



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No.2

“Autopercepción de la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática en tratamiento médico adscritos a la UMF 2 Puebla IMSS”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en: Medicina Familiar

Presenta

Dr. Josué Castilla Caballero

Director

Dra. Elizabeth Méndez Fernández

Asesor

Dr. Teodoro Aguilar Rivera




H. Puebla de Z. Febrero 2020

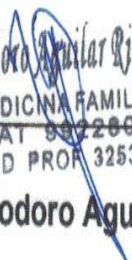
HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

La presente investigación fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 2, bajo la Dirección de la Dra. **Elizabeth Méndez Fernández** y el Dr. **Teodoro Aguilar Rivera** con el título de “Autopercepción de la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática en tratamiento médico adscritos a la UMF 2 Puebla IMSS”, registró ante el IMSS SIRELCIS R-2018-2103-014, cuyo autor principal es Dr. Josué Castilla Caballero Residente de la especialidad de Medicina Familiar. Por lo que hago constar que he revisado el contenido científico de la misma, autorizando su impresión. Firmo al calce.

Atentamente.



Dra. **Elizabeth Méndez Fernández.**

Dr. Teodoro Aguilar Rivera


MEDICINA FAMILIAR
MAT 53228028
IMSS CED PROF 3253611
Dr. **Teodoro Aguilar Rivera**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **2103** con número de registro **17 CI 21 114 023** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 006 2017103**.
U MED FAMILIAR NUM 2

FECHA **Lunes, 02 de abril de 2018.**

DRA. ELIZABETH MENDEZ FERNANDEZ
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTATICA EN TRATAMIENTO MEDICO
ADSCRITOS A LA UMF 2 PUEBLA, IMSS**

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, 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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2103-014

ATENTAMENTE

DR. JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2103

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS.

A mis amigos y compañeros por el apoyo recibido durante nuestra formación profesional, por compartir los buenos momentos así como por los conocimientos aprendidos y compartidos, que gracias a todo esto hicieron de esto una de las experiencias más especiales.

A los especialistas en especial a los médicos familiares como al Dr. Enrique Torres Rasgado por su gran apoyo incondicional para la culminación de nuestros estudios profesionales; a todos y cada uno de ellos por su apoyo brindado en este camino recorrido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A Dios por cuidarme en todo momento y seguir viviendo. Por otorgarme salud para lograr mis objetivos sin perder la fe.

A Sandra por su compañerismo por ser una gran persona y una gran amiga, por su motivación y sus conocimientos aportados.

DEDICATORIA

A mis padres fundamentalmente por formar el pilar de todo lo que soy, por guiarme en mi educación no nada más la académica sino de la vida, por su incondicional apoyo y sus valores que me ha llevado ser una persona de bien.

A mi esposa e hijos, por su apoyo en todo momento, por la motivación y sus consejos constantes, pero más que nada, por la perseverancia y constancia que los caracterizan. Por ser la gran Familia que siempre está presente.

ÍNDICE

1	RESUMEN	1
2	INTRODUCCIÓN	2
3	JUSTIFICACION	14
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
5	HIPOTESIS	16
6	OBJETIVOS DE INVESTIGACION	17
7	MATERIAL Y MÉTODOS	17
8	CRITERIOS DE SELECCIÓN	17
9	TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
10	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
11	METODO DE RECOLECCIODE DATOS	21
12	RESULTADOS	22
13	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	27
14	CONCLUSIONES	28
15	PROPUESTAS	29
16	BIBLIOGRAFIA	30
17	ANEXOS	32

1. RESUMEN

“AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA EN TRATAMIENTO MEDICO ADSCRITOS A LA UMF No. 2 PUEBLA IMSS”

Dra. Méndez-Fernández Elizabeth 1*. Dr. Aguilar-Rivera Teodoro 2*. Dr. Castilla-Caballero Josué 3*.

1. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud, 2. Médico Familiar de la UMF No. 2,
3. Médico Residente de tercer año de medicina familiar UMF No. 2

Introducción: El crecimiento prostático es una patología con una alta incidencia y prevalencia, que puede afectar la calidad de vida de hasta el 50% de los varones entre 50-60 años con aumento del deterioro en la medida que el varón va envejeciendo.

Objetivo: Determinar la autopercepción de calidad de vida de los pacientes con hiperplasia prostática que se encuentran bajo algún tratamiento médico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico y prospectivo. Previa autorización del protocolo se aplicaron 2 instrumentos IPSS y SF 12 en el periodo comprendido marzo-junio 2018, que valoraron “la calidad de vida” de los pacientes con crecimiento de próstata de la UMF No. 2. La muestra fue de 163 pacientes de ambos turnos que cumplieron con los criterios incluidos. Estos pacientes se encuentran en tratamiento con finasteride y/o tamsulosina. Las variables cualitativas fueron analizadas por medio el test estadístico X2 considerándose significancia estadística con una $p < 0.05$.

Resultados: Muestra de 163 pacientes con hiperplasia prostática donde presentó como media de edad los 71 años, la puntuación integral de calidad de vida se presentó de la siguiente manera: Fatal 22,7%, Más bien satisfecho 33,1%, Muy insatisfecho 14,7%, Tan satisfecho como insatisfecho 29,4%. En la distribución por bienestar y capacidad funcional de SF2 resulto buena para el 41.1% de pacientes con uso de Tamsulosina que correspondieron al 35% mientras que los que utilizaron tamsulosina + finasteride fue del 65%.

Conclusiones: Se ha llegado a la conclusión de que los pacientes presentan una buena calidad de vida determinado por la escala SF-12, sin embargo, el uso del tipo de fármaco para el tratamiento de hiperplasia prostática no tiene una asociación causal en relación con este resultado. Lo mismo ha sucedido con los resultados de la encuesta IPSS, la cual ha tenido una distribución de tipo homogénea, a pesar de lo anterior, el tipo de fármaco utilizado no guarda relación con los resultados.

Palabras clave: Hiperplasia de próstata, Tamsulosina, Finasteride, SF-12, IPSS.

2. INTRODUCCIÓN

MARCO TEORICO GENERAL.

SALUD

La definición de Salud, de acuerdo a la OMS, es una situación de bienestar completo tanto de manera física y mentalmente, y no lo que se cree que es la carencia de afectación o enfermedad.¹

La "calidad de vida" y el confort, son el resultado de mezcla de factores de ámbito biológico, material, social, psicológico, cultural y de la organización y manejo del "sistema de salud".²

HIPERPLASIA PROSTÁTICA.

La hiperplasia prostática benigna, puede cumplir tres de los siguientes criterios para ser denominada como tala (3):

- a) observación directa microscópicamente de la hiperplasia, entendida como la proliferación del estroma y el epitelio.
- b) Al realizar examen rectal por exploración manual o estudio de imagen de detecte el crecimiento.
- c) Que el paciente refiera síntomas que se asocien a hiperplasia prostática definidos como "síntomas del tracto urinario inferior".

Actualmente este padecimiento se considera como una enfermedad que evoluciona cuya responsabilidad es la dihidrotestosterona (DHT) que es una hormona que proviene que de el resultado de lo que produce la 5-alfa-reductasa tipo 2 en la testosterona.³

EPIDEMIOLOGIA

La hiperplasia prostática se considera la tumoración benigna que mayormente aparece en el sexo masculino. La edad en que inicia es entre los 40 y 50 años de edad, El 80% de los mayores de 50 años tiene, hiperplasia prostática benigna, de manera que en los varones de más de 50 años presentaran un adenoma bien constituido hasta en un 33%.⁴

Sin embargo solo el 50% de los pacientes con hallazgo histológico tendrá un agrandamiento macroscópico de la glándula y cerca del 50% de estos desarrollara síntomas.⁵

Los estudios de incidencia y prevalencia presentan resultados aleatorio, pero en en general, podemos afirmar que hombres de 70 años ya tienen de un 10 a un 30% de probabilidad de presentar síntomas urinarios secundarios a hiperplasia prostática mientras que en pacientes de 60 años de edad esta estimación se acerca más al 10%, y en pacientes de 80 años se aproxima más al 30%.⁵

ETIOLOGIA

El crecimiento prostático es causado por la proliferación de los fibroblastos, miofibroblastos epiteliales y elementos glandulares localizados en la zona de transición de la glándula.⁶

En cuanto a la aparición de la enfermedad se deben de investigar los factores mas comunes que se le atribuyen para su aparición (4):

1.- Andrógenos y su acción: se consideran 2 los necesarios para el desarrollo la edad y la existencia de la función testicular, siendo los andrógenos los que determinan la evolución de la próstata.⁴ Esto significa que los “andrógenos” deben estar presentes para que la hiperplasia prostática ocurra sin embargo no es una condición necesaria para su aparición.⁶

La hormona más implicada es la “testosterona”, esta se transforma en “dihidrotestosterona” por medio de de las 5 alfa- reductasa, de esta manera gana su potencial andrógino en la glándula prostática.⁷

2.- Células estromales y su función: la “próstata” está conformada por dos tipos de células que son las estromales y epiteliales. Se ha demostrado que las células “estromales” tienen receptores de “testosterona” al igual que las células “epiteliales” la cual pueden desencadenar el proceso de hiperplasia. Sin embargo, se ha demostrado que los “andrógenos” no tienen efecto divisible en células “epiteliales” aisladas, pero si cuando se acompañan de las células estromales.

