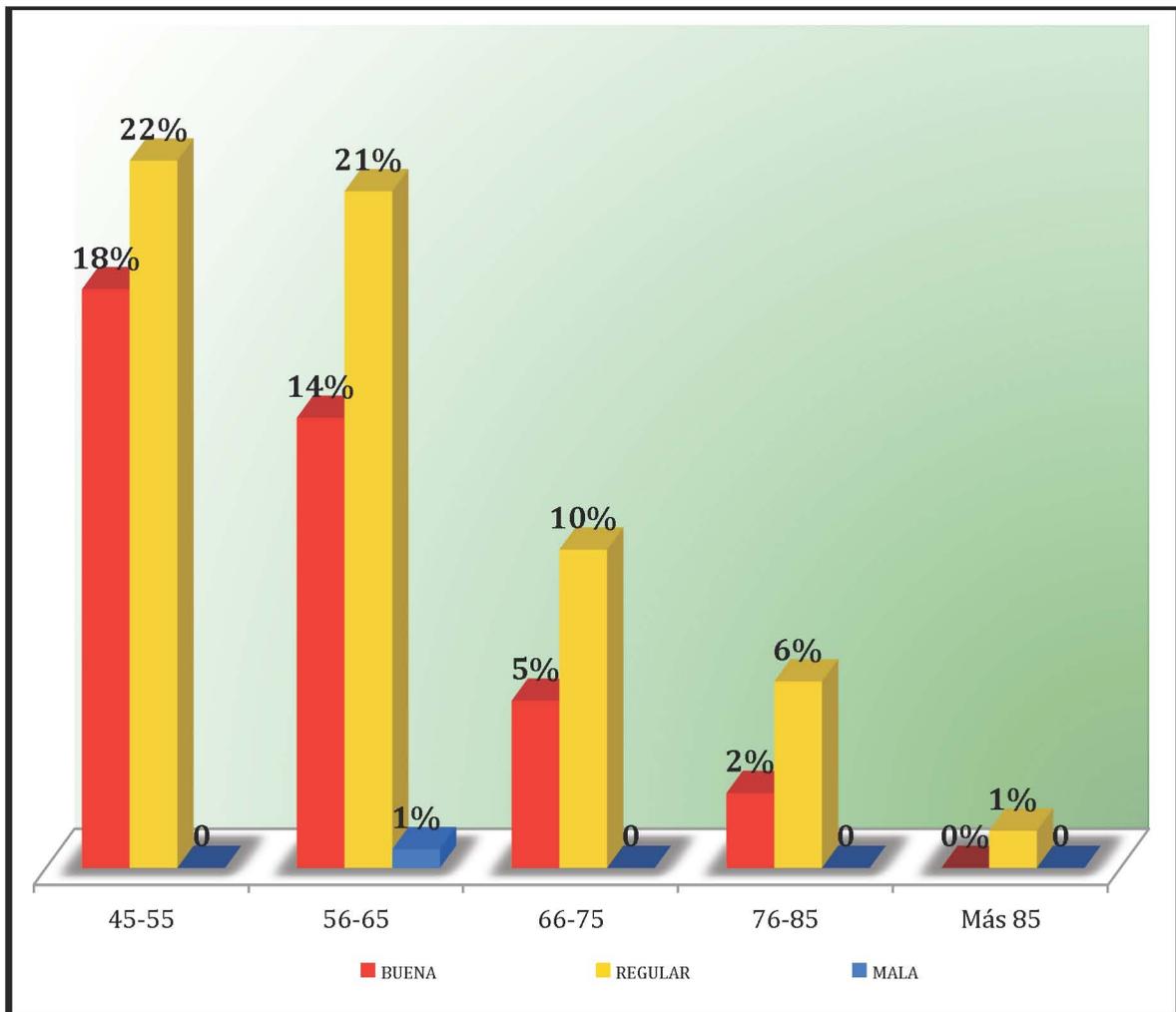
CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	%
BUENA	71	41.5%
REGULAR	99	57.9%
MALA	1	0.6%
TOTAL	171	100%



