



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADEMICA

**Unidad de Medicina Familiar No. 47
LEON. GUANAJUATO**

**“PREVALENCIA DE SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO
INFERIOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES 40 A 69 AÑOS
EN LA UMF 6 CORTAZAR, GTO.”**

**TRABAJO QUE SE REALIZA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta

Dra. Karla Karina Calderón Zúñiga

Registro de autorización.

R – 2017 – 1005 – 55

León, Guanajuato MAYO 2019



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.

**“PREVALENCIA DE SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO
INFERIOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES 40 A 69 AÑOS
EN LA UMF 6 CORTAZAR, GTO.”**

TRABAJO QUE SE REALIZA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES

DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ JASSO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES IMSS. UMF 47 LEÓN, GTO.

DRA. MAYRA TANIVET LÓPEZ CARRERA

ASESOR DE TESIS Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.

DRA. ALICIA CAMACHO GUERRERO.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN GUANAJUATO.

DRA. BEATRIZ MARLENE ALBA PIMENTEL.

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN GUANAJUATO.

**“PREVALENCIA DE SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO
INFERIOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES 40 A 69 AÑOS
EN LA UMF 6 CORTAZAR, GTO.”**

TRABAJO QUE SE REALIZA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

KARLA KARINA CALDERON ZUÑIGA
AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

RESUMEN

“PREVALENCIA DE SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES 40 A 69 AÑOS EN LA UMF 6 CORTAZAR, GTO.”

Antecedentes: La hiperplasia benigna de próstata es la patología urológica más frecuente en varones y la causa más importante de síntomas del tracto urinario inferior en población de edad avanzada. En México, la incidencia y prevalencia de afecciones de la próstata se han incrementado, lo que se explica por el aumento de la expectativa de vida, que da la oportunidad a desarrollar STUI. La prevalencia de los STUI varía con la edad, con un rango desde el 14% en la cuarta década a más del 40% a partir de la sexta década; la prevalencia total de Síntomas del Tracto Urinario Inferior es del 30%. Es de las enfermedades más frecuentes y de mayor morbilidad en el anciano, con repercusión en su calidad de vida.

Objetivo: Identificar la prevalencia de síntomas del Tracto Urinario Inferior y la calidad de vida en pacientes de 40 a 69 años en la UMF 6 Cortázar, Gto.”

Material y Métodos: Se realizó un estudio Observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. Aplicándose una encuesta de registro de datos socios demográficos (Anexo1) y el Instrumento de IPSS (Anexo 2), el cual consta De 7 ítems sobre síntomas urinarios y 1 sobre Calidad de Vida. Los resultados se capturaron en Excel y se analizaron con estadística descriptiva.

Tiempo a desarrollarse: Se realizó la recolección de los datos en el periodo de noviembre de 2017 a febrero del 2018.

Experiencia de los investigadores:

Dra. Mayra T. López Carrera, Médico Familiar. Asesora de tesis. Dra. María del Carmen Hernández Jasso, Médico Familiar, asesora de tesis.

Dra. Calderón Zúñiga Karla Karina, Alumna de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

INDICE

INDICE.....	5
TITULO.....	6
MARCO TEORICO.....	7-13
JUSTIFICACION.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS.....	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVO ESPECIFICO.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
TIPO DE ESTUDIO.....	17
LUGAR Y TIEMPO.....	17
POBLACION.....	17
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	18
VARIABLES.....	19
RECOLECCION DE DATOS.....	20
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	22-24
RESULTADOS.....	25
TABLA GRUPO DE EDAD.....	25
GRAFICA 1 PREVALENCIA GRUPO ETARIO.....	25
TABLA FRECUENCIA SINTOMATOLOGIA.....	26
GRAFICA 2 EVALUACION SINTOMATOLOGIA.....	27
TABLA CALIDAD DE VIDA.....	27
GRAFICA 3 CALIDAD DE VIDA.....	28
TABLA TABULACION CRUZADA SINTOMATOLOGIA VS CALIDAD DE VIDA.....	28
GRAFICA 4 EVALUACION SINTOMATOLOGIA VS CALIDAD DE VIDA.....	28
TABLA SINTOMATOLOGIA DE ACUERDO A GRUPO ETARIO.....	29
GRAFICA 5 SINTOMATOLOGIA DE ACUERDO A GRUPO ETARIO.....	29
DISCUSION.....	30-31
CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	33-35
ANEXOS	
ANEXO 1 DATOS SOCIOECONOMICOS.....	36
ANEXO 2 IPSS.....	37
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	38

TITULO

**“PREVALENCIA DE SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO
INFERIOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES 40 A
69 AÑOS EN UMF 6 CORTAZAR, GTO.”**

MARCO TEÓRICO

La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es el agrandamiento de la glándula en ausencia de cáncer. El diagnóstico clínico de este crecimiento, debería realizarse utilizando el término de “Hipertrofia Prostática Benigna”; el término “Hiperplasia”, conlleva un estudio histológico del órgano para comprobar su existencia.⁽¹⁾

El crecimiento de la glándula, se inicia en la mayoría de los hombres, alrededor de la quinta década de la vida; en algunos casos puede observarse en hombres más jóvenes. Estudios basados en autopsias, demuestran cambios incipientes de HPB, en un 10% de la población entre los 25 a 30 años de edad. Con el incremento de la edad, se aumenta la prevalencia, observándose en un 50% de los hombres de 60 años y en un 90% a los 85 años.⁽²⁾

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es la patología urológica de mayor frecuencia en varones y la causa más importante de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en población masculina de edad avanzada.⁽³⁾

La manifestación clínica de la HBP a través de STUI de llenado o de vaciado requiere de un diagnóstico diferencial con otras patologías urológicas, y un tratamiento coordinado entre los servicios de atención primaria y especializada al objeto de armonizar las intervenciones terapéuticas.⁽⁴⁾

En México, la incidencia y la prevalencia de afecciones de la próstata se han incrementado, lo que se explica por el aumento de la expectativa de vida, que da la oportunidad a los hombres a desarrollar STUI. Uno de los métodos utilizados para ayudar a diagnosticar esta dolencia es el Antígeno Prostático Específico (PSA). Actualmente no existen datos provenientes de pacientes mexicanos sobre la relación que existe entre los niveles de PSA y la HPB, pero datos obtenidos de otras poblaciones demuestran que existe una fuerte relación entre los niveles de PSA y el volumen prostático, siendo este último un marcador objetivo del grado de Hiperplasia Prostática (HP) es una glucoproteína producida por el epitelio prostático en forma exclusiva, lo que lo ha distinguido como marcador no invasivo, sensible y específico de enfermedad de la glándula prostática, incluyendo el cáncer prostático, sin embargo la HPB así como la prostatitis también elevan el nivel de PSA. Su medición está indicada en pacientes mayores de 40 años con antecedentes familiares directos de cáncer de próstata y en todos aquellos mayores de 45 años con HPB para el diagnóstico diferencial del cáncer prostático. La asociación entre el volumen prostático y los niveles de PSA resulta del incremento en la cantidad de tejido secretor disponible conforme aumenta la HPB.⁽⁵⁾

