

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SURESTE, CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO

TESIS

**“CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA
BENIGNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2016-3703-6

PARA OBTENER EL TÍTULO DE **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. GARCÍA JIMÉNEZ VERÓNICA

Médica Residente de Tercer Año del Curso de Especialización de Medicina
Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, del Instituto Mexicano del
Seguro Social

INVESTIGADORES O ASESORES:

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

DR. OCTAVIANO JAVIER CRESPO SALAZAR

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2017



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.

AUTORIZACIONES

Dra. Gloria Mora Pimentel Redondo
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS
"Francisco del Paso y Troncoso"

Dr. Jorge Alcalá Molina
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de
Medicina Familiar No. 21 IMSS "Francisco del paso y Troncoso"

Dra. Alejandra Palacios Hernández
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad
de Medicina Familiar No. 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"

Dra. Leonor Campos Aragón
Médico Cirujano. Maestra en Ciencias. Profesora de Informática Biomédica,
Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

ASESORES DE TESIS

Dra. Leonor Campos Aragón

Médico Cirujano. Maestra en Ciencias. Profesora de Informática Biomédica,
Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Dr. Octaviano Javier Crespo Salazar

Médico Cirujano. Especialista en Medicina Familiar. Médico Adscrito a la Unidad
de Medicina Familiar No. 21. Delegación Sur. Dirección Francisco del Paso y
Troncoso No. 281, Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900. Delegación Venustiano
Carranza. Email: octajavi@gmail.com.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por brindarme salud y fortaleza para la realización y conclusión de este proyecto.

... A mis padres por los seres más comprensivos y brindarme su apoyo incondicional y espiritual hasta el final, como en todo lo culminado hasta este punto de mi vida, te amo mamá.A mis hermanas, porque su esfuerzo está inmerso en este trabajo también.

....A mis asesores, la Dra. Campos y el Dr. Crespo por su dedicación, compromiso, paciencia y conocimientos que me guiaron hasta la culminación de éste que es nuestro proyecto.

....A mis amigas Isabel, Diana y Violeta, ahora también hermanas de corazón porque de sobra saben que este trayecto no fue nada fácil y por tener siempre palabras de aliento para seguir cuando la flaqueza se hacía presente en mí.

....Sin duda hay más personas a quienes agradecer todo el apoyo incondicional en estos tres años, y con el corazón en la mano a todos ellos miles de gracias.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
TESIS

**CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Investigadores:

Dra. Leonor Campos Aragón.

Médico General y Maestra en Ciencias

Coordinadora de Educación e Investigación en Salud.

Matricula: 90544707.

Lugar de trabajo: UMF No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" IMSS

Adscripción: UMF No. 21 "Francisco Del Paso y Troncoso" IMSS

Teléfono: 57686000 Ext: 21428

Email: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

Fax: Sin Fax

Dr. Octaviano Javier Crespo Salazar.

Especialista en Medicina Familiar.

Matricula: 10689176

Adscripción: UMF21 Francisco del Paso y Troncoso.

Lugar de trabajo: UMF No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" IMSS

Email: octajavi@gmail.com.

Fax: Sin Fax

Dra. García Jiménez Verónica.

Residente de Segundo Año de Medicina Familiar.

Matricula: 98388324

Lugar de trabajo: UMF No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" IMSS.

Adscripción: UMF No. 21 "Francisco Del Paso y Troncoso" IMSS.

Email: verona.21086@gmail.com

Fax: Sin Fax.

INDICE

1.	Título	7
2.	Identificación de los investigadores	4
3.	Resumen	9
4.	Marco teórico	8
5.	Justificación	27
6.	Planteamiento del problema	28
7.	Pregunta de Investigación	28
8.	Objetivos del Estudio	29
9.	Hipótesis	29
10.	Material y métodos	30
11.	Variables	33
12.	Operacionalización de Variables	33
13.	Descripción del Estudio	35
14.	Aspectos Éticos	36
15.	Recursos humanos y Físicos, Financiamiento y factibilidad	37
16.	Aspectos de Bioseguridad	38
17.	Referencias Bibliográficas	38
18.	Anexos	41

1. TITULO: "CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN".

2. Identificación de los investigadores

Dra. Leonor Campos Aragón.

Médico General y Maestra en Ciencias

Coordinadora de Educación e Investigación en Salud.

Matricula: 90544707.

Lugar de trabajo: UMF No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Adscripción: UMF No. 21 “Francisco Del Paso y Troncoso” IMSS

Teléfono: 57686000 Ext: 21428

Email: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

Fax: Sin Fax

Dr. Octaviano Javier Crespo Salazar.

Especialista en Medicina Familiar.

Matrícula: 10689176

Adscripción: UMF21 Francisco del Paso y Troncoso.

Lugar de trabajo: UMF No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Email: octajavi@gmail.com.

Fax: Sin Fax

Dra. García Jiménez Verónica

Residente de Segundo Año de Medicina Familiar

Matricula: 98388324

Lugar de trabajo: UMF No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Adscripción: UMF No. 21 “Francisco Del Paso y Troncoso” IMSS

Email: verona.21086@gmail.com

Fax: Sin Fax

3. Resumen

“CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION”.

*Dra. Leonor Campos Aragón **Dr. Octaviano Javier Crespo, *** Dra. Verónica García Jiménez

Antecedentes

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es el tumor benigno más frecuente en el hombre mayor de 50 años, debido a un aumento prostático, causa obstrucción del flujo urinario y síntomas del tracto urinario inferior. Es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más 50 años que requiere una continuidad asistencial entre el nivel de atención primaria (AP) y de atención especializada. En el año 2005, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se otorgaron 63, 874 consultas a nivel nacional por este padecimiento. La HBP produce síntomas de naturaleza obstructiva o irritativa. El diagnóstico de la HBP es clínico y se sospecha mediante interrogatorio; los estudios complementarios son muy útiles para evaluar el grado de obstrucción, descartar complicaciones y excluir otros diagnósticos diferenciales, pero no sirven para establecer el diagnóstico de esta entidad.³ El tacto rectal es la exploración urológica fundamental para el diagnóstico de HPB.

Background

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common benign tumor in men over the age of 50 due to a prostatic enlargement, causes obstruction of urinary flow, and symptoms of the lower urinary tract. It is a disease with a high prevalence among men over 50 years of age requiring continuity of care between the level of primary care (PA) and specialized care. In 2005, at the Mexican Institute of Social Security, 63, 874 consultations were granted nationwide for this disease. BPH produces symptoms of an obstructive or irritative nature. The diagnosis of BPH is clinical and suspected by questioning; Complementary studies are very useful for assessing the degree of obstruction, rule out complications and exclude other differential diagnoses, but they do not serve to establish the diagnosis of this entity.³ Rectal examination is the fundamental urological examination for the diagnosis of BPH.

Objetivo General

- Medir la congruencia clínica diagnóstica de la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) en la UMF No. 21

Objetivos Específicos

- Identificar cual es el procedimiento médico más utilizado en el diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Determinar con qué frecuencia se realiza el tacto rectal en la Hiperplasia Prostática Benigna
- Determinar con qué frecuencia se realiza el APE (Antígeno Prostático Específico) para el diagnóstico oportuno de la HPB en el primer nivel de atención.
- Establecer la frecuencia con que se realiza el Ultrasonido Prostático como medio de diagnóstico oportuno de la HPB en el primer nivel de atención.

Hipótesis de trabajo

Hipótesis Alternativa: Existe una congruencia clínica diagnóstica de la hiperplasia prostática benigna en el primer nivel de atención.

Hipótesis Nula: No existe congruencia clínica diagnóstica en la detección oportuna de la Hiperplasia Prostática Benigna en el primer nivel de atención.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, longitudinal, en pacientes con diagnóstico de HPB de enero de 2015 a enero de 2016, realizando una revisión del expediente electrónico y recolectando datos relacionados con la integración clínica diagnóstica, incluyendo de laboratorio y gabinete.

Análisis Estadístico: Para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas.

Criterios de inclusión

- Pacientes varones de 45 a 75 años adscritos a la UMF No. 21 con diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Pacientes con diagnóstico de HPB que contaran con expediente electrónico vigente de la unidad.
- Pacientes que cuenten con evidencia escrita diagnóstica de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Al menos 3 notas por paciente para la revisión del expediente clínico electrónico.
- Que se tomen ambos turnos de atención médica.
- Pacientes en quien tenga diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna por primera vez.

Criterios de exclusión

- Pacientes con antecedentes de neoplasia prostática
- Pacientes que han recibido algún tratamiento quirúrgico para HPB o cirugía pélvica.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no cuenten con evidencia suficiente sobre la integración diagnóstica de HBP.

Variable independiente: Hiperplasia Prostática

Variables dependiente: Congruencia clínica diagnóstica

Aspectos Éticos: La realización del presente trabajo considera esta investigación como de bajo riesgo y se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Recursos e infraestructura: Se contó con recursos necesarios (humanos y materiales), financiados por el propio investigador para realizar este estudio. Además del apoyo de la Unidad de Medicina Familiar No.21, la Coordinación de Educación e Investigación en Salud y Autoridades del Cuerpo de Gobierno de esta Institución.

Tiempo a desarrollarse: Abril del 2016 a noviembre del 2016.

Palabras Clave: Hiperplasia Prostática Benigna

*Coordinadora de Educación e Investigación en salud UMF 21.

** Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar UMF 21.

*** Médico Residente de Segundo año de la especialidad de Medicina Familiar.

4. Marco Teórico

Anatomía prostática

La próstata, es un órgano compuesto por tejido glandular y estroma ambos íntimamente unidos y delimitados por la capsula prostática común. Tiene forma de un triángulo achatado en su base o cara superior. Los diámetros más grandes de una próstata libre de enfermedad son aproximadamente: transverso 4 cm, vertical 3 cm, y anteroposterior 2 cm. El peso de la próstata en adulto normal es de 20 ±5 gramos.¹

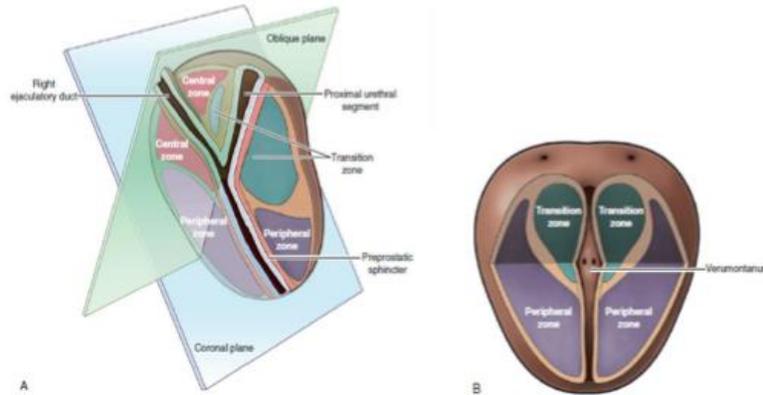
Está localizada en la región más proximal de la uretra, situada en la pelvis verdadera, separada en su posición anterior de la sínfisis del pubis por el espacio retro púbico de Retzius o prevesical, la superficie posterior de la próstata está separada de la ámpula rectal por la fascia de Denovilliers. La base de la próstata se continúa con el cuello de la vejiga y su vértice descansa sobre la superficie del diafragma urogenital. Lateralmente la próstata se relaciona con la musculatura del elevador del ano.¹

El aporte sanguíneo arterial lo recibe de las ramas de la arteria iliaca interna (arteria vesical inferior y rectal media). Su drenaje venoso es por el complejo venoso dorsal que recibe a la vena dorsal profunda del pene y de ramas vesicales, antes de desembocar en las venas iliacas internas. Esta inervada por los nervios del plexo pélvico.¹

Mc Neal desarrollo una división morfológica y funcional en el año de 1972 que sigue siendo, en la actualidad, la más utilizada. Según este autor, se distinguen cuatro zonas. Las cuatro zonas de Mc Neal son: (Figura 1)

1. Zona de transición, correspondiente al 10% de la glándula, ubicada en la base y en relación con la uretra y vejiga;
2. Zona central correspondiente al 20% de la glándula, ocupa la base en relación con las vesículas seminales
3. Zona periférica correspondiente con el resto de la glándula (70%)
4. Zona peri prostática rodea la uretra proximal y el *verumontanum*. Es la más pequeña de las cuatro zonas y no posee glándulas.