GRÁFICA 3: FRECUENCIA DE ACUERDO A CALIDAD DE VIDA

TABLA 4: FRECUENCIA ENTRE CALIDAD DE VIDA Y RANGO DE EDAD

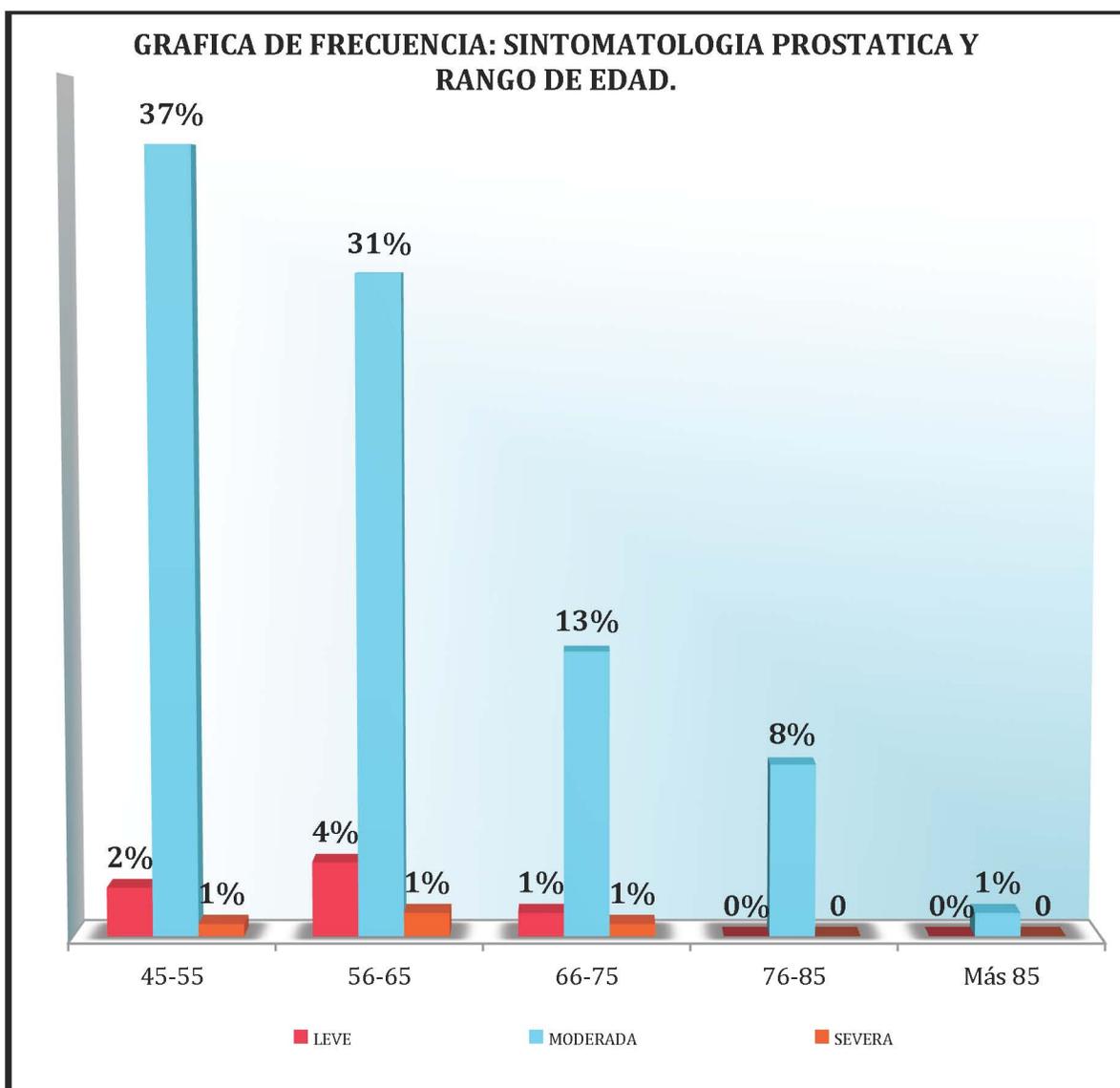
RANGO DE EDAD	CALIDAD DE VIDA						TOTAL
	BUENA		REGULAR		MALA		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
45-55	30	18%	38	22%	0	0	68
56-65	24	14%	36	21%	1	1%	61
66-75	9	5%	17	10%	0	0	26
76-85	4	2%	10	6%	0	0	14
Más 85	0	0%	2	1%	0	0	2
TOTAL	67	39.00%	103	60.00%	1	1%	171