Por lo tanto, las “células estromales” podrían ser el primer paso, e iniciar su desarrollo a través de la proliferación de una serie de factores de crecimiento que favorecen a la evolución de la hiperplasia prostática benigna.⁷

3.- “Factores de crecimiento”: proteínas que surgen por los protooncogenes que se activan los que regulan normalmente el crecimiento y el desarrollo de la célula actuando como sustancias autocrinas, paracrinas o endocrinas estimulando el crecimiento celular. En la hiperplasia prostática benigna existen 3 familias cruciales: la FGF-b, la TGF- β , los EGF y TGF- α . Aparte de estas, hay 2 más, del grupo” IGF” (insulin like growth factor), y así otra familia agregada que abarca a otros 5 tipos “NGF, PDGF, CSF, VEGF y PD_ECGF”. Son las que causan que la célula pase a la fase 1 de la división celular llamada mitosis.⁷

Como anteriormente se ha mencionado existen diversos factores que condicionan a la génesis de la hiperplasia prostática benigna, siendo la estimulación androgénica básico en la generación de crecimiento acelerado del tejido glandular y estroma de la próstata.

Existen evidencias científicas de que no se desarrolla hiperplasia prostática benigna en individuos castrados antes de la pubertad y es raro que se desarrolle en aquellos castrados después de la pubertad. Así se ha podido establecer la influencia de otros componentes.⁷

Cuadro 1. Factores implicados en el desarrollo de la hiperplasia de próstata.

HORMONAS	<p><u>Andrógenos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Testosterona * Dihidrotestosterona * Androstendiona <p><u>Estrógenos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Estradiol * Estrona
FACTORES DE CRECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> * Factor de crecimiento Epidérmico * Factor 1 de crecimiento similar a la insulina * Factores de crecimiento transformante beta y alfa. * Factor de crecimiento de fibroblastos

FISIOPATOLOGIA

La hiperplasia prostática será determinante para el la resistencia uretral que se encuentra aumentada y que modifica la función de la vejiga a razón de alteraciones que compensen ese ejercicio así también será decisivo en la mala función del musculo “detrusor” que aparece por la congestión, y inmunoscenescencia del sistema nervioso relacionado con la edad.⁶

El aumento de tamaño prostático exagerado esta generado por modificaciones en la estabilización hormonal y de los factores de crecimiento que van sobre las zonas de transición y ahí ejercen su acción, con la consiguiente hiperplasia glandular.⁵

La hiperplasia del epitelio y el estroma prostáticos determinan un aumento de tamaño de la glándula con incremento en la resistencia al flujo urinario y, en consecuencia, una respuesta del musculo detrusor a la obstrucción producida por estos cambios.⁵

El adenoma generado no produciría síntoma alguno pero su distribución anatómica es lo que lo predispone, así existe para el desarrollo de la enfermedad 3 aspectos con poca manifestacion(4):

1.- “Prostatismo congestivo”: crecimiento del musculo de la vejiga (detrusor), con poca clínica.

2.- “Retención crónica incompleta”: aparición de divertículos en la vejiga, pobre inicio de la expulsión de la orina por la vejiga que se traduce con retención urinaria (residuo).

3.- “Distensión vesical crónica”: en donde totalmente la vejiga no es funcional comportándose como un elástico globo que solo se llena y, cuando está lleno, excreta a orina por la presión alcanzada.

Es por esto que un acontecimiento notable en el progreso de la patología será la correcta medida de lo que el paciente refiere y que son los problemas que esta presentando, que no resulta fácil, pues la certeza en diagnóstico está basada en la sintomatología que argumenta el paciente, aunque hay procedimientos que nos permiten hacer una buena calificación. Se ha demostrado que existe una clara correlación entre el tamaño real de la próstata y el obtenido mediante ultrasonido transrectal, lo cual supone un buen método para la toma de determinadas decisiones.⁴

SINTOMAS

Lo que refiere el paciente se han medido por una diversidad de formularios; Sin embargo, en la década de los 90, la asociación americana de urología (AUA), el índice de síntomas (AUASI) por sus siglas en inglés fue desarrollado, verificado y admitido (12). Este formulario consta de 7 preguntas con una puntuación de 0 a 35. La puntuación de 0 a 7 se considera mínimamente sintomático, 8 a 19 moderadamente sintomático, y 20 a 35 síntomas severos.⁶

En las investigaciones reportadas no se ha encontrado una relación directa entre la severidad de los síntomas y el tamaño de la próstata, por lo que algunos hombres pueden presentar síntomas severos de obstrucción urinaria con un crecimiento prostático mínimo y otros síntomas mínimos pero con crecimiento prostático importante.³

En la actualidad lo que se siente como obstrucción se denominan síntomas de vaciado (dificultad inicial, goteo posmiccional, intermitencia y esfuerzo) y los que son irritantes son los “síntomas de llenado” (urgencia, frecuencia con flujo débil, nicturia, incontinencia de urgencia e incontinencia de estrés). Además, se han agregado los síntomas posteriores a la micción y los relacionados con el volumen urinario (goteo terminal y vaciado incompleto).⁸ En su conjunto, son los llamados “síntomas de tracto urinario inferior” (STUI), terminología utilizada en 2005 por los urólogos.

A lo largo de las investigaciones se ha demostrado que la prevalencia de STUI se eleva conforme a la edad hasta en el 16.6% de los casos (IC 95%:14,8-18,3) cuando los hombres tienen más de 40 años. Así mismo, cuando cumplen 70 años a más la frecuencia de STUI moderados o graves se potencializa hasta tres veces más que en los más jóvenes.⁸

EVALUACION DIAGNOSTICA DE LOS SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR.

El abordaje del paciente mayor de 40 años en la consulta medica debe de ser de manera minuciosa pues la anamnesis del paciente con síntomas del tracto urinario inferior (STUI), puede precisar si estos son causados por otras condiciones médicas (diabetes, patología de vía urinaria, prostatitis, uso de diuréticos, antidepresivos, antihipertensivos o anticolinérgicos).

Para realizar el diagnóstico clínico de la Hiperplasia protática benigna, se debe de elaborar la anamnesis dirigida a síntomas urinarios y examinación física que incluya (3):

A) Exploración de abdomen para detectar una vejiga palpable.

B) Tacto rectal para evaluar las características de la próstata: tamaño, forma, simetría, textura y consistencia.

Utilice el IPSS para detección de síntomas urinarios y estimar la afectación en la “calidad de vida” del paciente con sospecha inicial de HPB, para catalogar los “STUI” de acuerdo a su severidad descartando patologías posibles ajenas al crecimiento prostático.

La anamnesis debe de incluir los anteriores tratamientos médicos el tiempo de uso de los mismos, tratamiento quirúrgicos y físicos, así como de situaciones traumáticas que ocasionaron un efecto exagerado en la micción, en el intestino y en lo sexual, así también se debe de investigar la presencia de variaciones potencialmente graves (hematuria, dolor, fiebre, retención de orina, anuria y alteraciones del riñón en su funcionamiento).

Es importante identificar los STUI, valorar su severidad y el confort en la vida del paciente.⁸

Los utensilios más usados para la evolución de los STUI son el cuestionario “Internatunial Prostate Symptom Score” (IPSS) de puntuación de la “calidad de vida” y la sintomatología. La “Patient Perception of Intensity of Urgency Scale”, es el cuestionario de autovaloración del funcionamiento urinario específico de la vejiga para identificar los casos de síndrome de vejiga hiperactiva, y el cuestionario Short Form-12 de calidad de vida.⁸

Por otra parte, es muy importante que el paciente complete un registro de las veces que orina durante el día, que es una herramienta sensible al cambio para de esta manera detectar las micciones por la noche y la persistencia de la misma .⁸

La ecografía vesical y prostático con medición de orina residual puede ayudar a determinar el tamaño prostático y el volumen urinario residual, lo que ayuda a predecir los beneficios de un tratamiento médico o guiar al manejo quirúrgico.³

También la ecografía puede detectar una obstrucción vesical, la cual será determinada por el aumento del espesor del musculo detrusor a partir de 2- 2,9 mm, y un peso de la vejiga que seria igual o superior a 35 g, además de la protrusión

prostática intra vesical de al menos 5 mm y una medida del lóbulo medio prostático de 10, 5 mm o superior.⁸

TRATAMIENTO MEDICO DE LOS SINTOMAS URINARIOS.

La regla primaria para el inicio de tratamiento sería la gravedad o intensidad de los síntomas en el individuo afectado, aunque también hay que tener en cuenta los riesgos de complejidades y el riesgo de evolución, así como sus comorbilidades, sus preferencias y el impacto de los síntomas sobre el confort de su vida.

En general en “síntomas leves” (IPSS 0-7), no se inicia ningún tratamiento y se mantiene una conducta vigilante con revisiones y calendario miccional.

Si la sintomatología es moderada (IPSS 8-19) se inicia tratamiento a base de bloqueadores alfa o conjugación de otros.

