

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE
PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008-2012”**

PRESENTADO POR:

Yhanina Katherin Hilaje Miranda

ASESOR:

Luis Hernán Rodríguez Samanillo

TACNA, 2014

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	03
ABSTRACT	04
INTRODUCCIÓN	05
CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema	07
1.2 Formulación del Problema	08
1.3 Objetivos de la Investigación	08
1.4 Justificación	10
CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.	
2.1 Antecedentes de la investigación	12
2.2 Marco teórico	20
2.2.1 Hiperplasia benigna de próstata	20
2.2.2 Etiología	23
2.2.3 Clínica	25
2.2.4 Diagnóstico	28
2.2.5 Tratamiento	32
2.2.6 Valoración de la Calidad de Vida	37
2.2.7 El cuestionario SF-36	42
CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Hipótesis	45
3.2 Operacionalización de las variables	45
CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño	47
4.2 Población y muestra.	47
4.2.1 Criterios de Inclusión	47
4.2.2 Criterios de Exclusión	48
4.3 Instrumentos de Recolección de datos.	48
4.4 Procedimientos de análisis de datos	51
CAPÍTULO 5 RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXO	79

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de próstata, atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo 2008 – 2012.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal, en el Hospital Hipólito Unanue, durante el período 2008 y 2012. Se evaluó la CV mediante (SF-36) con 104 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente (prostatectomía), se procedió al llenado de la misma, basada en la historia clínica (ubicación del paciente) y entrevista del paciente con visita domiciliaria que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Según edad se encontró que el 51.9% de los pacientes con HBP tenían entre 70 a 79 años. Según estado civil, el 65.4% tiene la condición de casado. Y según nivel de instrucción, el 47.1% refiere primaria incompleta. Se pudo observar que a mayor promedio mayor CV. Es así que podemos afirmar que la “función física” (Media: 79.23) y “dolor corporal” (Media: 56.95) son las esferas menos afectadas, no siendo así con “el rol físico” y “rol emocional” son las más afectadas. En nuestro estudio el “componente mental” está más afectado con un menor promedio (Media: 14.48) diferente al “componente físico”. (p: 0.00) quien no parece tener mayor problema.

Conclusiones: El “componente mental” está más afectado respecto al “componente físico”. La “función física” y “dolor corporal” son las esferas menos afectadas y que aportan positivamente en la calidad de vida, no siendo “el rol físico” y “rol emocional” son las más afectadas. Con un nivel de confianza del 95% el grupo entre 50 a 59 años, esta mayormente comprometida la escala mental.

Palabras claves: calidad de vida, prostatectomizados, hiperplasia benigna de próstata.

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life of patient's prostatectomy for benign prostatic hyperplasia treated in the surgery of the Hipólito Unanue Hospital of Tacna, in the period 2008-2012.

Material and Methods: An observational, retrospective cross-sectional study in the Hospital Hipolito Unanue was conducted during the period 2008 to 2012. QoL was assessed by (SF- 36) with 104 patients who underwent surgery (prostatectomy) , we proceeded to fill it, based on clinical history (patient location) and interview the patient home visit that met the inclusion and exclusion criteria

Results: By age was found that 51.9 % of BPH patients were between 70-79 years. According to marital status, 65.4 % are married status. And according to level of education, 47.1 % reported incomplete primary. It was observed that the higher the average higher CV. Thus we can say that the " physical function " (Average: 79.23) and " bodily pain " (Average: 56.95) are less affected areas , not so with " role-physical " and " emotional role " are most affected . In our study the "mental component" is more concerned with a lower average (Average: 14.48) other than "physical component ". (P: 0.00) who appears to have no major problem.

Conclusions: The "mental component" is more concerned about the "physical component ". The "physical function " and " bodily pain" are the least affected areas and contribute positively to the quality of life, not being "role-physical "and" emotional role "are the most affected. With a confidence level of 95 % in the group 50 to 59, is mostly compromised mental scale.

Keywords: quality of life, prostatectomy, benign prostatic hyperplasia.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es un proceso patológico benigno, de proliferación celular que lleva al crecimiento del tamaño prostático y así al aumento de resistencia de salida al flujo miccional; lo que contribuye a los síntomas del tracto urinario (STUI) de los hombres de edad avanzada. Creemos que en la clínica y de ella la afectación de la calidad de vida de los pacientes reside la trascendencia fundamental de la enfermedad. La prevalencia de síntomas va del 18% en la quinta década de la vida al 56% en la octava década. Además del aumento de los síntomas con la edad, también se ha visto que la afectación de la calidad de vida se empeora tanto con la frecuencia y severidad de los síntomas como con la edad del paciente. (Fernando González-Chamorro Ladrón, 2011).

La etiología de la HBP es multifactorial y no del todo dilucidada, depende de cambios hormonales y no hormonales que ocurren durante el envejecimiento. Los síntomas de la HPB afectan mucho la calidad de vida de los pacientes, quienes no desean salir a la calle por miedo a no encontrar un baño y tampoco van a reuniones por razones similares, por lo que la vida social se deteriora paulatinamente. Además, las personas que padecen esta enfermedad pueden sentir vergüenza de su condición, afectando así su calidad de vida. (Vinaccia, et. al. 2005d)

La Calidad de vida (CV) un concepto multidimensional, dinámico y de paradigma modular.¹ Donde la calidad de vida es un concepto complejo que incluye el bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, felicidad, satisfacción y recompensa (Schwartzmann, 2003)

¹ Die trill, M. (1987). Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos. *Jano*, 33, 43-48

La CV es lo que hace que una vida sea mejor, mientras que en otras perspectivas es el bienestar mental y espiritual, o la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, o el funcionamiento e integridad del cuerpo respecto a una enfermedad. El concepto de CV como “una buena vida”²

El término «calidad de vida» ha sido definido como la percepción subjetiva de satisfacción o felicidad con la vida en aquellos dominios importantes para el individuo (Francesc Bobé, M Eugenia, 2006).

Además de la importancia que implica el control bioquímico y clínico de la enfermedad, es importante darle relevancia a valorar la calidad de vida de los pacientes cuando se les instituye un tratamiento médico para determinar la satisfacción del mismo y la afectación de los parámetros de calidad de vida. El surgimiento de la importancia de la calidad de vida ha llevado a la realización de múltiples cuestionarios con el fin de determinar esta condición.

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal (Schwartzmann, 2003).

El presente estudio pretende evaluar la calidad de vida al paciente prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012, y recopilar la información del paciente en el periodo de alta hospitalaria y su real inserción en su medio social y familiar.