GRAFICA 4: FRECUENCIA DE CALIDAD DE VIDA Y RANGO DE EDAD

TABLA 5: FRECUENCIA ENTRE SINTOMATOLOGIA PROSTATICA Y RANGO DE EDAD

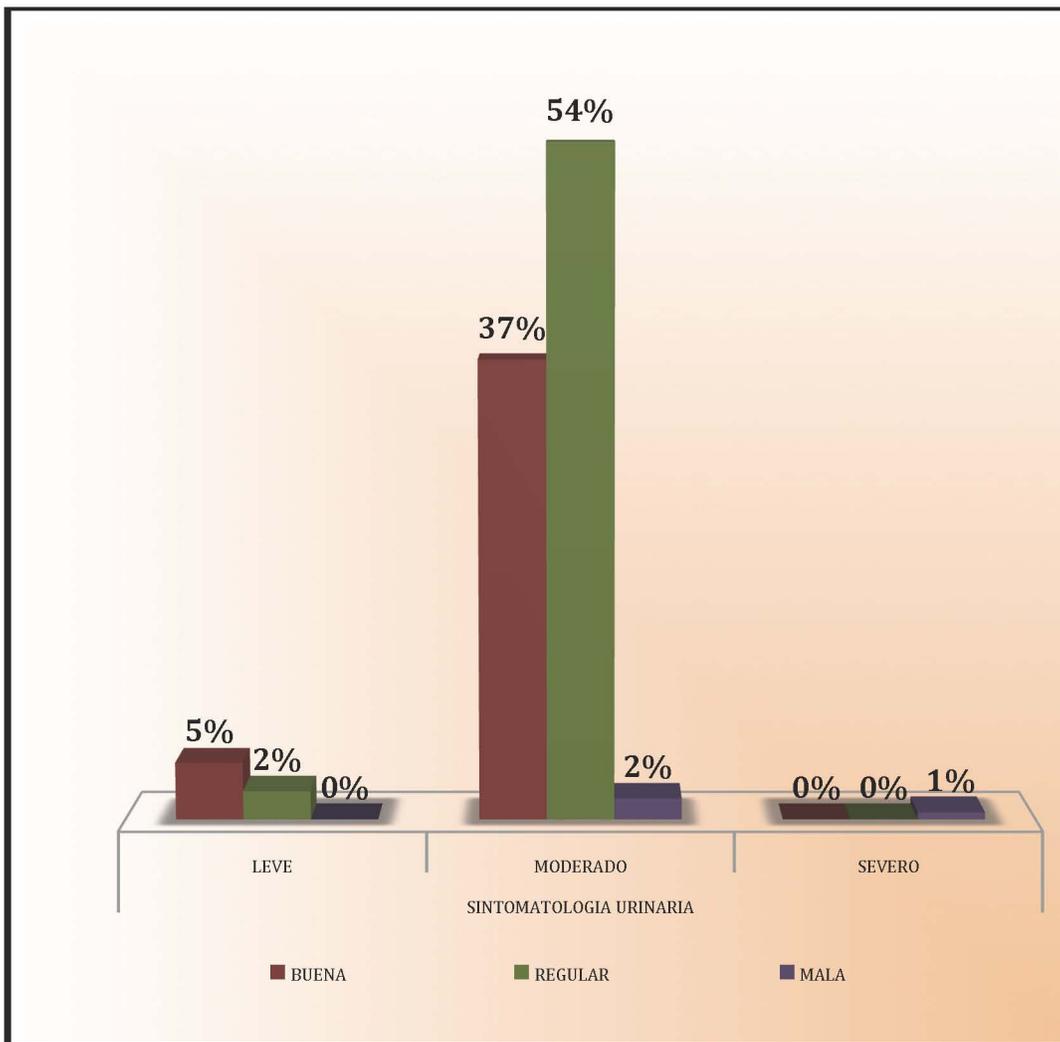
RANGO DE EDAD	SINTOMATOLOGIA PROSTATICA						TOTAL
	LEVE		MODERADA		SEVERA		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
45-55	4	2%	63	37%	1	1%	68
56-65	6	4%	53	31%	2	1%	61
66-75	2	1%	23	13%	1	1%	26
76-85	0	0%	14	8%	0	0	14
Más 85	0	0%	2	1%	0	0	2
TOTAL	12	7%	155	90%	4	2%	171



GRAFICA 5: FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA PROSTATICA Y RANGO DE EDAD

TABLA 6: FRECUENCIA DEL GRADO DE SINTOMATOLOGIA Y CALIDAD DE VIDA.

CALIDAD DE VIDA	SINTOMATOLOGIA URINARIA						TOTAL
	LEVE		MODERADA		SEVERA		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
BUENA	8	5%	63	37%	0	0%	71
REGULAR	4	2%	92	54%	0	0%	96
MALA	0	0%	3	2%	1	1%	4
TOTAL	12	7%	158	92%	1	2%	171



GRAFICA 6: FRECUENCIA DEL GRADO DE SINTOMATOLOGIA Y CALIDAD DE VIDA

DISCUSIÓN.

Tanago y col. (2001), "Problemas Prostáticos", menciona que la edad media encontrada en los participantes sintomáticos fue de entre 45 y 55 años de edad, hecho que confirma lo observado en nuestro estudio donde la hiperplasia prostática también se encontró mas frecuentemente a la edad de los 45 y 55 años. Sin embargo nuestros resultados van mas allá de la coincidencia ya que implica la posibilidad de una acción anticipatoria para el establecimiento del diagnostico en el grupo de 50 años o más. Recordemos que es la segunda causa de defunción en México por procesos neoplásicos y la Hiperplasia Prostática Benigna esta íntimamente relacionada con ello.