Si la sintomatología es grave (IPSS mayor a 20), se inicia tratamiento farmacológico, cirugía lo más pronto posible e incluso a veces hasta antes de que no funcione el tratamiento establecido.

En la presencia de síntomas de tracto urinario inferior se deben acatar medidas generales, que incluyan la enseñanza del paciente medidas higienico-dietéticas, sugerencias sobre el estilo de vida.⁹

En general, se ha detectado que los pacientes con “STUI” presentaran una mezcla de los diversos tipos de síntomas ya sea al llenar, o vaciar la vejiga y posterior a la micción en mayor o menor grado.⁸

Por lo que en aproximadamente el 14 % de los pacientes con síntomas moderados a severos, mostraran un aumento en la severidad de sus síntomas, en los siguientes 5 años.³

Alfa Bloqueadores: los bloqueadores alfa aligeran y reestablecen los “STUI”, así como el flujo en pacientes con HPB. Estos medicamentos actúan rápidamente y están indicados en el tratamiento de los “STUI” moderados a graves.

Los que inhiben la 5- alfa reductasa: aminoran los “STUI” y el flujo urinario con aumento del QMAX. Su acción es prolongada (3-6 meses) y se mantiene a largo plazo (> 10 años). Disminuye el tamaño de la próstata, así como el riesgo de RAO y cirugía.

Después de 12 meses de uso de estos medicamentos el antígeno prostático rebaja a la mitad. Están indicados en el tratamiento de los “STUI” moderados a graves en pacientes con próstata de espesor > 40 ml.⁹

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR.

En los últimos años se han desarrollado nuevos procedimientos quirúrgicos con resultados similares a la técnica clásica que han permitido intervenir a pacientes que presentaban una mayor morbilidad asociada. Con el uso de estas técnicas

prácticamente recientes se consiguen altas hospitalarias precoces y disminuye la necesidad de uso de hemoderivados Intra y postoperatorios.⁸

Para tomar la determinación y optar por la técnica quirúrgica, se debe tener en cuenta las referencias quirúrgicas determinadas. Así mismo en muchos pacientes con tratamiento medicamentoso una valoración individualizada basada en su situación clínica, del estado de progresión de la enfermedad prostática, su comorbilidad y sus predilecciones reales que haría que la cirugía fuese la mejor elección.⁹

La RTUP bipolar tienen mejores resultados a corto y mediano plazo comparable a los de la "RTUP" monopolar con el procedimiento, pero la morbilidad perioperatoria es menor. En consecuencia la "RTUP" bipolar está desplazando a la "RTUP" monopolar como tratamiento quirúrgico en pacientes con próstata de 30 80 ml.⁹

La apendectomía como cirugía abierta es la más antigua muy positiva en liberar la obstrucción, es de elección con pacientes con volumen prostático superior a 80-100ml y "STUI" moderado a grave. Otro recurso de elección para los enfermos es la enucleación con láser de holmio. Cuando existe patologías agregadas como coledocistitis o divertículos la adenectomía abierta es de primera elección.⁹

La fotovaporización prostática con láser de 180w permite menos complicaciones tales como la disfunción en la erección sin embargo su efectividad es menor que otras técnicas en caso de próstatas muy agrandadas.⁸

Las otras técnicas invasivas como la ablación por radiofrecuencia obtienen perfeccionamiento sintomático comparables a las de la "RTUP" pero un menor aumento del flujo y menos morbilidad. (8)

La vaporización con tulio es una opción para la "RTUP" para próstatas de pequeño y mediano tamaño. La vapoenucleación con tulio consigue adelantos objetivamente visibles y subjetivos a corto plazo.⁹

La calidad de vida en este tipo de pacientes no ha sido un objeto de estudio en la actualidad, sin embargo existen diferentes cuestionarios que evalúan la calidad de vida.⁹

En un artículo el cual se titula Validación de la versión española del Cuestionario Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index del año 2008 en el cual Participaron hombres mayores de 49 años diagnosticados de HBP evaluados en tres visitas. Se analizaron las propiedades psicométricas del cuestionario en términos de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio. Los resultados que se obtuvieron: Se evaluaron 1.719 hombres con edad media de 68,36 años clasificados según gravedad de la HBP.⁹

La CVRS mejoró significativamente durante el seguimiento. Discusión: Hasta ahora no existían cuestionarios específicos de calidad de vida para población española con HBP. La versión española del cuestionario BII cumple las propiedades psicométricas necesarias para evaluar la CVRS en la HBP; confirmando además, el significativo impacto de la enfermedad en la calidad de vida de estos pacientes.¹⁰

Comúnmente la examinación del bienestar ha estado basado en indicadores objetivamente determinados (ej. Bioquímicos, fisiológicos y anatómicos). Sin embargo, el enfoque moderno de salud que deriva del concepto de completo bienestar físico, mental y social propuesto por la “OMS”, ya no solamente está centrado en la ausencia de infecciones o enfermedades, sino que pone de relieve la necesidad de incluir evaluaciones tanto objetivas como subjetivas para esta variable, así como en la valoración de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar.¹¹

El “SF-12” es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la “calidad de vida” multidimensional relacionada con la salud, en todo el mundo.¹¹

En el estudio titulado Evaluación del cuestionario “SF-12”: verificación de la utilidad de la escala salud mental, publicada en Chile en el año 2014 se realizaron dos estudios, el primero consistió en 840 personas de entre 18 y 60 años que respondieron al SF-12. En el segundo estudio, 970 personas de entre 18 y 60 años respondieron el cuestionario SF-12, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Resultados: La estimación de confiabilidad usando alfa de Cronbach en ambos estudios fue más alto que 0.74 en ambas dimensiones. El análisis de validez arrojó una solución compleja de tres factores. Finalmente el criterio el análisis de validez mostró correlaciones apropiadas y significativas con la depresión y ansiedad. En conclusiones: El SF-12 y su escala de salud mental son adecuados para estudios de caracterización epidemiológica.¹¹ En el año 2011 en un artículo titulado “Confiabilidad y valores normativos Preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos” en donde se valora la confiabilidad y valores normativos preliminares del SF-12 v2 en adultos Colombianos.¹²

El método fue el siguiente: se aplicó por entrevista autodiligenciada en 527 personas. Se usaron medidas de tendencia central, dispersión y percentiles para los dominios y grupos; cálculo de consistencia interna y correlación interescalas. Los resultados que se encontraron fueron que los dominios superaron lo que se pensaba con un “alfa de Cronbach” de 0,7. Las puntuaciones promedio más altas se determinaron en el constructo mental, en los dominios vitalidad, seguido de salud mental. Las puntuaciones más altas del dominio físico, se encontraron en los aspectos de dolor corporal, funcionamiento físico y salud general. Se encontró que la versión del SF-12 demostró ser un instrumento confiable.¹²

MARCO TEORICO ESPECIFICOS.

La próstata cumple durante la vida sexual activa del varón funciones estrictamente definidas, pero con la edad, su tamaño aumenta y con él la prevalencia de los síntomas. La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es el tumor benigno más frecuente en el varón mayor de 50 años. Supone la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica y la primera causa de consulta en los servicios de urología.

El aumento de tamaño de la próstata comienza alrededor de la cuarta década de la vida con origen estromal que afecta un sitio específico. Posteriormente se produce un aumento generalizado y rápido del volumen debido a una proliferación celular del tejido fibromuscular y glandular, presentándose en la zona periuretral como en la de transición. Se desconoce la causa, pero parecen ser necesarios, por lo menos, dos factores; la edad y la disposición de hormonas androgénicas fabricadas por los testículos. Actualmente se asume que, con los años, cambia el porcentaje de estrógenos / testosterona, aumentando los primeros y disminuyendo la segunda lo que predispondría a estos cambios.¹²

La hiperplasia prostática a nivel mundial se convirtió en un problema de salud pública y es hasta el momento uno de los motivos más frecuentes de consulta en primer nivel de atención y a nivel urológico, lo que traduce un gran efecto a la economía del país. En general a todos los hombres presentan crecimiento prostático siendo el 50% aproximadamente los que desarrollaran síntomas secundarios a este padecimiento.¹²

Existen diferentes estudios donde se valora la calidad de vida de los pacientes con hiperplasia prostática los cuales están bajo tratamiento médico.¹³

La actual estimación de salud incluye medidas subjetivas como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).¹³

En un artículo del año 2015 que se titula “Guía de Manejo de la hiperplasia prostática benigna” de La Sociedad Colombiana de Urología 2014 se realizan comparaciones directas limitadas demostrando que todos los “a1-bloqueadores” tienen una eficacia similar en dosis apropiadas.¹⁴

Estudios controlados han mostrado que los “a1-bloqueadores” disminuyen el puntaje internacional de síntomas de la próstata (IPSS), después de un período de preinclusión, aproximadamente en un 35-40% e incrementan la tasa de flujo urinario máxima aproximadamente en un 20-25%. En estudios abiertos, fueron documentados un aumento del flujo urinario máximo de hasta un 40% y una mejoría de hasta un 50% del valor del IPSS. Aunque estas mejorías toman unas pocas semanas para desarrollarse por completo, se demostró estadísticamente una eficacia significativa sobre placebo en el término de unas horas a días. Los a1-bloqueadores parecen tener eficacia similar, expresada como un porcentaje de mejoría en IPSS, en pacientes con síntomas leves, moderados y severos.¹⁴

El tamaño de la próstata no afecta la eficacia de los α 1-bloqueadores en investigaciones con períodos de seguimiento iguales o menores a un año, pero pacientes con próstatas más pequeñas (< 40 ml) parecen ser más eficaces comparada con aquellos con próstatas más grandes a mayor plazo, y es similar entre diversos grupos etarios. Estos medicamentos no minimizan el tamaño de la próstata y no evitan la retención aguda de orina en estudios a largo plazo, de tal manera que algunos pacientes tendrán que ser tratados de manera invasiva. Sin embargo, la eficacia de los α 1-bloqueadores se ha visto que se mantiene 4 años aproximadamente ¹⁴

De esta manera debemos de comparar efectividad y factor de impacto en pacientes que se encuentran en tratamiento médico. ¹⁴

En el 2017 un artículo llamado Estudio de calidad de vida en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con un α 1- bloqueador que es un estudio transversal, observacional, realizado en 305 pacientes de consulta externa de urología de España.