También existen datos publicados sobre la asociación de la intensidad de los síntomas urinarios, con problemas de disfunción eréctil y eyaculación. Según otros estudios los STUI/HPB se asocian a una peor función sexual, independientemente de la edad y de las comorbilidades. El tratamiento con agentes bloqueadores de los receptores alfa-adrenérgicos mejora los STUI/HBP, produce como efectos secundarios comunes un empeoramiento de la función eyaculatoria.⁽⁴⁾

La prevalencia de (STUI) varía con la edad, con un rango desde el 14% en varones en la cuarta década a más del 40% a partir de la sexta década; la prevalencia total de (STUI) es del 30%.⁽⁶⁾

Es una de las enfermedades más frecuentes y de mayor morbilidad en el varón anciano, con importante repercusión en su calidad de vida. La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es una de las enfermedades más comunes en el anciano varón. Su prevalencia ha aumentado por el crecimiento demográfico, el incremento de la expectativa de vida y por los cambios en el estilo de vida.⁽⁷⁾

Recientemente, diversas sociedades científicas establecieron un consenso sobre los criterios de calidad en la derivación desde atención primaria (AP) hacia los especialistas de urología. Estas características de elevada prevalencia, importante carga de enfermedad, consumo elevado de recursos y necesidad de coordinación entre diferentes profesionales y niveles asistenciales, hacen del manejo de la HBP/STUI un tema relevante para las organizaciones sanitarias. La mejora de la calidad asistencial es una de las líneas estratégicas más importantes de las organizaciones sanitarias. Para identificar los problemas de calidad, valorar su importancia y orientar las acciones de mejora se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante instrumentos fiables que permitan su monitorización. A diferencia de otras enfermedades crónicas, la literatura sobre indicadores para en HBP/STUI es mínima y en buena parte centrada sobre la derivación desde AP a la consulta de urología.⁽⁸⁾

Aunque se desconoce la prevalencia de los síntomas del tracto urinario Secundarios a HBP en la población general española, parece ser que cuando llegan al escalón asistencial de la atención especializada la mayoría se presentan con síntomas moderados o severos y, alrededor de dos terceras partes, con criterios de progresión definidos por un PSA $\geq 1,5$ y un volumen prostático mayor o igual a 30 CC. Existe consenso en la importancia cuantitativa y cualitativa de los síntomas obstructivos, que son los más prevalentes y determinantes del pronóstico en caso de progresión. No obstante, los síntomas irritativos son los que más afectan a la calidad de vida al interrumpir las actividades diarias de los pacientes o las necesidades de descanso, como es el caso de la nicturia.⁽⁹⁾

La causa de esta hipertrofia no está bien definida. Diversos estudios la relacionan a una proliferación de las células prostáticas que deriva de una disminución, con la edad, de la proporción testosterona/estrógenos. Se produce un aumento en la tasa de conversión de testosterona a dihidrotestosterona por la 5-alfarreductasa y la acumulación de dihidrotestosterona produce la proliferación de las células y, por último, la hipertrofia de la glándula.⁽¹⁰⁾

Desde el punto de vista histológico, aparece un verdadero proceso de hiperplasia, consistente en un aumento en el número de células: epiteliales, de músculo liso y del tejido conectivo. La glándula prostática, se encuentra rodeada por una estructura fibrosa (cápsula) y el crecimiento glandular produce una transmisión de presión a la uretra, generando resistencia al flujo de la orina. El desarrollo de la enfermedad,

genera la aparición de síntomas diversos, tradicionalmente agrupados bajo el término de “prostatismo”.⁽¹⁾ La sintomatología está dividida en 2 grandes grupos: irritativa y obstructiva, que se relacionan con la fisiopatología de la HBP. La alteración del tono muscular del cuello de la vejiga y el mismo músculo liso de la glándula, junto con una disfunción del músculo detrusor del cuello vesical producida por la HBP, provocan la aparición de la sintomatología irritativa, mientras que el crecimiento adenoma toso de la glándula hace que se produzca una obstrucción mecánica al flujo urinario. La Sintomatología irritativa (o de llenado) es debida a la disfunción del músculo detrusor. La sintomatología obstructiva (o de vaciado) es debida a la compresión extrínseca de la uretra. Se encuentra determinada por la propia dificultad en la salida del flujo urinario e intervienen tanto el componente obstructivo estático como el dinámico. El cuestionario IPSS no sólo permite valorar la gravedad de la sintomatología, sino también los síntomas predominantes en cada paciente. Normalmente, la sintomatología de la enfermedad es mixta; así pues, un paciente que presenta una escala con todas las preguntas con resultado leve-moderado y una pregunta con una respuesta de sintomatología grave nos estará indicando que el síntoma explorado en esa pregunta es el que predomina en ese paciente. El instrumento que tenemos actualmente y que está recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la escala International Prostate Symptom Score (IPSS) diseñada para valorar la sintomatología y su afección con la calidad de vida relacionada con la HBP.⁽¹¹⁾

Se recomienda la realización de examen físico que incluya examen rectal y una exploración neurológica básica. El examen rectal tiene por objeto fundamental, detectar el tamaño de la glándula y la presencia de zonas induradas que permitan sospechar la presencia de cáncer; adicionalmente, evidencia la presencia de tumores del recto. El tono del esfínter rectal, es un indicador indirecto de integridad neurológica pélvica. El examen neurológico básico recomendado, implica la evaluación de la sensibilidad perineal, tono del esfínter anal, reflejo bulbo cavernoso y la medición de reflejos en miembros inferiores. El tamaño de la próstata, establecido mediante el tacto rectal, puede ser de importancia para la selección de tratamientos específicos; el tamaño de la próstata al tacto rectal, no debe ser tenido en cuenta, de manera aislada, para definir la indicación de tratamiento⁽¹⁾

Las opciones terapéuticas incluyen: tratamiento médico farmacológico con bloqueadores α adrenérgicos e inhibidores de la enzima 5 alfa reductasa y tratamiento quirúrgico, éste consiste en la excéresis del tejido prostático hiperplásico. Este procedimiento puede realizarse mediante la resección transuretral indicada para pacientes con volúmenes glandulares menores de 50 g; o por la adenomectomía supra púbrica trans vesical para pacientes con volúmenes mayores de 50 g.⁽¹²⁾

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 2 disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario.⁽¹³⁾

El nivel del antígeno prostático específico constituye una herramienta indispensable en el diagnóstico del cáncer de próstata que mejora sustancialmente la eficacia

obtenida con el tacto rectal. Sin embargo, la elevación del antígeno prostático específico puede observarse también en pacientes con hiperplasia benigna de la próstata. Así, la concentración del antígeno prostático específico es superior a 4 ng/mL en 25 a 50 % de los pacientes con hiperplasia benigna de la próstata. De tal forma, el principal inconveniente del antígeno prostático específico es su falta de especificidad, por lo que en los últimos años se han definido varias estrategias con la finalidad de resolver este problema. ⁽¹⁴⁾