En el estudio realizado por Francesc Bobé Armanta, M. Eugenia Buil Arasanzb y Ana Isabel Alue y col. (2002) "Hiperplasia Benigna de Próstata: Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico", se encontró lo siguiente: 536 registros, cuya edad media fue de entre 66.2 años, mientras que en nuestro estudio se obtuvo una edad media de 59.6años, quizá debido a que nuestro universo de trabajo posee una alta frecuencia de factores de riesgo, que son por mencionar algunos el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión además de la herencia, lo que provoca que la manifestación de los síntomas sea a una edad poco mas temprana y con una mayor intensidad y por ende a buscar atención medica mas precozmente

De acuerdo al estudio publicado por Generoso Torres Fuentes (2010) "Aplicación de la escala internacional de síntomas prostáticos a adultos mayores" se encontró que la calidad de vida de estos pacientes es Buena con un 54.6%, no correspondiendo a lo encontrado en nuestro estudio, siendo esta Buena en 41%, quizá se deba a que nuestro universo estudiado se encuentra por debajo de la edad de 60 años, en donde se observa un aumento en la presencia de sintomatología prostática afectando la calidad de vida en una población que es mayormente activa, socialmente estos pacientes restringen sus necesidades con respecto a sus relaciones humanas al no sentirse aceptados por algún grupo social debido a las necesidades y cuidados especiales que estos necesitan en la fase aguda de la enfermedad poniendo de manifiesto su sintomatología urinaria, dentro del ámbito laboral, el paciente se siente irritable y con mayor estrés dificultando realizar las actividades de acuerdo a su ocupación y la limitación de las mismas. Afectando de manera directa en su economía debido a la ausencia laboral que produce esta enfermedad.

Con respecto al estudio realizado por Verónica Vergara Méndez y Lidia Bautista-Samperio (2007), "Severidad de sintomatología prostática: encuesta de pacientes entre 40-60 años" se encontró un predominio en la sintomatología "Leve" representada por 59%, mientras que en nuestro estudio fue la sintomatología "Moderada" en un 90.6%, debido a que no se realiza un screening adecuado para la identificación oportuna de los síntomas en los consultorios de atención primaria en nuestro universo de trabajo, si no es hasta la referencia con el especialista, en donde se observa que la presentación de los síntomas es mas evidente y por ende mayor sintomatología, esto es debido a que existe un aumento en la demanda de la consulta de urología, provocando que la sintomatología prostática se manifieste mas fuertemente, retrasando el tratamiento óptimo.

En más de la mitad de los participantes los síntomas fueron moderados, los cuales no se observaron en otros estudios en países como Francia, España, Estados Unidos, cuya frecuencia fueron los síntomas leves, debido a que es dichos países la atención medica cuenta con mayores recursos tanto económicos, de infraestructura y humano, dando una mejor atención y oportunidad para la prevención, hechos que no se observan en nuestro universo de trabajo, por lo que a través de este estudio se propone la intención de la identificación oportuna de la sintomatología prostática en el primer nivel de atención y con ello realizar estudios del tipo retrospectivo y comparativo, para valorar la eficacia de este tan importante instrumento, cuyo objetivo es la detección oportuna y el inicio de tratamiento precoz. La información así obtenida ayudaría al médico familiar en la toma de decisiones clínicas, esto es, si es necesario o no modificar elementos del tratamiento tales como fármacos, asistencia médica, educación al enfermo o servicios de apoyo.

Es necesario señalar como limitante del trabajo, las dificultades que conlleva la aplicación de esta encuesta, como son que el paciente deje en blanco alguna pregunta cuando no esta seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable al paciente, así como también no incluye factores psicosociales tales como problemas de tipo familiar, laboral o económicos. Ya que estos factores pueden modificar el estado anímico del paciente y con ello el de la percepción de los síntomas y su calidad de vida.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos deducir que la aplicación de la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos es esencial en la atención primaria, así como recomendar el uso de esta prueba en la practica diaria del medico familiar, ya que es accesibles en el primero de los escalones asistenciales no sólo como primer paso diagnóstico en los pacientes con sospecha de HBP, sino también como estrategia válida para evitar retrasos innecesarios en su manejo inicial y facilitar la adecuada derivación entre los niveles de atención primaria y especializada dando mayor importancia en la prevención de complicaciones, contribuyendo a mejorar la atención primaria, educación medica hacia los pacientes, fomentando la prevención y manejo precoz de los síntomas así como la oportuna toma de decisiones, a través de una atención integral con el fin de responder a las necesidades sanitarias de la comunidad, estos tres elementos permitirán que el rol del medico familiar se aplique y desarrollo de manera puntual y especifica en la atención primaria.

CONCLUSIONES

En el presente estudio donde se evaluó la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática benigna de la consulta externa de Urología del HGZ/UMF #8 se encontró a 57.9%, con una regular calidad de vida.

En el rango de edad en el que con mayor frecuencia se afecta por esta patología es de 45-55 años a 35.7% del total de registros.

La sintomatología prostática moderada fue la mas relevante en nuestro estudio correspondiendo a 90.6% de los estudiados.

Con los resultados obtenidos se el objetivo planteado, aceptándose la hipótesis nula: Los pacientes portadores de hiperplasia prostática benigna del servicio de urología del HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" no tienen una mala calidad de vida, ya que se determino que los pacientes en nuestro estudio presentaron una buena calidad de vida con una puntuación desde regular hasta buena ya que solo un paciente presento mala calidad de vida descartándose la hipótesis alterna ya que en general los pacientes presentan buena calidad de vida.