² Lugo, Luz Helena; García, Héctor Iván; Gómez Restrepo, Carlos. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Iatreia*; jun. 2002; 15(2):96-102.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La HBP es poco frecuente que llegue a ser un peligro para la vida, ya que la evolución de la enfermedad es lenta y progresiva y sólo de manera excepcional se producen complicaciones importantes, como la retención aguda de orina o insuficiencia renal. A pesar de todo esto, el crecimiento y progresivo aumento de la clínica prostática sí puede llegar a ser muy molesto y disminuir de forma importante la calidad de vida del paciente. Por esto, se debe tener muy en cuenta el impacto que produce la enfermedad en su vida diaria y el paciente es el que debe intervenir en la decisión final del tratamiento aplicado. Debiendo tener en cuenta las preferencias del paciente.³

La información de la CV permitirá a los médicos comprender cómo el paciente individual está afectado por la enfermedad, para entender la perspectiva del enfermo acerca de lo que gana o pierde con el tratamiento pautado. Donde gracias a la combinación de medidas de la función física y del bienestar psíquico, nació la moderna investigación clínica de la CV. La información así obtenida ayudaría al médico en la toma de decisiones clínicas, esto es, si es necesario o no modificar elementos del tratamiento tales como fármacos, asistencia

³ Bobé, Armant. F; Buil, Arasanz. E; Allué, Buil.A. Hiperplasia benigna de Próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. Rev .Española. Octubre 2006.Vol. 38. Núm. 07. 31 .

médica, educación al enfermo o servicios de apoyo. La CV es la variable de resultados del tratamiento de elección en los casos en los que no hay marcadores de actividad de la enfermedad físicos, psicológicos o bioquímicos. ³

No existen actualmente datos fiables acerca de la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) como causa primaria de muerte en la mayor parte de los países desarrollados. Pero se vio que los síntomas (obstructivos o imitativos) influyen en mayor o menor medida la calidad de vida. Si los síntomas interrumpen las actividades de la vida diaria o el sueño, crean ansiedad o reducen la percepción de una buena salud en general, la calidad de vida puede disminuir perceptiblemente. Aquí también, el grado de "molestia" puede ser muy diferente de unos a otros enfermos con el mismo grado de severidad de los síntomas. Debido a que la HBP es primariamente una enfermedad que atenta a la calidad de vida y porque la percepción de las molestias y los riesgos de un tratamiento varían considerablemente según los pacientes, el enfermo debe jugar un papel primordial al determinar la necesidad de un tratamiento.

1.2 Formulación del Problema

- a. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012?

- b. ¿Cuál es el nivel de afectación entre las dimensiones Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud mental de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012?

- c. ¿Cuál es la asociación de la edad, nivel de instrucción, estado civil, según calidad de vida de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012?

1.3 Objetivo General:

Determinar la calidad de vida de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012.

1.4 Objetivos específicos:

- a. Evaluar la calidad de vida de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012.

- b. Determinar el nivel de afectación entre las dimensiones Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud mental de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012.

- a. Relacionar la edad, nivel de instrucción, estado civil, según calidad de vida de los pacientes prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012.

1.5 Justificación

Lo interesante del tema es que no existen muchos estudios de medición de la calidad de vida del paciente post operado, ya sea como medida de prevención terciaria así como medición de la calidad de los servicios sanitarios y el acceso a programas de salud recuperativa eficaces. Esto motiva el presente estudio.

Existen instrumentos que miden la Calidad de vida como el EuroQoL: European Quality of Life (calidad de vida europea), AQoL: Assessment of Quality of Life (Evaluación de la calidad de vida), El Perfil de Salud de Nottingham

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

(PSN) que no se ajustan adecuadamente a países latinoamericanos.

Se pretende utilizar el cuestionario de salud SF-36 como instrumento para establecer un perfil de salud con aplicación para población general con validez, fiabilidad y ajustado al estándar de referencia nacional.

El presente estudio pretende evaluar la calidad de vida al paciente prostatectomizados por Hiperplasia benigna de Próstata, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008 – 2012. Conocer la calidad de vida en pacientes prostatectomizados por hiperplasia benigna de próstata permitirá una organización adecuada de recursos de salud destinada a estos pacientes. Iniciará el proceso de preocuparnos no solo por el paciente cuando es hospitalizado sino impulsar la prevención terciaria con la inserción de estos a una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Ortiz⁴ Realizaron estudios de Calidad de Vida relacionados con la salud, en junio del 2002. Describieron que la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, está siendo cada vez más utilizada como indicador de resultado del accionar médico. Sin embargo, no existe una clara definición de este concepto, tal vez por la naturaleza del mismo que puede incluir diferentes funciones tales como: la capacidad para realizar tareas de la vida diaria (cuidado personal o caminar), funciones psicológicas (bienestar emocional y mental), funciones sociales (relacionarse con otras personas y participar de actividades sociales), entre otras. La falta de una clara definición se refleja en la gran cantidad de instrumentos que han sido propuestos para medir la calidad de vida. Pero más allá de las definiciones tal vez lo más importante es entender que el abordaje de esta temática nos exige comprender que el resultado neto de un tratamiento no siempre puede predecirlo el médico, porque decidir si el cambio en la calidad de vida percibido es positivo o negativo es un juicio complejo en el que el paciente tiene un rol central. Tal vez el cambio más importante en la política sanitaria es reconocer e insistir en que la atención debe responder a las preferencias y valores de los consumidores

⁴ Ortiz, Zulma Elizabeth; Pueyrredón, Corina Elena. Calidad de vida relacionada con la salud. Bol. Acad. Nac. Med. B.Aires; 78(1):119-29, ene.-jun. 2000.

de los servicios de salud .además permite evaluar costos y beneficios a partir de conocer la percepción de la gente.

Si bien coincidimos en la dificultad que representa traducir la percepción del bienestar físico, psíquico y social incluso el económico y espiritual creemos que es esencial conocer sus preferencias si queremos tener una representación de su percepción sobre su calidad de vida. Este trabajo describe los conceptos y aspectos metodológicos que no han recibido suficiente atención y puede explicar el rechazo de muchos médicos para aceptar la legitimidad de las investigaciones en calidad de vida.

Lugo y col.² revisan los conceptos existentes sobre calidad de vida en general y Calidad de vida relacionada con la salud, junio del 2002. La primera entendida como lo que hace que una vida sea mejor, a partir de teorías hedonistas, de satisfacción de preferencias y de los ideales de una buena vida. Se discuten términos como bienestar, capacidades, preferencias, autodeterminación y autonomía en sus conexiones con la calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud, se define como el componente de la Calidad de vida en general que se debe a las condiciones de atención en salud de las personas y que se refiere a partir de experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global. Su relevancia es tanto ética, en la toma de decisiones médicas, como en el desarrollo de medidas que evalúen los resultados de intervenciones.

² Lugo, Luz Helena; García, Héctor Iván; Gómez Restrepo, Carlos. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. Iatreia; jun. 2002; 15(2):96-102.