En un estudio revisión realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González Acerca de la prevalencia del cáncer de próstata del año 1988 a 2008 se hace referencia acerca de la prevalencia del manejo quirúrgico en un total de 953 cirugías por hiperplasia prostática siendo 819 por resección transuretral y 134 por prostatectomía abierta con un promedio de 71 años de edad ⁽¹⁵⁾. En un estudio reportado en el 2015 acerca de la prevalencia de la inflamación e hiperplasia prostática en hombres caucásicos asiáticos se encontró que el aumento del volumen prostático y el antígeno prostático puede darnos una pista acerca de la etiología, pero no del tratamiento a elegir. ⁽¹⁶⁾

En la Unidad de Medicina Familiar número 171 de Zapopan, Jalisco, México la prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años se encontró que la hiperplasia benigna de próstata es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más de 50 años que requiere una continuidad asistencial entre el primer y segundo nivel de atención en salud. 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 chorro urinario. ⁽¹³⁾

Los factores predisponentes identificados, para producir crecimiento glandular, son la edad y la presencia de testículos funcionantes. La Hiperplasia Prostática Benigna puede dar lugar a una morbilidad importante: retención urinaria, uropatía obstructiva, deterioro de la función renal, infección urinaria, descompensación vesical, y litiasis vesical. ⁽¹⁾ A pesar del descenso de los niveles de testosterona en el anciano, el incremento de los receptores para la dihidrotestosterona (DHT) inducida por los estrógenos, junto con el aumento de la síntesis de DHT, es suficiente para aumentar el tamaño de la próstata. ⁽⁶⁾

Se reconoce que la HBP tiene una prevalencia alta, si bien la ausencia de unos criterios diagnósticos definitivamente consensuados y la falta de especificidad de los síntomas urinarios propios de la HBP limitan la información epidemiológica. Así, las cifras que tradicionalmente aparecen en los diferentes estudios son muy diversas y la variabilidad se atribuye básicamente a la metodología utilizada en los diferentes estudios y al ámbito asistencial de su desarrollo. En el caso de la prevalencia de la HBP histológica, se estima que esta ocurre en el 8% de los varones de 31 a 40 años, hasta en el 50% de los varones de 51 a 60 años y en más del 80% de varones de más de 80 años y es rara en hombres jóvenes. Obviamente esta prevalencia no coincide con la prevalencia de la HBP sintomática o clínica, en la que confluyen todos los componentes de la enfermedad y en la que, en primer lugar, los síntomas se evalúan a partir de la utilización de escalas de puntuación de

síntomas, y de todas ellas preferentemente el International Prostate Symptom Score (IPSS). En la práctica se asume que solo un 50% de los pacientes con cambios histológicos van a presentar manifestaciones clínicas prostáticas y solicitar consejo médico desde Atención Primaria y/o Atención Especializada por un urólogo. Existen muchas series estudiadas, y mantienen vigencia los datos clásicos de la Conferencia Internacional de París sobre Hiperplasia Benigna de Próstata en 1993. Por otro lado, es preciso reconocer que existen diferencias en las cifras de prevalencia entre diversos estudios según los países; en España, Chicharro et al. asociaron tres parámetros para realizar un estudio epidemiológico: una puntuación IPSS > 7, flujo máximo < 15 ml/s y un volumen prostático > 30 cc, encontrando una prevalencia clínica global de un 11,7% de HBP en los españoles y de hasta el 80% a partir de los 70 años. La prevalencia en Europa según la serie de Speakman M. fue del 14% para el rango de edad de 40 a 60 años y para el de más de 60 años osciló entre 30-40%. En Estados Unidos, según Bushman W., para varones de más de 40 años la prevalencia fue del 8% y alcanzaba al 80% en los mayores de 80 años.⁽¹⁷⁾

La HBP es un trastorno de fisiopatología heterogénea, no existiendo una correlación clara entre el tamaño de la próstata y la frecuencia o severidad de los síntomas. Los síntomas irritativos o directos más frecuentes son disuria de inicio y más acusada en la primera micción de la mañana, nicturia, polaquiuria, pesadez hipogástrica y urgencia miccional. Entre los síntomas obstructivos se encuentran las alteraciones en el flujo urinario con disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional, interrupción del chorro y goteo postmiccional, tenesmo vesical o rectal, dolor supra púbico y retención urinaria. La retención aguda de orina es uno de los síntomas clásicos. Puede producirse después de una comida copiosa, bebida abundante, largos viajes en automóvil o por tratamiento con fármacos (diuréticos, efedrina, espasmolíticos). La retención crónica incompleta es un cuadro más insidioso, caracterizado por micción constante e imperiosa (micción por rebosamiento), que puede acompañarse de tumoración hipogástrica palpable y dolorosa (globo vesical). El incremento de volumen prostático conduce a la incapacidad del completo vaciado vesical con residuo miccional, lo que puede originar complicaciones: hidro uréter, hidronefrosis e insuficiencia renal, infecciones, litiasis vesical y hematuria. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la HBP es causa de mortalidad en 30 de cada 100.000 personas, ocupando en los países industrializados el tercer lugar entre las enfermedades que suponen un mayor gasto sanitario.⁽³⁾ La historia clínica en esta, como en cualquier enfermedad, es fundamental. Es básico establecer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades urinarias o extra urinarias, que nos va a permitir descartarlas. Una detallada anamnesis es determinante y para ello es necesaria una cuantificación de los síntomas del tracto urinario inferior. En 1991 el Comité Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 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 puntos. Con el objetivo de unificar criterios en la evaluación, es el International Prostate Symptoms Score (IPSS). Se utiliza tanto en la visita inicial como para evaluar posteriormente la respuesta al tratamiento.^(10,14,17,18,19)

La mortalidad por HBP es escasa y su comportamiento evolutivo condiciona la aparición de síntomas miccionales con intensidad variable y repercusión en la calidad de vida de los pacientes. El desarrollo de complicaciones a lo largo de su evolución, a saber: presencia de síntomas graves, insuficiencia renal obstructiva, desarrollo de retención urinaria aguda, necesidad de cirugía e infección urinaria refractaria a tratamientos habituales, son cada vez más infrecuentes en base a la reconocida eficacia de los diferentes tratamientos.⁽³⁾

La Asociación de Urólogos Americanos y la 4ta. Consulta Internacional de HPB, sugieren la utilización del Cuestionarios de índice de Síntomas, para ser empleados en la evaluación inicial del paciente con HPB. Estos cuestionarios, han sido sometidos a pruebas estadísticas de validación en diversos países; Cerca del 20% de los urólogos americanos, han cambiado las estrategias de manejo y estudio de los pacientes por estos instrumentos.⁽¹⁾

En 1991 el Comité Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una reunión realizada en París recomendó el empleo de un cuestionario de 7 preguntas [(dirigidas al interrogatorio sobre las dificultades miccionales, cuantificadas desde 0 (ninguna) hasta 5 (casi siempre). La puntuación final va de 0 puntos (asintomático) a 35 (con muchos síntomas)]. Esto permite clasificar a los pacientes en tres grupos: levemente sintomáticos (0-7), moderadamente sintomáticos (8-19) y gravemente sintomáticos (20-35). La octava pregunta del cuestionario valora el impacto general de la enfermedad sobre la calidad de vida (en una escala del 0 al 6), que nos puede informar sobre cómo vive el paciente sus molestias y cómo valora sus mejorías. 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 HBP.⁽¹³⁾

En el año de 1992 se validó el IPSS en Estados Unidos. Inicialmente se le denominó The American Urological Association Sympton Index. Validado al castellano.⁽³⁾⁽⁴⁾ Se ha elaborado una serie de cuestionarios, de los que el más utilizado y recomendado por la OMS es el International Prostate Symptoms Score (IPSS). IPSS. Consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,88) y test-retest ($r = 0,88$) fiabilidad correlacionada fuertemente con puntuaciones de los síntomas ($r = 0,86$) Se utiliza tanto en la visita inicial como para evaluar posteriormente la respuesta al tratamiento.^(6,10,13,19)

Los problemas relacionados con la micción pueden ser muy estresantes y afectar notablemente a la calidad de vida de los hombres y los quehaceres cotidianos de su vida diaria, aunque la respuesta individual a estos síntomas varía ampliamente. Algunos hombres pueden tolerar sensaciones muy molestas de micción anómala, mientras que otros buscan alivio por síntomas leves y una gran parte de ellos nunca demandan atención médica. Es importante detectar oportunamente síntomas prostáticos y sobre todo saber en qué momento el paciente requiere de una intervención.⁽²⁰⁾

La Calidad de Vida (CV) de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos.⁽²¹⁾

Autores como Patrick y Erickson definen la CV como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumacher y Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Schwartzmann L y col, consideran la CV como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la CV es una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.

Es claro que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tienen la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a una nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras y, en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no solo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente.⁽²²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, definió la salud como completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea que son componentes de la calidad de vida (CV) esferas como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos.^(21,22)

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.⁽²²⁾

JUSTIFICACIÓN

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) indicativos de hiperplasia benigna de próstata (HBP) constituyen la enfermedad urológica más frecuente en varones. La mayoría de los estudios realizados revelan que aproximadamente el 25% de los varones de más de 40 años presenta (STUI). Los problemas relacionados con la micción pueden ser muy estresantes y afectar notablemente a la calidad de vida de los hombres y los quehaceres cotidianos de su vida diaria, aunque la respuesta individual a estos síntomas varía ampliamente. La Calidad de Vida (CV) de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos

En México, la incidencia y la prevalencia de afecciones de la próstata se han incrementado, lo que se explica por el aumento de la expectativa de vida, que da la oportunidad a los hombres a desarrollar STUI. La prevalencia de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) varía con la edad, con un rango desde el 14% en varones en la cuarta década a más del 40% a partir de la sexta década; la prevalencia total de Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) es del 30%.

Este tipo de estudio en la Unidad de Medicina Familiar Número 6 de Cortázar, Guanajuato, permitirá contribuir con la detección temprana e implementar de acuerdo a los resultados, acciones que permitan incidir en un diagnóstico temprano que mejore las expectativas de vida de los derecho-habientes adscritos a nuestra Unidad de Medicina Familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES 40 A 69 AÑOS EN LA UMF 6 CORTAZAR, GTO?

HIPOTESIS

Por el tipo de estudio a realizar no se plantea hipótesis.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar la prevalencia de síntomas de Tracto Urinario Inferior y la Calidad De Vida en Pacientes 40 a 69 Años en la UMF 6 Cortázar, Gto.”

Objetivos Específicos

- Identificar el grupo etario de mayor prevalencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo De Estudio

Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

Lugar Y Tiempo

Unidad de Medicina Familiar Número 6 de Cortázar, Guanajuato, en el lapso de noviembre de 2017 a febrero del 2018, se realizó la recolección de los datos.

Población

Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 6 de Cortázar, Guanajuato, pertenecientes al grupo etario de 40 a 69 años, que acuden a la consulta de Medicina Familiar, de noviembre de 2017 a febrero de 2018.

Tamaño de la muestra

Se estimó una población de pacientes de 4744 que son los adultos de 40 a 69 años. El tamaño mínimo de muestra se realizó considerando una proporción esperada 30%, una Precisión = 5 %, Nivel de confianza = 95%. El cálculo se realizó utilizando Epidat versión 4.1.

La muestra será de 334 pacientes, incluyendo el 10 % de pérdidas esperadas.

No Probabilístico, por simple disponibilidad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Pacientes de adultos de 40 a 69 años, de ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 6 de Cortázar, Guanajuato y que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar.

Criterios de Eliminación

- Pacientes que no llenaron en forma correcta la encuesta.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con historia previa de cirugía prostática, uretral o vesical, enfermedades neurológicas que afecten al vaciamiento vesical (esclerosis múltiple, traumatismo medular, tumores de médula, vejiga neurógena, complicaciones derivadas de la diabetes mellitus) neoplasias de próstata y vejiga, estenosis uretral y utilización de medicamentos que afecten a la fisiología del tracto urinario inferior.
- Pacientes que no se encontraron vigentes.

VARIABLES

1) Definición operacional de variables.

✓ *Sintomatología TUI: Leve, Moderada o Severa*

- Leve: 0-7
- Moderada: 8-19
- Severa: 20-35

✓ *Calidad de Vida: Afectación o No afectación*

- *Afectación: ≥ 4*
- *No Afectación: < 4*

Tipo de variables, escalas y unidades

Variable	Tipo de variable	Escala	Unidad de Medición
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Nominal	masculino
Turno	Cualitativa	Nominal	1=matutino 2=vespertino
Sintomatología Tracto Urinario Inferior	Cualitativa	Ordinal	Leve: 0-7 Moderada: 8-19 Severa: 20-35
Calidad de Vida	Cualitativa	Ordinal	<i>Afectación: ≥ 4</i> <i>No Afectación: < 4</i>

Recolección de Datos

1. Método de recolección:

Encuesta

2. Instrumento de recolección:

Se aplicó una encuesta de registro de datos socios demográficos realizada en forma ex profesa (Anexo1), en el cual se registraron los datos socios demográficos de los pacientes: nombre, número de afiliación, sexo, edad, consultorio y turno.

Posteriormente se aplicó el Instrumento de IPSS (Anexo 2), el cual consta De 8 ítems, de los cuales los 7 primeros son sobre síntomas urinarios:

1. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que la vejiga no se vacía completamente después de terminar de orinar?
2. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido que volver a orinar en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?
3. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia se dio cuenta de que había parado y continuado varias veces cuando orinaba?
4. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha encontrado difícil el posponer el deseo de orinar?
5. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido el chorro urinario débil?
6. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido que pujar o hacer un esfuerzo para comenzar a orinar?
7. Durante el mes pasado, generalmente, ¿Cuántas veces se ha levantado durante la noche para orinar desde el momento en que se acostó hasta que se levantó por la mañana?
8. Si Usted tuviera que estar toda la vida orinando en la forma que lo hace hasta ahora ¿Cómo se sentiría?

De la Pregunta 1 a la 6 las respuestas son:

Respuestas: VALOR

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| a) Ninguna | (0) |
| b) Menos de 1 en 5 veces | (1) |
| c) Menos de la mitad de las veces | (2) |
| d) Aprox. la mitad de las veces | (3) |
| e) Más de la mitad de las veces | (4) |
| f) Casi siempre | (5) |

Las respuestas de la pregunta 7 son:

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| a) Ninguna | (0) |
| b) 1 vez por noche | (1) |
| c) 2 veces por noche | (2) |
| d) 3 veces por noche | (3) |
| e) 4 veces por noche | (4) |
| f) 5 veces o más por noche por noche | (5) |

Las respuestas de la pregunta 8 son en relación con la estimación del índice de la calidad de vida auto percibida por el paciente:

- | | |
|--------------------------|-----|
| a) Encantado | (0) |
| b) Complacido | (1) |
| c) Más bien satisfecho | (2) |
| d) Más o menos | (3) |
| e) Más bien insatisfecho | (4) |
| f) Descontento | (5) |
| g) Terrible | (6) |

En el IPSS la 8ª pregunta sobre Calidad de vida, no afecta el resultado del puntaje de las otras 7 preguntas sobre STUI, ni viceversa.

PUNTUACIÓN

Sintomatología TUI

0-7	Síntomas Leves
8-19	Síntomas Moderados
20-35	Síntomas Severos

Calidad de vida

Puntuación ≥ 4 = afectación significativa de la calidad de vida del paciente.
< 4 = No afectación significativa de la calidad de vida del paciente.

* IPSS. Consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,88) y test-retest ($r = 0,88$)
fiabilidad correlacionada fuertemente con puntuaciones de los síntomas ($r = 0,86$)

Procedimiento de recolección de datos

Una vez autorizado por el comité 1005, se procedió a la fase de trabajo iniciando con la solicitud al directivo correspondiente para hacer de su conocimiento este trabajo, posteriormente el Investigador Responsable trabajo en la búsqueda de la población blanco a quienes se explicó el objetivo y alcance del estudio, se solicitó su participación y autorización mediante Consentimiento Informado, así como se informó de los riesgos y el resguardo adecuado de la información que se obtuvo de las encuestas. Siendo favorable la participación del derechohabiente, se procedió a realizar aplicación de Anexo 1. Datos sociodemográficos, posteriormente se aplicó Anexo 2. Instrumento de IPSS. Una recolección de todos los datos de las cédulas en una base de datos EXCEL.

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva.

RECURSOS

Recursos materiales y Económicos			
	Cantidad	Costo unitario	Costo Total
Paperería			
Lápices	10	3.00	30.00
Copias	300	.50	150.00
Bolígrafos	10	5.00	50.00
Carpeta argolla	1	50.00	50.00
Tablas	10	48.00	480.00
Oficina			
Computadora HP	1	6,500.00	6,500.00
Tinta p/impresora	2	350.00	700.00
Software Windows 8	1	1800.00	1,800.00
			Subtotal: \$ 9,060.00
Humanos			
Investigador responsable: alumno de 3º año de especialidad en medicina familiar para médicos generales Convenio IMSS-UNAM	1		Sin costo
Asesores de tesis Coordinador Auxiliar Médico de Investigación, Delegación Guanajuato., Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud. Profesor titular con Diplomado en investigación	3		Sin costo
			TOTAL \$ 9,060.00

Todos los gastos corrieron a cargo del investigador

ASPECTOS ÉTICOS

En apego a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

- ✓ La investigación se realizó por que el conocimiento que se pretendía adquirir no se pudo obtener por otros medios.
- ✓ Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- ✓ El proyecto de investigación describe a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- ✓ El protocolo se sometió para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.
- ✓ La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente.
- ✓ El investigador responsable informo al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación y sobre algún incidente grave.
- ✓ No se realizó ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.
- ✓ El muestreo se realizó considerando a toda la población diana que cumplió con los criterios de selección, sin hacer alguna discriminación en particular.
- ✓ Los resultados de esta investigación beneficiaron a la comunidad de médicos por que permiten establecer la necesidad de capacitación, lo cual a su vez beneficio a los pacientes, ya que con ello se asegura una atención médica de calidad.
- ✓ El riesgo el paciente es mínimo ya que no se realizó ninguna intervención y se aseguró la confidencialidad de la información, evitando publicar datos de identificación.
- ✓ Se solicitó Consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 334 derechohabientes de la UMF6 Cortázar, realizándose un análisis estadístico con el programa SPSS arrojando los siguientes resultados. Los grupos de edad quedan de la siguiente manera en relación a la prevalencia del grupo etario: Grupo de 40-45 años 55 (16.5%), de 46-50 años 62 (18.6%), de 51-55 años 62 (18.6%), de 56 a 60 años 58 (17.4%), 61-65 años 53 (15.9%), 66-69 años 44 (13.2%). Representado en al grafica 1

Tabla 1 GRUPO DE EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido
40-45 años	55	16,5	16.5
46-50 años	62	18.6	18.6
51-55 años	62	18.6	18.6
56-60 años	58	17.4	17.4
61-65 años	53	15.9	15.9
66-69 años	44	13.3	13.2
Total	334	100	100



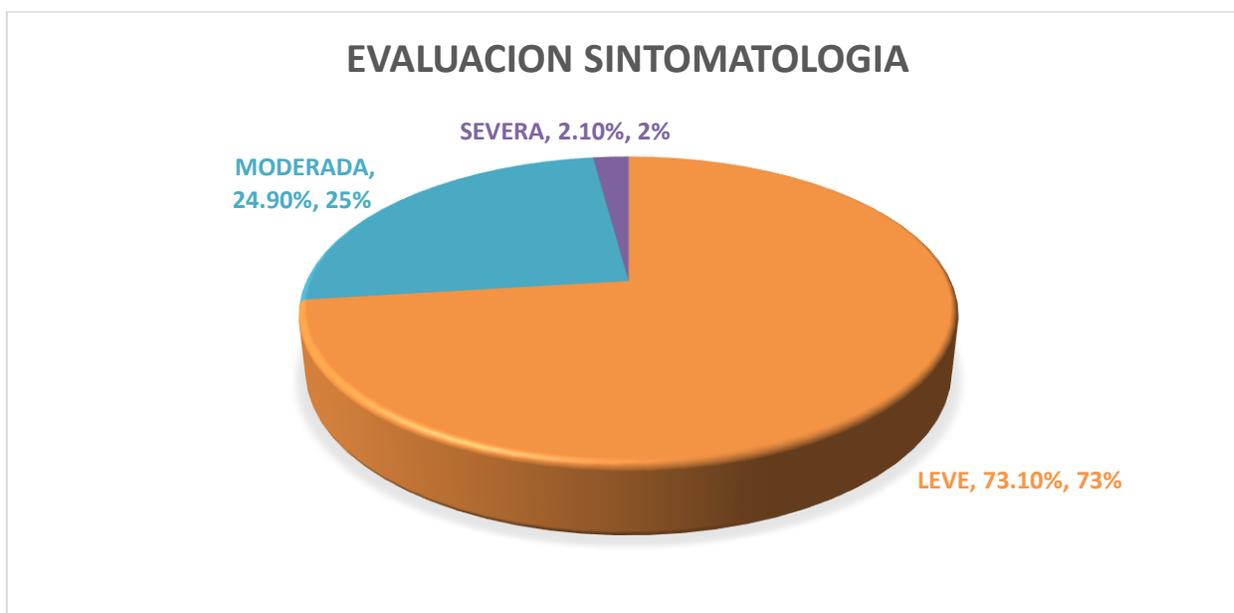
GRAFICA 1

En cuanto a la evolución de la sintomatología se encuentra que mediante el análisis y aplicación de IPSS, con sintomatología leve existen 244 (73.1%), moderada 82 (24.1%) y severa 7 (2.1%). Como se observa en la gráfica 2.

Tabla 2 EVALUACION SINTOMATOLOGIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	244	73.1
MODERADA	83	24.9
SEVERA	7	2.1
TOTAL	334	100

GRAFICA 2



En cuanto a lo relacionado de la afectación de la calidad de vida se percibe afectación en 22(6.6%) de los participantes; No afectación 312 (93.4%) participantes, lo cual se observa en la grafica 3.

Tabla 3 CALIDAD DE VIDA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AFECTACION	22	6.6
NO AFECTACION	312	93.4
TOTAL	334	100

Grafica 3.

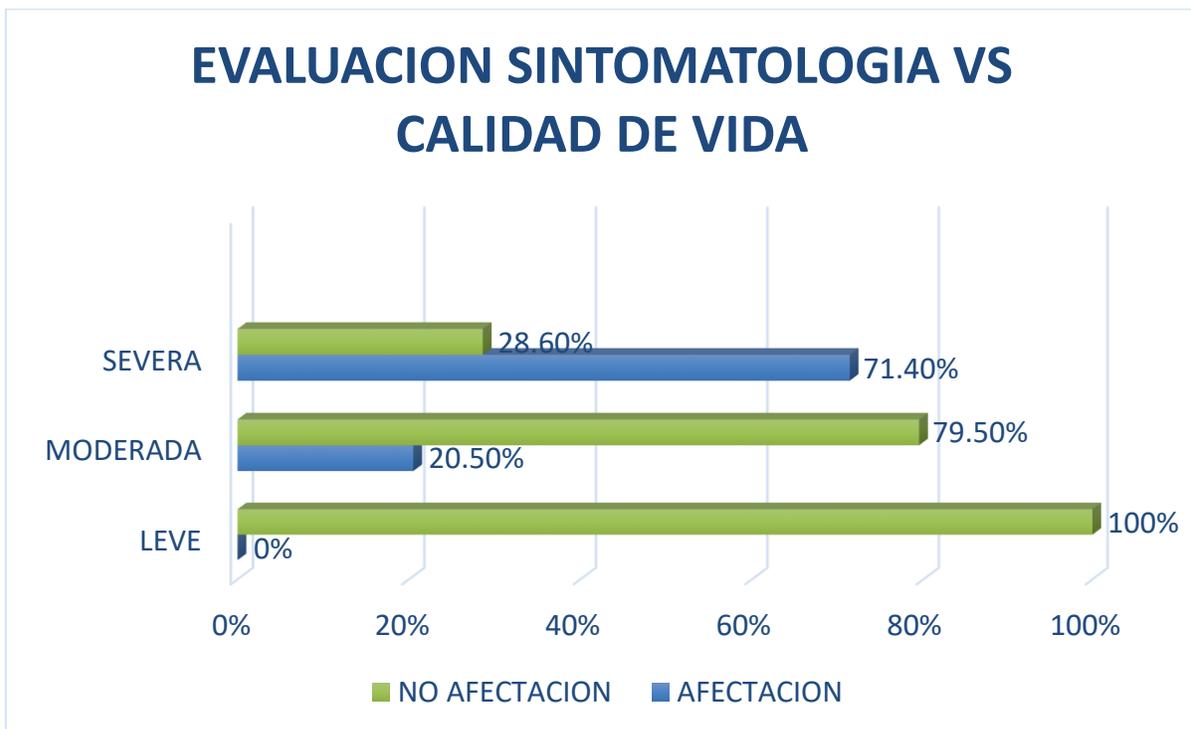


Previa aplicación del IPSS se realizó una tabulación cruzada SINTOMATOLOGIA VS CALIDAD DE VIDA, encontrando que con sintomatología leve 244 derechohabientes no existe afectación en la calidad de vida; con sintomatología moderada 83 (100%) existen 17 (20.5%) con afectación y sin afectación 66 (79.5%); sintomatología severa 7(100%), con afectación 5(71.4%) y sin afectación 2 (28.6%). Haciendo un recuento que de 334 (100%) derechohabientes siendo el total de la muestra. Existen 22(6.6%) con afectación en la calidad de vida y 312 (93.4%)sin afectación en la calidad de vida. Lo cual se plasma en el grafico 4.

Tabla 4 Evaluación SINTOMATOLOGIA VS CALIDAD DE VIDA Tabulación cruzada

		CALIDAD VIDA		TOTAL
		AFECTACION	NO AFECTACION	
EVALUACION SINTOMATOLOGIA	LEVE	0 0%	244 100%	244
	MODERADA	17 20.5%	66 79,5%	83
	SEVERA	5 71.4%	2 28.6%	7
	TOTAL	22 6.6%	312 93.4%	334 100%

Grafica 4.



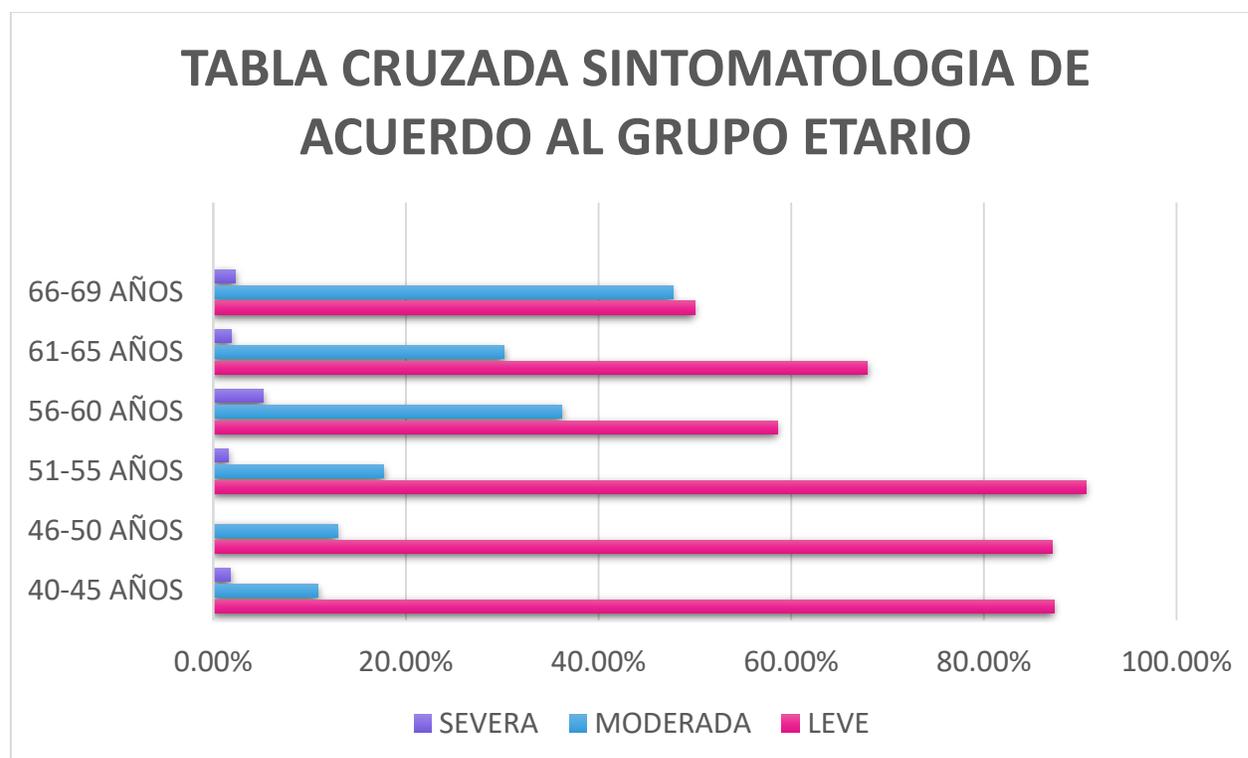
En la relación GRUPO DE EDAD VS SINTOMATOLOGIA. Del grupo de 40-45 años 55 derechohabientes (100%). De estos derechohabientes con sintomatología leve existen 48 (87.3%) moderada 6 (10.9%) y severa 1 (1.8%). Grupo de 51- 55 años 62(100%) derechohabientes con sintomatología leve 50 (80.6%), moderada 11 (17.7%) severa 1 (5.2%): Grupo de 56-60 años 59 (100%) derechohabientes con sintomatología leve 34 (58.6%), moderada 21 (36.2%) y severa 3(5.2%); Grupo de 61-65 años 53 (100%)derechohabientes con sintomatología leve 36 (67.9%), moderada 16 (30.2%) y severa 1 (1.9%); Grupo de 66-69 años 44 (100%) derechohabientes, con sintomatología leve 22 (50%), moderada 21 (47.7%) y

severa 1 (2.3%). En el recuento general del grupo encontramos que del total de la muestra existen con sintomatología leve 244 (73.1%) derechohabientes, moderada 83 (24.9%) y severa 7 (2.1%). (Grafica 5)

Tabla 5 GRUPO EDAD*EVALUACION SINTOMATOLOGIA Tabulación cruzada

GRUPO EDAD	AÑOS	EVALUACION SINTOMATOLOGIA			TOTAL
		LEVE	MODERADA	SEVERA	
40-45		48	6	1	55
		87.3%	10.9%	1.8%	100%
46-50		54	8	0	62
		87.1%	12.9%		100%
51-55		50	11	1	62
		87.1%	12.9%	1.6%	100%
56-60		34	21	3	58
		58.6%	36.2%	5.2%	100%
61-65		36	16	1	53
		67.9%	30.2%	1.9%	100%
66-69		22	21	1	44
		50%	47.7%	2.3%	100%
TOTAL		244	83	7	334
		73.1%	24.9%	2.1%	100%

Grafica 5.



DISCUSION

Se estudió la prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior y la calidad de vida en pacientes de 40 a 69 años en la UMF 6 Cortázar, Gto.

Se ha encontrado en diferentes estudios que la HPB se inicia en la mayoría de los hombres alrededor de la quinta década de la vida y en algunos casos en hombres de menor edad causando alteraciones en la percepción de la calidad de vida y la presencia de sintomatología del tracto urinario inferior.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es la patología urológica de mayor frecuencia en varones y la causa más importante de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en población masculina de edad avanzada. (3)

La manifestación clínica de la HBP a través de STUI de llenado o de vaciado requiere de un diagnóstico diferencial con otras patologías urológicas, y un tratamiento coordinado entre los servicios de atención primaria y especializada al objeto de armonizar las intervenciones terapéuticas. (4)

En México, la incidencia y la prevalencia de afecciones de la próstata se han incrementado, lo que se explica por el aumento de la expectativa de vida, que da la oportunidad a los hombres a desarrollar STUI. (5)

La prevalencia de (STUI) varía con la edad, con un rango desde el 14% en varones en la cuarta década a más del 40% a partir de la sexta década; la prevalencia total de (STUI) es del 30%. (6)

Es una de las enfermedades más frecuentes y de mayor morbilidad en el varón anciano, con importante repercusión en su calidad de vida. La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es una de las enfermedades más comunes en el anciano varón. Su prevalencia ha aumentado por el crecimiento demográfico, el incremento de la expectativa de vida y por los cambios en el estilo de vida. (7)

Cabe mencionar que en comparación con nuestro estudio encontramos que mediante el test de IPSS (Escala internacional de síntomas prostáticos) en cuanto a la evolución de la sintomatología leve existen 73.1%, moderada 24.1% y severa 2.1% obteniéndose estos porcentajes en base a la muestra de cada grupo

En cuanto a lo relacionado a la afectación de la calidad de vida se percibe afectación en 22(6.6%) de los participantes; No afectación 312 (93.4%) participantes.

Durante 1999-2000 Fernández Pérez y Moreno Siervo realizaron en Madrid un estudio transversal entre los varones mayores de 40 años o más en el cual se observa que los hombres de 60 años o más tenían una frecuencia de STUI

moderados/severos tres veces mayor que los hombres más jóvenes. El nivel bajo de estudios, frente al alto, mostró una frecuencia 2,2 veces mayor de STUI moderados/severos.(24) En comparación con nuestro en el que mediante una tabulación cruzada SINTOMATOLOGIA VS CALIDAD DE VIDA, encontramos que con sintomatología leve 244 derechohabientes no existe afectación en la calidad de vida; con sintomatología moderada 83 (100%) existen 17 (20.5%) con afectación y sin afectación 66 (79.5%); sintomatología severa 7(100%), con afectación 5(71.4%) y sin afectación 2 (28.6%). Haciendo un recuento de 334 (100%) derechohabientes siendo el total de la muestra.

En lo referente a la calidad de vida Arlandis Guzmán; García Matres en un estudio epidemiológico observacional, transversal multicéntrico llevado a cabo en el año 2010 en España se observó que los SUTI repercuten directamente en la calidad de vida en los pacientes varones mayores de 40 años.(23). En comparación con la muestra de nuestro estudio podemos referir que en la percepción de la calidad de vida existen 6.6% con afectación en la calidad de vida y 93.4% sin afectación en la calidad de vida en la población estudiada. Siendo más percibida la afectación en la calidad de vida en síntomas urinarios severos.

Podemos encontrar que el grupo de mayor afectación en cuanto a la prevalencia de sintomatología leve son los grupos de 40 a 45 años (87.3%) 48, y de 45 a 50 años (87.1%) 54, en moderada el grupo de 55 a 69 años (50%) 22 y en severa el grupo de 55 a 60 (5.2%). En comparación con un estudio trasversal descriptivo realizado en 2015 por Delgado Quiñones y Pulido Guerrero en la UMF no 171 en donde encuentran que la población en México reporta síntomas urinarios a partir de los 55 años. ya que en 25% de la población estudiada por ellos reporto datos obstructivos y el 50% refiere disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario. encontrándose una prevalencia de SUTI del 43.5% los cuales requieren intervención médico-quirúrgica. (13)

CONCLUSIONES

La prevalencia de síntomas en el tracto urinario inferior obtenida mediante la aplicación del test IPSS fue de un 73.1% en sintomatología leve, 24.9% para sintomatología moderada y un 2.1 % para sintomatología severa encontrando que de acuerdo al estudio realizado este resultado es superior a estudios previos (1) (6) (14)

En cuanto a la percepción de la calidad de vida mediante el uso también del test IPSS nos indica que un 6.6 % percibe afectaciones en la calidad de vida y un 93.4% no percibe afectación alguna que de acuerdo a estudios previos es muy inferior el resultado obtenido en nuestra muestra (14).