Con respecto a los factores de riesgo, no se busco de manera intencionada a los referidos en la bibliografía ya que no fueron objetivos indiscutibles dentro del campo de este estudio, así la realización de estudios futuros, en busca de la identificación de los mismos, asociados a esta patología y como hacer de su existencia el conocimiento hacia los pacientes, así como también la realización del examen de autoevaluación IPSS por parte del Medico Familiar en la consulta externa a fin de identificar los síntomas de manera precoz para una mejor prevención, diagnostico y tratamiento oportuno, enfoque esencial del medico familiar. Se recomienda, llevar un estilo de vida saludable para evitar factores predisponentes para la presentación de dicha patología mediante la practica de 30 minutos diarios de cualquier actividad física, perfil de alimentación guiado mediante la pirámide alimenticia en el cual exige dieta baja en grasas y carbohidratos, iniciar el estudio de hipertrofia prostática a partir de los 40 años que incluya valoración clínica de acuerdo a sintomatología y ecografía.

Se recomienda a quien desee continuar con esta línea de investigación la correlación existente entre el examen de autoevaluación IPSS y su relación con el antígeno prostático específico y el tacto rectal, como estrategia válida para facilitar la adecuada atención en el rubro de prevención, diagnostico y tratamiento así como su derivación entre los niveles de atención primaria y especializada.

BIBLIOGRAFIA

- 1) M. Oelke, G. Alivizatos, M. Emberton et al. Hiperplasia Prostática Benigna. Asociación Europea de Urología. Marzo 2010
- 2) Aumüller, G. Prostate gland and seminal vesicles. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg. 2009.
- 3) Luke MC, Coffey DS. The male sex accessory tissues. In: The physiology of reproduction; Knobil E, Nelly J. (eds.)
- (4). Torrubia FJ, Cruz N, Pascual JL. Factores de crecimiento e hiperplasia benigna de próstata. Hiperplasia benigna de próstata y medicina basada en la evidencia. Revista Clínica Española 2009; 199:19-23.
- (5) Cunha G, Wang Y, Hayward S, Risbridger G. Estrogenic effects on prostatic differentiation and carcinogenesis. Reprod Fertile Dev 2009; 13:285-96.
- (6) Barañao JLS, Calvo JC, Luthy IA, et al. Prolactin effects on prepubertal male rat. En Recent Advances in Male Reproduction: Molecular Bases and Clinical Implications. R D'Agata, MB Lipsett, P Polosa, MJ van der Molen (editores) New York: Raven Press; 1983. Vol. 7, p. 305-12.
- (7) Nevalainen MT, Valve E, Ahonen T, Yagi A, Paranko J, Harkonen P. Androgen-dependent expression of prolactin in rat prostate epithelium in vivo and in organ culture. FASEB J 2007; 11:1297-307.
- (8) Naber KG. Complicated urinary tract infections. Lectures in hospital infections. Sciences Press Communications 2009; 1-43.
- (9). aladié JM, Areal J, Cecchini L, Comet J, Escalera C, Ibarz L, Uria J. Conocimientos prácticos sobre Hipertrofia benigna de próstata. Barcelona: Ediciones Mayo. 2008.
- (10) Algaba F, Trías I, López L, Rodríguez-Vallejo J M, González J. Evolución morfológica de la hiperplasia de próstata. Actas Urol Esp 2000; 463-7.
- (11) Eaton CL. Aetiology and pathogenesis of benign prostatic hyperplasia. Curr Opin Urol 2009; 13:7-10.
- (12). Lepor, Lawson. Enfermedades de la próstata. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 2004.
- (13). Hernández C, Moncada I. Hiperplasia benigna de próstata. Madrid: Ed. Luzán; 2009.

- (14). Position of the American Dietetic Association and Dieticians of Canada. Vegetarian diets. *Journal Am Diet Assoc* 2008; 748-65.
- (15) Hammarsten J, Hogstedt B. La hiperinsulinemia como factor de riesgo de la hiperplasia benigna de prostática. *Eur Urol* 2008 (ed esp); IX:28-35.
- (16) Algaba F, Trías I, López L, Rodríguez-Vallejo J M, González J. Evolución morfológica de la hiperplasia de próstata. *Actas Urol Esp* 2008; 463-7.
- (17) González SI, Salcedo JL, Martínez MA. Últimos avances en el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. *Acta Bioquim Clin Latinoam* 2008; 39:171-85.
- (18) Ela-Navarrete R, Alfaro V, Badiella LL, Fernández HN. Age-stratified analysis of IPSS and QoL: values in Spanish patients with symptoms potentially related to BPH. *Eur Urol* 2000; 38:199-207.
- (19) Brenes FJ, Milozzi J. Síndrome prostático (hiperplasia benigna de próstata). En: Brenes FJ, Ibarz L. "Urología 2000 APS". Programa de Formación SEMERGEN (Casos clínicos de referencia en atención primaria). 1a Unidad Didáctica. Madrid: Meditex; 2000. p. 9-23.
- (20). Barry MJ, Williford WO, Fowler FJ. American Urological Association Symptom index: The value of their distinction in a Veterans Affairs randomised trial of medical therapy in men with a clinical diagnosis of benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2000; 164:1559-64.
- (21). Chicharro Molero JA, Burgos Rodríguez R. Epidemiology of benign prostatic hyperplasia. Definition of the condition. *Rev Clin Española* 2008; 199(Suppl 2): 12-18.
- 22). Rodríguez Mora VL, Rodríguez Vallejo JM, García Alcázar I, Gómez Acebo A. Benign prostatic hyperplasia: measurement of symptoms, IPSS and life quality assessment. *Rev Clin Esp* 1999; 199 Vols.2:30-5.
- (23) de la Rossette JJMCH, Deric KE, van der Schoot DKE, Debruyne FMJ. Recents developments in guidelines on benign prostatic hyperplasia. *Curr Op Urol* 2010; 12:3-6.
- (24). Hernández C, Moncada I. Hiperplasia benigna de próstata. Madrid: Ed. Luzán; 2009.