Bobé Amant Y Buil Arasanz. ³ Presentó un estudio, Hiperplasia benigna de Próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico, octubre 2006. Con un diseño. multicéntrico, observacional y prospectivo. Participantes. Varones de 50 a 79 años con HBP durante el período 2000-2003 con sintomatología moderada (cuestionario IPSS). Criterios de exclusión. Tratamiento previo para la HBP y presentar alguna enfermedad crónica o invalidante que pudiera alterar la percepción de la calidad de vida. Se autoadministró el cuestionario IPSS y se valoró la sintomatología predominante y mediante la última pregunta la calidad de vida. Se realizó una estadística descriptiva y se analizó mediante la prueba de la χ^2 . Resultados. Se realizaron 536 registros; la edad media fue de 66,2 años. Entre los síntomas destaca la nicturia como el más frecuente, con 88,1% de los registros. Se hallaron 256 pacientes (47,8%) con predominio de clínica irritativa y en 280 pacientes (52,2%), obstructiva. Al analizar la repercusión sobre la calidad de vida se obtuvo que los síntomas obstructivos sean los peores tolerados (el 65,7 frente al 9,4% del grupo de clínica irritativa). Conclusiones. 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

³ Bobé, Armant. F; Buil, Arasanz. E; Allué, Buil.A. Hiperplasia benigna de Próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. Rev .Española. Octubre 2006.Vol. 38. Núm. 07. 31.

Rubén Yora Orta⁵ Los autores realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en 105 hombres mayores de 60 años de edad en el Consultorio Médico de la Familia No-21 pertenecientes al Policlínico “Felo Echezarreta” en el Municipio San José de las Lajas, Provincia La Habana, en el período comprendido entre Septiembre y Noviembre del 2006, con el objetivo de determinar la prevalencia de los síntomas prostáticos en los mismos. A todos los adultos se le aplicó la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos conocida como IPSS y se les hizo tacto rectal para determinar el tamaño de la próstata, analizamos estas variables y además la edad, los antecedentes patológicos personales y la calidad de vida según los síntomas urinarios. Prevalcieron los síntomas leves en el 40,95 %, el grupo que predominó está entre los 60 y 70 años de edad representando el 51,14 %, al tacto rectal se encontró que en el 37,14 % la próstata estaba aumentada de tamaño y el 54 % de los estudiados considera tener una buena calidad de vida dada por los síntomas urinarios.

Vinaccia y Quiceno.⁶ Realizó un estudio de Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. Colombia en el 2006 .muestreo por conveniencia no-

⁵ Yora,Orta.R y Otros Autores. Pesquizaje de síntomas prostáticos en adultos mayores de 60 años en el Consultorio Médico de la Familia Nos.21 en San José de las Lajas. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana .Septiembre - Noviembre. 2006.

⁶ Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Paola Fonseca. 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. Colombia vol. 9, núm. 2, noviembre, 2006, pp. 47-56. disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/798/79890206.pdf>.

aleatorio, seleccionando a todos los sujetos disponibles de la muestra accesibles, todos ellos en fase diagnóstica de Hiperplasia Prostática la muestra, estuvo constituida por 30 pacientes hombres diagnosticados con Hiperplasia prostática, con edades que oscilaron entre los 48 y los 82 años, con una media de 64 años (D.T=8,66) y de clase socio económica media baja. El propósito de esta investigación fue evaluar las dimensiones de calidad de vida y su relación con las cogniciones acerca de la enfermedad en 30 pacientes entre los 48 y los 82 años diagnosticados con Hiperplasia Prostática, a quienes se les aplicó el Short Form Health Survey (SF-36), Illness Cognitive Questionnaire (ICQ) y el International Prostate Symptom Score (I-PSS). Los resultados evidenciaron un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes. Concluyendo que la función física, se encuentra en el puntaje más alto entre todas las ocho dimensiones del cuestionario: En relación con la dimensión Función Física (FF), se evidencia que es la más alta, indicando ninguna dificultad que limite las actividades físicas y de auto cuidado, respecto a Rol Físico (RF), se observa que es una de las dimensiones más bajas, indicando que la enfermedad interfiere altamente en las actividades relacionadas con el rol diario. Por último, en la dimensión Dolor Corporal (DC), se aprecia en este estudio que los pacientes tienen una gran interferencia del dolor en sus actividades de trabajo y de hogar y por tanto compromiso en su calidad de vida.

Salinas⁷ Evaluó el impacto del tratamiento quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de Próstata sobre la problemática originada en los pacientes por los síntomas prostáticos. Se evaluó en 122 pacientes la problemática originada por los síntomas prostáticos. Las mediciones se realizaron antes y seis meses después de la intervención. Los resultados fueron: Edad media $68,8 \pm 6,9$ de años. En el 46,3% la indicación quirúrgica fue únicamente por síntomas. Tras la intervención los síntomas peor valorados siguieron siendo nicturia, urgencia, y polaquiuria, tolerándose mejor los síntomas obstructivos que los irritativos. Destaca, igualmente, una mayor tolerancia a la nicturia ($p < 0,001$) con respecto a su problemática previa. Una mayor tolerancia a síntomas prostáticos con la intervención se correlaciona con la mejoría de las puntuaciones de los ítems de síntomas irritativos ($r = 0,888$; $p < 0,0001$), y aún más con la mejoría de los de síntomas obstructivos ($r = 0,925$; $p < 0,0001$).

Las conclusiones fueron: La problemática que ocasionan los síntomas en el paciente tras la intervención mejora en mayor medida que la intensidad de los síntomas, siendo mayor en los pacientes con peor estado clínico preoperatorio y en los que previamente se mostraron más preocupados con su clínica. Destaca la menor repercusión que tras la intervención produce la nicturia y el hecho de que se toleren peor los síntomas irritativos. Por otra parte las frecuentes alteraciones de la vida sexual que esta intervención ocasiona, inciden en una peor tolerancia a sus síntomas, al igual que ocurre con la posible existencia de incontinencia urinaria post-operatoria.

⁷ Salinas A, Hernández I, Lorenzo J, Segura M, Virseda J. Problemática de los síntomas prostáticos tras la cirugía de la Hiperplasia Benigna de Próstata. *Actas Urol Esp.* 2000. 24 (9): 735-742.

Delgado⁸ Refiere en su estudio que se han realizado prostatectomías abiertas cada año con mayor frecuencia en el HHUT en la ciudad de Tacna, en pacientes con diagnóstico de HBP, siendo el año 2010 el que presentó mayor frecuencia con 28.7%. Las características epidemiológicas más frecuentes comprenden a pacientes entre los 70 a 79 años con 47.5% y con primaria incompleta en el 46.5%. Las características clínicas que se presentan con mayor frecuencia, en el caso de síntomas obstructivo, son: retención urinaria y disminución de la fuerza y calibre en el chorro urinario con 64.4%, y dificultad para iniciar la micción con 54.4% y los de tipo irritativo: polaquiuria (52.5%), disuria (38.6%) y nicturia (31.7%). El 39.6% de pacientes utilizó sonda vesical por 2 a 6 meses antes de la cirugía. Al tacto rectal la próstata, es de consistencia fibroelástica con 59.4% y no dolorosa con el 57.4%. El valor de PSA se encuentra dentro de parámetros normales. E. Coli, es el microorganismo que se presenta con mayor frecuencia en urocultivos positivos. El 82.4% presentaron un porcentaje de residuo postmiccional patológico. Así mismo, a la ecografía transrectal el 76% presentan una próstata grande. No hay relación significativamente estadística entre el tamaño prostático y el PSA, lo mismo ocurre cuando se intenta relacionar el peso de la glándula prostática con el porcentaje de residuo post miccional. En la evolución post quirúrgica, se observó una disminución en mayor frecuencia de los síntomas obstructivos que los irritativos. Las complicaciones posteriores a la prostatectomía en los

⁸ Cyntia Katterine Delgado León. Características clínico – epidemiológicas de los pacientes prostatectomizados por hiperplasia benigna de próstata y su evolución post quirúrgica, en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el periodo 2007 – 2011. Tacna – Perú. 2013

fueron: estrechez uretral (5%) y fístula vesicocutánea (3%). El resultado de anatomía patológica demostró la benignidad en los pacientes que se hicieron el análisis histopatológico.

Cabe destacar nuevamente que el estudio de Delgado fue de fuente del historial clínico y recomienda finalmente lo siguiente “Basándonos en el conocimiento de los síntomas y signos de la HBP, los que afectan indiscutiblemente la calidad de vida y la función sexual de estos pacientes por ser del tipo urinario, es necesario que se amplíe estudios para evaluar la calidad de vida de los pacientes tanto antes del tratamiento y las mejoras que se presentan con la intervención quirúrgica, pues como observamos en el trabajo de investigación, estos ítems no son evaluados en el paciente.”

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 PRÓSTATA E HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

La próstata es una glándula impar situada en la pelvis, entre el cuello vesical (cranial, proximal) y el diafragma urogenital (caudal, distal), con forma de cono invertido, de 3 cm de eje vertical, 2 cm anteroposterior y 4 cm de transversal. Su peso es de aproximadamente 20 gr, aumentando tanto su peso como tamaño constantemente desde los 20 años. Históricamente la próstata había sido dividida en una serie de lóbulos; a partir de 1950 esta teoría fue reemplazada por una teoría de “capas concéntricas”, siendo la interpretación de Mc Neal la más aceptada actualmente. Su trabajo se basó en la observación de las diferencias morfológicas, funcionales y patológicas de distintas zonas de la próstata, y estableció un modelo de zonas tridimensionales en la próstata. Funcionalmente, la próstata es una “glándula sexual accesoria”, produciendo una secreción que compone aproximadamente el 20% del volumen eyaculado. Su secreción está compuesta principalmente de citrato, fosfolípidos, zinc y proteínas (Antígeno prostático específico, fosfatasa ácida, inmunoglobulinas, lactato deshidrogenasa, etc.), que aportan distintas propiedades al semen eyaculado. El modelo de Mc Neal (Figura 1) toma como base la estructura de la uretra con su angulación de 35° en el veru montanum. La uretra queda dividida en una parte proximal y otra distal de aproximadamente igual longitud. Se distinguen tres zonas glandulares: las zonas de transición, periférica y central. La zona de transición se localiza alrededor de la uretra prostática proximal y creciendo en dos pequeños

lóbulos laterales a la uretra. Es la zona donde asienta la hiperplasia prostática en la mayoría de los casos y corresponde al 5-10% del volumen prostático normal, con grandes variaciones según el componente de hiperplasia presente. La zona central tiene forma de cono invertido, asentando en el ángulo que forma cranealmente el cuello vesical, por delante la uretra y distalmente llegando hasta el veru montanum. Engloba los conductos eyaculadores que drenan a ambos lados del veru montanum próximos a los orificios de drenaje de las glándulas de esta zona. La zona periférica representa el 70% del volumen prostático normal es la zona donde se producen la mayoría de los carcinomas prostáticos.⁹

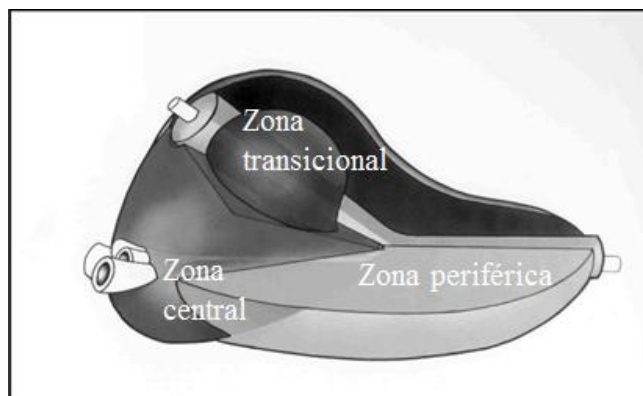


Figura 1 Modelo de Mc Neal

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) se caracteriza por un crecimiento histológico de la glándula prostática, lo que produce una obstrucción al flujo de salida de la orina, manifestándose clínicamente con los denominados síntomas

⁹ González, Fernando; Ladrón, Gevara .CH. Fotovaporización con láser verde para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata .Universidad de Alcalá de Henares –Madrid. 2011.

del tracto urinario inferior. Es una patología crónica y progresiva que, en fases más avanzadas, puede desembocar en complicaciones como la retención aguda de orina, infecciones o insuficiencia renal.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una de las patologías más comunes de los varones de edad avanzada y, con el envejecimiento poblacional, su importancia ha aumentado, suponiendo un problema de salud importante que conlleva costos económicos muy elevados. En la mayoría de los pacientes, la valoración inicial, el seguimiento y tratamiento pueden hacerse desde la atención primaria ¹⁰

¹¹

Su prevalencia aumenta con la edad, presentándose con criterios histológicos en más del 50% de los hombres mayores de 60 años y en el 90% de los mayores de 85 años ^{10,12}.

Estos cambios histológicos no siempre se relacionan con la presencia de sintomatología y, de hecho, la clínica, el volumen de la próstata y el grado de obstrucción pueden comportarse de forma independiente.

¹⁰ Rodríguez Reina G, Vázquez Alba D, Martínez-Salamanca JI, Carballido Rodríguez J. Hiperplasia benigna de próstata. *Medicine*. 2011;10(83):5628-41. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/hiperplasia-benigna-prostata-90024388-actualizaciones-enfermedades-nefrouinarias-2011>

¹¹ Casajuana Brunet J, Aragonès Forès R. Hiperplasia benigna de próstata. *Guías Clínicas Fistera*. 2010. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/hiperplasia-benigna-prostata/> (Accedido en: 13/01/2012)

¹² Auffenberg GB, Helfand BT, McVary KT. Established Medical Therapy for Benign Prostatic Hyperplasia. *Urol Clin N Am*. 2009;36:443-59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19942044>

2.2.2 ETIOLOGÍA

En todos los tratados, guías y monografías que existen sobre la HBP, la etiología se define como multifactorial^{13 14} que, como todos sabemos, es el término científicamente utilizado cuando no conocemos exactamente el mecanismo de su patogénesis.

La etiología de la HBP es multifactorial y no del todo dilucidada, depende de cambios hormonales y no hormonales que ocurren durante el envejecimiento. El cambio hormonal fundamental que propicia el desarrollo de la HBP, es el aumento de la transformación de testosterona (T) en dihidrotestosterona (DHT), reacción mediada por la enzima 5 a-reductasa prostática, que ocurre durante el envejecimiento (Roehrborn, 2008; Zhu y McGinley, 2009). Este aumento, conlleva al aumento de la concentración prostática de DHT. Siendo la concentración de DHT mayor en la próstata hipertrofiada que en el tejido prostático normal (Zhu y McGinley, 2009). Otro cambio hormonal en la etiología de la HBP es el aumento de los niveles de estrógenos en el interior de la glándula, ya que por acción de la enzima aromatasa los andrógenos pueden aumentar la actividad de sustancias estimuladoras de la proliferación celular (Chéchile, 2007), y así contribuir al incremento del tamaño de la glándula prostática. Por otra parte, el principal componente no hormonal es el aumento del tono de la

¹³ Madersbacher, S. Guías clínicas de la EAU 2004 para la evaluación, tratamiento y seguimiento de varones con síntomas del tracto urinario inferior indicativos de obstrucción prostática benigna (Guías clínicas para la HBP). *European Urology*. 2004;46:547-554

¹⁴ Wilt T J, N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 1-Diagnosis. *BMJ*.2008;336:146-9
Disponible en: <http://www.bmj.com/content/336/7636/146>

musculatura lisa de la vejiga y la próstata regulado por los adrenoreceptores (ADR)-a. Ha sido demostrado que en la próstata hipertrofiada existe un aumento de la población de ADR-a y del tono del músculo liso prostático (Schwinn y Roehrborn, 2008). Mientras el componente hormonal desempeña un papel crucial en el desarrollo de la hiperplasia y en el aumento del tamaño de la próstata, el aumento del tono de la musculatura lisa es urogenital dependiente de los ADR-a es fundamental en el desarrollo de los STUI (Roehrborn, 2008).

2.2.3 FACTORES DE RIESGO

Aunque se han descrito numerosos factores de riesgo implicados en su aparición, por ejemplo (el tabaquismo, la vasectomía, la obesidad, la elevada ingesta de alcohol, etc.) ninguno se ha podido confirmar definitivamente, salvo la edad y el nivel de andrógenos, condiciones para que aparezca la HBP en el paciente .^{12 13}

Pese a que la HPB es un relevante problema de salud pública que afecta la calidad de vida de los hombres que la padecen, se conoce relativamente poco acerca de sus factores de riesgo, entre los cuales el más importante es la edad avanzada que suele acompañarse de reducción en la funcionalidad testicular.

¹² Madersbacher, S. Guías clínica de la EAU 2004 para la evaluación, tratamiento y seguimiento de varones con síntomas del tracto urinario inferior indicativos de obstrucción prostática benigna (Guías clínicas para la HBP). *European Urology*. 2004; 46:547-554

¹³ Wilt T J, N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 1-Diagnosis. *BMJ*.2008;336:146-9
Disponible en: <http://www.bmj.com/content/336/7636/146>

Los factores de riesgo de padecer la enfermedad pueden ser no modificables o modificables en mayor o menor grado. La edad avanzada, la raza negra y la predisposición genética asociada a una historia familiar de la enfermedad son factores de riesgo no modificables, mientras que la diabetes mellitus, hiperinsulinemia, hipertensión, obesidad y dislipidemia pueden ser controlados en mayor o menor medida con tratamientos adecuados, y otros como un inadecuado estilo de vida, dieta pobre en vegetales y frutas, excesiva en grasas, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo son modificables.¹⁵

La ausencia del genotipo GSTM1 en hombres con hábitos de tabaquismo y alcoholismo constituye un FR para la HPB (Mittal *et al.*, 2009)

2.2.4 CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas de la HBP están estrechamente relacionadas con el tamaño prostático, los síntomas resultantes de la obstrucción uretral y la alteración de ciertos parámetros detectables en la circulación periférica. Aunque el concepto de HBP engloba el agrandamiento de la próstata y la obstrucción del flujo miccional, no siempre hay relación directa entre el volumen de la hiperplasia y la intensidad de los síntomas. La severidad de la sintomatología prevalece a edades avanzadas y cuando se observa un mayor volumen prostático, lo que impacta en la calidad de vida.¹⁶

¹⁵ Nandeesh H, Koner BC, Dorairajan LN, Sen SK. Hyperinsulinemia and dyslipidemia in non-diabetic benign prostatic hyperplasia . *Medicine*. 2008 Aug; 370(1-2):89-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16516184>.

¹⁶ MR Rodríguez-López, IB Baluja-Conde, S Bermúdez-Velásquez .Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia Benigna. *Rev Biomed* 2007; Vol. 18:47-59. /No. 1/Enero-Abril, 2007 .Disponible en <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb071816.pdf>.

Los síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la HBP son totalmente inespecíficos y pueden estar asociados a otras patologías. Aproximadamente un 14% de los hombres con síntomas de grado moderado o severo van a experimentar un empeoramiento significativo de los síntomas en los siguientes 5 años de seguimiento. Las complicaciones graves, como la retención aguda de orina (1-3% en 5 años), la insuficiencia renal secundaria a la obstrucción, las infecciones urinarias refractarias o la necesidad de una intervención quirúrgica, son poco frecuentes.

La sintomatología está dividida en 2 grandes grupos: irritativa y obstructiva, que se relacionan con la fisiopatología de la HBP. La alteración del tono muscular del cuello de la vejiga y el mismo músculo liso de la glándula, junto con una disfunción del músculo detrusor del cuello vesical producida por la HBP, provocan la aparición de la sintomatología irritativa, mientras que el crecimiento adenomatoso de la glándula hace que se produzca una obstrucción mecánica al flujo urinario. La sintomatología irritativa (o de llenado) es debida a la disfunción del músculo detrusor. Aparece como consecuencia del establecimiento de una inestabilidad del detrusor y una disminución de la distensibilidad vesical. Esta inestabilidad es secundaria a la propia obstrucción, aparece generalmente de manera más tardía y determina la presencia de contracciones involuntarias del músculo vesical. La sintomatología obstructiva (o de vaciado) es debida a la compresión extrínseca de la uretra.³

Los síntomas se han dividido arbitrariamente en síntomas obstructivos y síntomas irritativos, incluyen:

1. Obstructivos (mecánicos o de vaciado vesical):
 - Dificultad inicial.
 - Chorro débil/lento.
 - Goteo postmiccional.
 - Micción intermitente.
 - Vaciado incompleto.
2. Irritativos (dinámicos o de llenado vesical):
 - Polaquiuria.
 - Nicturia.
 - Urgencia miccional.
 - Incontinencia de urgencia.
 - Dolor suprapúbico.

En la HBP son más frecuentes los síntomas irritativos (principalmente nicturia) que los síntomas obstructivos. Según estudios, los síntomas obstructivos son los peor tolerados por los pacientes, lo que coincide con los casos que requieren valoración en consulta especializada y los que acabarán teniendo criterio quirúrgico. Por el contrario, los pacientes con sintomatología predominantemente irritativa y que, por tanto, podrán ser tratados en atención primaria tienen una percepción de buena calidad de vida en relación con la clínica que presentan.

³Bobé, Armant. F; Buil, Arasanz. E; Allué, Buil.A. Hiperplasia benigna de Próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. Rev .Española. Octubre 2006.Vol. 38. Núm. 07. 31 .

Actualmente, la mayoría de las sociedades científicas recomienda, el IPSS (Puntuación Internacional de los Síntomas Prostáticos, en sus siglas en inglés) como método de valoración de la severidad de los síntomas. El IPSS tiene una versión validada al castellano¹⁷.

2.2.5 DIAGNÓSTICO

A. Con una buena anamnesis y una adecuada exploración clínica, llegaremos en la mayoría de los casos a una correcta orientación diagnóstica, que luego se confirmará con las pruebas complementarias pertinentes.

Ante un paciente con sospecha de patología urológica, debemos valorar la presencia o ausencia de síntomas del tracto urinario inferior (STUI), ya sean los obstructivos o irritativos.¹⁸

En la anamnesis, además de identificar los STUI, debemos valorar su severidad, porque es un aspecto determinante en la calidad de vida del paciente, y en la elección individualizada de las medidas terapéuticas más indicadas en cada caso.

La mayoría de los pacientes que solicitan tratamiento, lo hacen en relación a las molestias que afectan su calidad de vida. Por esto es de gran importancia contar con

¹⁷ Rodríguez CJ, Abellán GA, Callen EA, Bermejo GF, Regadera-Anechina L, Llach BX. Validación de la versión española del Cuestionario Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index. “Estudio Validart” [Validation of the Spanish version of the Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index Questionnaire. "Validart Study"]. Actas Urol. Esp. 2008 Feb;32(2):230-9.

¹⁸ Canadian Urological Association (CUA). Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia.2010.Disponible en:
http://www.cua.org/userfiles/files/guidelines/bph_2009_en__v2a.pdf

herramientas de diagnóstico útiles y estandarizadas que permitan valorar cuantitativamente los síntomas, la gravedad de los mismos y la afectación de la calidad de vida resultante, con el fin de comprobar la eventual progresión de la enfermedad y llevar a cabo el tratamiento idóneo .¹⁶

La exploración física del paciente con STUI debe ser lo más completa posible¹⁹:

- Exploración general: Presencia/ausencia de edemas, fiebre, infección del tracto urinario (ITU), y otros signos de afectación renal (puño percusión en ambas fosas renales).
- Abdomen: Descartar masas y globo vesical.
- Periné: Tono muscular, sensibilidad y alteraciones de la inervación (reflejos anal superficial y bulbocavernoso). Escroto: Tamaño, consistencia y sensibilidad de los testículos, presencia de hidrocele, varicocele y masas induradas.
- Tacto rectal: Es la exploración urológica fundamental. examen dígito-rectal de la próstata: simple de realizar, rápido, de bajo costo e indoloro.

¹⁶Rodríguez CJ, Abellán GA, Callen EA, Bermejo GF, Regadera-Anechina L, Llach BX. Validación de la versión española del Cuestionario Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index. “Estudio Validart” [Validation of the Spanish version of the Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index Questionnaire. "Validart Study"]. Actas Urol. Esp. 2008 Feb;32(2):230-

¹⁹ Castiñeiras FJ, Cozár Olmo JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Brenes Bermúdez FJ, Naval PE, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. Actas Urol Esp 2010 Jan;34(1):24-34

Nos permite palpar la superficie posterior de la glándula prostática a través de la mucosa rectal; en condiciones normales encontraremos una glándula simétrica con un surco medio y dos lóbulos laterales. Se debe valorar:

- Tono esfínter anal.
- Sensibilidad: muy dolorosa en el caso de las prostatitis agudas.
- Tamaño glandular: se expresa en grado (I-IV). El crecimiento progresivo hace desaparecer el surco medio prostático.
- Consistencia: en condiciones normales fibroelástica, homogénea en toda su superficie; si encontramos algún punto de consistencia pétrea sospechar patología tumoral.
- Límites: se pueden acotar con nitidez los límites de la glándula; en caso contrario sospechar patología tumoral.
- Movilidad: en condiciones normales discretamente móviles; si se encuentra fija sospechar proceso neoplásico.
- Estado de la mucosa rectal: descartar fisuras, valorar presencia de hemorroides.

B. Con un estudio analítico que comprenda:

1. Tira reactiva de orina: Para descartar la presencia de nitritos, leucocitos, proteínas y microhematuria. Es una prueba sencilla, muy sensible, pero poco específica (frecuentes falsos positivos).
2. Sistemático de orina, sedimento y anormales: Con el fin de descartar infección del tracto urinario y hematuria.

3. Creatinina plasmática (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C): La Asociación Europea de Urología (EUA) ¹⁴ aconseja la determinación de creatinina como prueba para la evaluación inicial del paciente con HBP.
4. PSA (antígeno prostático específico) ^{14 18}. Es una enzima perteneciente a las kalicreinas glandulares (pm 33.000 d), sintetizada por la glándula prostática y secretada al líquido seminal donde tiene una función fluidificante asociada a su actividad enzimática. No es un marcador tumoral específico del CaP, sino de tejido prostático, detectándose incrementos séricos en el CaP, en la HBP, en las prostatitis, en los portadores de sonda uretral o tras manipulación instrumental uretral, y disminuye en pacientes sometidos a tratamientos médicos para la HBP como el finasterida y la dutasterida. También se encuentra PSA en las glándulas salivales.

El valor de normalidad del PSA se establece en 4 ng/ml pero, en mayores de 70 años, valores de 5 ng/ml pueden considerarse normales.

⁴ Nandeesh H, Koner BC, Dorairajan LN, Sen SK. Hyperinsulinemia and dyslipidemia in non-diabetic benign prostatic hyperplasia . *Medicine*. 2008 Aug; 370(1-2):89-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16516184>.

¹⁸Castiñeiras FJ, Cozár Olmo JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Brenes Bermúdez FJ, Naval PE, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Actas Urol Esp* 2010 Jan;34(1):24-34

2.2.6 TRATAMIENTO

El tratamiento activo (farmacológico o quirúrgico) de HBP está reservado para aquellos hombres con signos y síntomas bien definidos. Esta decisión dependerá de la intensidad de los síntomas y la calidad de vida del paciente.

2.2.6.1 Tratamiento farmacológico. Se basa en diversos agentes clasificados como fitoterápicos, alfabloqueadores y hormonoterápicos)

- **Fitoterapia.** Emplea extractos de plantas que contienen fitoesteroles y citoesteroles. Se sugiere que actúan por diversos mecanismos como la interferencia con la síntesis y metabolismo de prostaglandinas (efecto antiinflamatorio), acción antiestrogénica (disminución de la globulina transportadora de testosterona) e incluso una inhibición de los factores de crecimiento, pero no existe unanimidad en cuanto a sus acciones y efectos beneficiosos.

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

Pueden ser: No selectivos alfa1 (fenoxibenzamina, y fentolamina).

-Alfa 1 selectivos de vida media corta (nicergolina, prazosina, alfuzosina).

-Alfa 2 selectivos de acción prolongada (terazosina, doxazosina).

-Alfa 1 suprselectivos (tamsulosina).

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

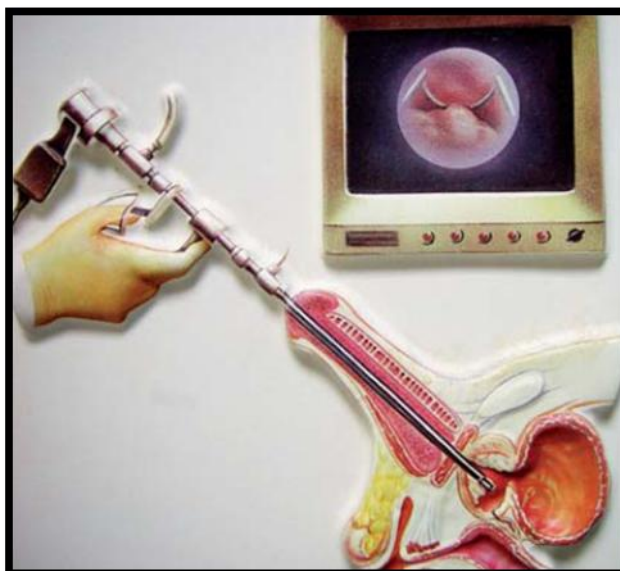
2.2.6.2 Tratamiento quirúrgico estándar: resección transuretral de próstata o adenomectomía por vía abierta

a. La resección transuretral de próstata (RTUP)²⁰

²⁰ Cozár Olmo, José Manuel. Actualización en hiperplasia benigna de próstata. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada – España 2011.

“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008-2012”

Es actualmente la técnica estándar para el tratamiento del síndrome obstructivo infravesical provocado por la HPB de pequeño o moderado volumen (volumen I-II), mientras que cuando el adenoma es mayor (volumen III y IV) estará indicada la adenomectomía por vía abierta, suprapúbica, siendo ambas el patrón de oro con el que se deben comparar cualquier otra nueva técnica que quiera tratar este tipo de patología.



Fuente: Cozár Olmo, José Manuel. Actualización en hiperplasia benigna de próstata. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada – España 2011.

Técnica de RTU de próstata

Los resultados de eficacia de la RTUP son incuestionables cuando está bien realizada e indicada, originando una excelente desobstrucción, como lo refleja el incremento medio que se consigue con ella del flujo máximo en un 125%, y una satisfacción de los pacientes en un 80-94%. Como desventajas, y teniendo en cuenta que es un procedimiento quirúrgico invasivo, tenemos que recordar que

tiene una mínima mortalidad, del 0,2-1,6%, y una morbilidad global del 18%, debido a las complicaciones peri y postoperatorias, como son: El sangrado activo (hematuria), que precisa de transfusión en un 2,5-32,4% de los casos; la hiponatremia secundaria a la reabsorción del líquido de irrigación utilizado durante la intervención endoscópica, y que sucede en un 2-10,9%; la infección urinaria, en un 2,3-25% de los casos.

b. La adenomectomía por vía abierta:

Como dijimos anteriormente, es la técnica de elección o estándar en el tratamiento de los adenomas grandes (volumen III y IV, o mayor de 60-75 grs). Los resultados en cuanto a mejoría de los síntomas y aumento del flujo máximo son similares a la técnica anterior, con una clara desaparición de la clínica de obstrucción infravesical, y una satisfacción de los pacientes del 90-95%.

Existen varias técnicas pero, clásicamente, las más utilizadas son dos que, aunque han sufrido varias modificaciones para su mejora a lo largo de los años, podemos resumir en:

1) La técnica retropúbica, que fue preconizada por Terence Millin en 1947, difundiéndose por todo el mundo gracias a las ventajas de su sencillez con respecto a la vía perineal, y que permitía una buena exposición de la cápsula prostática, lo que es fundamental, ya que en esta técnica no se abre la vejiga, sino que se enuclea el adenoma abriendo la cápsula prostática, lo que nos permite una visualización directa del

adenoma y un control en la sección de la uretra distal, punto clave para la preservación de la continencia.

2) La técnica suprapúbica o transvesical, en la que el abordaje para la enucleación se hace a través de la vejiga, abriéndola por su cara anterior: cistostomía, permitiendo al cirujano realizar desde la vejiga una incisión circular en la mucosa vesical infra-trígono para acceder al plano del adenoma prostático y disecar digitalmente el adenoma hasta su ápex, donde con tijera curva se secciona la uretra. Dall'Oglio y cols.²¹ Publicaron una comparación de ambas técnicas para ver cuál de las dos es más eficaz en el control del sangrado durante la cirugía y en el postoperatorio. El estudio demostró que con la técnica de Millin se conseguía un mejor control del sangrado durante y después de la cirugía, y reducía significativamente la tasa de transfusiones en comparación con la técnica transvesical.

Actualmente, los urólogos prefieren realizar la adenomectomía abierta en los siguientes casos

- Volumen prostático superior a 60-75 gr (vol. III y IV).
- Presencia de grandes divertículos vesicales provocados por la HBP y que precisan abordaje suprapúbico.
- Litiasis vesical de gran tamaño que no permita su fragmentación y extracción endoscópica.

²¹Dall'Oglio MF, Srougi M, Antunes AA, et al. Una técnica mejorada para controlar el sangrado durante la prostatectomía retropúbica simple: un estudio aleatorizado controlado. BJU Int. 2006; 98 (2): 384 - 7.

- Pacientes con patología uretral en los que se prevea dificultades de abordaje endoscópico (cirugía de hipospadias, estenosis, etc.).
- Enfermedades del sistema músculo-esquelético (anquilosis, espasticidad, etc.) que no permitan colocar al paciente en posición de litotomía.

Las contraindicaciones de realizar una cirugía abierta de la próstata (adenomectomía) son: volumen prostático pequeño, hipertrofia del cuello vesical, presencia de cirugía pélvica previa que imposibilite el acceso a la próstata, o el diagnóstico de cáncer de próstata.

2.2.7 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Parece fundado mantener cierto escepticismo al manejar el concepto «calidad de vida» como término científico por su uso indiscriminado en diversos campos. La primera utilización del concepto tuvo lugar a fines de los años 60, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolganf Zapf. Entonces el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un

grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar).²²

En las décadas siguientes el término «calidad de vida» se usó indistintamente para nombrar innúmeros aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. El sentido del término «calidad de vida» es indeterminado, y aunque tenga un ajuste adecuado en determinadas circunstancias no deja de tener un riesgo ideológico. En su esencia parece un asunto lingüístico, cultural y fenomenológico acaso perteneciente al mundo de la filosofía y que como constructo hipotético desafía su manejo científico. Para la medicina en el fondo filosófico de la idea de calidad de vida laten, al menos, dos contradicciones fundamentales: una, el deslizamiento de la medicina hacia la biología y la contradicción dialéctica de la actual medicina biológica con su teoría de la persona individualista de mercado, de consumidor (ajena a la medicina) y, otra, la oposición entre cantidad y calidad, el hecho de que las calidades se opongan entre sí, tengan referenciales y grados distintos de difícil ordenación y de que algunas cualidades no se dejen agregar.²¹