Se conjuntaron datos sociodemográficos y clínicos posteriormente los pacientes respondieron los formularios de EQ-5D, "Sexual Function Index" (SFI) e "International Prostate Symptom Score" (IPSS). Se especificaron los factores que se asociaron independientemente a la CV, mediante análisis de "regresión múltiple". Resultados: Se conformaron 1.019 pacientes con media (DE) para: edad 62,7 (5,7) años, puntuación EQ-5D 89,9(13,9), deseo-SFI 3,71 (1,67), erección-SFI 6,11 (3,08), eyaculación-SFI 4,50(2,06), problemas-SFI 6,85 (3,37), satisfacción sexual-SFI 2,00 (0,99) y mediana IPSS 16 (RI 12-20).

En el EQ-5D y SFI las sumas de los cuestionarios fueron inferiores conforme avanza la edad, con mas gravedad de STUI y mayor crecimiento de la próstata ($p < 0,01$), pero la diferencia estuvo en el tiempo de tratamiento utilizado con silodosina.

En dicho estudio se visualizó que la suma de los puntos del cuestionario EQ-5D se conjuntó de forma "positiva" con las dimensiones satisfacción sexual y deseo del SFI y con la puntuación EVA Q-5D, y de forma "negativa" con incapacidad laboral, residencia semi-urbana y comorbilidades.¹⁵

En el artículo perfil de síntomas del trato urinario inferior en el varón y sus impacto en la calidad de vida del año 2012 en donde refiere la causa múltiple de los síntomas de la región urinaria inferior, justifica su examinación detallada para un abordaje de terapia adecuada según las guías europeas actuales. Para saber el la sintomatología y el impacto en la calidad de vida relacionada con el bienestar de pacientes varones que acuden a consulta de Urología se desarrolló el siguiente estudio epidemiológico, transversal en el que 826 varones adultos con mayor o igual a un síntoma del tracto urinario inferior de novó no tratado previamente. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas.¹⁶

Los pacientes realizaron la “puntuación internacional de los síntomas prostáticos” (IPSS) y cuestionario SF-12 en donde los resultados obtenidos fueron edad media de 65 años. Con una combinación de síntomas de llenado, vaciado y posmiccionales en el 69%. El 30% tenía 2 o más episodios de urgencia y más de 8 micciones al día. El motivo de consulta en el 86% de los casos fueron los síntomas de llenado. Por consiguiente los hallazgos encontrados evidencian la importancia de conocer el perfil de síntomas de cada paciente y el grado de molestias e impacto en la calidad de vida para orientar a un adecuado tratamiento.¹⁶

En el 2008 se publicó un artículo denominado Severidad de sintomatología prostática: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, en 210 hombres muestreados por conveniencia, entre 40 a 60 años, excluyendo aquéllos con administración de diuréticos, infección urinaria recurrente, cirugía o neoplasia uretral, y enfermedad psiquiátrica; con cuatro categorías clasificadas: sin síntomas, leve, moderada y severa. Análisis con estadística descriptiva, y U de Mann-Whitney con «p» 0.05. Resultados: Edad promedio de 51 ± 6.5 años; en 61 (29%) se hallaron síntomas prostáticos; de ellos 36 (59%) corresponde a categoría de leve y 55% a obstructivos y sólo la hipertensión arterial influyó de manera importante.¹⁷ Conclusiones: Con aumento conforme a la edad, mayor frecuencia en mayores de 50 años; la severidad de los síntomas predominó en categoría de leve, tipo obstructiva; percepción de calidad de vida aceptable.¹⁷

La importancia de valorar la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática, radica en las modificaciones psicosociales que esta patología les puede traer además de mencionar las funcionales.¹⁷

En un artículo titulado Hiperplasia benigna de próstata, con la obligación de valorar la calidad de vida en el proceso de tratamiento el cual es multicéntrico, observacional y prospectivo, relaciona la sintomatología de la hiperplasia benigna de próstata con la consecuencia sobre la “calidad de vida” en el primer nivel de atención donde participaron varones de 50 a 79 años con HBP durante el período 2000-2003 con sintomatología moderada, se autoadministró el cuestionario “IPSS” y se valoró los síntomas predominantes y mediante la última pregunta la calidad de vida. Se realizaron 536 registros; la edad media fue de 66,2 años. Entre los síntomas destaca la nicturia como el más frecuente, con 88,1% de los registros.¹⁸

Se hallaron 256 pacientes (47,8%) con predominio de síntomas irritativos y en 280 pacientes (52,2%), síntomas obstructivos. Al analizar la repercusión sobre la calidad de vida se obtuvo que los síntomas obstructivos son los peor tolerados (el 65,7 frente al 9,4% del grupo de clínica irritativa). En conclusión en el tratamiento de la HBP debemos tener en cuenta las preferencias del paciente, que tolera peor la sintomatología obstructiva que coincide con la que presenta criterio de derivación hacia una consulta especializada e incluso criterio quirúrgico.¹⁸

En otro estudio en donde se valoró la escala IPSS, se observó que la escala evalúa síntomas de vaciado incompleto, frecuencia, intermitencia, urgencia, nicturia, debilidad del chorro miccional y la necesidad de forzar la micción. Por lo que con

esta escala es posible saber desde la primera evaluación en qué pacientes va a progresar la enfermedad, lo que también es útil para influenciar las decisiones terapéuticas. ¹⁹

Blasco Valle en su publicación del 2013, ha comentado que la escala IPSS, la realización del tacto rectal y la cuantificación del antígeno prostático específicos son necesarios para que el médico de atención primaria decida qué paciente es tributario de atención en ese medio o debe ser derivado. Se propone un esquema de actuación consensuado como guía ante este tipo de patología. ²⁰

Es bien conocido que la Hiperplasia prostática, es una patología que se encuentra relacionado con la edad del paciente, hombres entre 40-50 años de edad, al mismo tiempo la incidencia va incrementando con la edad del paciente; en un estudio realizado en San José de Costa Rica, publicado por Mauricio Barboza en el 2017, también se ha propuesto el uso de la escala de IPSS, la cual la considera como una escala útil, confiable, y practica para su reproductibilidad. ²¹

En un estudio realizado por **Francesc Bobé**, se evaluó los síntomas del crecimiento prostático benigno con la repercusión sobre la "calidad de vida" del paciente; en este estudio se evaluaron 536 pacientes, con una edad media de 66 años. Al analizar la repercusión sobre la calidad de vida se determinó que los síntomas obstructivos son los peor tolerados (el 65,7 frente al 9,4% del grupo de clínica irritativa) ²².

Finalmente se ha visto en la publicación realizada por **Stefano Vinaccia**, las dimensiones de calidad de vida y su relación con las cogniciones acerca de la Hiperplasia de próstata se evaluó en 30 pacientes entre los 48 y los 82 años, donde se aplicó el International Prostate Symptom Score (IPSS). Los resultados fueron una disminución importante en la calidad de vida de estos pacientes.

La cognición hacia la enfermedad tuvo una puntuación media en todas sus dimensiones y hubo una valoración severa respecto a los síntomas del prostatismo. En conclusión, la percepción desfavorable de la Hiperplasia Prostática aumenta con la gravedad de su sintomatología física y especialmente por el impacto de ésta en los factores psicosociales asociados, afectando así la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad. ²³

3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente en México, la prevalencia del Crecimiento Prostático Benigno, representa una preocupación de salud pública, como se registró en las estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud 2012, en las que el 35% de los hombres mayores de 60 años, contestaron tener un diagnóstico médico previo de la enfermedad y, presentándose más frecuente a mayor edad, como fue con el 17% del total de los hombres mayores de 80 años. Cabe señalar que, de acuerdo a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento 2013, el 58.3% de los hombres entre los 60 y 74 años de edad, respondieron no realizarse examen de próstata, así como el 63.2% de los hombres de 75 años de edad o más. En el año 2014, se registraron más de 40,000 casos nuevos de Crecimiento Prostático Benigno por las diferentes instituciones de salud, de los cuales el 96% tiene 45 o más años de edad.