- (25). Castro Díaz D, Postius Robert J. Urología en AP. Barcelona: Ed. Pulso; 2009.
- (26). Laguna P, Alvizatos G. Antígeno prostático específico e hiperplasia prostática benigna. *Curr Op Urol* 2008; 10:3- 8.
- (27) Moncada I, Leal F, Jara J, de Palacio A, Hernández C. Tratamiento farmacológico de la hiperplasia benigna de próstata. En: Astobieta A, Rodríguez-Sasiain JM, Resel L. Tratado de farmacoterapia en urología. Madrid: Ediciones Luzán;2009. p. 651-76.
- (28) Moncada I, Leal F, Jara J, de Palacio A, Hernández C. Tratamiento farmacológico de la hiperplasia benigna de próstata. En: Astobieta A, Rodríguez-Sasiain JM, Resel L. Tratado de farmacoterapia en urología. Madrid: Ediciones Luzán;2009. p. 651-76.
- (29). Abrams P, Schulman CC, Vaage S. European Tamsulosim Study Group. Tamsulosin a selective alpha-1c adrenoreceptor antagonist. *Br J Urol* 2005; 76: 325.
- (30). Mebust WK. Selection of the surgical procedure for management of benign prostatic hyperplasia. *Prog Clin Biol Res* 2004; 386:369-84.
- (31) Valle Blasco M. García Timón A, et al. Abordaje de l hiperplasia benigna de próstata. *MEDIFAM* 2003; 13: 133-42.
- (32) Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *Cir Esp.* 2004; 76 (2):71-77.
- (33) Muñoz-López F. Quality of Life: A new concept. 2006; 29 (4):111-118.
- (34) Velarde E, Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 2007; 44 (9): 448-463.
- (35) Blasco-Sarramián A. Cuestionarios de calidad de vida: aspectos teóricos. 2005; 16 (4): 239-263.
- (36) Francesc Bobé Armanta, M. Eugenia Buil Arasanzb, et al. Hiperplasia Benigna de Próstata: Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. 2003, Artículo 114.117
- (37) *Rev Fac Med UNAM* Vol.50 No.4 Julio-Agosto, 2007
- (38) *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 2010; 16 (1)

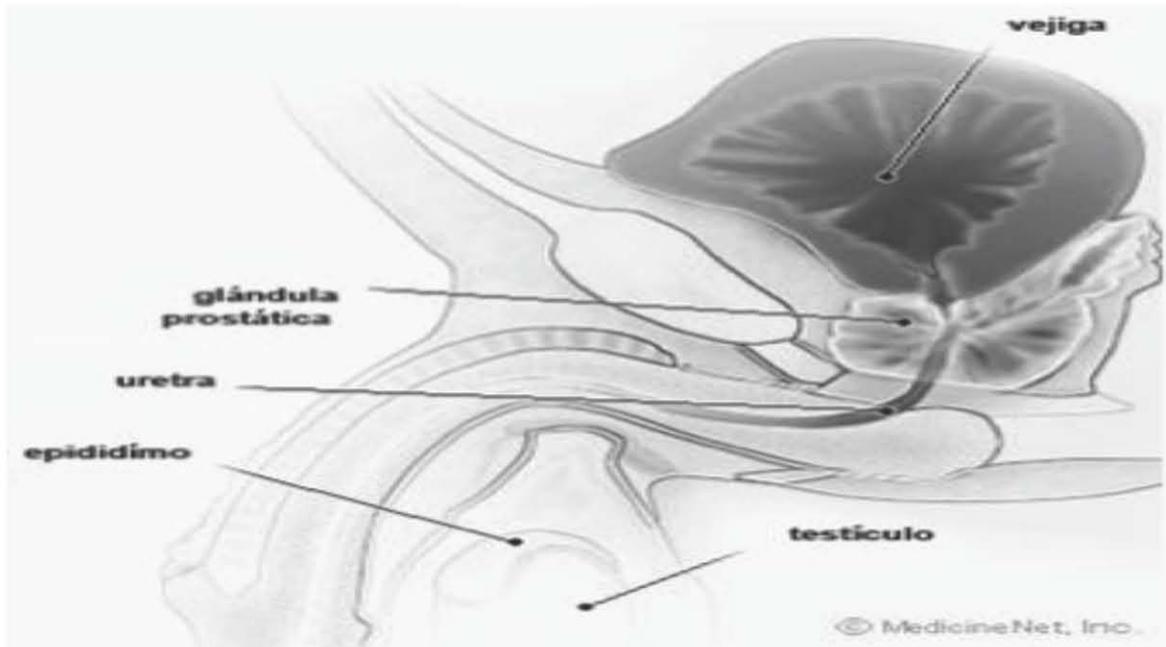
(39) Portal prensamedica.org, EUA. "Impacto de la HPB en la vida del paciente comprendiendo sus preocupaciones". Sídney. 2011.
<http://www.prensamedica.org/index.php/2011/>