Figura 1. Cuatro zonas según Mc Neal



Fuente: *Pathology of benign prostatic hyperplasia*, Roehrborn C, *Int J Impot*

Res 2008; 20[Suppl. 3]:S11-8

Histológicamente la próstata está compuesta por glándulas tuboalveolares ramificadas dispuestas en lobulillos y rodeadas por un estroma. La unidad acinar comprende un compartimiento epitelial compuesto de células epiteliales, basales y neuroendocrinas, y un compartimiento de estroma, que incluye fibroblastos y células de músculo de fibra lisa. Los compartimientos están separados por una membrana basal. Las células epiteliales producen antígeno prostático (APE o sus siglas en inglés PSA) y fosfatasa ácida. Los dos tipos de células contienen receptores de andrógenos y dependen de estas hormonas para su proliferación.¹

La enzima 5 alfa reductasa transforma la testosterona en dihidrotestosterona, hormona causa de la hiperplasia prostática. En la pubertad se advierten cambios normales en el tamaño de la próstata llegando a las dimensiones antes mencionadas, también después de los 40 años en la porción periuretral de la glándula, sin embargo estos ya se consideran patológicos. La proliferación no cancerosa se observa predominantemente en la zona transicional alrededor de la uretra. La glándula prostática secreta un líquido poco denso, lechoso que contiene, ion citrato, calcio, ion fosfato, una enzima de coagulación, y una profibrinolisisina.¹

Conceptos

Hiperplasia Prostática Benigna

La Hiperplasia Prostática Benigna es la enfermedad más frecuente del hombre (un 90% de lesiones histológicas en personas de 80 años), su definición es un poco clara, pues incluye: ⁶

- A) En el plano histológico: Corresponde a una proliferación epitelial y estromal del tejido de la zona de transición de la próstata.⁶
- B) En el plano clínico: trastornos urinarios bajos (TUB) no específicos ni directamente relacionados, en la medida en que las enfermedades de esta glándula genital provocan síntomas urinarios.⁶
- C) En el plano pronóstico: una benignidad únicamente histológica, ya que la benignidad clínica es un logro reciente; desde Hipócrates era bien conocida la mortalidad por infección urinaria.⁶

Las diferentes definiciones surgen porque el tamaño de la próstata no siempre se relaciona con los síntomas (30 a 50 % de los hombres con HBP detectado por tacto rectal o ultrasonido presentan síntomas), así el termino HBP implica uno o más de los hallazgos ya mencionados.²

Congruencia clínico-diagnostica es la coherencia en la identificación de síntomas y estudios paraclínicos en base al diagnostico

Expediente clínico electrónico

El expediente clínico electrónico que amplía el dictamen médico de un experto, conformándose por una descripción de las propedéuticas médicas aunadas a documentos, imágenes, procedimientos, pruebas diversas, análisis e información de estudio practicadas al paciente.⁵

Utiliza mensajería conforme a los estándares internacionales para interactuar con Sistemas como el de Laboratorio, Banco de Sangre, Imagenología y Hemodiálisis entre otros. Asimismo permite intercambiar de forma segura información con otras instituciones bajo estándares de interoperabilidad.⁵

Tacto rectal: Consiste en la introducción del dedo índice a través del canal anal, lo cual permite explorar el propio canal anal, la ampolla rectal, las estructuras extrarrectales adyacentes y las heces. El tacto rectal está indicado en las siguientes situaciones:

- Ante alteraciones del tránsito intestinal.
- Ante la presencia de síntomas proctológicos: proctalgia, tenesmo, rectorragia, prolapso, supuración, incontinencia fecal, tumoraciones, prurito anal, etc.
- Ante la presencia de síntomas urológicos (especialmente en el varón): miccionales (orina oscura, molestias al orinar, oliguria, incontinencia urinaria) o seminales (hemospermia).
- Ante procesos en que se sospeche un origen ginecológico o peritoneal, con el fin de valorar el fondo de saco de Douglas (bolsa peritoneal ubicada entre el recto y el útero en la mujer y entre el recto y la vejiga de la orina en el varón).

El tacto rectal está contraindicado ante la presencia de cualquier proceso agudo anorrectal (trombosis hemorroidal, fisura anal, etc.)

Antígeno Prostático Específico: Es el marcador tumoral más útil en el diagnóstico de cáncer de próstata, y sobre todo para el seguimiento postquirúrgico. El valor determinante de esta glicoproteína es que se encuentra exclusivamente en el tejido prostático, bien sea normal, hiperplásico o maligno. Los valores de APE están aumentados en el cáncer prostático, en la HBP y en la prostatitis, entre otros.¹

Según un artículo sobre prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar de la hiperplasia prostática benigna (HPB) es muy prevalente en atención primaria; es el principal motivo de consulta por problemas urológicos en el hombre y es el primer diagnóstico que debemos pensar ante un paciente mayor de 50 años que consulta por síntomas obstructivos (dificultad para iniciar la micción, disminución de la fuerza y del calibre del chorro miccional, goteo postmiccional, sensación de vaciamiento incompleto) y/o irritativos (urgencia miccional, polaquiuria, nocturia)

de varios meses de evolución. El diagnóstico de HPB es clínico, y debe presumirse ante todo paciente de 50 años o más que consulta por prostatismo (síntomas obstructivos o irritativos urinarios, de progresión lenta, con remisión y reaparición espontáneas) y que no tiene otra causa clara que explique esta sintomatología. La única maniobra útil del examen físico es el tacto rectal, cuyo objetivo principal es intentar descartar el cáncer de próstata. Aunque en la HPB la próstata puede estar agrandada, es importante destacar que el tamaño de la glándula se correlaciona mal con la presencia o ausencia de obstrucción al flujo urinario, y una próstata de volumen conservado no descarta el diagnóstico de HPB obstructiva. Los únicos dos estudios de laboratorio que deben solicitarse de rutina como parte de la evaluación inicial son el sedimento de orina y la creatinemia (ambos sirven para descartar otros diagnósticos y detectar complicaciones). El dosaje del antígeno prostático específico en la evaluación de la HPB es controvertido. La mayoría de las guías de práctica lo define como un estudio opcional u optativo, que depende del juicio clínico del médico. La ecografía vésico-prostática con evaluación del residuo postmiccional y la uroflujometría son también estudios diagnósticos opcionales, que pueden colaborar en el seguimiento y en la toma de decisiones terapéuticas. Las complicaciones de la HPB son poco frecuentes e incluyen la retención urinaria aguda, la insuficiencia renal, las infecciones urinarias, la macrohematuria y la litiasis vesical. Las estrategias de manejo de esta entidad incluyen la conducta expectante, el tratamiento médico (con fármacos alfabloqueantes, inhibidores de la 5-alfareductasa o fitoterapéuticos) y el tratamiento quirúrgico, ya sea a través de técnicas poco invasivas (como la resección transuretral convencional, la resección transuretral bipolar y los procedimientos laser, entre otros) o la adenomectomía a cielo abierto.³

Epidemiología

La Hiperplasia Prostática Benigna es un problema a nivel mundial, representa el tumor benigno más común observado a partir de los 50 años de edad. Constituye

un trastorno histológico relacionado con la edad, cuya incidencia y mortalidad varía de país en país.¹

Diversos estudios internacionales, señalan prevalencia variadas, a veces duplicada, en función de los países en que fueron realizados sobre todo Alemania, Inglaterra, Corea del Sur, España, Francia, Italia, Países Bajos, Estados Unidos. Sin embargo, todos demuestran un aumento con la edad, con extremos del 12-25% para los síntomas moderados, y del 2-6% para los síntomas graves.⁶

La HBP constituye una de las patologías más frecuentes del varón. En España se estima una prevalencia del 11,8% en varones mayores de 40 años, pudiendo alcanzar el 30% en mayores de 70 años. Supone la primera causa de consulta en los Servicios de Urología y la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica en varones mayores de 50 años. Dado el envejecimiento progresivo de la población, es de prever en un futuro un incremento del número de varones afectados de esta patología.⁶

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es el tumor benigno más frecuente en el hombre mayor de 50 años, debido a un aumento prostático, causa obstrucción del flujo urinario y síntomas del tracto urinario inferior. Es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más 50 años que requiere una continuidad asistencial entre el nivel de atención primaria (AP) y de atención especializada.⁶

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

De acuerdo a la Estadística Nacional de Salud en el año 2012 se registraron 199.999 casos de enfermedades urológicas siendo un 2.2% del total de la población. En el grupo de edad 50-69 años representando un 2% y población con más de 69 años con un 3.4%. En el año 2005, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se otorgaron 63, 874 consultas a nivel nacional por este padecimiento.