Durante la realización de este estudio observamos un impacto positivo en los derechohabientes de la UMF 6 Cortázar, ya que muchos de ellos tienen la inquietud realizarse una valoración en base a la sintomatología urinaria que muchos de ellos presentan.

En algunos casos los pacientes son candidatos a la realización del protocolo de Hiperplasia Prostática en el cual se incluye el Antígeno Prostático Específico, ultrasonido de próstata, interrogatorio completo y dirigido y una exploración física complementaria.

Varios de ellos requirieron se realice referencia al servicio de urología de la clínica de 3er nivel para su valoración y seguimiento de forma oportuna.

Se recomendaría realizar un corte a futuro sobre los mismos pacientes para valorar si existe una mejoría en la percepción de la calidad de vida y disminución de la sintomatología urinaria secundario al seguimiento del tratamiento médico y al impacto recibido al ser tomados en cuenta en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- P. Gómez., Valero F., G. Bastida C., Cagua Agudelo E., Guía Práctica Clínica Hiperplasia Prostática Benigna, México, Secretaria de Salud 2010.WWW.Cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.
- 2.- Rubinstein E. Gueglio G. Grudice Tesolin P., Hiperplasia Prostática Benigna. Evidencia Actualización en la práctica ambulatoria. 2013. 16 (4):143-151
- 3.-Organización Médica Colegial de España. Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP). Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad Madrid, 2014.
- 4.-D. Castro Díaz, H. Díaz-Cuervo y M. Pérez. Hiperplasia Benigna de próstata y su tratamiento: Impacto en calidad de vida y función sexual. Actas urológicas Españolas. 2013; 37(4): 233-241
- 5.- R. Carvajal García. Relación entre el antígeno prostático específico y la hiperplasia prostática benigna en pacientes Mexicanos. Revista Mexicana de Urología, 2014;74(6): 342-345
- 6.-Abellon Von K, Abizunda Soler P. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid. Coordinación Editorial International Marketing. 2006
- 7.-H. López Romosetal. Guía de Manejo de la Hiperplasia Prostática Benigna. Colombia, 2014.cientifica
- 8.- Programa de Formación e Investigación en Hiperplasia Benigna de Próstata de la comunidad Valenciana. Indicadores de calidad en hiperplasia benigna de próstata, un estudio cualitativo. Revista Atención Primaria. 2014; 46(5): 231-237
- 9.- J M Cozar-Olmo, C Hernández, Miñana-López, JH Amon Sesmero, M Montlleo-González. Consenso sobre el impacto clínico de la nueva evidencia científica, disponible sobre hiperplasia benigna prostática. Actas Urológicas Españolas; 2012. 36(5): 265-275
- 10.- M. Rosas, Hiperplasia Benigna de Prostat. Offarm, 2006, 25(8): 102-108
- 11.- Francesc B. A., M Eugenia B, Ana Isabel Allue Buil. Hiperplasia Benigna de Próstata, Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. Revista de Atención Primaria. 2006 38(7): 387-391

- 12.- S. Fernández, G. Rene, J. Rene, Lomelin-Ramos, Jaspersen-Gastelum, J. Osasa-Nava. Hiperplasia Prostática Benigna de Gran Volumen. Revista Cirugía y Cirujanos 2012 80(6); 542-545
- 13.- D. Quiñones EG, Pulido C, Navarro Sandoval C, Rivera Valdivia WG, Prevalencia de Síntoma prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar. Revista Médica MD 2015; 6(4): 263-267
- 14.-L. Sanchez-Martinez, Cesar Armando Paredes. El antígeno prostático específico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013; 51(2):124-126
- 15.- C. Merayo, Sánchez-Turat, Gustavo J, Sanatana Rios Zael, Pérez Becerra Rodrigo. Prevalencia del cáncer de próstata incidental en el hospital general Dr. Manuel Gea González; Revista Mexicana de Urología; 2009, 69(4): 147-152
- 16.- A. R Zlotta, S Egawa, D Pushkar, A Govorov, T. Kimura, Prevalence Inflammation and Benign Prostatic Hyperplasia on Autopsy in Asian and Caucasian Men, R. Euro Urol. 201466(4):1042-1044
- 17.- E. Reyes, Hiperplasia Prostática Benigna. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2013. 606: 269-272
- 18.- Kathrin Brigham Egan. The epidemiology of benign prostatic hyperplasia associated with lower urinary tract symptoms. Urol. Clinic North América. 2016, 43(3): 289-297
- 19.- J. Molero, D. Pérez., F. Brenes Bermúdez, Esperanzanaval Pulido. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. Actas Urológicas Españolas, 2010. 42(1): 36-46.
- 20.- Consejo de Salubridad General. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna. México, 2009.
- 21.- Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. En: Hacia la Promoción de la Salud, Vol. 12, Ene-Dic 2017, págs. 11-24.
- 22.- Contreras F., Espinosa JC, Hernández F, Acosta N. Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). Psicología desde el Caribe (en línea) 2013, 30 (Septiembre-Diciembre). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21329176007>> ISSN

23.-Arlandis Guzmán; Garcia Matres, Maria Justa;Gonzalez Segura, Diego y Rebollo, Pablo. Prevalencia de sintomas del tracto urinario inferior en pacientes con sindrome de vejiga hiperactiva: Manejo del paciente en la practica clinica habitual. Actas Urologicas Españolas. 2009. 33(8): 902-908

24.- Fernandez Perez, Cristina; Moreno sierra Jesus; Cano Escudero, Sara; Bocado Fajardo, Gloria; Silima Moyano, Angel. Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hiperplasia benignade prostata. Actas Urologicas Españolas. 2009. 33(1): 43-51

ANEXOS

Anexo1



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO UMF 6 CORTAZAR, GTO.
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

NOMBRE _____ SEXO: M

NSS. _____

EDAD _____ NUM. CONSULTORIO _____ TURNO: M V

Anexo 2. Instrumento IPSS

	Nunca	Menos de 1 en 5 veces	Menos de la mitad del tiempo	Alrededor de la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Casi siempre
1. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que la vejiga no se vacía completamente después de terminar de orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido que volver a orinar en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia se dio cuenta de que había parado y continuado varias veces cuando orinaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha encontrado difícil el posponer el deseo de orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido el chorro urinario débil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha tenido que pujar o hacer un esfuerzo para comenzar a orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durante el mes pasado, generalmente, ¿Cuántas veces se ha levantado durante la noche para orinar desde el momento en que se acostó hasta que se levantó por la mañana?	Ninguna	1 vez por noche	2 veces por noche	3 veces por noche	4 veces por noche	5 veces o más por noche

Calidad de Vida	Encantado	Complacido	Más bien satisfecho	Más o menos	Más bien insatisfecho	Descontento	Terrible
Si usted tuviera que estar toda la vida orinando en la forma que lo hace hasta ahora ¿Cómo se sentiría?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