(40) Barry MJ, Girman CJ, O'Leary MP, Walker Corkery EB, Binkowitz BS, Cockett AT, Guess HA. Using repeated measures of symptom score, uroflowmetry and prostate specific antigen in the clinical management of prostate disease. J Urol. 1995 Jan;153(1):99-103

(41) Madersbacher S. Urodynamics Prior to Prostatectomy: Pro European Urology. 45: 557-560

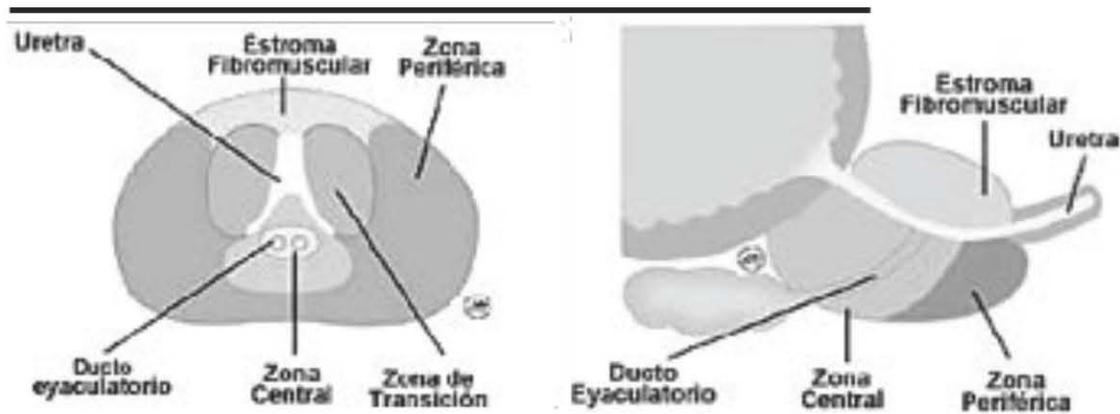
ANEXOS

ANEXO 1: FIGURA 1:



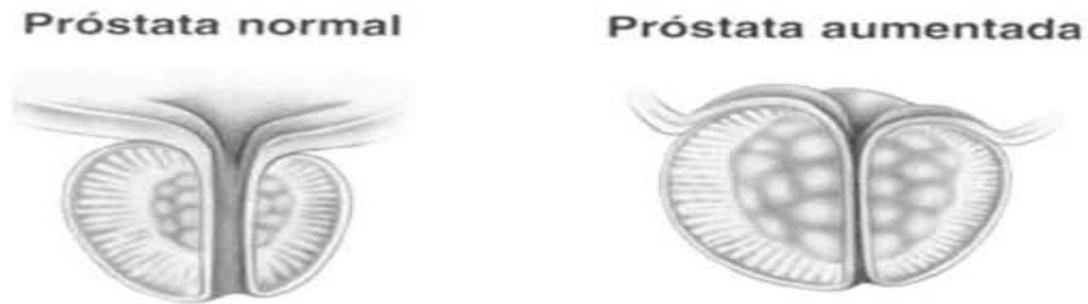
Aparato reproductor masculino. Glándula prostática.

ANEXO 2: FIGURA 2:



Zonas de la glándula prostática.

ANEXO 3: FIGURA 3:



Glándula normal y aumentada de tamaño por hiperplasia benigna de próstata.

ANEXO 4: FIGURA 4:



Fases evolutivas en la obstrucción por hiperplasia benigna de próstata.

ANEXO 5: CUADRO 1:

Factores implicados en el desarrollo de la hiperplasia benigna de próstata.