En la actualidad existen diferentes terapéuticas para la hiperplasia prostática, como anteriormente se menciona, al paso del tiempo esta enfermedad va en aumento reflejándose en una mayor incidencia y con ello en la prevalencia, es entonces donde debemos indagar el impacto que tienen los síntomas sobre la calidad de vida y así poder ofrecer una mejor terapéutica, y con ello disminuir las alteraciones psicosociales y funcionales que les pudieran condicionar a padecer una patología sobre agregada, y en consecuencia un aumento en los costos de atención médica. Por lo anterior se justifica la importancia de conocer la calidad de vida de los pacientes portadores de enfermedad prostática que se encuentran bajo algún tratamiento.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La hiperplasia prostática ha ido aumentando con el paso del tiempo, en la actualidad se sabe que todo hombre a partir de los 30 años inicia con crecimiento prostático, y aproximadamente el 50 % de los pacientes sufrirán síntomas relacionados con la enfermedad.

La percepción de la “calidad de vida” subjetiva es una novedosa técnica comunicativa que considera el punto de vista del enfermo. Al incorporar el punto de vista del paciente en el proceder médico cotidiano, la evaluación de la “calidad de vida” relacionada con la salud cumple también con las exigencias del paciente como consumidor. El profesional ha caído en la cuenta de que necesita aprovechar el punto de vista del paciente en el proceso terapéutico y que esto le facilitará la toma de decisiones clínicas más acertadas. Es importante conocer la autopercepción de calidad de vida en pacientes con hiperplasia los cuales se encuentran bajo algún tratamiento médico, de esta manera podremos valorar cuál de las terapéuticas utilizadas mejoran la percepción de calidad de vida en nuestros pacientes.

Es por lo anterior que se plantea la consecuente incognita:

Pregunta de investigación

¿Cuál es la autopercepción de la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática en tratamiento médico adscritos a la UMF 2 Puebla, IMSS?

5. HIPÓTESIS DE TRABAJO

HI: La autopercepción de calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática no es buena en el 80% de los casos con tratamiento médico adscritos a la UMF 2 Puebla.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la autopercepción de “calidad de vida” en los pacientes diagnosticados con hiperplasia prostática de la UMF 2 que se encuentran en tratamiento médico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la percepción de calidad de vida en los pacientes diagnosticados con hiperplasia prostática.
- Conocer el rango de edad en donde los pacientes presentan mejor autopercepción de calidad de vida.
- Identificar la cantidad de pacientes con presencia de sintomatología a pesar del tratamiento médico.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

- De acuerdo al objetivo: Analítico
- De acuerdo al tiempo: transversal
- Maniobra. Observacional.
- Por la obtención de datos: Prospectivo.

UBICACIÓN EN ESPACIO-TIEMPO:

La presente investigación se realizó en la clínica familiar número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la ciudad de Puebla, Puebla

8. CRITERIOS DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN:

a) Unificación de la unidad de trabajo:

Masculinos con diagnóstico de crecimiento prostático y que se encuentran en tratamiento médico, sin alguna otra comorbilidad agregada.

b) Criterios de elección de la unidad de muestreo:

- De inclusión:
 - Todos los pacientes con hiperplasia prostática bajo tratamiento médico de la UMF2 que deseen participar en la investigación.
- De exclusión:
 - Pacientes con hiperplasia sin control mensual, que presentaran alguna enfermedad cronicodegenerativa o invalidez
- De eliminación:
 - Pacientes con cáncer prostático.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

El estudio se efectuó en la clínica 2 con los recursos ya mencionados de la siguiente manera:

1. Se abordó a los pacientes con hiperplasia prostática en tratamiento médico adscrito a la UMF 2.
2. Aquellos pacientes que cumplieron con los requisitos de selección se le aplicó lo siguiente:
 - a. DE manera gentil y amable se les explicó el propósito de la investigación, la confidencialidad del estudio, los posibles riesgos, y si firmaran un consentimiento informado si estaban de acuerdo.

- b. Se aplicaron los instrumentos IPSS y SF 12 los cuales valoraran calidad de vida.
3. Cuando el paciente terminaba el cuestionario, se observó el llenado de los formularios verificando que se encontraran completos y de ser así se finalizó la aplicación del mismo.
4. Los datos que se obtuvieron se englobaron a través de tablas en SPSS para realizar el análisis de los datos más fácilmente.
5. Examen Estadístico: se llenó hoja de recolección de datos y que consta de variables cualitativas y cuantitativas, que se encuentran en el apartado de anexos. Los datos obtenidos fueron analizados por frecuencia absoluta y porcentajes.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se aplicaron cuestionarios que valoran lo siguiente:

1. El primer cuestionario es la puntuación internacional de los síntomas prostáticos (IPSS) está conformado por 8 ítems multirreactivos, 7 valúan síntomas urinarios cuya modalidad consiste en: ninguna, menos de 1 vez de cada 5, menos de la mitad de veces, aproximadamente la mitad de veces, más de la mitad de veces, casi siempre, y el octavo ítem que valora calidad de vida, cuya modalidad de respuesta consiste en: “encantado, muy satisfecho, más bien satisfecho, tan satisfecho como insatisfecho, más bien insatisfecho, muy insatisfecho, fatal”, de los cuales una respuesta correcta sumará un punto, en donde se interpretara de la siguiente forma de acuerdo a la puntuación obtenida: 1 a 7 = Sintomatología leve, 8 a 19 = Sintomatología moderada 20 a 35 = Sintomatología grave, la puntuación a la pregunta de "calidad de vida" no debería añadirse a la puntuación total. En 1991 la 1ª Conferencia del Consenso de Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) la recomendó; y en 1994 se validó en el idioma castellano con viabilidad y reproductibilidad del 92%, estructurada, con contestaciones tipo liker calificándose con una puntuación de cero a 35; y la calidad de vida la califica tomando en cuenta el asintomático hasta grave.¹⁷
2. El segundo instrumento a aplicar es el SF 12 es una referencia acortada del formulario original con tan solo 12 preguntas, menor tiempo de aplicación, cuyo objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas.
Los estudios que utilizan estas 12 preguntas del SF han verificado que el instrumento es una medida confiable.

Compuesto por doce ítems, muy fácil de aplicar para valorar el grado de confort y funcionalidad de los pacientes, definiendo un estado “positivo” y “negativo” de la salud física y mental, por medio de ocho áreas (función física, rol físico, dolor

corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional), las preguntas del cuestionario son: “En general, usted diría que su salud es”, “Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos/as, los vecinos/as u otras personas?”, “¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”. Las respuestas forman escalas de tipo Likert (donde varía de tres a seis puntos las opciones de respuesta, dependiendo De la pregunta), que califican lo intenso y/o continuidad del estado de bienestar de los afectados. El puntaje va entre 0 y 100, y el mayor puntaje indica una mejor “calidad de vida” en relación con la salud. Las investigaciones de SF que utilizan las doce preguntas del SF, se han percatado que este formulario es válidamente confiable, encontrándose apreciaciones de consistencia interior que rebasan a 0,70.11

9. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

A conveniencia del investigador.

10. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES OPERACIONALES.

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Tipo de Variable
Edad.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual de un individuo expresado por el mismo	Intervalos.	Cuantitativa
Autopercepción.	Acción de cómo nos sentimos físicamente y mentalmente.	Se medirá a través de instrumentos. (SF-12, IPSS)	Se determinara dependiendo el resultado de los instrumentos.	Cualitativa.
Calidad de vida.	la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones	Se medirá a través del SF-12 y IPSS.	Se utiliza la pregunta calidad de vida que va desde; encantado hasta fatal. SF-12: 12 Items que evalúan calidad de vida a partir de bienestar y capacidad funcional, el puntaje va de 0-100 donde a mayor puntaje mejor calidad.	cualitativa
Tratamiento	se designará a la acción y el resultado de tratar alguna cuestión o cosa	Medicamentos utilizados para el tratamiento de hiperplasia protática, los cuales pueden mejorar calidad de vida.	Tamsulosina. Finasteride.	Cualitativa.

11. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

La captura de datos se efectuó en Excel con los participantes que cumplían con los criterios incluidos y anexados previamente. A esto se le realizó un análisis univariado aplicando la tendencia central como medida (“media y mediana”), y medidas de dispersión (desviación estándar) para variables numéricas, al igual que las de frecuencias y proporciones para las variables cuantitativas.

Se efectuaron los Test estadísticos X^2 utilizando variables cualitativas especificando para la significancia estadística una $p \leq 0.05$ y así, determinar la dependencia entre variables y su asociación con la escala IPSS y SF-12.

Apoyándonos de las hojas ya realizadas en Excel, en donde se capturará la información para su correcto análisis; el elemento que se empleará será el paquete estadístico Epi-Info 7, el cual es un programa de uso libre que no requiere licencia para su manejo, adicionalmente se empleará el programa “SPSS” versión 25 para Windows.

12. RESULTADOS

El estudio de investigación fue hecho en la clínica de primer nivel No. 2 del IMSS en el estado de Puebla. Esta investigación fue diseñada y realizada por el departamento de medicina familiar de la misma unidad de salud, la finalidad del estudio fue determinar la autopercepción de la “calidad de vida” de los pacientes con hiperplasia de próstata que se encuentran bajo algún tratamiento médico. Una vez realizado el conteo de resultado se obtuvo lo siguiente.

La suma de 163 participantes ha sido integrada en este estudio, en donde la media de la edad fue de 71 ± 10 , años, con un mínimo de 46 años y un máximo de 96 años (Tabla 1).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

Distribución por Edad					
Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
años	163	46,0	96,0	71,706	10,1568

Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la clínica No. 2 del IMSS en Puebla.

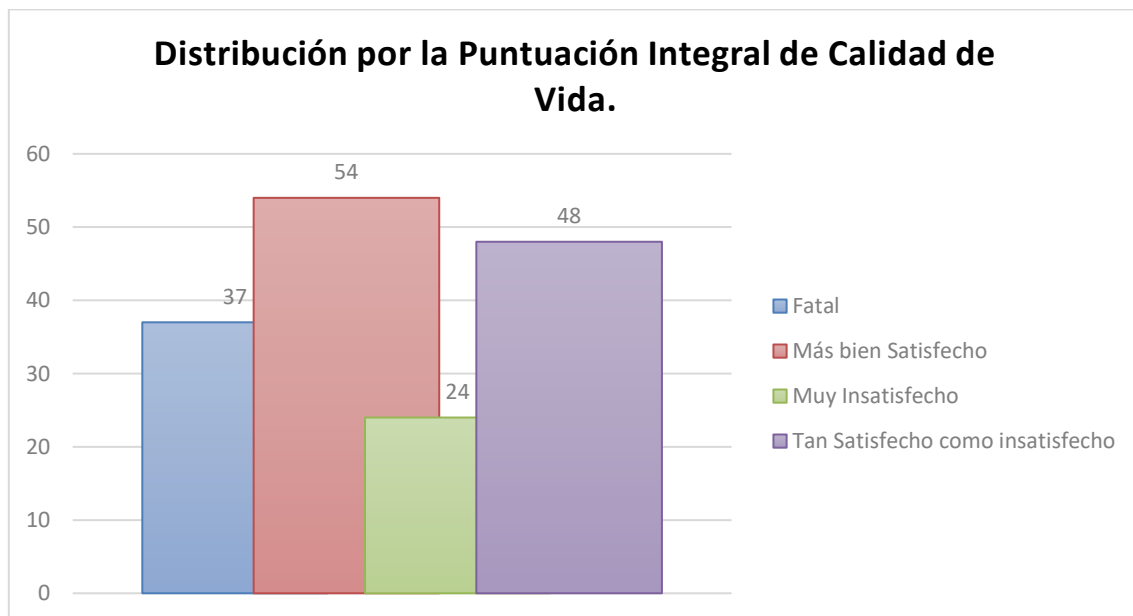
De acuerdo a la distribución de la puntuación integral de calidad de vida corresponde de la siguiente forma: Fatal) 22,7%), Mas bien satisfecho (33,1%), Muy satisfecho (14,7%), Tan satisfecho como insatisfecho (29,4%) (Tabla 2) (Grafico 1).

TABLA 2.

Distribución por la Puntuación Integral de calidad de vida.				
IPSS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fatal	37	22,7	22,7	22,7
Más bien Satisfecho	54	33,1	33,1	55,8
Muy Insatisfecho	24	14,7	14,7	70,6
Tan Satisfecho como insatisfecho	48	29,4	29,4	100,0
Total	163	100,0	100,0	

Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la clinica No. 2 del IMSS en Puebla.

GRAFICO 1.



Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la clinica No. 2 del IMSS en Puebla.

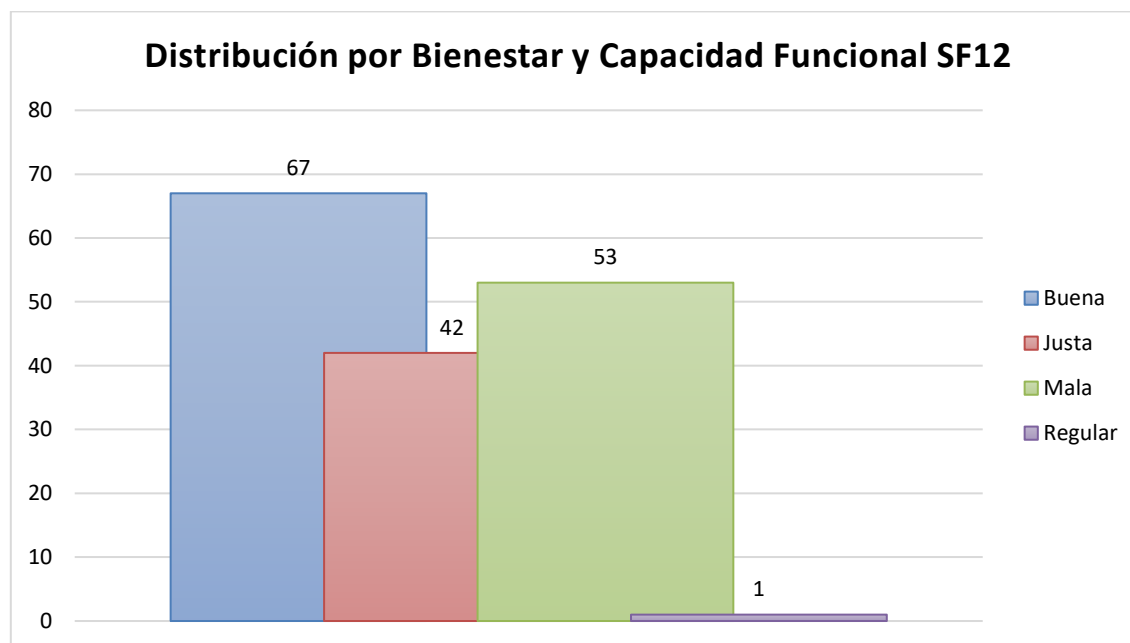
Por otro lado, la distribución por Bienestar y capacidad funcional SF12 ha obtenido los siguientes resultados: Buena (41,1%), Justa (25,8%), Mala (32,5%), Regular (0,6%) (Tabla 3) (Grafico 2).

TABLA 3.

Distribución por Bienestar y Capacidad Funcional SF12				
Capacidad Funcional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	67	41,1	41,1	41,1
Justa	42	25,8	25,8	66,9
Mala	53	32,5	32,5	99,4
Regular	1	0,6	0,6	100,0
Total	163	100,0	100,0	

Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la clinica No. 2 del IMSS en Puebla.

GRAFICO 2.



Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la clinica No. 2 del IMSS en Puebla.

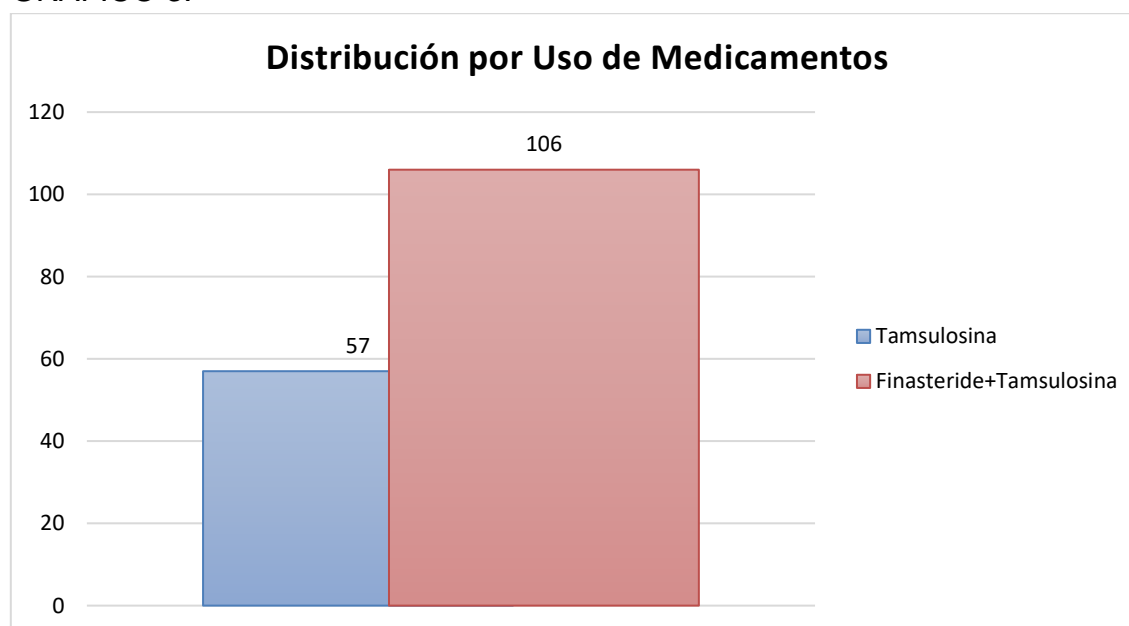
De igual forma que los ejemplos anteriores, la distribución del uso de fármacos como parte del tratamiento de Hiperplasia prostática ha sido determinada en este estudio; en donde los pacientes con uso de Tamsulosina corresponden al 35%, mientras que los pacientes con Tamsulosina + Finasteride corresponden al 65% (Tabla 4) (Grafico 3).

TABLA 4.

Distribución por Uso de Medicamentos				
Tipo de Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tamsulosina	57	35,0	35,0	35,0
Finasteride+Tamsulosina	106	65,0	65,0	100,0
Total	163	100,0	100,0	

Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la clínica No. 2 del IMSS en Puebla.

GRAFICO 3.



Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la UMF No. 2 del IMSS en Puebla.

Una vez realizado el análisis univariado, se procedió a la determinación de la asociación de la calificación IPSS en relación con el uso de medicamentos, los resultados sugieren que no hay asociación estadísticamente significativa (p 0,82). En el caso de los resultados de la escala SF-12 que mide el Bienestar y capacidad funcional, ha obtenido un resultado no estadísticamente significativo (p 0,48), por lo cual se considera que no hay causalidad entre estas variables.

TABLA 5.

Distribución entre el Tipo de Medicamentos en Relación con las Variables Categóricas					
Tipo de Variable	Medicamentos		X2	p	
	Tamsulosina	Finasteride/Tamsulosina			
IPSS	Fatal	15	22	0,918	0,821
	Más bien Satisfecho	19	35		
	Muy Insatisfecho	7	17		
	Tan Satisfecho como insatisfecho	16	32		
SF12	Buena	21	46	2,446	0,485
	Justa	16	26		
	Mala	19	34		
	Regular	1	0		

Fuente: Departamento de Medicina Familiar de la clínica No. 2 del IMSS en Puebla.

13. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Fundado en lo referido por **María P. en su artículo del 2016**, propuesta por la organización mundial de la salud (OMS) se ha documentado que la “calidad de vida” y el confort, son el efecto del entorno psíquico, social, biológico y ambiental, de la organización y funcionamiento del sistema de salud ². Para poder determinar este tipo de evaluaciones, se han utilizado una gran numero de instrumentos, en este estudio realizado en la UMF No. 2 de Puebla, se utilizó la escala SF-12, la cual arrojó como resultado, que al menos el 41% de los pacientes con síntomas prostáticos cuenta con una buena calidad de vida, sin embargo, el 59% de los pacientes cuenta con un resultado Justo, Malo o Regular, lo cual deja en evidencia que más de la mitad de estos pacientes no tiene una adecuada calidad de vida.

Rubinstein E. en su artículo del 2013, denominado Actualización: hiperplasia prostática benigna, realizado en México, se registra que el 50% de los pacientes con una edad mayor a los 50 años, tendrá una extensión macroscópica de la glándula y cerca la mitad desarrollará síntomas, en general, podemos afirmar que hombres de más de 60 años tienen poca probabilidad de presentar síntomas urinarios agregados a hiperplasia prostática mientras que en pacientes de 60 años de edad es aún menor, y en pacientes de 80 años se aproxima más al 30% ⁵.

Así mismo, también debe de ser considerado que la media de la edad de los pacientes de la UMF No. 2 del IMSS Puebla oscila entre los 71 años, por lo tanto, la mala calidad de vida de estos pacientes debe de ser por múltiples factores, Hipertensión, Diabetes mellitus, Dislipidemias, Obesidad y otras comorbilidades.

Para poder determinar los síntomas de los pacientes con Hiperplasia de próstata, se han utilizado varios instrumentos, entre los más relevantes se encuentran el **IPSS** que puntúa los síntomas y “calidad de vida”, basado en la descripción de **Carrero V. en el 2015**, esta escala ha demostrado que los estudiados con síntomas moderados a severos, presentaran un incremento de la severidad de sus síntomas, en los siguientes 5 años, representando una incidencia del 14% ⁸.

En la evaluación de la UMF No. 2 del IMSS Puebla, los resultados del IPSS han dejado en evidencia que solo el 33% de los pacientes se encuentran satisfechos, mientras que el 67% restante se encuentran de alguna forma insatisfecho. Por último, cabe mencionar que no se ha observado asociación causal entre el uso de distintos fármacos para hiperplasia prostática, tales como tamsulosina y finasteride.

14. CONCLUSIONES

La presente investigación fue diseñada y realizada basando en la premisa mayor la cual indicaba que: La autopercepción de calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática es buena en el 80% de los casos con tratamiento médico adscritos a la UMF 2 Puebla. Basado en el análisis estadístico correspondiente, se ha decidido rechazar la hipótesis de trabajo, y se acepta la hipótesis alternativa, adicionalmente se han obtenido las siguientes conclusiones.

La media de la edad de los pacientes evaluados oscila entre los 71 años. Al mismo tiempo se ha visto que la incidencia de los pacientes por Buena calidad de vida alcanzo un 41%, mientras que el 33% de estos pacientes se encuentra satisfecho.

Se ha llegado a la conclusión de que los pacientes que presentan una buena "calidad de vida" determinado por la escala "SF-12", sin embargo, el uso del tipo de fármaco para el tratamiento de hiperplasia prostática no tiene una asociación causal en relación con el este resultado. Lo mismo ha sucedido con los resultados de la encuesta IPSS, la cual ha tenido una distribución de tipo homogénea, a pesar de lo anterior, el tipo de fármaco utilizado no guarda relación con los resultados.

15. PROPUESTAS

La investigación de la calidad de vida y la sintomatología urinaria son dos vertientes que deben ser investigadas en todo paciente con hiperplasia prostática ya que afectan directamente de manera significativa.

Dentro de las propuestas que hay que llevar a cabo serían:

Realizar intervenciones educativas mediante la participación de médicos de primer contacto donde realicen pláticas de 30 min cada semana dirigida a hombres en edad reproductiva, pacientes con antecedentes de familiares con hiperplasia prostática, pacientes ya diagnosticados y aquellos que deseen actualizar su información sobre la hiperplasia prostática

Realizar pláticas de 30min por área de psicología cada quince días , dirigidas a parejas en donde el hombre ha sido diagnosticado con hiperplasia prostática y a pacientes que deseen ampliar su conocimiento; así de esta manera el hombre pueda recibir apoyo de su pareja y puedan comprender y afrontar los cambios que pudieran estar presentado.

Realizar de manera rutinaria el cuestionario de “calidad de vida” en pacientes con hiperplasia prostática recién diagnosticados realizados por médicos pasantes del servicio social que se encuentren rotando en la unidad médico familiar para valorar el afrontamiento de diagnóstico así como una reevaluación en 3 meses para tener la oportunidad de dar seguimiento a su percepción emocional.

Realizar cada 3 meses el cuestionario IPSS de sintomatología urinaria en pacientes con hiperplasia prostática aplicada por médicos internos de pregrado o estudiantes asignados al servicio de medicina preventiva para detectar oportunamente a las parejas que se encuentren con disfunción.

Otorgar durante las campañas de salud pública trípticos educativos sobre conocimiento, detección y seguimiento de hiperplasia prostática así como intervención a nivel psicosocial realizadas por departamento de enfermería que se encuentre rotando en la unidad médico familiar.

Otorgar información mediante pláticas didácticas de 30 min cada 15 días realizadas médicos de medicina preventiva sobre la sintomatología urinaria en pacientes que sufren hiperplasia prostática dirigida a pacientes ya diagnosticados, parejas y familiares que deseen ampliar su conocimiento.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Alcántara, G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Redalyc Sistema de Información Científica. 2008; 9(1): 95-98.
- 2-María, P. Conceptos de salud enfermedad; Las dimensiones del ser humano y su interacción en los estados de salud y enfermedad. Consultado Julio 2016. Disponible en: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/PSI&COMUNICACION/2011-12/1PC-SALUD&ENF.pdf>.
- 3-Guia de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de La Hiperplasia Prostática Benigna (2009). Disponible en : <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=1387>.
- 4.- Fernández M, Pereira I. Hiperplasia benigna de Próstata: una afección de elevada prevalencia en el paciente de edad avanzada.Rev Esp Geriatr Gerontol. 200; 43 (1) :44-51.
- 5.- Rubinstein E, Gueglios G, Giudica C, Tesolin P. Hiperplasia Prostática Benigna. Evid Act Pract Ambul. 2013; 16 (4) : 143-151.
- 6.- Reyes E. Hiperplasia Prostática Benigna. Rev. Med Cost Ric Centr . 2013 ; LXX (606) : 269-272.
- 7.- Maya R, Ileana B, Bermúdez S.Patologías Benignas de la Próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. Rev Biomed. 2007; 18 (1) : 47-59.
- 8.- Carrero V, Cazar J, Miñana B. Hiperplasia Prostática Benigna y Síntomas del Tracto Urinario Inferior. Revisión de las Evidencias Actuales. Actas Urol Esp. 2016; 40 (5); 288-294.
- 9.- Gravas S, Bachmann A, Descazeaud A, et al. Guidelines on the management of non -neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl.benign prostatic obstruction (BPO)-Update 2014 [consultado 20 Oct 2015].
- 10.-Carballido Rodriguez J et al. Validación de la versión española del Cuestionario Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index. "Estudio Validart".Actas Urol Esp. 2008; 32(2):230-239.
- 11.- Villaroel P et al. Evaluación del cuestionario SF-12: Verificación de la utilidad de la escala de salud mental.Rev Med Chile.2014;142:1257-1283.
- 12.- Ramirez R et al. Confiabilidad y valores normativos preliminares de cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos.Rev Salud Publica.2010; 12 (5): 807-8219.
- 13.-Urzua A, Caqueo A. Calidad de vida: Una Revision Teorica del concepto. Quality of life: A theoretical review. Terapia Psicol.2012; 30(1):61-71.