Fisiopatogenia

La próstata se encuentra bajo la influencia del estímulo androgénico que ejerce la dihidrotestosterona (DHT), metabolito derivado de la testosterona por la acción de la enzima 5 alfa-reductasa. El crecimiento prostático en exceso esta generado por alteraciones en el equilibrio hormonal y de los factores de crecimiento que actúan sobre la zona de transición, con la consiguiente hiperplasia glandular.³

La hiperplasia del epitelio y el estroma prostáticos determinan un aumento de tamaño de la glándula con incremento en la resistencia del flujo urinario y, en consecuencia, una respuesta del musculo detrusor a la obstrucción producida por estos cambios. Este proceso puede provocar síntomas conocidos como “prostatismo”, que pueden deberse a los efectos diferentes de la obstrucción (síntomas obstructivos) o a los cambios en el funcionamiento vesical secundario a la obstrucción crónica y a la distensión vesical (síntomas irritativos).³

Los factores de riesgo más importantes para desarrollar HPB incluyen la edad y la presencia de testículos funcionales; los antecedentes heredofamiliares de este problema y la dieta occidental también serían factores predisponentes.³

Manifestaciones Clínicas

La HBP produce síntomas de naturaleza obstructiva o irritativa. Tres aspectos principales determinan el cuadro clínico de los pacientes “prostáticos”: la sintomatología, el crecimiento prostático, y el grado de obstrucción. Esta relación es variable de paciente en paciente; la historia natural de la HBP no siempre se asocia a un curso progresivo, ni tampoco siempre existe correlación entre el tamaño prostático y el grado de obstrucción de salida de la orina. Por lo tanto el diagnostico se basa principalmente en la anamnesis.¹ Para su estudio se establece una serie de escalones clínicos, que incluyen una fase de compensación, una fase clínica y una de descompensación.¹

- A. Fase de Compensación: el crecimiento prostático ocasiona un aumento de la presión uretral durante el vaciado que es compensado por una mayor actividad contráctil del detrusor que se hipertrofia, encontrando presiones vesicales más elevadas. En esta fase la clínica puede ser mínima o inexistente.¹

- B. Fase clínica: la elongación de las fibras musculares por encima de un límite condiciona pérdida de capacidad contráctil. En este momento, aparecen retraso al inicio de la micción, disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional y alargamiento del vaciado (síndrome prostático), el vaciado suele ser incompleto, dando lugar a un residuo postmiccional.¹
- C. Fase descompensación: se produce un vencimiento del detrusor vesical que es incapaz de vencer la presión uretral, aumentando la sintomatología anterior y pudiendo aparecer retención urinaria. Ocasionalmente puede aparecer dilatación uretral bilateral con deterioro de la función renal. Esto es debido a una uropatía obstructiva infravesical con pérdida del mecanismo antirreflujo.¹

Figura 2. Sintomatología de la hiperplasia prostática

Sintomas obstructivos	Sintomas irritativos
- Disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional	- Polaquiuria
- Interrupción o intermitencia del chorro	- Nicturia
- Disuria	- Imperiosidad o urgencia
- Prolongación del tiempo de vaciado vesical	- Sensación de vaciado incompleto
- Micción incompleta o por rebosamiento	- Incontinencia
- Goteo terminal	
- Retención de orina	

Fuente: Lozano J.A., *Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata*, Rev. Urol- Farmacoterapia, México, 2003, Vol. 22 Núm. 5: 91

En 1991 el Comité Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una reunión realizada en París recomendó el empleo de un cuestionario de 7 preguntas donde se exponen los síntomas obstructivos e irritativos, cada uno da una puntuación de 0 a 5, el IPSS nos permite cuantificar la sintomatología y conocer la relación síntomas-calidad de vida de cada paciente, orientándonos y sirviéndonos de apoyo en la toma de decisiones sobre la conducta a seguir en los pacientes con HB. Al evaluar el resultado del IPSS, se considera de 0 a 7 puntos: leve, de 8 a 19 puntos: moderado, y de 20 a 35 puntos: severo.⁴ (Figura 3).

Figura 3. Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS, International Prostate Symptom Score). Valoración de la gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y la calidad de vida relacionada con los STUI.

	Nunca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas ha tenido que volver a orinar en las 2 h siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

< 8 puntos = leve 8 a 19 puntos = moderada > 20 puntos = grave

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación ≥ 4 = afectación significativa de la calidad de vida del paciente

Las complicaciones asociadas a la HBP, producidas por la estasis urinaria como infecciones o cálculos en la vejiga, pueden también ser responsables de síntomas tanto irritativos como obstructivos.¹

Existen también síntomas, producidos por la HBP, no relacionados con las vías urinarias, por ejemplo, la aparición de hernias o hemorroides tras maniobras de presión abdominal para realizar la micción. Se han descrito cuadros de estreñimiento o de cambios en el calibre de las heces, provocadas por la protrusión de la próstata sobre el recto.¹

Diagnóstico

La valoración inicial de un paciente con síntomas sugerentes de obstrucción benigna de la próstata debe estar encaminada a la aplicación de herramientas que permitan el diagnóstico y cuantifiquen la severidad sintomática y su repercusión en la calidad de vida del paciente.¹ (Figura 3)

El diagnóstico de HBP es clínico y se sospecha mediante el interrogatorio, los estudios complementarios son muy útiles para evaluar el grado de obstrucción,

descartar complicaciones y excluir otros diagnósticos diferenciales, pero no sirven para establecer el diagnóstico de esta entidad.¹ (Tabla 1)

Pruebas recomendadas en la evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica• Cuantificación de los síntomas prostáticos (I-PSS) y valoración de la calidad de vida• Exploración física y tacto rectal• Análisis de orina
Pruebas recomendadas posteriores	<ul style="list-style-type: none">• Valoración de la función renal• Antígeno prostático específico (APE)• Registro del índice de flujo• Residuo posmiccional• Diario miccional (gráfica frecuencia-volumen)
Pruebas opcionales	<ul style="list-style-type: none">• Estudios presión-flujo• Valoración de la imagen de la próstata mediante ecografía transabdominal o transrectal• Estudios de imagen de la vía urinaria superior por ecografía o urografía intravenosa• Endoscopia del tramo urinario inferior

Hiperplasia Benigna de la próstata, síntomas, diagnóstico y estrategia terapéutica, volumen 25, No.8, 2014

Historia clínica y exploración física

El diagnóstico de la HBP es clínico y se sospecha mediante interrogatorio; los estudios complementarios son muy útiles para evaluar el grado de obstrucción, descartar complicaciones y excluir otros diagnósticos diferenciales, pero no sirven para establecer el diagnóstico de esta entidad.³

Se considera fundamental una historia detallada con recolección de datos de antecedentes clínicos y sintomatología, medicación habitual, e intervenciones quirúrgicas previas.¹

Interrogatorio⁷

Antecedentes familiares de patología prostática.

Antecedentes personales de Enfermedades neurológicas: Neuropatía periférica (diabetes), enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, Accidente Cerebro Vascular ACV, lesiones medulares.

Intervenciones quirúrgicas pélvicas e instrumentaciones uretrales.

Fármacos: Diuréticos por aumento de la frecuencia miccional, calcio antagonistas que disminuyen la contractilidad vesical. Antidepresivos tricíclicos por aumento del tono prostático. Antihistamínicos de 1ª generación que disminuyen la contractilidad vesical.

Cuestionario de valoración sintomatológica y calidad de vida (Puntaje Internacional de Síntomas de la Próstata – IPSS). Clasifica la sintomatología del paciente en leve, moderada o severa con fines de orientación diagnóstica, terapéutica y de seguimiento, mediante un cuestionario autoadministrado.⁷

Exploración física

La exploración física general debe incluir, además, el tacto rectal para evaluar el volumen prostático y excluir el cáncer de próstata localmente avanzado. El valor predictivo positivo del tacto rectal alcanza el 40%.¹

El tacto rectal es la exploración urológica fundamental para el diagnóstico de Hiperplasia Benigna Prostática. Clásicamente se efectúa con la vejiga vacía. Este examen digitorrectal de la próstata es simple de realizar, rápido, de bajo costo e indoloro.⁷

Se debe realizar una explicación de la prueba al paciente y debe ser efectuado en un ambiente privado, con delicadeza, empleando un guante bien lubricado del dedo índice y con la vejiga vacía. Se puede realizar en diferentes posiciones, cada profesional debe elegir con la que se encuentra más cómoda y le resulta más fácil de realizar según sea su experiencia, y la condición física del paciente.¹

Entre las posiciones más comunes tenemos:

Genupectoral o de “plegaria mahometana” 1

El paciente se coloca de rodillas y se inclina hacia adelante hasta apoyarse en los codos o el pecho.

Las rodillas están ligeramente separadas y los muslos perpendiculares a la cama. Esta posición es de preferencia cuando se trata de realizar un examen detenido del recto.¹

Decúbito lateral o de Sims

El paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo, flexionando el muslo y la rodilla que quedan arriba.¹

Decúbito dorsal

El paciente se encuentra en decúbito dorsal con ambos miembros inferiores flexionados y ligeramente separados.¹

La palpación de una próstata dura, lisa, regular, con borramiento del surco medio y que produce un relieve en el recto permite afirmar por si sola el diagnóstico de HPB cualesquiera que sean los síntomas.⁶

El resto de la exploración física consiste en la palpación abdominal en busca de un globo vesical, la palpación renal para detectar nefromegalia y una somera exploración neurológica.⁶

Estudios complementarios

Uro análisis y uro cultivo: Son útiles para evaluar la presencia de infección urinaria y/o hematuria como posibles complicaciones de la HPB.⁷

Función renal: La creatinina plasmática debe de ser solicitada para evaluar la función renal. Si está elevada, debería efectuarse una ecografía renal para descartar alteraciones asociadas.⁷

Glicemia: la presencia de hiperglicemia los SOUB debido a la poliuria asociada. Además los pacientes diabéticos tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones asociadas a la HPB.⁷

Antígeno Prostático Específico

La analítica básica de sangre y orina debe llevara asociada la determinación de creatinina para la evaluación de la función renal y de antígeno prostático específico (PSA), cuya determinación, además de servirnos como diagnostico precoz de cáncer de próstata, ha demostrado ser un excelente predictor de evolución de la HBP. Sus niveles elevados se han asociado con mayores volúmenes prostático, mayor incidencia de retención aguda de orina y de necesidad de cirugía.³

Es una glicoproteína producida por el epitelio prostático que puede dosarse en sangre y cuyo adjetivo “especifico” hace referencia a que solo esta glándula tiene la capacidad de secretarla. El valor normal de antígeno prostático va de entre 0 y 4 nanogramos por mililitro (ng/ml), y elevado cuando este es mayor de 4 ng/ml.³ Un gramo de adenoma prostático produce 0.3 ng/ml de antígeno, mientras que un gramo de cáncer produce 3 ng/ml de antígeno. Se considera anormal un aumento de más de 1 ng/ml por año.³

Tabla 3. Determinación de APE

VALORES DE APE	DIAGNÓSTICO	COCIENTE PSAL/PSAT	VELOCIDAD DE APE (INCREMENTO EN RELACIÓN AL TIEMPO)	DIAGNÓSTICO
0-4 ng/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Valor normal • No hay enfermedad 			
> 10 ng/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Hay enfermedad • Es indicativo en un 50% de cáncer de próstata 			
4-10 ng/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Gran solapamiento entre pacientes con HBP y cáncer prostático • Diferenciación mediante el cociente APEL/APET y la velocidad del APE 	< 0,15-0,25	> 0,75 ng/ml en un año	Sospecha de cáncer de próstata

APE: antígeno prostático específico; APEL: antígeno prostático libre; APET: antígeno prostático total.

Hiperplasia Benigna de la próstata, síntomas, diagnóstico y estrategia terapéutica, volumen 25, No.8, 2014

Diagnósticos diferenciales

En la evaluación clínica y, de manera particular en el interrogatorio, se deben tener en cuenta todas las entidades clínicas que pueden causar síntomas similares.

Sin el paciente tiene solo síntomas irritativos, deben tenerse en cuenta los siguientes diagnósticos: a) Cistitis, entidad menos frecuente en los hombres que en las mujeres; b) Prostatitis crónica, entidad más frecuente en jóvenes.¹

Tratamiento

La elección del tratamiento apropiado se basa en la severidad de los síntomas, en el grado en que afectan el estilo de vida del individuo y en la presencia de cualquier otra condición médica. Los datos obtenidos mediante la anamnesis, exploración física, y pruebas complementarias definen los tres ejes de la hiperplasia prostática benigna. Hay una falta de correlación entre el tamaño de la glándula, la gravedad de los síntomas, y el grado de obstrucción, que condiciona que la clínica de la enfermedad sea variable.¹

Las opciones de tratamiento incluyen: abstención terapéutica con manejo expectante, terapias farmacológicas, y variadas técnicas quirúrgicas.¹

Vigilancia expectante

Consiste en realizar un cambio en el estilo de vida y una modificación de los factores de riesgo, lo cual incluye: evitar el sedentarismo y realizar ejercicio físico, restricción de líquidos por la noche, restricción del consumo de café, alcohol, grasas, picantes y determinados medicamentos que actúan sobre la fibra muscular lisa (como neurolépticos y anticolinérgicos, etc.), y modificación de hábitos miccionales.¹

El control debe ser anual, vigilando la aparición de cambios en la sintomatología, la calidad de vida o la aparición de complicaciones.¹

Tratamiento médico.

Actualmente se disponen los siguientes grupos de fármacos para el tratamiento de la HPB: Fitoterapia, Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos, e Inhibidores de la 5-Alfa-Reductasa.

Fitoterapia

Se han reconocido agentes, como: *Serenoa repens* (palmera sagú), e *Hypoxis rooperi* (pasto estrella sudafricano), que poseen propiedades antiandrogénicas o antiestrogénicas, así como inhibición de los factores de crecimiento, o de un efecto antiinflamatorio. Sin embargo no están recomendados como tratamientos de primera elección para el tratamiento de la HBP. Se les suele atribuir una eficacia similar al placebo.¹

EXTRACTO	POSOLOGÍA
<i>Serenoa repens</i>	160 mg/12 h (preferentemente con las comidas)

Hiperplasia Benigna de la próstata, síntomas, diagnóstico y estrategia terapéutica, volumen 25, No.8, 2014

Bloqueadores alfa 1 adrenérgicos

Relajan el músculo liso del cuello vesical y de la próstata, lo que reduce la resistencia uretral, mejora el vaciado vesical y disminuye los síntomas de prostatismo. Se cuenta con extensa evidencia acerca de la eficacia de los alfabloqueantes, la que los convierte en el tratamiento médico de elección de la HPB. Los fármacos de este grupo incluyen la terazosina, la doxazosina, la alfuzosina y la tamsulosina. Todas estas drogas disminuyen el valor del APE cerca de un 25%.³ (Tabla. Posología de bloqueadores alfa 1 adrenérgicos).

Tabla Posología de bloqueadores alfa 1 adrenérgicos

BLOQUEADOR	PAUTA DE MANTENIMIENTO
Prazosina	2 mg/12 h
Doxazosina	4 mg/24 h (neo) 2-4 mg/24 h
Terazosina	5 mg/24 h
Tamsulosina	0,4 mg/24h
Alfuzosina	2,5 mg/8 h

Hiperplasia Benigna de la próstata, síntomas, diagnóstico y estrategia terapéutica, volumen 25, No.8, 2014

Inhibidores de la 5-alfa reductasa

La finasterida y la dutasterida bloquean la conversión de testosterona a su forma activa, la dihidrotestosterona, mediante la inhibición de la enzima 5-alfareductasa. La probabilidad de mejoría sintomática varía entre el 54% y el 78%. Los efectos adversos de estas drogas incluyen: disfunción sexual eréctil (15% a 20%), disminución de la libido (2,8%) y disminución del volumen del eyaculado (0,3%). En los pacientes que reciben estas drogas se observa un 50% de reducción en los niveles del APE. Su principal ventaja es que el uso prolongado (4 años) demostró modificar la progresión de la enfermedad (menor incidencia de retención urinaria aguda y menor necesidad de recurrir a la cirugía) en los pacientes con próstatas grandes (mayores a 40 cc). Sus desventajas son varias: a) Los efectos beneficiosos en cuanto a la mejoría sintomática recién se evidencian luego de un año de tratamiento; b) Solo son efectivos en pacientes con próstatas grandes

(mayores a 40 cc); c) Si el paciente mejora con la droga, ésta debe utilizarse toda la vida ya que, al dejarla, la próstata vuelve a crecer; d) Su costo es elevado; y e) Su uso prolongado está relacionado con un aumento de la incidencia de cáncer prostático de alto grado de malignidad.³

Guía de Práctica Clínica (GPC)

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en circunstancias sanitarias específicas.

Intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud.

Entre los objetivos más importantes que se buscan es la de mejorar la práctica clínica, en el sentido de que dan un soporte científico para ello, educara a los profesionales y talos pacientes ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponibles, disminuir la variabilidad profesional, mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población.

Evaluación de la HPB

Los objetivos de la evaluación de la HPB consisten en determinar si se realiza un diagnóstico con respecto a la clínica de los pacientes, así como su repercusión en la salud del mismo y el riesgo de complicaciones por la misma.

Evaluación de los síntomas: se recomienda el uso de una buena Historia Clínica, del cuestionario de IPSS, y una adecuada exploración física para el correcto diagnóstico de esta patología y discernir entre otros posibles diagnósticos.

Evaluación de comorbilidades. Se recomienda el empleo de estudios complementarios de tipo laboratorio y gabinete, para evitar o retrasar el daño

funcional u orgánico que esta enfermedad puede ocasionar a pesar de ser benigna.

Este estudio tomará como base el expediente clínico electrónico como estándar de oro para poder realizar la metodología ya propuesta posteriormente.

5. Justificación

La HBP constituye una de las patologías más frecuentes del hombre. A nivel mundial se estima una prevalencia del 11,8% en varones mayores de 40 años, pudiendo alcanzar el 30% en mayores de 70 años. Supone la primera causa de consulta en los Servicios de Urología y la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica en varones mayores de 50 años. Dado el envejecimiento progresivo de la población, es de prever en un futuro un incremento del número de hombres afectados de esta patología; es que no solo será la detección de HPB nuestro objetivo como trabajadores de la salud sino prevenir complicaciones como IVU frecuentes, daño renal, cáncer de próstata.

Ahora más que nunca se hace necesaria una priorización del uso de recursos más eficientes por parte de las instituciones públicas. En el ámbito de la salud se pretende conseguir una asistencia sanitaria de calidad, al mismo tiempo que un óptimo uso de los recursos disponibles para lograr el mejor tratamiento para los pacientes. Como consecuencia, cobra una mayor importancia el análisis farmacoeconómico de diferentes alternativas terapéuticas, sobre todo para las enfermedades crónicas y más prevalentes, como la hiperplasia benigna de próstata (HBP), ya que suponen un mayor coste para el sistema.

Por tanto, la implantación de recomendaciones de expertos podría ayudar a lograr un uso más eficiente de los recursos, sin disminuir la calidad de la asistencia a los pacientes, consiguiendo un ahorro de costes que se podrían redistribuir. Las enfermedades crónicas, como la HBP, suponen una elevada carga al paciente, a la sociedad y a los propios sistemas sanitarios al consumir gran parte de los recursos disponible. Existe por ello una preocupación creciente por mejorar la calidad asistencial proporcionada al paciente crónico, pero también por aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios, optimizando el uso de recursos sanitarios dedicados a estas enfermedades. Por lo cual se pretende que se realice un buen procedimiento para el diagnóstico así como ocupar adecuadamente la clínica y utilizar otros recursos en caso necesario y así evitar incremento del gasto

farmacéutico, aparición de efectos secundarios y reducción de beneficios esperados del tratamiento.

6. Planteamiento del problema

Actualmente en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 no se contaba con un estudio que evalué la congruencia clínica diagnóstica de esta enfermedad.

Considerándose de relevante importancia el establecimiento certero de la HPB para quienes la padezcan, favoreciendo así a los pacientes mediante una adecuada congruencia clínico diagnóstica para referencia a un segundo nivel en caso necesario, y así poder seguir siendo Instituto Mexicano del Seguro Social como institución líder en la atención al derechohabiente, a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 y por consiguiente a los médicos familiares en su buen desempeño al cuidado de la salud.

7. Pregunta de investigación

¿Existe una congruencia clínica diagnóstica para la hiperplasia prostática benigna en el primer nivel de atención?

8. Objetivo General

- Medir la congruencia clínica diagnóstica de la hiperplasia prostática benigna (HPB) en la UMF No. 21.

Objetivos Específicos

- Identificar cual es el procedimiento médico más utilizado en el diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Determinar con qué frecuencia se realiza el tacto rectal en la detección oportuna de la Hiperplasia Prostática Benigna
- Determinar con qué frecuencia se realiza el APE (Antígeno Prostático Específico) para el diagnóstico oportuno de la HPB en el primer nivel de atención.
- Establecer la frecuencia con que se realiza el Ultrasonido Prostático como medio de diagnóstico oportuno de la HPB en el primer nivel de atención.

9. Hipótesis de trabajo

Hipótesis Alterna: Existe una congruencia clínica diagnóstica en la hiperplasia prostática benigna en el primer nivel de atención.

Hipótesis Nula: No existe congruencia clínica diagnóstica en la hiperplasia prostática benigna.

10. Material y Métodos

Diseño de estudio

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, y longitudinal, en pacientes masculinos de 45 a 75 años de edad, derechohabientes de la UMF N°21 que estén con diagnóstico de HPB en un periodo comprendido de enero 2015 a enero de 2016.

Estrategia del muestreo

a) Lugar de estudio: El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, “Francisco del Paso y Troncoso” de la Delegación Venustiano Carranza, Delegación Sur de la Ciudad de México, en el turno matutino y vespertino

b) Población de estudio: Derechohabientes varones mayores o iguales a 45 años de edad hasta los 75 años de edad, que se encuentren con diagnóstico de HPB en un periodo comprendido de enero 2015 a enero del 2016.

c) Periodo del estudio: El estudio se realizó de abril a noviembre de 2016, con información ya existente.

Criterios de inclusión

- Pacientes varones de 45 a 75 años adscritos a la UMF No. 21 con diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Pacientes con diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna que contaran con expediente electrónico vigente de la unidad.
- Pacientes que cuenten con evidencia escrita de integración diagnóstica de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Al menos 3 notas por paciente para la revisión del expediente clínico electrónico.
- Que se tomen ambos turnos de atención médica.
- Pacientes en quien tenga diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna por primera vez.

Criterios de exclusión

- Pacientes con antecedentes de neoplasia prostática
- Pacientes que han recibido algún tratamiento quirúrgico para HPB o cirugía pélvica.
- Pacientes que sean menores de 45 años y mayores de 59 años.
- Pacientes que no cuenten con evidencia escrita de integración diagnóstica de Hiperplasia Benigna Prostática.

Muestreo

- a) Población: Total de 60 pacientes.
- b) Tamaño de muestra: 52 pacientes.
- c) Tipo de muestreo: Probabilístico.

Fórmula

Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de pacientes diagnosticados con HBP adscritos a la UMF No. 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

Población finita

$$n = \frac{NZ^2 pq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

N = 60 (población masculina de 45 a 75 años de edad)

Z² = 3.8416 (valor constante)

p = 0.5 (prevalencia estimada)

q = 0.5 (1 - 0.5)

E² = 0.0025 (valor de aceptación de error el cual es del 5%)

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{(60)(3.8416) \cdot (0.5)(0.5)}{(60-1)(0.0025) + 3.8416(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(230.496) \cdot (0.25)}{0.1475 + 0.9604}$$

$$n = \frac{57.624}{1.1079}$$

$n = 52$ pacientes El estudio se realizó de manera aleatorizado simple.

11.- Variables

Variable independiente: Hiperplasia Prostática,

Variable dependiente: Congruencia clínica diagnostica

12.- Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y SUBTIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, hasta un momento determinado de su vida. Con medición de años.	Años cumplidos que marca el expediente electrónico.	Cuantitativa discontinua	Edad cumplida en años absolutos.
Peso	Es el volumen del cuerpo expresado en kilos.	Peso registrado en expediente electrónico.	Cuantitativa continua	Expresado en kilogramos y gramos
Turno de atención	Es el horario donde recibe la atención médica	Turno de atención registrado en el expediente electrónico	Cualitativa nominal	1=Matutino 2=Vespertino
	Sensación de	Síntoma	Cualitativa	1=SI

Disuria	ardor y/o dolor a la micción	registrado en expediente electrónico	ordinal	2=NO
Polaquiuria	Incremento en la frecuencia de las micciones	Signo que se registra en el expediente electrónico	Cuantitativa Discontinua	1=SI 2=NO
Goteo terminal	Aparece varios minutos después de terminada la micción y refleja menor presión de vaciado vesical	Síntoma que se registra en el expediente electrónico	Cuantitativa Discontinua	1= SI 2= NO
Nicturia	El hecho de despertarse varias veces por la noche para orinar	Síntoma que se registra en el expediente electrónico	Cuantitativa discontinua	1= SI 2= NO
Ocupación	Trabajo realizado por una persona en virtud de un contrato a cambio de remuneración económica.	Trabajo que realiza el paciente registrado en el expediente electrónico.	Cualitativa nominal	1=Obrero. 2=Empleado. 3=Comerciante 4=No especifica
Tacto rectal	Examen de la exploración clínica que consiste en explorar la próstata digitalmente.	Tacto rectal registrado en el expediente electrónico	Cualitativa Ordinal	1= SI 2= NO
Antígeno prostático específico	Glucoproteína sintetizada en las células epiteliales	APE registrado en el expediente electrónico	Cuantitativa Continua	1=SI 2=NO
Congruencia clínica	Coherencia en la identificación de síntomas que permiten integrar la sospecha diagnóstica.	Evaluación obtenida del expediente electrónico en base al cuadro clínico descrito y registrado en el	Cualitativa nominal	1=Ningún síntoma. 2=1 Síntoma. 3=2 Síntomas. 4=3 Síntomas o más.

		mismo.		
Congruencia clínico-diagnóstica	Coherencia en la identificación de síntomas y estudios paraclínicos en base al diagnóstico	Evaluación obtenida del expediente electrónico relacionada con los síntomas clínicos y los datos APE. Tomando como estándar de oro la GPC del IMSS	Cualitativa nominal	1=SI. 2=NO.

13. Diseño de estudio

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Sur de la Ciudad de México durante un periodo que abarco desde el mes de abril del 2016 a noviembre 2016.

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en donde se estudió a los pacientes diagnosticados con HBP adscritos a la misma UMF, en el periodo comprendido entre enero 2015 y enero 2016.

Previa valoración del comité de investigación y de acuerdo a los aspectos éticos establecidos, el estudio se inició construyendo el marco de referencia y el diseño del estudio, se solicitó por escrito la información estadística acerca del total de pacientes diagnosticados con HBP adscritos a esta unidad, al servicio de ARIMAC, proporcionando la información requerida que abarca un periodo de enero de 2015 a enero de 2016, determinando que en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 existe un registro total de 60 pacientes que cuentan con el diagnóstico de HBP de primera vez localizados en ambos turnos, se realizó la fórmula de la población finita para la obtención de la muestra a analizar, dando un tamaño de muestra de 52 pacientes, posteriormente se realizó una revisión exhaustiva del expediente electrónico supervisando tres notas médicas de cada

uno de estos pacientes y posteriormente recolectando la edad, los síntomas más frecuentes para la sospecha clínica de la HBP, la realización del método diagnóstico específico que es el tacto rectal y antígeno prostático concentrando la información obtenida en un instrumento que se construyó ex profeso, evaluando a través de estos datos la congruencia clínico-diagnóstica de la HBP en esta Unidad de Atención Primaria, la cual se obtuvo a través de la realización del instrumento creado para considerar la congruencia clínica y establecer el diagnóstico específico, esto en relación a la guía de práctica clínica de HBP.

14. Aspectos éticos

En esta investigación se declaró que no se pone en peligro la integridad de ninguna persona, ya que sólo se realizó una revisión de expedientes electrónicos de pacientes diagnosticados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Delegación 4 Sur del Distrito Federal, para analizar la congruencia clínico-diagnóstica de la enfermedad; por lo anterior solo se realizó el consentimiento informado anexo.

La información recolectada se mantendrá estrictamente bajo anonimato, ya que solamente será conocida por los investigadores que realizaron el estudio.

Considerando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia y no maleficencia.

En el presente estudio de investigación se realizó el consentimiento informado por escrito, aunque no se esté atentando contra la integridad física o psicológica de los pacientes. Es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud y con la Declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989, así como códigos y normas internacionales vigentes que tienen sus bases en las buenas prácticas de la investigación clínica.

Apegándose a las normas y reglamentos institucionales. Además, la seguridad y el bienestar de los pacientes fueron respetados cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Núremberg, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte y el código de reglamentos federales de los Estados Unidos Mexicanos.

15. Recursos, financiamiento y factibilidad.

Los procedimientos de la investigación serán efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente.

Recursos Humanos

Pacientes deseen y acepten participar en el estudio.

El propio investigador

Asesor metodológico

Recursos físicos y materiales

- Computadora, papelería de oficina
- Software Windows Vista, paquete estadístico
- Cuestionarios y base de datos

Recursos Financieros

Financiado por el propio investigador

Factibilidad

Puesto que se cuenta con los recursos necesarios (humanos, materiales y financieros), datos disponibles, tiempo disponible, es viable la realización del estudio.

16. Aspectos de Bioseguridad

No se requiere, ya que es un estudio observacional, descriptivo, y transversal.

ANEXOS

7. Referencias bibliográficas

1. Orbe MV, Vaca YA. Validación del cuestionario IISP en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna, que acuden a consulta externa del servicio de Urología del Hospital Eugenio Espejo durante el periodo de Abril a Mayo del 2012 en la Ciudad de Quito. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2012. p. 1-98
2. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009. p. 1-13.
3. Rubinstein E, Gueglio G, Giudice C, Tesolin P. Actualización: Hiperplasia Prostática Benigna. Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2013; 16(4): 1-9.
4. Delgado QE, Pulido GCA, Navarro SX, Rivera VW, Sahagún CM. Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar. Revista Médica MD. 2015; 6 (4):1-5.
5. Monografía "Expediente ClínicoElectrónico" Ing. Nancy Gertrudis Salvador. CINVESTAV. Congreso Internacional de Tecnologías Informáticas para la Educación en Salud Tuxtla Gutiérrez, Chis. México 2009.pag. 11
6. Bastien, R.O. Fourcade, B. Makhoul, P.Meria. F.Desgrandchamps. Hiperplasia benigna de la próstata. EMC Urología. Volume E-18-550-A-10 2012:1-14

7. López RH, Gómez CP, Moreno M, Patiño G, Rasch IA, Dallos A, et al. Guía de manejo Hiperplasia Prostática Benigna. Sociedad Colombiana de Urología. Colombia: ELSEVIER; 2014. p. 1-52
8. Rosas MR. Hiperplasia Prostática Benigna. OFFARM. 2006; 25(8): 1-7.
9. Brenes BF, Carballido RJ, Cozar OJ, Fernández PA, Hernández FC, Miñana LB, et al. Hiperplasia benigna de próstata. España: Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid; 2013. 1-87
10. Rodríguez RG, Carballido RJ. Hiperplasia benigna de la próstata. Medicine. 2007; 9 (83): 5328-5341
11. Veiga FF, Malfeito JR, López PC. Hiperplasia Benigna de Próstata. Tratado de Geriátria para residentes. España: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología; 2006. P. 647-653.
12. Barba EJ. Utilización inapropiada del laboratorio clínico. RevMex Patol CLIN. 2003; 50 (4): 209-223.
13. Potenziani BJ. PSA (Antígeno Prostático Específico) Enfoque 2012. Academia Biomédica Digital. 2012;51: 1-21
14. Sánchez ML, Paredes SC, Hernández OO, Sánchez RI. El antígeno prostático específico, su papel en el diagnóstico del cáncer de próstata. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013; 51(2): 124-126
15. Carbadillo RJ, Badia LX, Gimeno CA, Regadera SJ, Dal-Ré SR, Guiler SM. Validez de las pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial y su concordancia con el diagnóstico final en pacientes con sospecha de hiperplasia benigna de próstata. Actas Urológicas Españolas. 2006; 30 (7): 667-674
16. Hernández C, Morote J, Miñana B, Cozar JM. Papel del antígeno prostático específico ante las nuevas evidencias científicas. Actas Urológicas Españolas. España: ELSEVIER; 2013. p. 1-6.

17. Machuca Bazán, DR. Grado de Hiperplasia Prostática Benigna como factor de riesgo asociados a complicaciones post prostatectomiatransvesical. Trujillo Perú, 2014
18. José Pinto, Carlos Vallejo, El antígeno prostático específico (PSA): Biología y Utilidad en el despistaje del cáncer de próstata, Carcinomas Revisión, Vol. 2, Num.1, Julio 2012.
19. Reyes NE. Hiperplasia Prostática Benigna. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. Costa Rica: Medigraphic; 2013. p. 269-272.
20. Pérez GY, Molina CV, Oyarzábal YA, Mas FR. Tratamiento farmacológico en la hiperplasia prostática benigna. Revista Cubana de Farmacia. 2011; 45(1):109-126
21. Agirrezabala JR. Manejo de la hiperplasia benigna de próstata. Boletín INFAC. 2012; 20 (3):13-18.
22. Soria FG, Jungfermann GJ, Lomelin RJ, Jaspersen GJ, Rosas NJ. Hiperplasia prostática benigna de gran volumen. Cirugía y Cirujanos. 2012; 80 (6): 543-545
23. Miguel RC, Sagardoy ML, Sebastián MN. Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2012; 123: 32-39.
24. Sierra GK. Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica. Revista Mexicana de Urología. 2014; 74 (3): 133-140.
25. Guía Clínica AUGÉ. Estudio manejo médico y quirúrgico de pacientes con crecimiento Prostático Benigno Sintomático. Segunda edición. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2011. P. 1-50.

18. Instrumento

“CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”.

*Dra. Leonor Campos Aragón **Dr. Octaviano Javier Crespo Salazar, *** Dra. Verónica García Jiménez

INSTRUMENTO		
Marque con X la respuesta correcta de acuerdo a los datos encontrados en el expediente del paciente en los últimos 6 meses.		
1	FOLIO _____	_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	_ _ _ _
3	Nombre: _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre </div> (s)	
4	NSS: _____	_ _ _ _
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()	_
7	Número de Consultorio: (____)	_
8	¿El expediente clínico electrónico tiene registro acerca de antecedentes de importancia para la enfermedad? (EJEMPLO: edad, ocupación, comorbilidades, ingesta de medicamentos, dieta) 1.- SI () 2.- NO ()	_
9	¿En el expediente clínico electrónico se registró edad del paciente? 1.- SI () 2.- NO ()	_
	¿En el expediente electrónico se registró tenesmo? 1.- SI () 2.- NO()	_
	¿En el expediente electrónico se registró urgencia miccional? 1.- SI () 2.-NO ()	_
10	¿En el expediente clínico electrónico se registró pujo miccional? 1.- SI () 2.-NO ()	_
11	¿En el expediente clínico electrónico se registró acerca de nicturia? 1.- SI () 2.-NO ()	_
12	¿En el expediente clínico electrónico se registró acerca de disminución del calibre del chorro urinario? 1.- SI () 2.-NO ()	_

13	¿En el expediente clínico electrónico se registró acerca de goteo terminal? 1.- SI () 2.-NO ()	<input type="checkbox"/>
14	¿En el expediente clínico electrónico se registró acerca de polaquiuria? 1.- SI () 2.-NO ()	<input type="checkbox"/>
15	¿En el expediente clínico electrónico se registró acerca de disuria? 1.- SI () 2.-NO ()	<input type="checkbox"/>
16	¿El expediente electrónico cuenta con registro de exploración de abdomen? 1.- SI () 2.-NO ()	<input type="checkbox"/>
17	¿El expediente clínico electrónico cuenta con registro acerca de la realización de tacto rectal? 1.- SI () 2.-NO ()	<input type="checkbox"/>
18	¿El expediente clínico electrónico cuenta con registro de solicitud de APE? 1.- SI () 2. NO ()	<input type="checkbox"/>
19	¿El médico solicitó alguno de estos estudios (Glucosa, Creatinina, EGO, Urocultivo, USG prostático)? 1.- SI () 2.-NO ()	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE COSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

“CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

México, Ciudad de México 2016

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

La HBP constituye una de las patologías más frecuentes del varón. A nivel mundial se estima una prevalencia del 11,8% en varones mayores de 40 años, pudiendo alcanzar el 30% en mayores de 70 años.

Las enfermedades crónicas, como la HBP, suponen una elevada carga al paciente, a la sociedad y a los propios sistemas sanitarios al consumir gran parte de los recursos disponible. Existe por ello una preocupación creciente por mejorar la calidad asistencial proporcionada al paciente crónico, pero también por aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios, optimizando el uso de recursos sanitarios dedicados a estas enfermedades.

Objetivo: Congruencia clínico diagnóstica para la detección oportuna de la HPB en el primer nivel de atención.

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que

recibirá el paciente del estudio:

Diagnóstico oportuno y eficaz en base a una buena correlación clínico diagnóstico

Información sobre resultados

y alternativas de tratamiento:

Se hará a través del investigador principal directo al paciente

Participación o retiro:

De manera voluntaria del paciente ingresará al estudio

Privacidad y confidencialidad:

Según los lineamientos éticos establecidos

En caso de colección de material biológico (si aplica)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra sólo para este estudio.

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica)

Beneficios al término del estudio: Referencia oportuna o tratamiento efectivo

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

Investigador Responsable:

Dra. Leonor Campos Aragón. Matrícula: 9054707. Email: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 21 Francisco del Paso y Troncoso. Tel: 57686000. Ex: 21428. Fax: Sin fax
Dr. Octaviano Javier Crespo Salazar Matrícula: 10689176. Especialista en Medicina Familiar. Adscripción: UMF21 Francisco del Paso y Troncoso. Tel: 5514695771, Email: octajavi@gmail.com. Fax: Sin Fax
Dra. Verónica García Jiménez. Matrícula: 98388324. Email: verona.21086@gmail.com. Adscripción: UMF 21 Francisco del Paso y Troncoso. Tel: 5514803781. Fax: Sin Fax

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene en consentimiento

Testigo 1

Elizabeth Zurisadai García González
Unidad de Medicina Familiar no. 21
"Francisco del Paso y Troncoso"
Tel. 5540745262

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y Firma

“CONGRUENCIA CLINICO DIAGNOSTICA EN LA DETECCION OPORTUNA DE LA HIPERPLASIA PROSTATICA EN EL PRIMER NIVEL”

*Dra. Leonor Campos Aragón **Dr. Octaviano Javier Crespo, *** Dra. Verónica García Jiménez

Cronograma de Actividades

Acciones	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Planteamiento del problema y marco teórico.						
Hipótesis y variable						
Objetivos						
Calculo de la muestra						
Elaboración del instrumento						
Presentación ante el comité						
Aplicación del Instrumento						
Análisis de resultados						
Elaboración de conclusiones						
Presentación de tesis						



Realizado



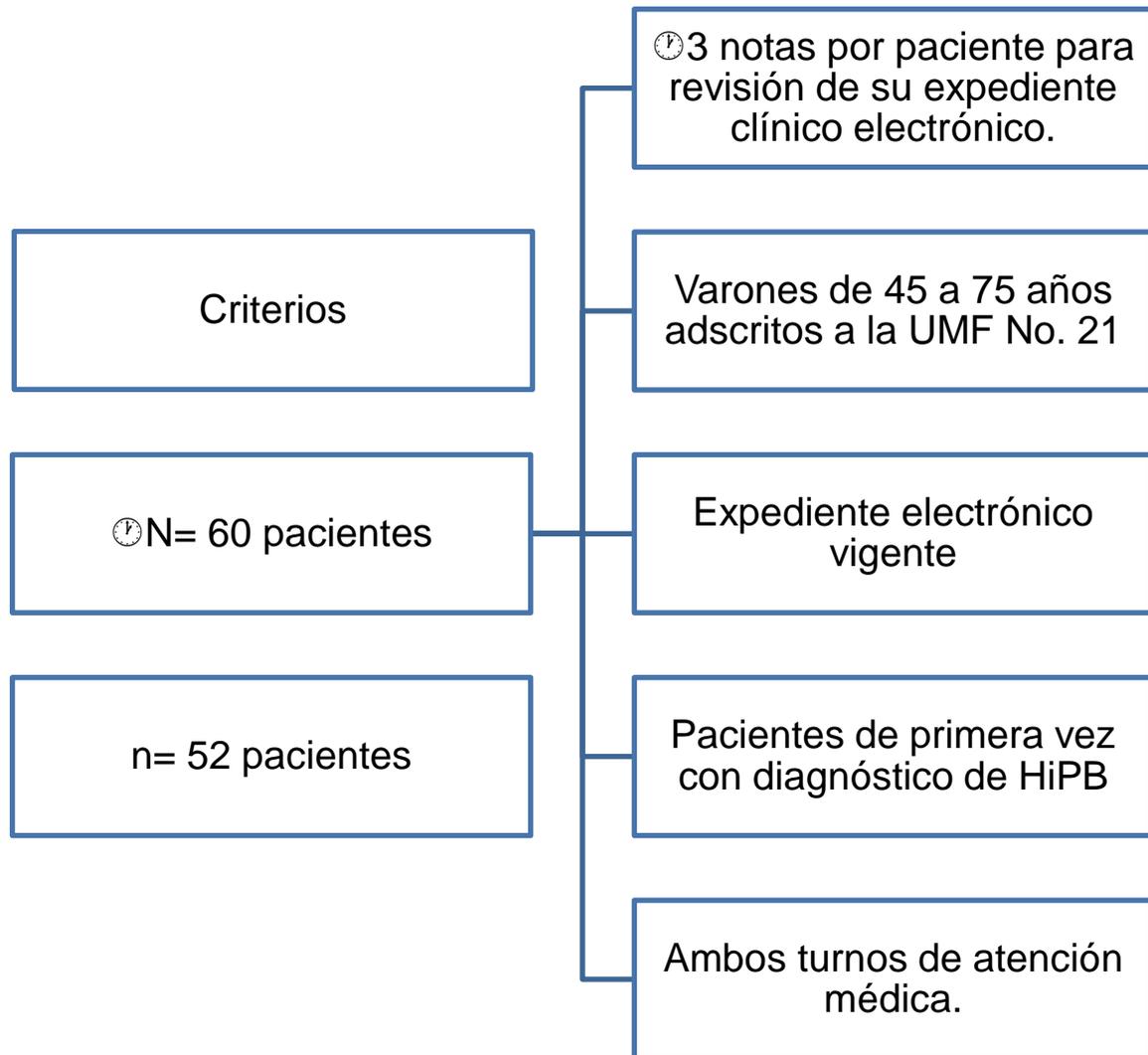
No realizado

*Coordinadora de Educación e Investigación en salud UMF 21.

** Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar UMF 21.

*** Médico Residente de Segundo año de la especialidad de Medicina Familiar.

RESULTADOS

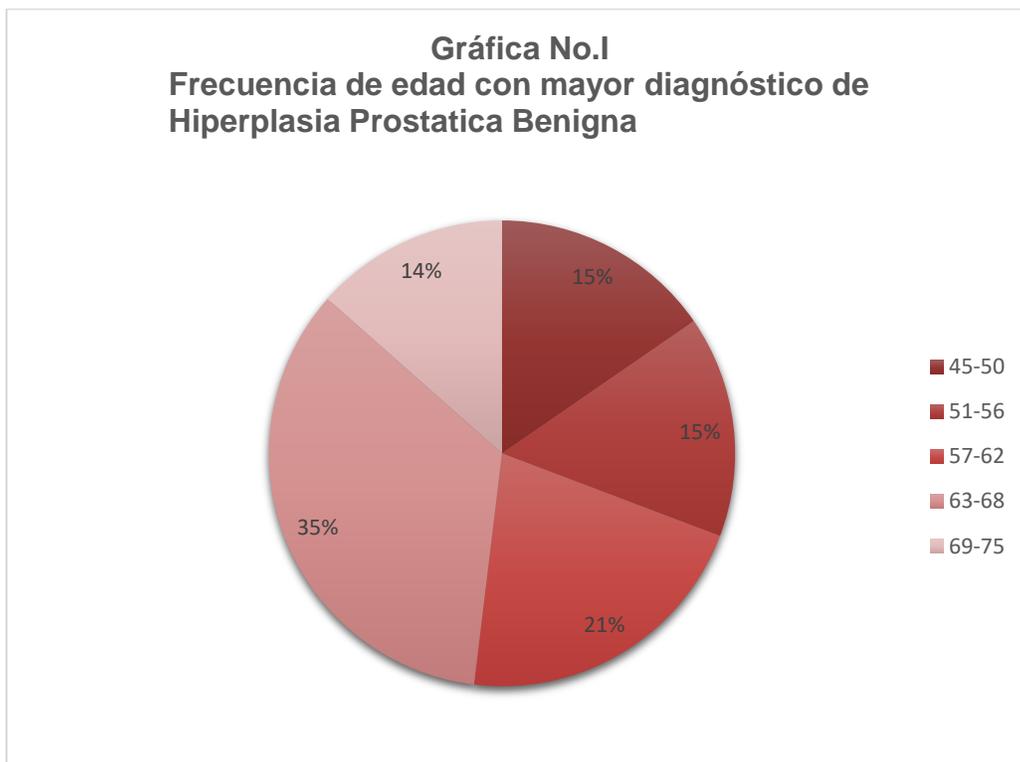


ARIMAC (periodo comprendido de enero de 2015 a agosto de 2015, porque los datos restantes no se cuentan en la base).

Tabla 1

Edad en que se establece con mayor frecuencia el diagnóstico de HPB entre los varones de 45-75 años.

Edad (años)	Frecuencia n=52	Porcentaje %
45-50	8	15
51-56	8	15
57-62	11	21
63-68	18	35
69-75	7	14



Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario del expediente electrónico para pacientes con diagnósticos de la HBP, adscritos a la UMF No. 21. Periodo de enero a agosto de 2015.

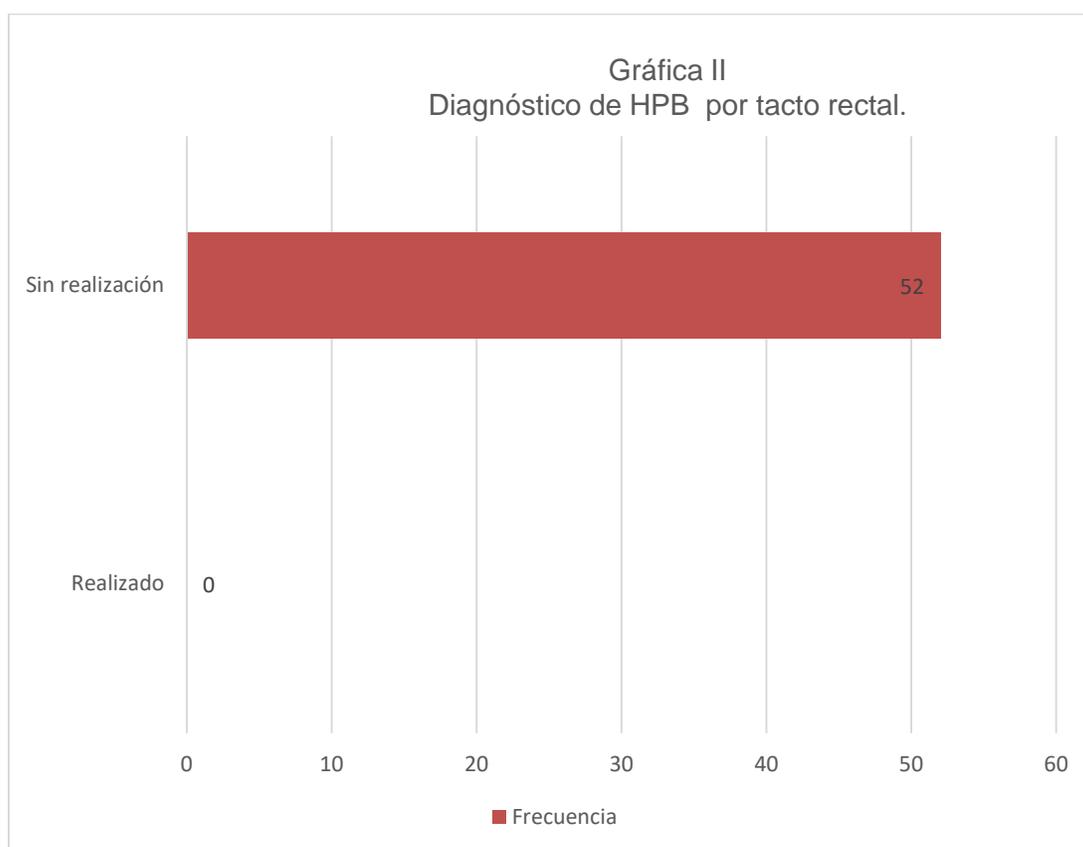
La gráfica No. 1 muestra el rango de edad más frecuente en los pacientes sometidos a este análisis clasificándolos en cinco categorías.

El rango de edad más diagnosticado por HBP pertenece a aquellos comprendidos entre 63 a 68 años de edad (35%), lo que corresponde a 18 pacientes.

Tabla 2

Frecuencia de realización de tacto rectal para diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

Tacto Rectal	Frecuencia <i>n</i> =	Porcentaje %
Realización	0	0
Sin realización	52	100



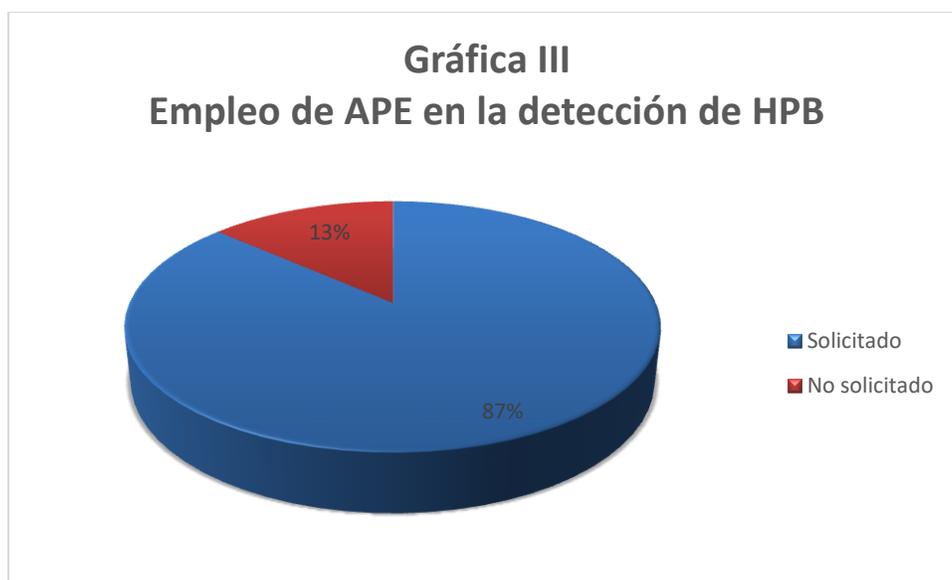
Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario del expediente electrónico para pacientes con diagnósticos de la HBP, adscritos a la UMF No. 21. Periodo de enero a agosto de 2015.

La grafica No. II muestra que de los 52 pacientes con diagnóstico de HPB, el 100% de éstos no se obtuvo por la realización de TR.

Tabla 3

Frecuencia de solicitud de Antígeno Prostático Específico (APE) para la detección de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)

APE	Frecuencia n=52	Porcentaje %
Solicitado	45	87
No solicitado	7	13



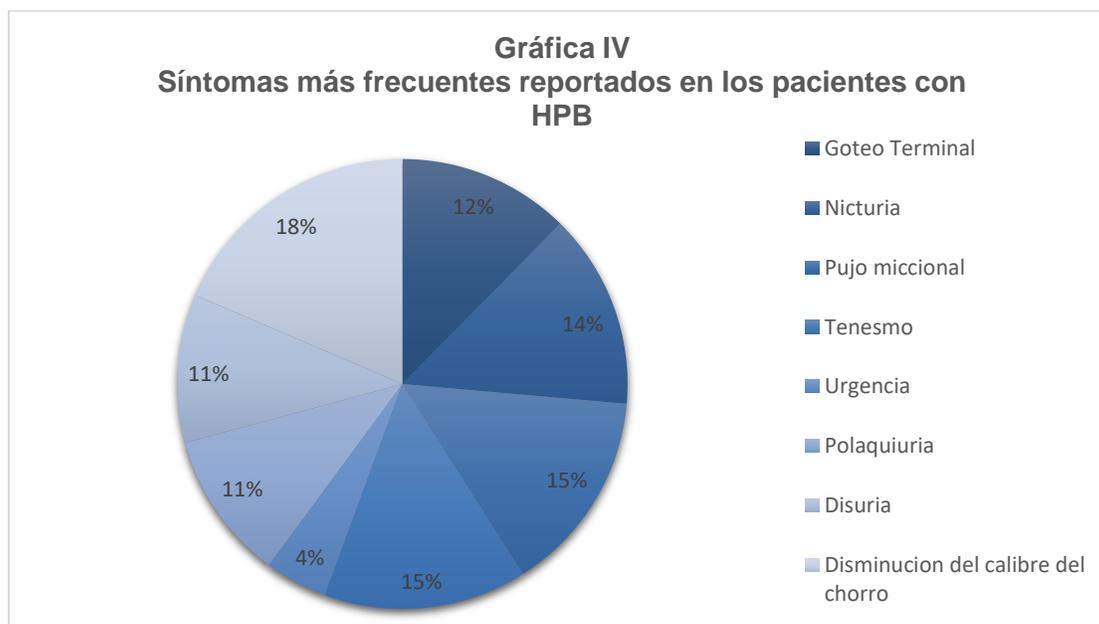
Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario del expediente electrónico para pacientes con diagnósticos de la HBP, adscritos a la UMF No. 21. Periodo de enero a julio de 2015.

La gráfica III muestra que hay un mayor empleo de solicitud de APE (87%) para la detección de HPB, lo que corresponde a 45 pacientes.

Tabla 4

Frecuencia de sintomatología reportada en el expediente electrónico para pacientes con diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

	Frecuencia n=	Porcentaje %
Goteo terminal	22	12
Nicturia	25	14
Pujo miccional	26	15
Tenesmo	26	15
Urgencia	8	4
Polaquiuria	19	11
Disuria	19	11
Disminución del calibre del chorro	33	18



Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario del expediente electrónico para pacientes con diagnósticos de la HBP, adscritos a la UMF No. 21. Periodo de enero al mes de agosto de 2015.

La Grafica No. IV muestra la sintomatología más frecuentemente reportada en el expediente electrónico. De los 52 pacientes, se reportó disminución del calibre del

chorro en 33 pacientes (18%) con mayor frecuencia y goteo terminal en 8 pacientes (4%) con menor frecuencia.

Tabla 5

Frecuencia de estudios solicitados y reportados en el expediente electrónico para pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

Estudios solicitados	Frecuencia n= 52	Porcentaje %
Glucosa	35	36
Creatinina	16	17
EGO	28	29
Urocultivo	5	5
USG Prostático	13	14



Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario del expediente electrónico para pacientes con diagnósticos de la HBP, adscritos a la UMF No. 21. Periodo de enero a agosto de 2015

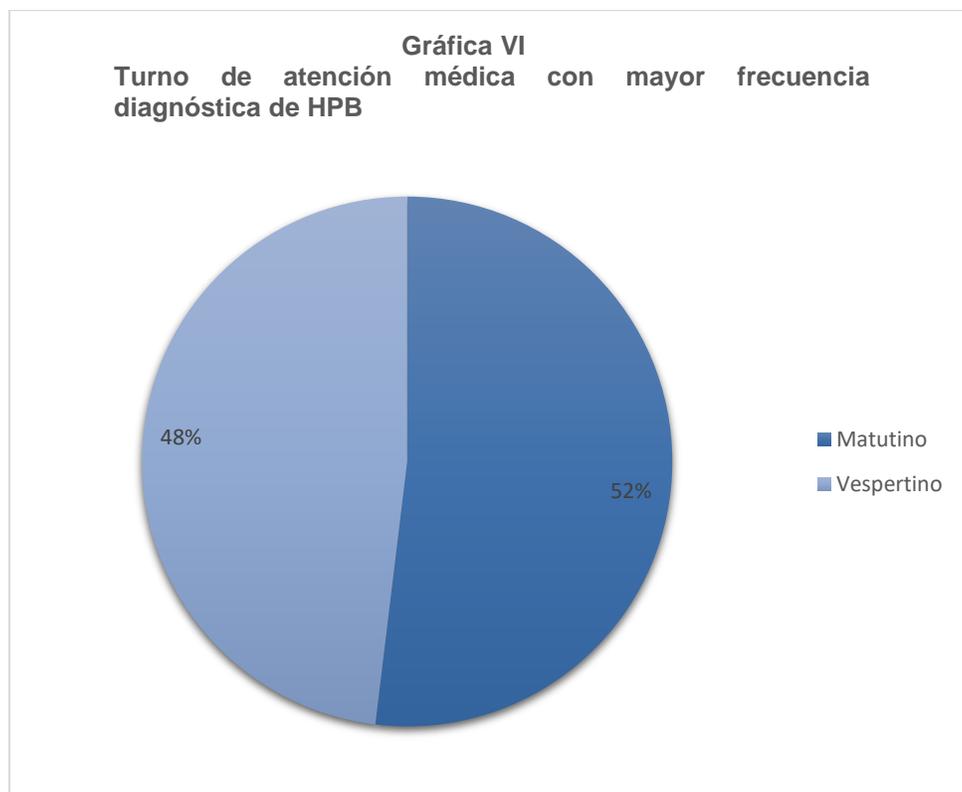
La gráfica No. V muestra los estudios de laboratorio más frecuentemente solicitados en los pacientes con HPB. La glucosa fue el estudio más solicitado y

reportado en el expediente electrónico representado por 34 pacientes (36%) y el uro cultivo y USG prostático lo menos solicitados.

Tabla 6.

Turno de atención médica con donde se diagnosticó con mayor frecuencia Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

Turno	Frecuencia n=52	Porcentaje %
Matutino	27	52
Vespertino	25	48



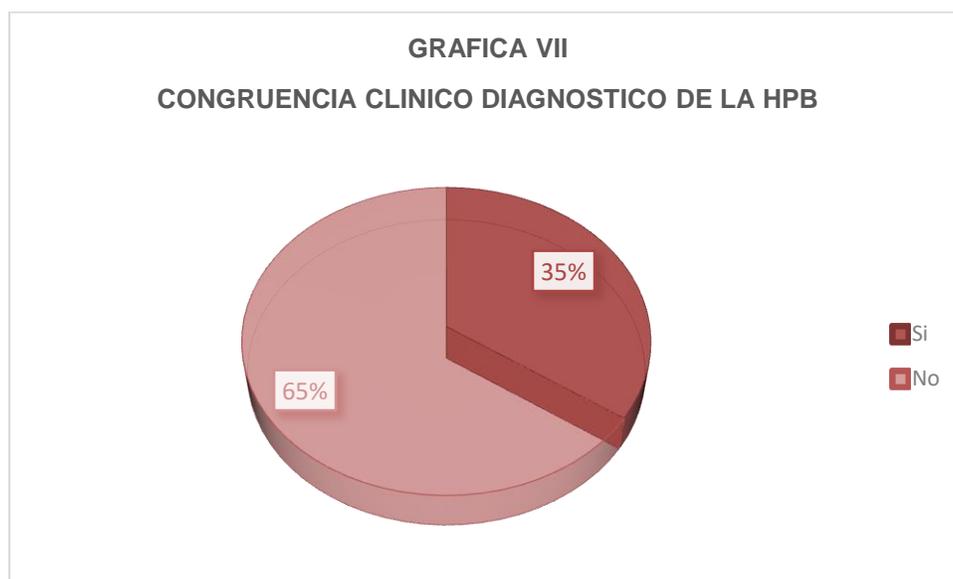
Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario del expediente electrónico para pacientes con diagnósticos de la HBP, adscritos a la UMF No. 21. Periodo de enero a agosto de 2015.

La gráfica No. 6 nos muestra el turno de atención médica con mayor frecuencia diagnóstica de HPB. El turno matutino reportó una frecuencia de 27 pacientes equivalente a 52%.

Tabla 7

Congruencia clínico-diagnóstica de la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

Congruencia Clínica-Diagnostica	Frecuencia n=52	Porcentaje %
Si	18	35
No	34	65



Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario del expediente electrónico para pacientes con diagnósticos de la HBP, adscritos a la UMF No. 21. Periodo de enero a agosto de 2015

La gráfica VII observamos el porcentaje de pacientes que muestran congruencia clínico-diagnóstica, en base a la presencia de síntomas, referencia a segundo nivel y contrarreferencia con tratamiento en el paciente enviado, mostrando congruencia en sólo 35% lo que corresponden a 18 pacientes

DISCUSION.

Según la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna para poder llegar a un diagnóstico clínico debemos

de realizar una buena historia clínica y dirigida (énfasis en síntomas irritativos y obstructivos urinarios) y un examen clínico que incluya exploración física de abdomen, y tato rectal para evaluar varias características (tamaño, forma, simetría, textura, y consistencia).

En varios artículos incluyendo la GPC Mexicana y la GPC Colombiana de Urología mencionan al tacto rectal como EF necesaria en esta patología desde y al APE, QS, USG prostático como paraclínicos y estudios de gabinete como exámenes complementarios.

CONCLUSIONES.

De acuerdo con los resultados obtenidos del presente trabajo “Congruencia clínico-diagnostica de la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) en pacientes de 45 a 75 años de edad de la UMF No. 21 se puede llegar a lo siguiente:

- El rango de edad con mayor frecuencia diagnóstica de HPB se encontró de los 63 a los 68 años con un porcentaje de 35%, mientras el rango de edad con menor frecuencia para el mismo diagnóstico fue de los 69 a los 75 años con un porcentaje de 14%.
- La frecuencia con que se realiza tacto rectal en la UMF No. 21 para la detección de Hiperplasia Prostática Benigna fue nulo.
- La frecuencia con que se solicita el antígeno prostático específico benigno para la detección de Hiperplasia Prostática Benigna fue de 87% concerniente a 45 pacientes de la UMF No. 21.
- El síntoma más reportado frecuentemente en el expediente electrónico fue la disminución del calibre del chorro en un 18%, mientras que el menos reportado fue la urgencia miccional con 4%.
- El paraclínico con frecuencia mayor solicitado para el paciente con Hiperplasia Prostática Benigna fue la glucosa con un 36% lo que concierne a sólo 34 pacientes, mientras el menos frecuentemente solicitado fue el urocultivo con un 5%. El Ultrasonido prostático ocupó un 14%.
- El turno de asistencia donde se observó una frecuencia alta de diagnóstico de HPB fue el turno matutino con un 52% y el resto del turno vespertino.
- En el presente estudio la congruencia clínica diagnóstica predominó un 35% en donde se incluyó sintomatología, paraclínicos solicitados, referencia a segundo nivel y contra referencia del mismo a primer nivel con la instauración de tratamiento en el paciente con HPB. Por otra parte, en el 65% no se lleva a cabo la misma.

SUGERENCIAS.

En el trabajo anteriormente expuesto, y con los resultados obtenidos, se demuestra que a pesar de que la Hiperplasia Prostática Benigna es una patología frecuente en nuestra Unidad de Medicina Familiar, y pese a que su diagnóstico se

puede realizar de una manera fácil siguiendo el protocolo de la GPC del Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna aún se cuenta con deficiencias.

Reportar historia clínica, sintomatología referida y no referida por el paciente, además de la solicitud de estudios complementarios para la patología sugestiva al igual que los envíos a segundo nivel, tratamiento hechos en ese momento de forma clara y los tratamientos contra referidos desde segundo o tercer nivel dado que el expediente clínico es un documento médico legal por lo cual se debe tener cuidado en ese aspecto.

Otro problema, es que no se cuenta con la descripción del tacto rectal en la exploración física ya que nunca se realiza, es por eso que necesitamos tener en cuenta la importancia del mismo ya que no representa un gasto para el IMSS, que es rápido comparado con la solicitud del APE y que podría darnos al instante datos de relevancia clínica para un envío a segundo nivel. Hay que fomentar o explicar al paciente la importancia de la realización del mismo ya que si bien es un método un poco incómodo, es necesario para poder descartar una patología más severa e irreversible como el cáncer de próstata, que sin duda llevará a mayores gastos para el IMSS.