HORMONAS	FACTORES DE CRECIMIENTO
<p>ANDROGENOS:</p> <ul style="list-style-type: none">• TESTOSTERONA• DIHIDROTESTOSTERONA• ANDROSTENDIONA <p>ESTROGENOS:</p> <ul style="list-style-type: none">• ESTRADIOL• ESTRONA	<p>FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO</p> <p>FACTOR 1 DE CRECIMIENTO SIMILAR A INSULINA</p> <p>FACTORES DE CRECIMIENTO TRANSFORMANTE BETA Y ALFA</p> <p>FACTOR DE CRECIMIENTO DE FIBROBLASTOS</p>

ANEXO

CUESTONARIO IPSS (PUNTUACION INTERNACIONAL DE SINTOMAS PROSTATICOS)

Instrucciones: Coloque un circulo, subraye o una cruz, en el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia, correspondiente a cada pregunta

NOMBRE:

FECHA:

1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de orinar?

NINGUNA: 0

MENOS DE 1 VEZ CADA 5: 1

MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES: 2

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES: 3

MAS DE LA MITAD DE LAS VECES : 4

CASI SIEMPRE: 5

2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que volver a orinar en menos de dos horas después de la última vez que orinó?

NINGUNA: 0

MENOS DE 1 VEZ CADA 5: 1

MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES: 2

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES: 3

MAS DE LA MITAD DE LAS VECES : 4

CASI SIEMPRE: 5

3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que al orinar, paraba y comenzaba de nuevo, varias veces?

NINGUNA: 0

MENOS DE 1 VEZ CADA 5: 1

MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES: 2

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES: 3

MAS DE LA MITAD DE LAS VECES : 4

CASI SIEMPRE: 5

4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?

NINGUNA: 0

MENOS DE 1 VEZ CADA 5: 1

MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES: 2

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES: 3

MAS DE LA MITAD DE LAS VECES : 4

CASI SIEMPRE: 5

5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que le chorro de orina es poco fuerte?

NINGUNA: 0

MENOS DE 1 VEZ CADA 5: 1

MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES: 2

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES: 3

MAS DE LA MITAD DE LAS VECES : 4

CASI SIEMPRE: 5

6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que esforzarse para comenzar a orinar?

NINGUNA: 0

MENOS DE 1 VEZ CADA 5: 1

MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES: 2

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES: 3

MAS DE LA MITAD DE LAS VECES : 4

CASI SIEMPRE: 5

7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que levantarse a orinar entre la hora de acostarse y la hora de levantarse?

NINGUNA: 0

MENOS DE 1 VEZ CADA 5: 1

MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES: 2

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES: 3

MAS DE LA MITAD DE LAS VECES : 4

CASI SIEMPRE: 5

PUNTUACION IPSS TOTAL: _____

CALIDAD DE VIDA DEBIDO A SINTOMAS URINARIOS:

8. ¿cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de su vida con los síntomas prostaticos tal y como los tiene ahora?

ENCANTADO: 0

MUY SATISFECHO: 1

MAS BIEN SATISFECHO: 2

TAN SATISFECHO COMO INSATISFECHO: 3

MAS BIEN INSATISFECHO: 4

MUY INSATISFECHO: 5

FATAL: 6

Buena 0-2, Regular 3-4, Mala: 5-6

INDICE DE CALIDAD DE VIDA: _____



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TITULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION
EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE DE CON
HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA DE LA CONSULTA EXTERNA DE
UROLOGIA DEL HGZ/MF No. 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO.
2012-2013

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS					X							
PROPOSITOS						X						
DISEÑO METODOLOGICO							X					
ANALISIS ESTADISTICO								X				
CONSIDERACIONES ETICAS									X			
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACPETACION												X

2013-2014

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X	X					
ANALISIS DE DATOS							X	X				
DESCRIPCION DE DATOS								X				
DISCUSION DE DATOS								X	X			
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACION Y REVISION FINAL									X	X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ANEXO 7**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE DE CON HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA DE LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA DEL HGZ/MF No. 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO "

Lugar y Fecha: Derechohábientes de la C.E. de Urología del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Febrero 2012 – Febrero 2014

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:... la evaluación del paciente con hiperplasia prostática debido a su alta prevalencia en la población masculina de edad mayor a los 45 años y la determinación de su calidad de vida ya que esta se ve reducida por varios aspectos relevantes que producen un impacto en la salud mental y física y su limitación en las actividades diarias que pueden llevar a cabo esos hombres, la nicturia, que es un síntoma importante en estos pacientes, ya que la misma altera el sueño, y la relación que existe entre HPB y deterioro de la función sexual.

Procedimientos:..... Se aplicara cuestionario de autoevaluación I-PSS desarrollado para identificación de síntomas prostáticos y calidad de vida.

Posibles riesgos y molestias:.. Ninguno. El presente es un estudio descriptivo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Contribuir a mejorar la calidad e vida.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:..... No aplica.

Participación o retiro: El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

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

<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Optimización de los recursos hospitalarios y su empleo en otras áreas críticas

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

Investigador Responsable: DR EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

Colaboradores: Dra Eduardo Vilchis Chaparro / Dr Gilberto Espinoza Anrubio

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma