



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR / UMAA No.161**

**T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
(MEDICINA FAMILIAR)**

**“CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA UMF No.
161”**

P R E S E N T A

MARIBEL MIGUEL MARTÍNEZ
Médica Residente de Tercer Año
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR / UMAA No.161

ASESOR CLÍNICO:
Olga Lorenzo Flores
Especialista en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar no. 18

ASESOR METODOLÓGICO:
Manuel Millán Hernández
Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Gestión Directiva en Salud
Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS
Departamento de Investigación en Educación Médica
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

DIRECTOR DE TESIS:
Paul Vázquez Patrón
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar
con UMAA No. 161, IMSS.

Ciudad de México, agosto de 2024.

Número de folio: 2023-3605-084
Número de registro: 2023-3605-105



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.

**“CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA
UMF No. 161”**

AUTORIZACIONES



Maribel Miguel Martínez
Médica/o Residente de Tercer Año
Médico Residente en Medicina Familiar
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR / UMAA No.161



Olga Lorenzo Flores
Especialista en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar no. 18
ASESOR CLÍNICO



Manuel Millán Hernández
Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Gestión Directiva en Salud
Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS
Departamento de Investigación en Educación Médica
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.
ASESOR METODOLÓGICO



**“CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA
UMF No. 161”**

AUTORIZACIONES

Dalila Huerta Vargas
Director
Unidad de medicina familiar /UMAA 161

Paul Gonzalo Vázquez Patrón
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de medicina familiar /UMAA 161

Araceli Dorotea Sandoval Romero
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar
Unidad de medicina familiar /UMAA 161



**“CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA
UMF No. 161”**

**MARIBEL MIGUEL MARTÍNEZ
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES



Javier Santacruz Varela

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Giovanni López Ortiz

Coordinador de Investigación
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3605,
H GRAL ZONA -MF- NUM 8

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 051
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 010 2018072

FECHA Viernes, 23 de junio de 2023

Maestro (a) Paul Gonzalo Vázquez Patrón

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA UMF No. 161** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2023-3605-105

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Guillermo Bravo Mateos
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3605

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa importante en mi vida, quiero agradecer a las personas que me acompañaron y ayudaron a hacer posible este sueño, que son mi inspiración y fortaleza. Esta mención es a mi madre, que, gracias a su apoyo y amor, soy lo que soy; a mi hermana, que ha sido mi compañera de vida; y a mi padre, que me ha cuidado y amado siempre; y principalmente a Dios.

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Antecedentes	3
3. Justificación	16
4. Planteamiento del problema	18
5. Objetivos	19
5.1 Objetivo general	
5.2 Objetivos específicos	
6. Hipótesis	20
7. Material y método	21
7.1 Diseño de estudio	
7.2 Criterios de selección	
7.3 Control de calidad	
8. Muestreo	25
9. Variables	26
9.1 Lista de variables	
9.2 Operacionalización de variables	
10. Descripción del estudio	29
11. Análisis estadístico	30
12. Consideraciones éticas	31
12.1 Internacionales	
12.2 Nacionales	
13. Recursos	36
14. Limitaciones y Beneficios	36
15. Cronograma	37
16. Resultados	38
17. Discusión	40
18. Conclusiones	43
19. Referencias	45
20. Anexos	50

RESUMEN

“CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA DE LA UMF No. 161”

*Maribel Miguel Martínez * Paul Gonzalo Vázquez Patrón ** Araceli Romero Sandoval*** Lorenzo
Flores Olga **** Manuel Millán-Hernández******

*Médico Residente de Primer Año de la Especialización Médica en Medicina Familiar. UMF/UMAA No. 161, IMSS.

** Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161 , IMSS.

*** Profesora titular del curso en especialización de Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161, IMSS.

**** Médico especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar No.18, IMSS.

***** Doctorante en Alta Dirección de Establecimientos de Salud. HP/UMF n°10 IMSS. DIEM, SEM, FacMed,UNAM.

Introducción: Calidad de vida, sintomatología prostática, hombres de la UMF/UMAA 161.

Objetivo: Relacionar calidad de vida y sintomatología prostática en adultos de la UMF No. 161.

Método: Estudio prospectivo, transversal, analítico, no comparativo, observacional, que estudiará 339 sujetos. Se utilizará hoja de recolección y escala IPSS y SF 12. Se realizará análisis univariado y bivariado según sea el caso.

Resultados:

La sintomatología leve es la más frecuente en nuestra población de estudio, que equivale al 42.2%, seguido de la sintomatología moderada (36%) y por último la sintomatología severa en un 21.8%.

El 74.2% de la población estudiada refiere buena calidad de vida y el 25.7% mala calidad de vida.

Entre mayor sea la severidad de los síntomas prostáticos, peor es la calidad de vida, ya que, de los 143 pacientes con sintomatología leve, 95.6% refirieron buena calidad de vida y 3.44% mala, en cambio los pacientes clasificados en síntomas severos, 13.5% perciben buena calidad de vida y el 86.4% perciben mala calidad.

Conclusiones: Debido a que el valor de asociación lineal por lineal es mayor de 3.84 (151.22) y tenemos un valor de p (.0000), rechazamos la hipótesis nula y se concluye que sí existe significancia.

CAPÍTULO 1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1 Antecedentes

Calidad de vida nos habla de la percepción que tiene una persona acerca de su posición en la vida, sin embargo, abarca muchas condiciones, como la cultura, metas establecidas, los valores con los que se cuenta, presencia de preocupaciones y cuáles son los estándares que tiene esa persona en la vida.¹ La sintomatología prostática hace referencia a las manifestaciones de patologías como la hiperplasia prostática que se pueden clasificar en obstructivos e irritativos.² La adultez es el período comprendido entre los 27 y 59 años.

Marco conceptual

CALIDAD DE VIDA

Las enfermedades crónicas se han vuelto un tema de principal importancia, por el aumento acelerado del diagnóstico de estas, y porque, el vivir con este diagnóstico lleva al individuo a realizar reajustes en su estilo de vida, ocasionando reajustes psicológicos que tienen una repercusión importante en la vida de las personas.³

“Calidad de vida” tiene su origen desde el último siglo, y surge teniendo como base el deseo de bienestar, por el desbalance en la sociedad y economía que se vivieron posterior a un fenómeno que se denominó la gran depresión. Esta definición se consolidó posterior a la guerra, por el surgimiento de ideas acerca desarrollo en sociedad y el deseo de que hubiera nuevamente orden ya finalizado dicho suceso.

De este modo se explica cómo surge este concepto, cuyo primordial objetivo en ese momento fue evaluar como percibían los individuos su vida y su estabilidad económica.⁴

Pero, en las primeras investigaciones sobre este tema, la información se centraba en evaluar el estado social y económico, educación, hogar, pero estos eran sólo indicadores objetivos, por lo que su evaluación era insuficiente y sólo explicaban el 15% de la totalidad del concepto⁵, consecuencia de esto se empezó a hacer uso de indicadores subjetivos, como la felicidad y satisfacción, abarcando así 50% del concepto.³

Se han planteado muchos significados sobre este concepto, Ferrans nos dice qué es la sensación de satisfacción de manera individual que se da al lograr identificar áreas

satisfactorias o insatisfactorias⁶; Lawton menciona que se trata de un análisis que involucra múltiples dimensiones, que engloba factores personales y normas⁷.

Veenhoven, alrededor del año 2000, presenta una jerarquía de necesidades que se basa en 2 dimensiones: calidades externas, que engloba que tan habitable es el entorno (aire limpio, seguridad social), si el individuo es buen ciudadano (utilidad de la vida); y calidades internas, donde se valora la salud en su ámbito mental y físico, y si hay apreciación sobre la vida (satisfacción, nivel de humor)

Hay 3 puntos clave sobre esta definición: Es subjetivo; cada individuo tiene una percepción diferente de cada ámbito, y este valor es transitorio (cambia a lo largo de la vida).⁸

Por lo tanto, concordamos en que un punto clave acerca de este concepto es la perspectiva de la persona en el ámbito cultural, metas, modo de ver los problemas, estándares y valores. Engloba cualidades como la independencia, salud física, estado fisiológico y modo en que se relaciona con su entorno, y con esto se obtiene una idea que abarca elementos subjetivos, pero lo más importante es que el individuo establece una jerarquía entre los dominios de importancia para él.⁹

Pero ¿Qué parámetros engloba la calidad de vida? 1. Compromisos (características de un individuo que condicionan la decisión a tomar, como consigue ciertos objetivos y preserva sus ideales), 2. Las creencias (la perspectiva que se tiene para encontrar valor a la vida).¹

Hay 2 componentes que forman parte de este concepto:

- Objetivos: Condiciones materiales, nivel de vida.
- Subjetivos: Satisfacción y felicidad, como nos expresamos emocionalmente, la percepción sobre la salud y seguridad.

Una vez que se analizaron estos indicadores, se hace énfasis en el ámbito de salud, y se empieza a tener interés sobre qué relación hay entre este concepto y el ámbito de salud, siendo un aspecto determinante por su repercusión en el resto de los elementos y valores.¹⁰

Por esto, surge “creencias en salud”, que incluye un importante componente cognitivo-perceptivo. Este modelo se basa en 3 parámetros: La idea sobre que determinada problemática es lo suficientemente relevante como para considerarlo; el pensamiento sobre la existencia de vulnerabilidad hacia ese problema; y la idea sobre la ejecución a realizar será positiva. Este modelo menciona 2 factores que determinan

la conducta de salud, si hay riesgos que condicionen la salud misma y pensar que hay posibilidades para reducir dichas amenazas.

Este modelo ya toma en cuenta aspectos filosóficos, teóricos y métodos, considerando tanto la percepción espiritual y mental, como nos relacionamos de forma interpersonal, ámbito material y funcionamiento e integridad del cuerpo.¹⁰

Cuando relacionamos este término con la salud, lo nombramos aquella parte dada por ciertos parámetros de salud y habla sobre experiencias subjetivas que tienen los pacientes sobre su salud global.¹¹

Se le ha dado un abordaje desde diferentes perspectivas, basándose en las condiciones del proceso salud-enfermedad. Su estudio ha sido importante porque se toma como una manera de analizar como impactan ciertos problemas de salud, la eficiencia y la eficacia de estos, cuyo fin es crear puntos de corte para evaluar evaluar la morbi-mortalidad en la población.¹²

Las necesidades y aspiraciones son diferentes en cada etapa de la vida y van ligadas con la edad y con situaciones determinantes que repercuten en ese momento, como la presencia de alguna enfermedad crónica.

Cerca de 1991 Maslow propone algo llamado “jerarquía de necesidades”, en la que las necesidades fisiológicas son el escalón básico, y una vez cubiertas, comienza la preocupación por tener la certeza de que se tendrán de manera futura; cuando se tiene esa seguridad, hay una adaptación en sociedad, como querer integrarse a una, cuando esto se logra, empieza la necesidad de obtener prestigio, éxito y también el ser reconocido por los demás. Con todos los escalones cubiertos, se alcanza la culminación.¹³

Para medir este término en esta investigación usaré el test corto de salud 12, consiste en 12 ítems extraídos del SF-36 en donde se cubren con uno o dos ítems cada una de las ocho dimensiones de este cuestionario.

El SF-12 puede ser contestado aproximadamente de 2-3 minutos, en comparación a los 10 minutos o más que requiere contestar el SF-36.¹⁴

SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA

Se estima que, a los 50 años de edad, alrededor del 50% de la población presenta sintomatología atribuible al tracto urinario inferior, y que conforme avanza la edad, aumenta el riesgo, siendo así que a los 80 años de edad esta cifra se eleva al 80%.

Para hablar sobre el cuadro clínico nos basamos en dicha sintomatología, y los clasificamos en 2 categorías: obstructivos, es la sintomatología prevalente; y los irritativos, con mayor impacto en calidad de vida, por su repercusión en las tareas cotidianas.¹⁵

Los síntomas obstructivos e irritativos se pueden explicar con la fisiopatología del crecimiento prostático. Se ha visto que hay una afección al tono del músculo vesical y también de la musculatura lisa que compone la glándula, aunado a esto hay una disfunción en la musculatura del detrusor, consecuencia de la hiperplasia prostática benigna, lo que condiciona los síntomas irritativos; y el crecimiento adenomatoso de la glándula provoca cierto grado de obstrucción al paso de la orina.⁹

Los síntomas irritativos, también conocidos como de llenado, surgen como consecuencia del daño ocasionado en el detrusor, secundario a la inestabilidad de este y menor distensión de la vejiga.

Lo anterior se da por el mecanismo de obstrucción, que se presenta progresivamente, propiciando que haya una contracción no intencional de la musculatura vesical. En este caso, los síntomas obstructivos se originan cuando hay una presión por parte de la uretra. Esto es dado por la limitación al paso de la orina están implicados el mecanismo dinámico y el de obstrucción.¹⁵

Por lo tanto, las manifestaciones clínicas de acuerdo con su componente son:²

- Obstructivos: Vaciamiento incompleto, flujo de orina intermitente, dificultad miccional, descenso en el grosor y fuerza de la orina, dificultad para iniciar la micción, goteo postmiccional o retención urinaria.
- Irritativos: Dolor durante la micción, aumento de la frecuencia urinaria durante la noche, urgencia, aumento en el número de micciones de escasa cantidad.

No hay hasta el momento evidencia de que exista una asociación entre el tamaño glandular y la gravedad de la sintomatología, se pueden manifestar síntomas graves relacionados con la obstrucción y un leve crecimiento prostático y algunos pacientes pueden presentar sintomatología leve con un tamaño de la glándula importante.¹⁶

El Índice Internacional de Síntomas Prostáticos, empleado y validado en 1992 por la OMS, está estandarizado para medir e investigar la sintomatología urinaria. Está disponible en 53 idiomas, y 27 idiomas tienen traducciones validadas estadística o clínicamente para su uso, incluyendo México.

Con lo anterior se estima que se cubre aproximadamente a 2300 millones de adultos o aproximadamente 60% de la población masculina a nivel mundial, y no se ha visto otro instrumento que cubra una cifra similar.¹⁷

Es un instrumento a través del cual se intenta transformar la sintomatología subjetiva en algo objetivo, para que puedan ser cuantificados y su utilidad radica en el análisis de la progresión de la sintomatología de acuerdo con la gravedad y puntuación y que tan efectivo es el tratamiento indicado.

Pero se ha observado que personas con escolaridad baja presentan dificultades para responder, requiriendo así un mínimo de 6 en lectura.¹⁸

De manera inicial se diseñó para evaluar que tan efectivo era el tratamiento otorgado en la HPB, pero se sumó un ítem para conocer la calidad de vida y fue cuando se denominó Índice Internacional de Síntomas Prostáticos. Se compone de ocho preguntas, 7 evalúan la sintomatología y la última pregunta nos da un panorama de cómo afectan estos síntomas la calidad de vida.

Es importante su aplicación, porque dicho instrumento radica en que la sintomatología se centra en la subjetividad de los síntomas que expresa al paciente, pero al ser necesaria su evaluación objetiva, se usan estos instrumentos para que su medición sea posible.¹⁹

Para la evaluación de los resultados, se agrupan de acuerdo con su severidad, leve (presencia de 0 a 7), moderado (agrupa de 8 a 19) y severa (20 a 35). De acuerdo con la severidad se instauro el tratamiento, si el resultado está en la categoría de leve, se sugiere observación continua; en presencia de síntomas moderados se recomienda el uso de manejo con medicamentos; y en caso de sintomatología severa, tratamiento quirúrgico.²

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

Para hablar de próstata, es importante saber que es una glándula fibromuscular, Y es donde se secreta una sustancia que compone el semen, con elementos ricos en nutrientes y un hábitat favorable para los espermatozoides. Cuando hay alguna alteración es motivo para un elevado número de consultas en el primer y segundo nivel de atención; y aquí radica la importancia de conocer la clínica que nos permita establecer la diferencia entre crecimiento prostático, adenocarcinoma prostático e inflamación de la próstata.²⁰

A mayor edad, el nivel plasmático circulante de testosterona disminuye, y también la relación testosterona/estrógeno, aumentando el funcionamiento estrogénico, facilitando así hiperplasia de las células prostáticas.²¹

El diagnóstico se realiza histopatológicamente, caracterizado principalmente en el aumento del tamaño fibroadenoso.

Es importante reconocer el término hiperplasia prostática benigna (HPB) es histológico estrictamente, y con esto poder diferenciarlo del término Crecimiento Prostático Benigno (BPE) (tamaño mayor a 30 cc), que se utiliza para describir la enfermedad por su presentación clínica.

El crecimiento prostático es consecuencia de la proliferación de los fibroblastos, miofibroblastos epiteliales y elementos de la glándula que se ubican en algo conocido como zona de transición.²²

Es importante conocer cuáles son los factores que se atribuyen principalmente para su desarrollo, y se enlistan a continuación:

1. Andrógenos: Su papel en el desarrollo de la patología se considera esencial.

La próstata, funciona, crece y se mantiene por hormonas y factores de crecimiento, siendo primordial la testosterona, cuyo control depende del eje hipotálamo (LHRH)- hormona pituitaria (LH/FSH)-testicular (testosterona).

La testosterona, procedente de los testículos en un 95% y de las glándulas suprarrenales en un 5%, es el principal estimulador de andrógenos.

Los niveles de testosterona sérica son constantes entre los 25 y los 60 años de edad, siendo aproximadamente de 600 ng/mL, pero disminuyen de manera gradual a partir de esa edad. Pese a que la testosterona es el andrógeno plasmático primario, parece funcionar como una prohormona en que la forma más activa del andrógeno en la próstata se encuentra la dihidrotestosterona (DHT). Los hombres con niveles más altos triplican el riesgo de crecimiento prostático en comparación de aquellos en los que se mantienen niveles más bajos.²³

Por ende, los andrógenos, especialmente los derivados de la testosterona desempeñan acciones centrales en el funcionamiento prostático. El principal mecanismo de acción es a través del factor de transcripción (el receptor de andrógenos RA), que se encuentra en su mayor parte en las células epiteliales lumbinales, es casi inexistente en células basales. La expresión RA está regulada al alza en la patología prostática en comparación al tejido normal.²⁴

Un paso fundamental en la ruta de señalización del receptor de andrógenos es el paso de testosterona a dihidrotestosterona (DHT), a través de la 5 alfa reductasa enzima, en particular la isoenzima tipo 2. Luego la DHT se une al AR con una afinidad 10 veces mayor que la testosterona.

Las concentraciones de DHT son más altas en la HPB en comparación con otros tejidos, pero permanecen estables durante el envejecimiento. Esto llevó al planteamiento de la hipótesis de que la próstata es insensible a variaciones del nivel de testosterona circulante, porque el receptor de andrógenos en las células de la próstata normalmente está saturado por concentraciones relativamente bajas de andrógenos.²⁵

2. Células estromales: La próstata está constituida por células estromales y epiteliales, las cuáles contienen receptores de testosterona. Los andrógenos solo se dividen cuando se acompaña de células estromales, suceso que no ocurre en las células epiteliales aisladas.

Es por ello por lo que se cree que las células estromales son el primer paso, desarrollándose por medio de la proliferación de factores de crecimiento.²⁶

3. Factores de crecimiento e inflamación: Los factores de crecimiento son sustancias químicas que regulan el funcionamiento de las células, principalmente proliferación y apoptosis. Se liberan por células del estroma para mantener la homeostasis celular prostática, sin embargo, una alteración en el equilibrio está implicada en la patología.

Cuando se activa receptor androgénico, aumenta el número de factores de crecimiento responsables de la proliferación, como en los fibroblastos que expresan receptor de andrógenos, FGF-2 y FGF-7 y causa su sobre expresión, el TGF- β 1 induce la diferenciación de fibroblastos en miofibroblastos en el estroma y regula la respuesta de las células epiteliales mediada por el eje celular estromal-epitelial, lo que resulta ligado a la hiperplasia prostática benigna.²⁷

Por lo tanto, se ha comprobado que con niveles mayores de factores de crecimiento hay crecimiento de la glándula, pero ¿qué causa el aumento de los niveles de estas moléculas? Actualmente se considera que la inflamación juega un papel clave, estudios recientes demuestran que los macrófagos proinflamatorios inducían un aumento de la proliferación estromal en el tejido prostático y se evidenció que células del estroma de la zona transicional tiene

mayor capacidad para reclutar macrófagos inflamatorios en comparación con otras partes dentro de la próstata.

La inflamación crónica y las alteraciones histológicas observadas en la patología hacen sospechar su función de manera importante. Cuando hay inflamación localizada, dada por infecciones bacterianas o virales, aumenta la producción de citoquinas, quimioquinas y factores de crecimiento ocasionando aumento en el tamaño de la próstata por la presencia de la respuesta inflamatoria con el consiguiente crecimiento prostático de las células epiteliales y estromales.²⁸

Existe la teoría de que a cuando hay respuesta inflamatoria se puede prolongar por los “autoantígenos prostáticos”. Se ha observado que a mayor grado de inflamación hay mayor deterioro clínico, aumentando el riesgo de que haya retención de orina e incluso necesidad de un procedimiento quirúrgico.²⁶

4. Factores metabólicos: El síndrome metabólico, obesidad, dislipemia y diabetes²⁹. Forman parte importante para su desarrollo y evolución. En el cohorte del estudio longitudinal de Baltimore, el incremento de 1 kg por m² en el índice de masa corporal corresponde a 0,4 ml de volumen prostático.
5. Edad: La edad con mayor prevalencia es en mayores de 50 años.²⁶
6. Genética: El crecimiento urinario y la sintomatología prostática están muy asociados a componentes genéticos.³⁰
Hombres sometidos a cirugía secundaria al crecimiento prostático con menos de 60 años de edad, tenían carga genética importante de la enfermedad.³¹

FISIOPATOLOGÍA

Histológicamente hay cambios en la proliferación del músculo liso y células epiteliales. Desde los cuarenta o cincuenta años aparecen focos hiperplásicos glandulares y musculares, y arriba de los sesenta o setenta años hay nuevamente un pico de crecimiento.

Como se mencionó previamente, la dihidrotestosterona es la responsable del crecimiento prostático excesivo. La expresión excesiva de dihidrotestosterona tiene

como efecto secundario la proliferación de células epiteliales y mesenquimatosas, que conduce a la presencia de hiperplasia prostática.³²

El mecanismo por el cual la hiperplasia prostática produce obstrucción vesical engloba 2 mecanismos: estático y dinámico. El estático tiene que ver con el incremento de volumen de la glándula. La parte dinámica se relaciona con hipertonía del músculo liso que forma parte del estroma dado por el sistema adrenérgico, con el mayor número de alfa receptores.²⁰

La parte dinámica dada por la obstrucción explica la variación de los síntomas que experimentan los pacientes, mientras los síntomas irritativos son secundarios a como la vejiga responde al incremento de la resistencia.³³

La HPB tiene su comienzo en la zona de transición, característica que la distingue del cáncer de próstata, dada en la zona periférica.

DIAGNÓSTICO

1. Anamnesis: Se presenta mediante sintomatología urinaria, pero también se debe establecer que en muchas ocasiones los síntomas no son derivados de dicha enfermedad, por ello es importante indagar sobre antecedentes personales patológicos.³⁴

2. Examen físico: El tacto rectal es imprescindible, ya que proporciona información sobre el tamaño, consistencia, alteración en la temperatura, superficie, bordes, delimitación y presencia de dolor. Esto nos ayuda a identificar nodulaciones. El tamaño normal se asemeja al de una nuez, con un peso aproximado entre siete y dieciséis gramos, firme y sin sensibilidad.²

3. Laboratorio:

- Examen general de orina para descartar infecciones.
- APE: El valor sérico normal es entre cero y cuatro ng/mL y se puede presentar un aumento en patologías como adenocarcinoma prostático, hiperplasia prostática benigna, inflamación de la glándula prostática.²⁵ Se ha visto que es un parámetro sensible, sin embargo, no tiene muy alta especificidad, porque puede elevarse en otras patologías.³⁵

El valor nos da una pauta para poder otorgar el mejor tratamiento y es apoyo en la evaluación de progresión de la enfermedad.³⁶

Cuando se obtiene un valor mayor a 4ng/ml, se debe realizar nuevamente a las 4 o 6 semanas, si posterior a ello los resultados oscilan entre 4-10 se debe

realizar la relación APE libre/APE total, y si es mayor a 10 se debe referir de forma urgente a urología.³⁷

4. Gabinete:

- Ultrasonido de vejiga y próstata: Se emplea como herramienta en el cálculo del volumen de la próstata, siendo un valor de orina residual normal cuando es menor al veinte por ciento.³⁸
- Uroflujometría: Cuando hay disminución en la velocidad del flujo nos puede hablar de la presencia de obstrucción aproximadamente en el noventa por ciento de las ocasiones.

TRATAMIENTO

El principal objetivo es la disminución de los síntomas.

El puntaje obtenido en el IPSS nos da una pauta del tratamiento:²

- IPSS menor 7: En esta etapa, se recomienda manejo expectante, basado educación, vigilancia y cambios en la dieta y conducta, como disminuir ingesta de líquidos, evitar irritantes, así como instrucción en ejercicios del suelo pélvico y horarios de micción.
- IPSS 8-19: Iniciar tratamiento médico de primera elección con bloqueantes alfa 1. Cuando la próstata mide más de 40 gramos, se recomienda combinar con inhibidores de la 5 alfa reductasa.
- IPSS mayor 20: Iniciar medicamentos para mejorar el vaciamiento vesical, sin embargo, el estándar de oro es la RTUP cuando la próstata es menor a 80 gramos y la adenomectomía prostática cuando es mayor de 80 gramos.

Manejo farmacológico: Actualmente, existen 3 clases de medicamentos para el tratamiento de los síntomas.

- Bloqueadores alfa adrenérgicos: Primera línea tratamiento. Actúan sobre receptores alfa 1, ayudando en la sintomatología obstructiva.

Tanto la próstata como la vejiga expresan receptores alfa 1 adrenérgicos, y la próstata se contrae en respuesta a ciertos agonistas

Lo ideal es iniciar con la menor dosis posible, ya que los principales efectos son cardiovasculares.¹³

- Inhibidores de la 5 alfa reductasa: Bloquea la transformación de testosterona a DHT, lo que reduce el tamaño de la próstata mejorando la obstrucción. Los fármacos más utilizados son finasteride y dutasteride.

Han demostrado efecto benéfico disminuyendo el riesgo de retención urinaria, y reducción de la de la evolución de la sintomatología hasta en un cincuenta por ciento. De igual modo se han reportado aumento de efectos adversos, principalmente relacionados con la actividad sexual.³⁹

- Antimuscarínicos: Disminuyen la actividad de la vejiga e incrementan la funcionalidad, mejorando la sintomatología irritativa. No se recomienda su uso solos, por su efecto disminuido.

Terapias duales se deciden como segunda opción aquellos pacientes que muestran resistencia con monoterapia.⁴⁰

El tratamiento quirúrgico es elegible cuando se presenta sintomatología moderada o severa acompañado de complicaciones como retención urinaria repetitivas, infecciones urinarias frecuentes, hematuria o falta de respuesta al tratamiento. El gold standard es la resección transuretral prostática (RTUP).⁴¹

Aparte del interrogatorio y el examen físico, el diagnóstico se hace de forma más precisa con métodos no invasivos, y el hecho de que se realice un diagnóstico oportuno ayudaría a evitar su progresión maligna. Para realizar el manejo hay que tomar en cuenta la edad, comorbilidades y preferencias por tratamientos personalizados que sean rentables.⁴²

2.2 Marco epidemiológico

El rango de edad en el que se ha observado el inicio de la enfermedad oscila entre los 40-50 años.⁴³ El 80% de los pacientes que tienen más de 50 años tiene diagnóstico de HPB, y el 33% de estos pacientes evolucionan a adenoma. Pero también es importante aclarar que se ha observado que solo el 50% en los que se encuentren cambios histológicos tendrán un crecimiento visible en la próstata y 50% presentará sintomatología clínica.

En México, según datos de la ENSANUT 2012, de la población evaluada mayor de 60 años, el treinta y cinco por ciento contaba con un diagnóstico de la patología, hecho que se observa aumenta conforma avanza la edad.⁴⁴

Según con los resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento 2013, 58% de la población estudiada entre 60-74 años, no contaban con examen prostático previo. Alrededor del 2014 se contabilizan 40 000 casos en los que se evidenciaba aumento del tamaño de la glándula prostática, y el 96% era mayor de 45 años.⁴⁵

2.3 Marco contextual

En el artículo “Relación entre síntomas del tracto urinario inferior y calidad de vida”, que se publicó en el 2005, se realizó un estudio retrospectivo, donde se reunieron 125 pacientes que habían acudido a consulta por sintomatología urinaria en un periodo comprendido entre 2001 y 2003 y se les aplicó la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos, cuyos resultados arrojaron que el diecisiete % se catalogaba con sintomatología severa, y el ochenta y ocho por ciento manifestaba buena calidad de vida. Al analizar la asociación entre cada una de las preguntas y la pregunta de calidad, se demostró que se encontraban asociadas de manera importante y se determinó que a mayor severidad de la sintomatología se tenía una mala percepción de calidad de vida.¹⁹

En el artículo “Confiabilidad y valores normativos Preliminares del cuestionario de salud SF-12 en adultos colombianos” 2011, a 527 personas se les aplicó dicho cuestionario. Los puntajes más elevados fueron en la dimensión mental, vitalidad, y salud mental. Aquí se observó que el puntaje más elevado en el dominio físico fue el dolor corporal, salud en general y funcionamiento físico. Resultado de lo obtenido, se concluyó que este es un instrumento confiable, siendo uno de los más utilizados para realizar una evaluación de la calidad de vida.⁴⁶

“Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental”, 2014 Chile, un artículo donde se realizaron 2 estudios de manera simultánea, uno con 840 participantes a los que se les aplicó el cuestionario de salud corto 12 y el otro donde participaron 970 individuos, a los que se les aplicó el mismo instrumento y aparte cuestionario de Beck. La meta fue lograr que se caracterizaran las propiedades métricas del instrumento y saber que tan válida era la dimensión que evaluaba la salud mental.

La confiabilidad de dichos instrumentos fue superior a 0.74 en la dimensión física y en la mental. Se concluyó que el cuestionario de salud corta en conjunto con la escala de salud mental es apta para realizar estudios epidemiológicos, ya que no solo se toma en cuenta lo físico, sino que evalúa el elemento social y mental.⁴⁷

En un artículo publicado en el 2017, que se titula “Estudio de calidad de vida en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con un a1- bloqueador” se estudió a 305 varones y se les aplicaron 3 cuestionarios: EQ-5D, “Sexual Function Index”, “International Prostate Symptom Score”.

Los resultados obtenidos en el cuestionario EQ-5D y SFI muestran que las sumas de estos disminuyen al paso de la edad, con mayor severidad de la sintomatología

prostática y aumento en su tamaño ($p < 0,01$), sin embargo, la diferencia radicó en la duración del tratamiento.⁴⁸

1.2 Justificación

México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica, condicionado por cambios muy importantes en la tasa de natalidad y mortalidad, lo que marca el inicio de un envejecimiento acelerado, que se prevé alcance su punto máximo durante la primera mitad de este siglo. Según la ENSANUT 2012, se estima que en el año 2050 las personas adultas mayores van a conformar el 28% de la población, y esto representa un reto para el sistema de salud, ya que aumentará de forma acelerada la demanda de atención que requerirá de acciones de atención específicas. De acuerdo con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el año 2005 se otorgaron 63 874 a nivel nacional por síntomas prostáticos y pacientes con hiperplasia prostática benigna: 1,235 en menores de 44 años, 12 393 en pacientes de 45-59 años y 60,243 en mayores de 60 años. En el año 2016 se diagnosticaron 60, 084 casos nuevos. El objetivo principal de la evaluación de un paciente con síntomas del tracto urinario inferior radica en diferenciarlo de otras condiciones médicas que puedan condicionar el desarrollo de sintomatología urinaria baja, tal como el cáncer de próstata, el cuál es la principal causa de muerte en hombres y causa 9.8 muertes por cada 100 mil hombres.

También es importante considerar que para que pueda llevarse a cabo un programa de salud se requiere de un equipo multidisciplinario que tenga una meta en común: detección, prevención y tratamiento oportuno; el médico tratante es el responsable de realizar los estudios correspondientes, evaluar de acuerdo con grupo de riesgo la prevalencia de la patología y derivar a los servicios correspondientes, así como el servicio de medicina preventiva dónde se evaluarán las acciones que faltan por realizar de acuerdo con el grupo de edad.

Es por ello que el Instituto Mexicano del Seguro Social promueve que los hombres de 45 a 74 años acudan cada año a su Unidad de Medicina Familiar para obtener una valoración, conocer su estado de salud, realizando evaluación de síntomas prostáticos mediante el IPSS, así como realización de Antígeno Prostático Específico. Una vez que se tienen estas herramientas, se valora si debe realizarse una valoración por segundo o tercer nivel.

Pero de acuerdo con la lista de costos de los servicios médicos para las personas no derechohabientes afiliadas al IMSS, al realizar un presupuesto en el que se toman en

cuenta las especialidades por las cuales debería ser atendido un adulto con diagnóstico de Hiperplasia Prostática, la atención mensual de Medicina Familiar tiene un costo de 1088 pesos, consulta de urología de 1692 pesos, y si en dado caso se necesitará de hospitalización el costo es de 11 919 pesos, o en caso de requerir atención de urgencias, el costo es de 2082 pesos, lo que nos genera un total de 16781 pesos. Por ello es importante el abordaje y tratamiento oportuno.

De igual modo es importante menciona que los síntomas del tracto urinario inferior afectan la calidad de vida de los pacientes de forma muy importante, quienes no desean salir a la calle por situaciones tales como no encontrar un baño, incluso dejan de asistir a reuniones por razones similares, lo que hace que su vida social se deteriore paulatinamente. Aunado a esto, hay síntomas de vergüenza, por situaciones al mojar los interiores y mal olor. Estos pacientes despiertan varias veces durante la noche, interrumpiendo el sueño, lo que ocasiona que amanezcan cansados y de mal humor. Es por lo que la detección y el abordaje son fundamentales, para que esta patología sea tratada en forma apropiada, por el alto impacto en la calidad de vida y en su salud mental. La percepción de la calidad de vida subjetiva es una técnica comunicativa que considera el punto de vista del paciente, al tomar en cuenta las fuentes de información de los pacientes, se consigue una optimización e individualización de las decisiones terapéuticas.

1.3 Planteamiento del problema

¿Cómo se asocian la calidad de vida y sintomatología prostática en adultos de la UMF No? 161?

La patología prostática es una enfermedad con muy elevada prevalencia en hombres mayores de 40 años con grandes repercusiones en la salud pública, que afecta a 3 de cada 4 hombres en un rango mayor en la edad de 60-69 años. A nivel mundial se ha estimado que el 55% de los hombres de entre 50-70 años tienen evidencia histológica de la enfermedad, y a los 90 años esta cifra se elevará hasta un 90%, de los cuales el 50% desarrollará síntomas prostáticos, que se relacionará directamente con la calidad de vida de los pacientes. En la UMF No. 161 no se cuenta con datos acerca de la repercusión de los síntomas prostáticos en la calidad de vida de los pacientes, ni el impacto que se pueda tener en un futuro acerca de los recursos financieros y materiales.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Asociar calidad de vida y sintomatología prostática en adultos de la UMF No. 161

2.1.2 Objetivos específicos

1. Analizar el perfil sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, ocupación, calidad de vida, síntomas prostáticos en adultos de la UMF No. 161
2. Medir calidad de vida en adultos de la UMF No. 161.
3. Medir síntomas prostáticos en adultos de la UMF No. 161.

2.2 Hipótesis

Una investigación exploratoria generalmente antecede a otro tipo de investigaciones, ayuda a examinar un tema del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes, se utiliza en problemas poco estudiados para preparar el terreno a nuevos estudios con alcances diferentes. El alcance de los estudios exploratorios condiciona el no requerir de formulación de hipótesis debido a que no buscan explicaciones aparentes de la relación entre variables. Sin embargo, con fines académicos para cubrir los resultados de aprendizaje esperados, se formulan como guía las siguientes hipótesis:

-Hipótesis Alterna (H1): Se asocian calidad de vida y sintomatología prostática en adultos de la UMF No. 161

-Hipótesis Nula (H0): No se asocian calidad de vida y sintomatología prostática en adultos de la UMF No. 161

2.3 Diseño de estudio

El diseño de este protocolo de investigación tiene las siguientes cinco condicionantes.

A) DIRECCIÓN DEL TIEMPO: Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: Prospectivo

B) NÚMERO DE MEDICIONES: Según el número de mediciones una misma variable o el periodo de secuencia del estudio: Transversal

C) ALCANCE: Según el control de las variables y el análisis de los datos: Analítico.

D) INTENCIÓN: Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: No comparativo

E) INTERFERENCIA: Según la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: Observacional.

2.4 Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser derechohabientes de la UMF No. 161
- Personas entre o mayores de 40-85 años
- Pacientes con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna
- Pacientes con tratamiento hiperplasia prostática benigna

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- Pacientes con dificultad para comprender las preguntas de la hoja de recolección
- Pacientes con dificultad para comprender las preguntas de la escala SF 12, IPSS

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que el paciente decida retirarse del estudio en cualquier momento
- Hoja de recolección incompleta
- Escala (SF12, IPSS) incompleta

2.5 Control de calidad

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Los estudios observacionales cuentan con tipos de sesgos comunes.

En este tipo de estudio, los sesgos de selección cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: evitar cualquier factor que influya sobre la posibilidad de los pacientes seleccionados de participar o permanecer en el estudio y que esté relacionado con la exposición o el evento en estudio.

En este tipo de estudio, los sesgos de memoria cuentan con una probabilidad alta de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: realizar una bitácora de todos los factores y variables a estudiar y explicar a los participantes todas las posibilidades y nombres de variables para un mejor entendimiento y evitar el olvido de estas.

En este tipo de estudio, los sesgos de confusión cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: identificando la variable de confusión más probable, explicándoles cada una de ella y preguntando acerca de su entendimiento.

En este tipo de estudio, los sesgos de tiempo necesarios cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: realizando una planificación oportuna por medio de un cronograma de actividades destinado un tiempo específico para cada una de ellas, evitando el retraso de actividades.

En este tipo de estudio, los sesgos de coste cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: realizar un presupuesto previo a poner en marcha el estudio en campo, para evitar subvalorar el coste del estudio y por tanto presupuestar cantidades insuficientes de manera que el proyecto debe interrumpirse antes de la fecha prevista o reducir parte de este.

PRUEBA PILOTO

Se realizará prueba piloto a la población de forma aleatoria a personas que cumplan con los criterios de selección, aplicando la hoja de recolección de datos y las escalas

(IPSS, SF12) hasta completar homogeneidad en los tiempos de aplicación, buscando alcanzar el 5 a 10% del total de la muestra, para una adecuada validación de esta: 17 y 34. La prueba será realizada dentro de las instalaciones de la UMF No. 161

2.6 Muestreo

Se realizó mediante la Fórmula para población finita:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot p \cdot q]}$$

Donde:

n= muestra

N= Población (2814 sujetos)

Z= Nivel de confianza o seguridad (95%) (1.96)

e= error (0.05%)

p= prevalencia de la enfermedad (0.5)

q= complemento de p (0.5)

Por lo que al sustituir los valores obtenemos lo siguiente: 339 sujetos.

2.7 Variables

2.7.1 Lista de variables

Sexo

Edad

Estado civil

Ocupación

Calidad de vida

Síntomas prostáticos

2.7.2 Operacionalización de variables

NÚMERO: 1

NOMBRE: Sexo

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Expresada en Identificación Oficial

TIPO: Cualitativa

ESCALA: Nominal

INDICADOR: Masculino, femenino

NÚMERO: 2

NOMBRE: Edad

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Tiempo transcurrido de vida desde el nacimiento a la fecha actual

DEFINICIÓN OPERACIONAL

verificación de CURP

TIPO: Cuantitativa

ESCALA: Discreta

INDICADOR: Años

NÚMERO: 3

NOMBRE: Estado civil

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Estado de una persona ante el registro civil en base a si tiene o no pareja y el lazo legal existente entre ellos en caso de haberlo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Encuesta

TIPO: Cualitativa

ESCALA: Nominal

INDICADOR: Casado, soltero, unión libre

NÚMERO: 4

NOMBRE: Ocupación

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Actividad o empleo en que se desempeña un individuo en la vida diaria.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Cuestionario

TIPO: Cualitativa

ESCALA: Nominal

INDICADOR: Pregunta abierta

NÚMERO: 5

NOMBRE: Calidad de vida

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Percepción sobre la posición en la vida en el contexto cultural, sistema de valores con respecto a metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

SF 12

TIPO: Cualitativa

ESCALA: Nominal

INDICADOR: agregar información

NÚMERO: 6

NOMBRE: Síntomas prostáticos

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Manifestaciones clínicas de la Hiperplasia Prostática Benigna

DEFINICIÓN OPERACIONAL

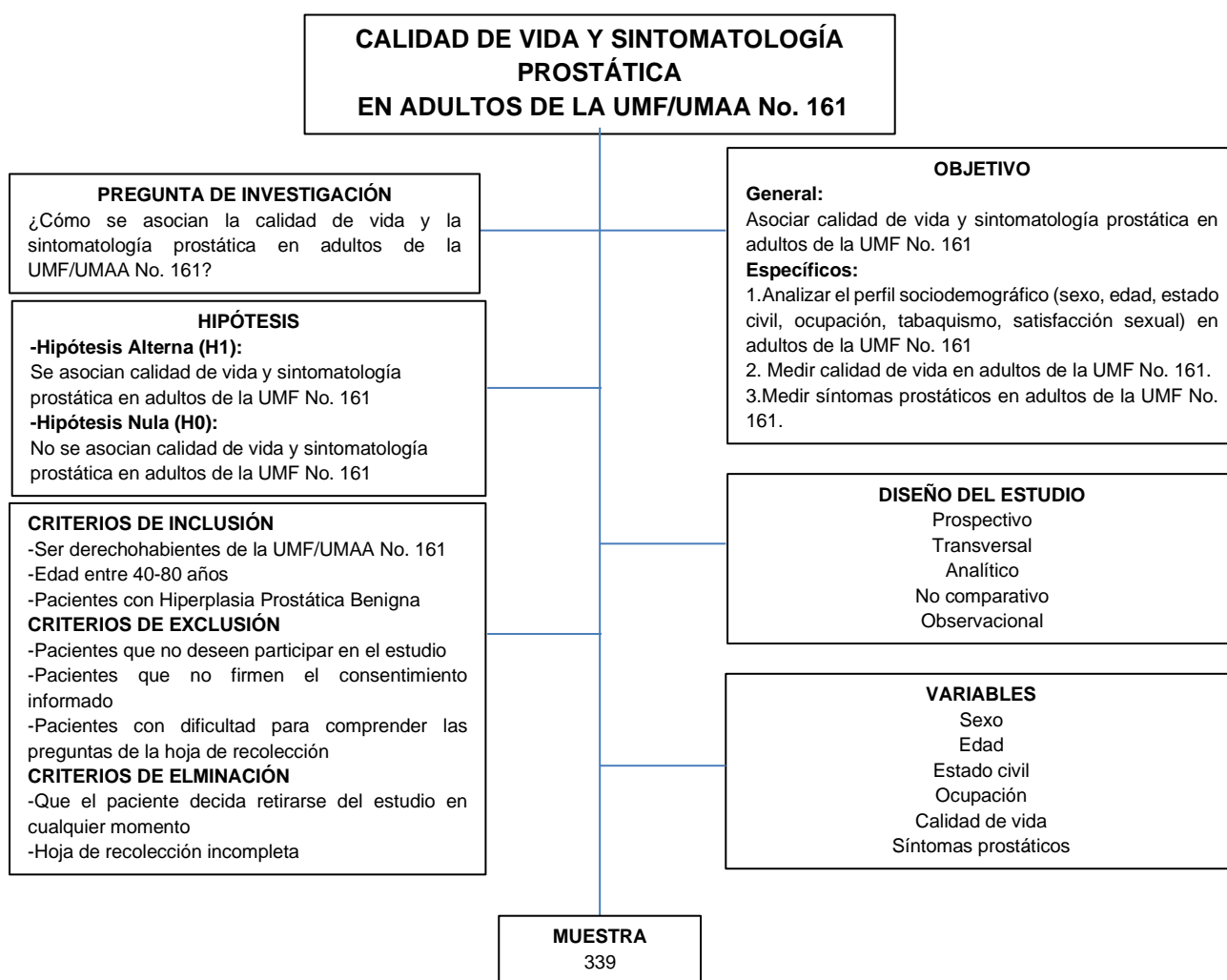
IPSS

TIPO: Cualitativa

ESCALA: Nominal

INDICADOR: Leve, moderada, severa.

2.8 Descripción del estudio



2.9 Análisis estadístico

Se realizarán las siguientes etapas del método estadístico:

La recolección de los datos será guiada por la hoja de recolección (ver formato en anexos) así como la escala (ver formato en anexos).

El recuento de los datos será guiado por una hoja de cálculo (versión compatible con Windows, macOS, Android e iOS) que representará la matriz de datos a estudiar.

La presentación de los datos será guiada por la elaboración de tablas y gráficas correspondientes que permitan una inspección precisa y rápida de los datos.

La síntesis de la información será guiada por premisas generales que permiten expresar de forma sintética propiedades principales de agrupamiento de datos: la medición de intensidad de variables cualitativas (sexo, estado civil, ocupación, calidad de vida, síntomas prostáticos) mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Se realizará la medición de magnitud de variables cuantitativas (edad) mediante el cálculo de medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

El análisis será guiado por premisas generales que permiten la comparación de las medidas de resumen previamente calculadas mediante el uso de dos condicionantes: fórmulas estadísticas apropiadas y tablas específicas.

2.10 Consideraciones éticas

2.10.1 Internacionales

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)

De acuerdo con el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), este proyecto de investigación se relaciona con la Pauta 1, que nos menciona el valor social y científico, y respeto de los derechos

Este Consejo nos hace referencia a la justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos y esto radica en su valor social y científico, que es la justificación fundamental para realizar una investigación, los investigadores, patrocinadores, comités de ética de la investigación y autoridades de salud tienen la obligación moral de asegurar que toda investigación se realice de tal manera que preserve los derechos humanos y respete, proteja y sea justa con los participantes en el estudio y las comunidades donde se realiza la investigación.

Declaración de Helsinki

Publicada por primera vez por la Asociación Médica Mundial en 1964, considerada como la primera norma internacional para la investigación biomédica, donde "el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad" y se le presta particular atención a la importancia del consentimiento informado por escrito.

En su artículo 20 se menciona: La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación. Se debe asegurar que la comunidad reciba un nivel razonable de beneficios adicionales.

Esta declaración afirma que la "investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de los resultados de la investigación", siendo el objetivo de esta presente investigación, intentando evaluar la calidad de vida para proponer planes o medidas de abordaje por su alto impacto en la vida y salud mental de los pacientes.

Informe de Belmont

Creado en 1979 por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”.

El Informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son:

1. **Respeto por las personas:** Individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

2. **Beneficencia**

3. **Justicia**

Esta investigación, se fundamenta en estos 3 principios bioéticos, pilares fundamentales para su realización.

Código de Nuremberg

En este código se mencionan las normas éticas sobre experimentación en seres humanos, publicado el 20 de agosto de 1947, producto del Juicio de Nüremberg, donde resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos.

Es el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. De acuerdo con los principios que rigen la experimentación en humanos en la realización de este estudio de investigación acerca de “Calidad de vida y síntomas prostáticos en pacientes adultos de la UMF/UMAA 161”, *se extienden las siguientes recomendaciones:*

- Es esencial contar con el consentimiento informado de forma voluntario del sujeto a investigar
- Deberá evitarse en todo momento sufrimiento físico, mental y daño innecesario, el sujeto participante tendrá la libertad para poner fin al experimento, derivado de su estado físico y mental, ya sea porque le imposibilite continuarlo o por que desista en participar en dicha investigación
- Ningún tipo de investigación o experimento deberá ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave.

2.10.2 Nacionales

Reglamento de la Ley General de Salud

La ley general de salud establece lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondiendo a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo, dónde se menciona que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley y esta debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; la cual requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella y sin restringir la libertad de los investigadores.

La investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, por lo anterior se determina que el presente protocolo de investigación es de mínimo riesgo.

Código de bioética en Medicina Familiar

La responsabilidad es un principio que, a la luz de los cambios sociales, demográficos, políticos y económicos, así como del avance científicos y tecnológico, se traduce en una mayor complejidad durante el proceso de toma de decisiones, lo que nos obliga como médicos familiares a desarrollar un marco bioético de referencia de la práctica profesional, que nos ayude a un desempeño efectivo y ético ante estos cambios vertiginosos.

Por ello, al interior de la Junta Directiva 2001– 2003 del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, AC se identificó la necesidad de constituir un Código de Bioética que contenga las normas necesarias para guiar la conducta del médico familiar ante los nuevos dilemas éticos/deontológicos y que a su vez, sirvieran para normar la calidad de su actuación profesional.

El código bioético del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la

observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto. El médico familiar asume, por su parte, que la relación que establece con las personas que demandan sus servicios, así como la que debe tener con otros profesionales de la atención a la salud y, en su caso, con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la medicina familiar y de la investigación en el área se fundamenta, en principio, en el respeto a la dignidad humana, entendida como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y volitivo con facultades y capacidades que lo diferencian de los demás seres de la biosfera.

BIOSEGURIDAD

Mi protocolo de investigación, del cual soy responsable, NO PRESENTA IMPLICACIONES DE BIOSEGURIDAD, pues en dicho proyecto de investigación NO se utilizará material biológico infecto-contagioso, cepas patógenas de bacterias o parásitos, virus de cualquier tipo, material radiactivo de cualquier tipo, animales y/o células y/o vegetales genéticamente modificados, sustancias tóxicas, peligrosas o explosiva o cualquier otro material que ponga en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los conflictos de intereses en medicina son reflejo de situaciones en las que el juicio y la integridad de decisiones o acciones médicas son influidas por un interés secundario, frecuentemente de tipo económico, catalogado como un problema ético de primer orden.

En este protocolo de investigación, todos los gastos de tipo económico correrán por mi cuenta.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la

enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

- a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.
- b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

2.11 Recursos

Humanos

- Personal médico capacitado para la aplicación a pacientes de hoja de recolección y escalas
- Pacientes hombres adultos
- Asesor metodológico
- Asesor clínico

Materiales

- Consentimiento informado
- Hoja de recolección de datos y escalas
- Software y hardware para el desarrollo del método estadístico

Económicos

Los gastos serán solventados exclusivamente por los investigadores, razón por la cual no existe costo directo para la institución.

2.12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX

UMF No. 161

COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN LA UMF NO. 161

2022-2023

FECHA	MA R- JUN 202 2	JUL 202 2	AG O 202 2	SE P 202 2	OC T 202 2	NO V 202 2	DIC 202 2	EN E 202 3	FE B 202 3	MA R 202 3	AB R 202 3	MA Y 202 3
TÍTULO	x											
ANTECEDENTES	x											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	x											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS			x									
DISEÑO METODOLÓGICO				x								
ANÁLISIS ESTADÍSTICO					x							
CONSIDERACION ES ÉTICAS						x						
RECURSOS							x					
BIBLIOGRAFÍA								x	x			
ASPECTOS GENERALES										x	x	
ACEPTACION/ AUTORIZACIÓN: CLIS												x

(PENDIENTE + /APROBADO X)

2023-2024

FECHA	JUN 2023	JUL-AGO 2023	AGO 2023	SEP 2023	OCT 2023	NOV 2023	DIC 2023	ENE 2024	FEB 2024
PRUEBA PILOTO	x								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		x							
RECOLECCIÓN DE DATOS			x	x	x	x			
ALMACENAMIENTO DE DATOS						x			
ANÁLISIS DE DATOS						x			
DESCRIPCIÓN DE DATOS							x		
DISCUSIÓN DE DATOS								x	
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO								x	
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL								x	
REPORTE FINAL								x	
AUTORIZACIONES									x
IMPRESIÓN DEL TRABAJO									x
PUBLICACIÓN									+

(PENDIENTE + /APROBADO X)

Elaboró: Miguel Martínez Maribel

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos por cada objetivo propuesto:

EDAD

Se estudiaron a 339 pacientes de sexo masculino con patología prostática. La media de edad fue de 64.77 años, con un valor mínimo de 45 años y un valor máximo de 79 años, una moda de 73 años (8.85 %), y una mediana de 65 años con un valor de desviación estándar de 7.1. **Ver gráfica 1 en anexos.**

ESTADO CIVIL

De los 339 pacientes encuestados, se encontró que 96 (28.3%) de los pacientes eran solteros, 236 (69.6%) casados y 7 (2.1%) viudos. **Ver tabla 1 en anexos.**

OCUPACIÓN

En cuanto a la ocupación, de los 339 pacientes encuestados, 79 (23.3%) se dedican a trabajos en oficina; 181 (53%) son pacientes pensionados, siendo este el rubro predominante de la población atendida; y 79 (23.3%) tenían otra ocupación, tales como obreros, ingenieros y chófer. **Ver tabla 2 en anexos.**

SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA

Para la evaluación de los síntomas prostáticos se empleó el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS), por lo que se emplearon 3 categorías, cada una de acuerdo con el puntaje obtenido que nos permitió agruparlos de acuerdo con su severidad:

- Leve: 0-7 puntos
- Moderado: 8-19 puntos
- Severo 20-35 puntos

Se observó que 143 (42.2%) de los pacientes presentaron una sintomatología leve, siendo el rubro predominante, seguido de 122 (36%) pacientes que presentaron sintomatología moderada, y en un menor porcentaje 74 (21.8%) presentaron sintomatología severa. **Ver tabla 3 en anexos**

CALIDAD DE VIDA

A continuación, se muestran se muestran los resultados obtenidos del cuestionario SF 12, mostrando el resultado de cada una de las preguntas, para poder evaluar las 2 dimensiones que lo componen: Dimensión física (función física, rol físico, dolor

corporal, salud general) y dimensión mental (Vitalidad, función social, rol emocional y salud mental)

De acuerdo con los resultados obtenidos en el cuestionario SF12, encontramos que la dimensión física es la más afectada, con una alteración, si bien no mayoritaria pero sí importante, en los ítems de:

- Función física: Los pacientes presentan limitación de las actividades físicas en un 38.3% y en un 47.8% respectivamente
- Rol físico: La salud física que presentan los pacientes interfieren en el trabajo y en las actividades diarias en un 36.3% y 4% respectivamente

Encontramos la mayoría de los pacientes no presentan alteración en la dimensión mental, sin embargo, el 37.6% presentó alteración en el rol emocional, que constituye una tercera parte de la población estudiada. **Ver tabla 4 en anexos.**

Para conocer la percepción de calidad de vida a partir del cuestionario SF12, se hicieron dos grupos, donde se observa que 252 (74.3%) presentan buena calidad de vida, siendo este el mayor porcentaje, y 87 (25.7%) de los pacientes perciben que tienen una mala calidad de vida. **Ver tabla 5 en anexos.**

CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

Para el análisis bivariado, y conocer la asociación entre síntomas prostáticos y calidad de vida, se realizó una tabla cruzada, encontrando los siguientes valores: **Ver tabla 6 en anexos.**

Respecto a “calidad de vida y grado de sintomatología prostática”, los resultados obtenidos son los siguientes: De los 143 pacientes con sintomatología leve, 138 (95.6%) refieren buena calidad de vida y 5 (3.4%) refieren mala calidad de vida; de los 122 pacientes con sintomatología moderada, 104 refieren buena calidad de vida (85.2%) y 18 (14.8%) mala calidad de vida; y de los 74 pacientes con sintomatología severa, 10 refieren buena calidad de vida (13.5%) y 64 (86.4%) refieren mala calidad de vida. **Ver tabla 7 y 8 en anexos.**

Debido a que el valor de asociación lineal por lineal es mayor de 3.84 (151.22) y tenemos un valor de p (.0000), rechazamos la hipótesis nula y se concluye que sí existe significancia.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

4.1 Discusión

Robles y col. (2020), “La próstata: generalidades y patologías más frecuentes.” Se menciona que la edad de inicio de sintomatología prostática es entre los 45-50 años, y la prevalencia aumenta con la edad, siendo así que entre los 51-60 años el 50% de los hombres tienen algún síntoma prostático, con un pico máximo a los 65 años de edad. En relación con los resultados obtenidos en nuestro estudio, coincide en que efectivamente la prevalencia de los síntomas prostáticos aumenta conforme avanza la edad, con la diferencia de que en nuestro estudio la edad más frecuente fue a los 73 años, y vemos como edad de inicio a los 45 años; esta diferencia se explica en que probablemente porque al ser población pensionada, cuentan con más tiempo para acudir a sus consultas de seguimiento mensual y realización de estudios de laboratorio, lo que permite una detección oportuna y una monitorización continua, por lo tanto un mejor control y seguimiento.

Amastal en Ciudad de México, 2014, dónde estudió a 171 hombres con patología prostática de la consulta externa de urología, encontró que el 7% presentaba sintomatología leve, 90.6% sintomatología moderada y el 2.3% sintomatología severa, lo que difiere de nuestro estudio, ya que en nuestra investigación encontramos que la sintomatología leve es la más persistente con un 42.2%, posteriormente la sintomatología moderada en un 36% y por último la sintomatología severa en un 21.8%. Esta diferencia podría explicarse en qué al ser el primer estudio en un servicio de segundo nivel se les da seguimiento de manera anual, en cambio en la UMF se otorga un seguimiento longitudinal, que nos permite llevar un seguimiento y evaluación continuos de la severidad de los síntomas, lo que ayuda a intervenir de manera oportuna si se nota alguna alteración y derivar a segundo nivel en caso de ser necesario.

En otros estudios realizados, la mayoría realizados en países europeos, como en el artículo de Fernández y col. (2009) en Madrid, se demuestra que, de la población total estudiada, 83.4% presentaron sintomatología leve (siendo esta la más frecuente) y el 16.6% presentó síntomas moderados/severos, y estos resultados comparados con los nuestros son similares. Recordemos que, en estos países, la política de salud se

basa en la protección y prevención, y esta similitud con nuestros resultados puede deberse a que en la UMF No. 161, al contar con un modelo de atención conjunto de enfermera especialista/médico, se logre alcanzar una mayor meta de tamizaje y diagnóstico temprano, ya que en muchas ocasiones las enfermeras especialistas realizan la aplicación del IPSS y este resultado es reportado al médico tratante para la toma de decisiones.

Cuenca Mestanzana, en Perú (2023), en su estudio realizado a 100 pacientes con patología prostática, clasificó la calidad de vida como mala y óptima, obteniendo que el 61% presentaba mala calidad de vida y 39% óptima. Estos resultados difieren de los nuestros, ya que, de nuestra población estudiada, el 74% presentan buena calidad de vida y el 25.7% mala. Esta diferencia puede deberse a que en dicha investigación la mayoría de los pacientes presentaba sintomatología moderada, se ha demostrado en investigaciones previas que, a mayor severidad, empeora la percepción de calidad de vida. La ventaja con la que contamos en la UMF 161 es que al ser una unidad con UMAA, se cuenta con el servicio de urología, en la cual hay más disponibilidad de citas, lo que hace que se pueda valorar a los pacientes de forma oportuna una vez enviados por medicina familiar, y en caso de confirmar una patología prostática que requiera tratamiento de segundo nivel, se puede derivar, y si no lo amerita se inicia tratamiento en forma inmediata, limitando su progresión.

Carrasco Popoca, en la Ciudad de México (2020) evaluó a 88 pacientes portadores de patología prostática, a los cuáles aplicó el cuestionario SF12 para evaluar la calidad de vida y encontró que la dimensión física fue la más afectada, en especial en el ítem que evalúa función y rol físico, datos que coinciden con lo encontrado en nuestra investigación, ya que el ítem en el que se encontró mayor afectación fue en la función física, seguido del rol físico. Esto puede deberse a que está descrito en la literatura que los síntomas irritativos son los que interfieren más en la vida diaria y en la calidad de vida.

En la investigación Jalón Monzón y col. (2005) en España, llamada “Relación entre síntomas del tracto urinario inferior y calidad de vida”, se realizó un estudio en donde se incluyeron a 125 pacientes, en donde se clasificó la sintomatología prostática como leve, moderada y severa y la calidad de vida en buena o indiferente y mala. Los resultados obtenidos fueron que el 83% presentó síntomas leves/moderados y el 17% de la población estudiada presentó sintomatología severa, así mismo el 88% refirieron buena o indiferente calidad de vida y el 12 % sintomatología severa. Estos resultados

son similares a nuestro estudio, ya que en lo obtenido en nuestra investigación se corrobora que a menor severidad de la sintomatología prostática, mejor es la calidad de vida y a mayor severidad de los síntomas prostáticos peor es la calidad de vida, puesto que en nuestra investigación la sintomatología leve fue la más frecuente y en este grupo el 96.5% perciben buena calidad de vida y de la sintomatología severa, que fue la menos frecuente, el 86.4% refiere mala calidad de vida.

4.2. Conclusiones

Se demostró que sí existe asociación entre calidad de vida y síntomas prostáticos, obteniendo una $p = .0000$, lo que nos indica que existe asociación significativa entre ambas variables.

La sintomatología leve es la más frecuente en nuestra población de estudio, que equivale al 42.2%, seguido de la sintomatología moderada (36%) y por último la sintomatología severa en un 21.8%.

El 74.2% de la población estudiada refiere buena calidad de vida y el 25.7% mala calidad de vida.

Entre mayor sea la severidad de los síntomas prostáticos, peor es la calidad de vida, ya que, de los 143 pacientes con sintomatología leve, 95.6% refirieron buena calidad de vida y 3.44% mala, en cambio los pacientes clasificados en síntomas severos, 13.5% perciben buena calidad de vida y el 86.4% perciben mala calidad.

Los resultados obtenidos nos demuestran que, si se realiza un tamizaje y diagnóstico oportuno en edad temprana, se puede iniciar tratamiento y con esto disminuir la severidad de los síntomas prostáticos, como lo observado en nuestro estudio, en el cual se encontró que en edades mayores de 70 años prevalece la sintomatología leve. También nos damos cuenta de la importancia del abordaje de la calidad de vida en los pacientes de la población estudiada, ya que tiene una repercusión importante en la vida de los pacientes, porque impacta tanto en la dimensión social como en la física, sobre todo en población adulta mayor (que es la mayoría de la población que se atiende en esta unidad), que puede propiciar otros síndromes geriátricos, como síndrome de caídas, depresión o aislamiento social, por lo tanto si se realiza tamizaje mediante la exploración física, la aplicación de IPSS y realización de antígeno prostático, se puede realizar un diagnóstico oportuno.

No se cuentan con estudios previos de la asociación entre calidad de vida y síntomas prostáticos en la UMF No. 161, sin embargo, con los resultados finales de esta investigación, nos damos cuenta de que se está llevando a cabo un adecuado abordaje en la atención de los hombres adultos con respecto a la patología prostática, lo que nos permitirá reforzar programas existentes, donde se refleje la importancia del trabajo conjunto entre el médico familiar y el equipo multidisciplinario.

4.2 Propuestas

- Continuar con el tamizaje mediante aplicación de IPSS, tacto rectal y APE de forma anual y en caso de observar alguna alteración, derivar a segundo nivel, todo esto haciendo uso del equipo multidisciplinario con el que se cuenta en la UMF No. 161.
- Realizar aplicación del cuestionario SF12 en la consulta de medicina familiar, al ser un instrumento válido y confiable, aplicable en menos de 5 minutos, ya que nos permitirá conocer si hay alguna dimensión afectada en la calidad de vida y realizar intervenciones de manera oportuna, tales como derivación al servicio de psicología.
- Realizar la aplicación del IPSS a pesar de tener ya el diagnóstico de patología prostática, para la continua evaluación de la severidad de los síntomas, ya que se ha demostrado en la literatura que puede haber alteración en el tamaño de la próstata y no presentar síntomas, o no tener alteraciones en el crecimiento de ésta, pero sí presentar una sintomatología importante.
- Hacer hincapié en la importancia y derivación a los programas de “Cadimss”, “Pierde Kilos”, “Yo puedo”, para lograr un control óptimo de comorbilidades, ya que son un factor de riesgo para presentar patología prostática.
- Difundir la utilización de la plataforma digital “Chkt en línea” que promueve el IMSS, donde se da un panorama general del estado de salud, para detectar si hay algún ámbito afectado que se necesite abordar.
- Realizar difusión mediante material visual, tales como infografías o folletos, de la patología prostática, dar a conocer cuáles son los síntomas y en caso de presentarlo concientizar a los hombres adultos a que acudan a consulta para una valoración integral.
- Debemos recordar que uno de los principios de la medicina familiar es que cada contacto con el paciente es una oportunidad de prevención, y al ser la población joven la que menos acude a consulta, cuando se presenten por alguna otra molestia, fomentar que se dé una platica orientada sobre la patología prostática.

4.3 Referencias

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Calidad de vida para un envejecimiento saludable [Internet]. gob.mx. [citado el 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
2. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior asociados a crecimiento prostático. 2018
3. Vinaccia S, Quiceno K, Fonseca P, Fernández H, Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta colombiana de psicología* 2006; 9 (2): 47-56.
4. Campbell, A. (1981) *The sense of well-being in america*. McGraw-Hill,
5. Campbell A., Converse P., & Rodgers W. (1976) *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage., New
6. Ferrans, C. (1990a) Quality of Life: Conceptual Issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6, 248 – 254.
7. Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45,181-183.
8. Urzúa M, Alfonso, and Alejandra Caqueo-Urizar. “Calidad de Vida: Una Revisión Teórica Del Concepto.” *Terapia Psicológica*, vol. 30, no. 1, Apr. 2012, pp. 61–71, <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>.
9. Bobé F, Buil M, Allué A, Morro A, Maxenchs M, Gens E. Hiperplasia benigna de próstata, necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. *Aten Primaria*. 2006; 38 (7): 387-91
10. Rollón-Mayordomo Á, Rollón-Ugalde V, López-Jiménez AM, Infante-Cossio P. Diferencia mínima clínica importante en calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 8 de junio e202106074.
11. O’Connor R. Development of the health effects scales. Working Paper 43, NHMRC National Centre for Health Program Evaluations, Melbourne. 1995:3-17
12. Salas, Carolina, and María Garzón. “La Noción de Calidad de Vida Y Su Medición (the Concept of Quality of Life and Measurement)(a Noção de Qualidade de Vida E Sua Medição).” *CES Salud Pública*, vol. 4, no. 1, 16 Oct. 2013, pp. 36–46, revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2751/1984. Accessed 11 Apr. 2023.

13. Rueda S. Habitabilidad y calidad de vida. In: 2001 SeiDehhauecphCdmd, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p. 39.
14. Iraurgi Castillo I. Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. Adicciones [Internet]. 2020;19(1):59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.34>
15. Langan RC. Benign Prostatic Hyperplasia. Prim Care. 2019 Jun;46(2):223-232. doi: 10.1016/j.pop.2019.02.003. Epub 2019 Apr 1.
16. Guo B, Chen X, Wang M, Hou H, Zhang Z, Liu M. Comparative effectiveness of tadalafil versus tamsulosin in treating lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostate hyperplasia: A meta-analysis of randomized controlled trials. Med Sci Monit [Internet]. 2020;26:e923179. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.923179>
17. Yao MW, Green JSA. How international is the International Prostate Symptom Score? A literature review of validated translations of the IPSS, the most widely used self-administered patient questionnaire for male lower urinary tract symptoms. Low Urin Tract Symptoms. 2022 Mar;14(2):92-101. doi: 10.1111/luts.12415. Epub 2021 Nov 3. PMID: 34734477.
18. Preciado Estrella D. Comparación del Índice Internacional de Síntomas Prostáticos versus Escala Visual Análoga Gea® para la evaluación de los síntomas de la vía urinaria inferior. Rev Mex Urol [Internet]. 2017;77(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v77i5.53>
19. Jalón Monzón A, Fernández Gómez JM, Rodríguez Faba O, García Rodríguez J, Rodríguez Martínez JJ, González Álvarez RC, et al. Relación entre síntomas del tracto urinario inferior y calidad de vida. Arch Esp Urol [Internet]. 2005;58(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0004-06142005000200003>
20. Robles Rodríguez Alfredo, Garibay Huarte Tania Rocío, Acosta Arreguín Eduardo, Morales López Sara. La próstata: generalidades y patologías más frecuentes. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2019 Ago [citado 2023 Abr 02] ; 62(4): 41-54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422019000400041&lng=es. Epub 16Oct2020. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.07>
21. Csikós E, Horváth A, Ács K, Papp N, Balázs VL, Dolenc MS, Kenda M, Kočevár Glavač N, Nagy M, Protti M, Mercolini L, Horváth G, Farkas Á, On Behalf Of The

- Oemonom. Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia by Natural Drugs. *Molecules*. 2021 Nov 25;26(23):7141. doi: 10.3390/molecules26237141.
22. Foo KT. What is a disease? What is the disease clinical benign prostatic hyperplasia (BPH)? *World J Urol*. 2019 Jul;37(7):1293-1296. doi: 10.1007/s00345-019-02691-0. Epub 2019 Feb 25.
23. Cho A, Chughtai B, Te AE. Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms: Epidemiology and risk factors. *Curr Bladder Dysfunct Rep [Internet]*. 2020;15(2):60–5.
24. Hiperplasia prostática benigna: Artículo de revisión. *Ciencia Latina [Internet]*. 2022;6(1):423–38. Disponible en: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.1893
25. Cunningham, G. (2017) Benign prostatic hyperplasia: Clinical manifestations and Diagnosis. [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation-of-benign-prostatic-hyperplasia>
26. Madersbacher S, Sampson N, Culig Z. Pathophysiology of benign prostatic hyperplasia and benign prostatic enlargement: A mini-review. *Gerontology [Internet]*. 2019;65(5):458–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000496289>
27. de la Taille A, Descazeaud A, Robert G. [How to prevent LUTS due to BPH development and progression]. *Prog Urol*. 2018 Nov; 28(15): 821–9.
28. Hung SF, Chung SD, Kuo HC. Increased serum C-reactive protein levels associated with increased storage lower urinary tract symptoms in men with prostatic hyperplasia. *PLoS One*. 2019 Jan 15;9(1)
29. Sebastianelli A, Gacci M. Current status of the relationship between metabolic syndrome and lower urinary tract symptoms. *Eur Urol Focus*. 2018 Jan; 4(1): 25–7.
30. Sanda MG, Beaty TH, Stutzman RE, Childs B, Walsh PC. Genetic susceptibility of benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 1994 Jul; 152(1):115-9
31. Jung Y, Park J, Kim HL, Youn DH, Kang J, Lim S, et al. Vanillic acid attenuates testosterone-induced benign prostatic hyperplasia in rats and inhibits proliferation of prostatic epithelial cells. *Oncotarget*. 2017 Aug; 8(50): 87194–208.
32. Zhongbao Zhou, Yuanshan Cui, Meta-analysis of the efficacy and safety of combination of tamsulosin plus dutasteride compared with tamsulosin monotherapy in treating benign prostatic hyperplasia, *BMC Urology* (2019) 19:17
33. Barboza M, hiperplasia prostática benigna. *Revista Médica Sinergia*. ISSN 2215-4523 Vol.2 Num: 8 Agosto 2017 pp:11-16

34. Miernik A, Gratzke C: Current treatment for benign prostatic hyperplasia. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 843–54. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0843
35. Lorente, I., Albiñana, C. (2018). Hiperplasia benigna de próstata: abordaje integral. Recuperado de http://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_3_2018.pdf
36. Cózar JM, Hernández C, Miñana B, Morote J, Alvarez-Cubero MJ. The role of prostate-specific antigen in light of new scientific evidence: An update in 2020. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2021 Jan-Feb;45(1):21-29. English, Spanish. doi: 10.1016/j.acuro.2020.09.005. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33408046
37. Rastrelli G, Vignozzi L, Corona G, Maggi M. Testosterone and Benign Prostatic Hyperplasia. *Sex Med Rev*. 2019 Apr;7(2):259-271. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.10.006. Epub 2019 Feb 22. PMID: 30803920.
38. Devlin CM, Simms MS, Maitland NJ. Benign prostatic hyperplasia - what do we know?: What we know on BPH. *BJU Int [Internet]*. 2021;127(4):389–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bju.15229>
39. Garcia-Vega et al. Efectos secundarios de los inhibidores de 5 alfa reductasa en el tratamiento de hiperplasia prostática benigna. *Rev Mex Urol* 2018: 76(5) 265-266
40. López-Ramos et al. Tratamiento farmacológico de la hiperplasia prostática benigna. *Rev Mex Urol*. 2018 julio-agosto;78(4): 321-334
41. Miernik A, Gratzke C: Current treatment for benign prostatic hyperplasia. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 843–54.
42. Foo KT. What is a disease? What is the disease clinical benign prostatic hyperplasia (BPH)? *World J Urol [Internet]*. 2019;37(7):1293–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-019-02691-0>
43. Recomendación IMSS revisión médica periódica y buenos hábitos de vida para mantener la salud prostática [Internet]. Gob.mx. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201910/400>
44. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. ENCUESTAS. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/>
45. Gob.mx. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/484177/Gui_a_CPBY_CA_Prostata.pdf

46. Ramírez-Vélez Robinson, Agredo-Zuñiga Ricardo A, Jerez-Valderrama Alejandra M. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. Rev. salud pública [Internet]. 2010 Oct [cited 2023 Apr 02] ; 12(5): 807-819. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642010000500011&lng=en.
47. Vera-Villarroel Pablo, Silva Jaime, Celis-Atenas Karem, Pavez Paula. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Oct [citado 2023 Abr 02] ; 142(10): 1275-1283. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872014001000007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>.
48. Castro D, et al. Estudio de Calidad de vida en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con silodisina. Actas Urol Esp.2018;38(6): 361-366.

4.4 Anexos

Anexo 1

<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX UMF No. 161</p> <p>“CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS PROSTÁTICOS EN ADULTOS DE LA UMF NO.161”</p> <p><i>Maribel Miguel Martínez, Paul Gonzalo Vázquez Patrón, Araceli Romero Sandoval, Lorenzo Flores Olga, Manuel Millán-Hernández</i></p>		
Hoja de recolección		
Folio:		
Nombre:		
NSS:		
Número	Variable	Escala
1	Sexo	1.Hombre () 2.Mujer ()
2	Edad	_____ Años
3	Estado civil	1. Soltero () 2. Casado ()
4	Ocupación	1. Oficina 2. Pensionado 3. Otro
5	SF12 – Afectación calidad de vida Buena Mala	0. Sí 1. No
6	IPSS- Síntomas prostáticos Leve Moderado Grave	0. Sí 1. No

IPSS

ESCALAS

Tabla 1. Evaluación internacional de síntomas de la próstata (I-PSS*)

	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

Calificación final de I-PSS (*International Prostate Symptom Score)

0 – 7 = Leve 8 – 19 = Moderado 20 – 35 = Severa

Fuente: Development of a multiregional united states spanish version of the International Prostate Symptom Score and the benign prostatic hyperplasia impact index A. Bailey, M. L. Martin, C. Girman, M. Mcnaughton-Collins and M. J. Barry. The Journal of Urology 2005;174:1896–1901

Tabla 2. Índice del Impacto de la HPB en la calidad de vida

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

Puntuación del índice de calidad de vida (0-6) = _____

Fuente: Development of a multiregional United States spanish version of the International Prostate Symptom Score and the benign prostatic hyperplasia impact index A. Bailey, ML, Martin C, Girman M. Mcnaughton C y Barry MJ. The Journal of Urology 2005;174:1896–1901.

SF 12

CUESTIONARIO DE SALUD SF12

Instrucciones:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

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

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

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

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- Sí
- No

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

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

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

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

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

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


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

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

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

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>IMSS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX UMF No. 161 COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS PROSTÁTICOS EN ADULTOS DE LA UMA No. 161</p>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA UMF No. 161
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar / UMAA No. 161, Delegación Sur Toluca 160, Olivar de los Padres, Álvaro Obregón, 01780 Ciudad de México, CDMX Las encuestas se realizarán de agosto a noviembre del 2023
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en contestar una serie de preguntas para CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS PROSTÁTICOS
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará una hoja de recolección de datos con cuestionario SF12 e IPSS
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo (se realizará AGREGAR), puede causar sentimientos de enojo, tristeza, frustración o molestia al momento de contestar el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su estado de salud, contribuir a la investigación y formación médica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable de esta investigación se compromete a informar de datos relevantes, responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los resultados obtenidos. Se le informará acerca de sus factores de riesgo y cómo prevenirlos a través de una plática detallada sobre el tema.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derechohabiente recibo en esta institución no se verá afectada
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<p>NOMBRE Paul Vázquez Patrón ADSCRIPCIÓN UMFF/UMAA 161 TELÉFONO 5549655436 Fax: Sin fax, CORREO: danmag26@gmail.com</p>
Colaboradores:	<p>Olga Lorenzo Flores. Unidad de Medicina Familiar no. 18 99374742 Av. Mexico No.98 Col. Santa Teresa, Alcaldía Magdalena 5514974393 Fax: Sin fax, umf18olf@gmail.com</p> <p>Manuel Millán Hernández. HP/UMF N°10. Matrícula: 98374576. Correo: drmanuelmillan@gmail.com</p>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	<p style="text-align: center;">Maribel Miguel Martínez</p> <p style="text-align: center;">Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave:	
2810-009-013	



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

CDMX, mayo 2023
Lugar y fecha

No. de registro institucional: 2023-3605-105

Título del protocolo: CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA UMF No. 16

Justificación y objetivo de la investigación:

Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en contestar una serie de preguntas para la identificación oportuna de síntomas prostáticos y como repercuten en su calidad de vida, lo que nos permite incorporar a los derechohabientes a programas institucionales que mejoran los niveles de prevención.

El objetivo es: relacionar la calidad de vida y los síntomas prostáticos en adultos de la UMF No. 161

Procedimientos y duración de la investigación

Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará hoja de recolección (6 preguntas) y escala (SF-12 e IPSS) para un tiempo de aplicación de 15 minutos.

Riesgos y molestias:

Investigación de mínimo riesgo (se realizarán hoja de recolección y escala IPSS Y SF-12), puede causar sentimientos de enojo, tristeza, frustración o molestia al momento de contestar el cuestionario.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

El contestar esta encuesta le ayudará a conocer los factores asociados a su enfermedad, conocer más sobre cómo afectan su progreso e identificar estilos de vida modificable para prevención de complicaciones.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El responsable de esta investigación se compromete a informar de datos relevantes, responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los resultados obtenidos. Se le informará acerca de sus factores de riesgo y cómo prevenirlos a través de una plática detallada sobre el tema.

Participación o retiro:

Es de mi conocimiento que será libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derechohabiente recibo en esta institución no se verá afectada.

Privacidad y confidencialidad:

El investigador me ha asegurado, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Paul Vázquez Patrón

Teléfono y horario: 5543124615 07:00-14:00 hrs

Colaboradores:

Maribel Miguel Marínez. UMF No. 161 Matricula 96371037. Correo: danmag@gmail.com

Manuel Millán Hernández. HP/UMF N°10. Matricula: 98374576. Correo: drmanuelmillan@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 2 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Miguel Martínez Maribel
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Anexo 3



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 UMF No. 161
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN LA UMF NO. 161

2022-2023

FECHA	MA R- JUN 202 2	JUL 202 2	AG O 202 2	SE P 202 2	OC T 202 2	NO V 202 2	DIC 202 2	EN E 202 3	FE B 202 3	MA R 202 3	AB R 202 3	MA Y 202 3
TÍTULO	x											
ANTECEDENTES	x											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	x											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS			x									
DISEÑO METODOLÓGICO				x								
ANÁLISIS ESTADÍSTICO					x							
CONSIDERACIONES ÉTICAS						x						
RECURSOS							x					
BIBLIOGRAFÍA								x	x			
ASPECTOS GENERALES										x	x	
ACEPTACIÓN/AUTORIZACIÓN: CLIS												x

(PENDIENTE + /APROBADO X)

2023-2024

FECHA	JUN 2023	JUL-AGO 2023	AGO 2023	SEP 2023	OCT 2023	NOV 2023	DIC 2023	ENE 2024	FEB 2024
PRUEBA PILOTO	x								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		x							
RECOLECCIÓN DE DATOS			x	x	x	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X			
ANÁLISIS DE DATOS						X			
DESCRIPCIÓN DE DATOS							X		
DISCUSIÓN DE DATOS								X	
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO								x	
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL								X	
REPORTE FINAL								X	
AUTORIZACIONES									X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO									X
PUBLICACIÓN									+

(PENDIENTE + /APROBADO X)

Elaboró: Miguel Martínez Maribel

Anexo 4. Tablas y gráficas

GRÁFICA 1

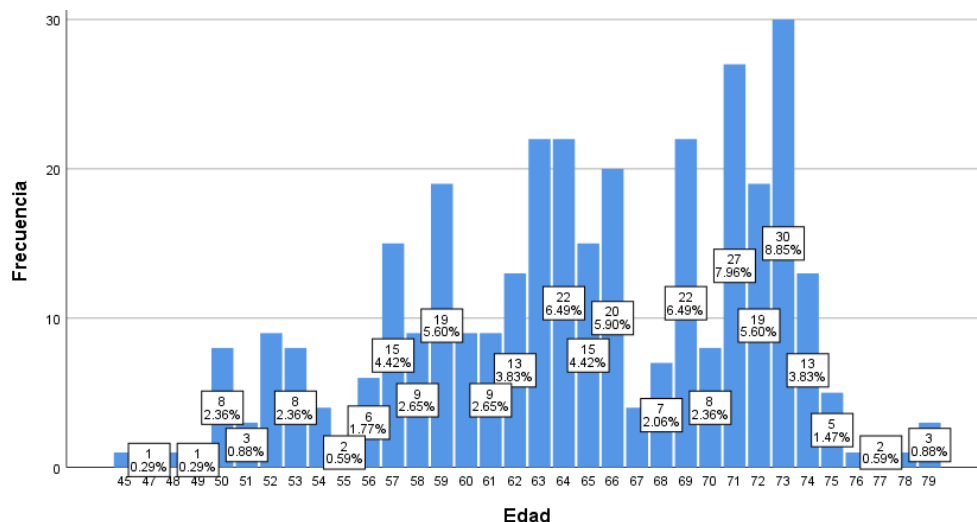


TABLA 1

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	96	28.3	28.3	28.3
	Casado	236	69.6	69.6	97.9
	Viudo	7	2.1	2.1	100.0
	Total	339	100.0	100.0	

TABLA 2

Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Oficina	79	23.3	23.3	23.3
	Pensionado	181	53.4	53.4	76.7
	Otro	79	23.3	23.3	100.0
	Total	339	100.0	100.0	

TABLA 3

Gravedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	143	42.2	42.2	42.2
	Moderado	122	36.0	36.0	78.2
	Severo	74	21.8	21.8	100.0
	Total	339	100.0	100.0	

TABLA 4

1. En general, usted diría que su salud es: SALUD GENERAL	N	%
Excelente	32	9.4 %
Muy buena	52	15.3 %
Buena	155	45.7 %
Regular o mala	100	29.4 %
Total	339	100 %
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?		
Sí, me limita mucho	40	11.8 %
Sí, me limita un poco	90	26.5 %
No, no me limita nada	209	61.7 %
Total	339	100 %
3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?		
Sí, me limita mucho	81	23.9 %
Sí, me limita un poco	81	23.9 %
No, no me limita nada	177	52.2 %
Total	339	100 %
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
Sí	123	36.2
No	216	63.7
Total	339	100 %
5. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
Sí	146	43 %
No	193	57 %
Total	339	100 %
6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
Sí	126	37.2 %
No	213	62.8%
Total	339	100 %

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
Sí	72	21.2 %
No	267	78.8 %
Total	339	100 %
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?		
Nada	165	48.6 %
Un poco	77	22.7 %
Regular	59	17.4 %
Bastante	38	11.2 %
Mucho	0	0 %
Total	339	100 %
9. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?		
Siempre	114	33.6 %
Casi siempre	151	44.5 %
Algunas veces	38	11.2 %
Muchas veces	16	4.8 %
Sólo alguna vez	16	4.8 %
Nunca	4	1.1 %
Total	339	100 %
10. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?		
Siempre	107	31.5 %
Casi siempre	119	35.1 %
Algunas veces	65	19.1 %
Muchas veces	14	4.1 %
Sólo alguna vez	34	10 %
Nunca	0	0 %
Total	339	100 %
11. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?		
Siempre	0	0 %

Casi siempre	20	5.8 %
Algunas veces	79	23.3 %
Muchas veces	21	6.2 %
Sólo alguna vez	126	37.1 %
Nunca	93	27.4 %
Total	339	100 %
12. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?		
Siempre	7	2 %
Casi siempre	4	1.2 %
Algunas veces	26	7.6 %
Muchas veces	5	1.5 %
Sólo alguna vez	65	19.2 %
Nunca	232	68.4 %
Total	339	100 %

TABLA 5

Afectación CV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	87	25.7	25.7	25.7
	No	252	74.3	74.3	100.0
	Total	339	100.0	100.0	

TABLA 6

Asociación lineal por lineal	Grados de libertad	Valor de P
151.522	1	.0000

TABLA 7

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	187.942 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	182.063	2	.000
Asociación lineal por lineal	151.522	1	.000
N de casos válidos	339		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18.99.

TABLA 8

Tabla cruzada Gravedad*Afectación CV

Gravedad			Afectación CV		Total
			Sí	No	
Leve	Recuento		5	138	143
		Recuento esperado	36.7	106.3	143.0
		% del total	1.5%	40.7%	42.2%
	Moderado	Recuento	18	104	122
		Recuento esperado	31.3	90.7	122.0
		% del total	5.3%	30.7%	36.0%
	Severo	Recuento	64	10	74
		Recuento esperado	19.0	55.0	74.0
		% del total	18.9%	2.9%	21.8%
Total	Recuento	87	252	339	
	Recuento esperado	87.0	252.0	339.0	
	% del total	25.7%	74.3%	100.0%	

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (CLIS 3605)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX**

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores: **Maribel Miguel Martínez** con Matrícula **96371037**, **CCEIS Dr Paul Gonzalo Vazquez Patron** con Matrícula **99122480** , **Dra Olga Lorenzo Flores** con Matrícula **99374742** y **Dr. Manuel Millán Hernández** con Matrícula **98374576**; realicen la investigación titulada: **CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA EN ADULTOS DE LA UMF No. 161**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en **Unidad de Medicina Familiar 161** del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur CDMX, en la cual me desempeño como Directora. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido de **Mayo a Diciembre 2023**. El procedimiento que se llevará a cabo será entrevistas para aplicación de hoja de recolección y **escalas (SF 12 e IPSS)**, de los cuales se recabarán datos correspondientes a variables sociodemográficas y variables de estudio.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores, para que realicen la recolección de información, así como la interpretación de resultados para su posterior análisis.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

Ciudad de México a 02 de mayo de 2023

Dra. Dalila Huerta Vargas

DIRECTORA