14. Lopez H et al. Guía de Manejo de la Hiperplasia Prostática Benigna. Urol Colomb.2015;24(3): 187.e1-187.e32.
- 15.- Castro D, et al. Estudio de Calidad de vida en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con silodisina. Actas Urol Esp.2014;38(6): 361-366.
- 16.- Cambroner J, et al. Perfil de síntomas del tracto urinario inferior en el varón y su impacto en la calidad de vida . Actas Urol Esp. 2013;37(7) :401-407.
- 17.- Vergara Mendez V, et al. Severidad de sintomatología prostática: encuesta de pacientes entre: 40-60 años.Rev Fac Med UNAM.2007;50(4): 162-164.
- 18.- Bobe Armant et al. Hiperplasia Benigna de Próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapeutico. Aten Primaria 2006; 38(7): 387-391.
19. Veiga F. Malfeito R. López C. Hiperplasia Benigna de Próstata. Situaciones clínicas más relevantes. Hiperplasia benigna de próstata. Tratado de Geriatria para Residentes. J Urol 2004; 93: 985-90. <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n3/colabora.pdf>
20. M. Blasco. A Timon. V. Lazaro. Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada. Vol. 13 – Núm. 3– Marzo 2003, MEDIFAM 2003; 13: 133-142. <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n3/colabora.pdf>
21. Mauricio Barbosa H. Hiperplasia prostática benigna. Revista Médica Sinergia, ISSN 2215-4523, Vol.2 Num: 8 Agosto 2017 pp: 11 – 16. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms178c.pdf>
22. Francesc Bobé, M Eugenia, Ana Allué, Amalia Morro, Mónica Maxenchs. Hiperplasia benigna de próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. | Aten Primaria. 2006;38(7):387-91 | 387. <file:///C:/Users/aseso/Downloads/13094055.pdf>
23. Stefano Vinaccia, Japcy Margarita, Paola Fonseca, Hamilton Fernández. Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. Act.Colom.Psicol. vol.9 no.2 Bogotá July/Dec. 2006. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200006

17. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Autopercepción de la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática en tratamiento médico adscritos a la UMF 2 pueblo, IMSS						
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno						
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar numero 2 IMSS pueblo, del mes de febrero a mayo 2018						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El crecimiento de próstata se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial y es hasta el momento una de las causas más frecuentes de consulta en nuestras unidades medicas así como en unidades de especialidad, lo que provoca un gran gasto económico. en general todos los hombres presentan crecimiento de próstata, siendo el 50% aproximadamente los que presentaran síntomas debido a esta enfermedad. Existen diferentes estudios donde se valora la calidad de vida de los pacientes con crecimiento de próstata, con el fin de otorgar mejores medicamentos para que puedan gozar de una mejor calidad de vida. objetivo: evaluar la autopercepción de la calidad de vida en pacientes con hiperplasia prostática en tratamiento médico adscritos a la UMF 2 en el periodo febrero-mayo 2018						
Procedimientos:	Estimado paciente si usted acepta participar en nuestro estudio se le aplicaran dos cuestionarios, el primero formado por 8 preguntas (7 que determinan la intensidad de sus síntomas y uno que valora la calidad de vida valora su bienestar social, físico, emocional y psicológico de acuerdo a la evolución con el tratamiento actual y el segundo formado por 12 preguntas que evalúan si la enfermedad afecta sus actividades diarias.						
Posibles riesgos y molestias:	Estimado paciente no existe ningún riesgo, el único inconveniente es el tiempo en que tardara en realizarlo, no se involucra su integridad física y psicológica, no se hará mal uso de los resultados obtenidos.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Estimado paciente se le informa que uno de los beneficios para usted es valorar la calidad de vida que tiene con el tratamiento actual y de esta manera comparar cual es la mejor terapeutica para su enfermedad y asi disminuir los sintomas que podrian afectar su vida diaria.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Estimado paciente se le explica que este estudio consiste en la aplicación de dos cuestionarios que nos hará favor de responder si usted así lo desea, con el fin de poder conocer que tan buena es su calidad de vida.						
Participación o retiro:	Estimado paciente se le explica que su participación es voluntaria y que puede retirarse de este estudio en el momento que usted desee, si existe alguna duda sobre este proceso, tiene la libertad de preguntar.						
Privacidad y confidencialidad:	Estimado paciente se le explica que este estudio respeta la privacidad y confidencialidad de sus datos, el equipo de investigadores recolectara los resultados, los cuales serán utilizados únicamente con fines de investigación.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Ofrecer la terapeutica que ayude a mejorar su calidad de vida ante esta enfermedad.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DRA. ELIZABETH MENDEZ FERNÁNDEZ. Teléfono 2223107847 Email: elizabeth.04@live.com.mx Profesora titular de la especialidad de Medicina Familiar UMF 2. DR. TEODORO AGUILAR RIVERA. Médico Familiar de la UMF 2. Matricula: 99228028 Teléfono: 2225632346. Email: teodoro07@hotmail.com						
Colaboradores:	DR. JOSUE CASTILLA CABALLERO CEL 2491285748, Email: joshua-nk1@hotmail.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 4º 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 _____
Testigo 1 _____
Nombre, dirección, relación y firma _____

DR. JOSUE CASTILLA CABALLERO _____
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2 _____
Nombre, dirección, relación y firma _____

Clave: 2810-009-013

ASPECTOS ÉTICOS

Esta información cumple con lo requerido en Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56 y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la Ley General de Salud en México y con la norma oficial mexicana: PROY-NOM-048-SSA2-2016,

Basado en los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Admitida por la 18 Asamblea Medica Mundial, Helsinki Finlandia. (Junio de 1964) y rectificada en la 29 Asamblea Medica Mundial Tokio Japón, octubre de 1965. La 35 Asamblea Medica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Las técnicas se ajustan a las normas de ética institucional contemplados en la declaración de Helsinki: Modificación en Brasil, 2013.

En el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos en lo que se refiere a experimentos en los seres humanos, y en el documento para la Operación de la Comisión de Investigación del I. M. S. S.

Este estudio es de bajo riesgo sin fines de lucro, se acopla a las normas e instructivos institucionales, por lo tanto, por lo que hasta que haya sido aprobado por el Comité Local de Investigación se procederá a la realización del mismo. Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

de acuerdo a las circunstancias, los principios se expresan de manera diferente y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

La medicina familiar en su código asume que la dimensión moral exige un conjunto de valores y principios que surge de la moral ideal propia de la profesión médica y del respeto a los derechos humanos de los individuos sanos y enfermos que requieren de su atención como integrantes de un núcleo familiar y de la sociedad entera.

El médico especialista en familia se ha dado cuenta que es fundamental el respeto a la dignidad humana y la relación que tiene con las personas que acuden para la valoración así como de quienes adquirieron los conocimientos para su formación como especialista y como investigador. Por lo que en si cuida y protege los derecho para con su prójimo y para no lastimar a terceras personas.

El especialista en familia logra así el acuerdo de cumplir con las responsabilidades y el deber moralmente adquirido con la persona sana o patológica, el núcleo del que forma parte y la sociedad; utilizando su formación en la especialidad de Médico de Familia; con el progreso de las propias aptitudes de esta formación de posgrado, así como con sus homónimos y demás compañeros que contribuyen en la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

Este estudio de investigación será expuesto al comité de ética y biótica local con el objetivo de obtener el registro de dicho protocolo con previo consentimiento informado.

Nombre: _____ . Edad _____ .
 Fecha _____ . Resultado _____ .

IPSS (Puntuación internacional de los síntomas prostáticos):

	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi siempre	
1.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0.	1.	2.	3.	4.	5.	
2.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las 2 horas siguientes después de haber orinado?	0.	1.	2.	3.	4.	5.	
3.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0.	1.	2.	3.	4.	5.	
4.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0.	1.	2.	3.	4.	5.	
5.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0.	1.	2.	3.	4.	5.	
6.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0.	1.	2.	3.	4.	5.	
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces	
7.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0.	1.	2.	3.	4.	5.	
	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8.-¿Como se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?							

PUNTUACION IPSS TOTAL:

1 a 7 = Sintomatología leve, 8 a 19 = Sintomatología moderada 20 a 35 = Sintomatología grave.

Nombre: _____ . Edad _____ .
 Fecha _____ . Resultado _____ .

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
En general usted diría que su salud es:	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2

Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Si	No
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

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)?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo...

	1 siempre	2 Casi siempre	3 Muchas veces	4 Algunas veces	5 Solo alguna vez	6 Nunca
...se sintió calmado y tranquilo?						
...tuvo mucha energía?						
...se sintió desanimado y triste						

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

1	2	3	4	5
Siempre	Casi	Algunas siempre	Solo veces	Nunca alguna vez

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NO	EDAD	NSS O NOMBRE	MEDICAMENTO	CALIDA DE VIDA	SINTOMAS PROSTATICOS(IPSS)	SF-12
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						