De manera general, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la

²² Fernández, López; Fidalgo y Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica v.84 n.2 Madrid mar.-abr. 2010 .Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext.

vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios. La vaguedad conceptual y su componente subjetivo dificultaron el progreso de la investigación de la calidad de vida dentro de la medicina. El primer intento de sofisticación consistió en entresacar el objeto de su estudio de la realidad total y acuñar el término «calidad de vida relacionada con la salud» para nombrar únicamente los aspectos de la vida relacionados con la salud, la enfermedad y los tratamientos. Se dejaron fuera y excluidos otros aspectos no relacionados tan estrechamente con la salud como los culturales, políticos o sociales llamándoles «calidad de vida no relacionada con la salud». ²¹

La calidad de vida puede medirse en muchas vertientes como el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y de la familia, la percepción subjetiva de la enfermedad, etc. Por ello, se ha precisado elaborar una aproximación multidimensional al Concepto de Calidad de Vida Respecto a la Salud. De este modo, se tienden a considerar, al menos cuatro dimensiones en la evaluación de la calidad de vida respecto a la salud: física, funcional, psicológica y social. ²³

²¹ Fernández, López; Fidalgo y Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública v.84 n.2 Madrid mar.-abr. 2010 .Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext.

²³ KANE RL, Chen Q . Do rehabilitate nursing homes improve the outcomes of care ? J Am Geriatr Soc 1996 ; 44(5) ; 545-54

La medición de la calidad de vida se realiza con unos instrumentos denominados cuestionarios.

Los instrumentos genéricos, es decir, los que se aplican a todas las afecciones y pacientes, pueden proporcionar distintos tipos de información. La característica más notoria de los cuestionarios o escalas es la posibilidad de detectar los efectos relativos de la enfermedad y de un tratamiento sobre las diferentes dimensiones de la salud, al mismo tiempo que permiten realizar comparaciones sobre la calidad de vida en diferentes poblaciones de pacientes. Su inconveniente reside en no centrarse lo suficiente en los síntomas de una enfermedad concreta.²⁴

La calidad de vida relacionada con la salud, esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, M., 1996). La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993). Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. Hay numerosas evidencias de que, a

²⁴ CAROLINE Haacke, MD; Astrid Althaus, MA; Annika Spottke, MD; Uwe Siebert, MD, MPH; Tobias Back, MD Richard Dodel, MD - Long-Term Outcome After Stroke- Evaluating Health-Related Quality of Life Using Utility Measurements- Department of Neurology, University of Bonn, German: 25, 53111- August 26, 2004

medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplège y Hunt, 1998).²⁵

Las mediciones de Calidad de Vida relacionadas con la Salud (CVRS), materia de consenso, son:

- Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
- Incluir sentimientos positivos y negativos.
- Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

En Estados Unidos, en 1999, la Agencia Federal que administra el Medicare introdujo el cuestionario de Estado de Salud SF-36 para evaluar los resultados de las intervenciones de salud en una población de más de 250 000 personas. Algunos teóricos consideran que la evaluación de la CV carece de un marco teórico o filosófico, el cual es necesario definir para hacer una medición adecuada de ella, y que es restrictiva, aunque ellos tampoco han aportado métodos para hacerlo. Tradicionalmente la

²⁵ SCHWARTZMANN, LAURA. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: CONCEPTUAL ASPECTS. *Cienc. enferm.*, Dec. 2003, vol.9, no.2, p.09-21. ISSN 0717-9553. Disponible en http://www.3w3search.com/chronos/Chr_05.html.

evaluación de los niveles de salud y CV se centraron en indicadores globales como las tasas de morbilidad y mortalidad, la mortalidad infantil, entre otros; todos ellos demostraron grandes diferencias entre los países ricos y pobres y entre los diferentes periodos históricos .estos indicadores cambiaron favorablemente debido a las acciones de salud pública y no a la mejora en la calidad .sin embargo, estos indicadores no miden el impacto real sobre los planes vivenciales. Donde la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes físicos, psicológicos y sociales asociados con la enfermedad o el tratamiento .Saber cuáles objetos se deben evaluar es motivo de controversia, ya que para algunos sólo deben ser las condiciones físicas mientras que para otros deben incluir además la evaluación de la percepción subjetiva de bienestar de los pacientes y para otros solo se deben de tener en cuenta la percepción de los pacientes.²

2.2.8 EL CUESTIONARIO SF-36

Es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Este cuestionario permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general en estudios descriptivos y de evaluación en este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural internacional de evaluación de calidad de vida.

² Lugo, Luz Helena; García, Héctor Iván; Gómez Restrepo, Carlos. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. Iatreia; jun. 2002; 15(2):96-102.

El cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y retraducido con ajuste e interpretación de la versión existente con los autores del instrumento original a fin de armonizar el contenido del cuestionario. Es así que se realizaron estudios en México y Argentina con validez, fiabilidad y ajustado al estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia.²⁶

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos [Garratt, A., y cols. 2002], y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Las 36

²⁶ García M, Santibáñez y G. Soriano. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor2004; 7 (3): 88-98.

preguntas del instrumento cubren las siguientes escalas: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). Cada una es resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, y el puntaje final es entregado en un rango de 0 a 100 para cada escala [Garratt, A., y cols. 2002], Cuanto mayor es el puntaje obtenido mejor es el estado de salud, de esta manera 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido. Además, dichas escalas pueden ser agrupadas en dos grandes categorías, el Componente de Salud Física (CSF) y el Componente de Salud Mental (CSM).²⁵

²⁵ García M, Santibáñez y G. Soriano. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor2004; 7 (3): 88-98

CAPÍTULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se considerará una hipótesis estadística.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
Edad del Paciente	Edad Cronológica	1. 50 – 59 años 2. 60 – 69 años 3. 70 – 79 años 4. > 79 años	Ordinal
Estado Civil	Entrevista	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Divorciado 5. Viudo	Nominal
Nivel de Instrucción	Grado Alcanzado	1. Analfabeto 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Superior Incompleta 7. Superior Completa	Nominal

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
 PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
 TACNA. 2008-2012”**

Hiperplasia Benigna de Próstata	1. Años post cirugía	1. 1 año post cirugía 2. 2 años 3. 3 años 4. 4 años 5. 5 años	Nominal
	2. Tiempo de seguimiento post-quirúrgico	1. < 30 días 2. 1-6 meses. 3. 7-12 meses. 4. más de 1 año.	Ordinal
Calidad de vida	Cuestionario de calidad de vida SF-36	Función Física Rol físico Dolor corporal Salud General Vitalidad Función Social Rol Emocional Salud mental	Nominal

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El presente estudio fue de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal.

Es observacional, ya que el factor de estudio no es controlado por el investigador, porque el investigador se limita a observar y evaluar.

Retrospectivo, porque el inicio del estudio es posterior a los hechos estudiados y los datos se recogen de archivos (Historia Clínica).

Transversal, debido a que el sujeto en investigación representa un momento en el tiempo.

4.2 Población y muestra.

Nuestro estudio conformado por 125 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente (prostatectomía), entre los años 2008 y 2012. De ellos se estudió al total de la población conformado por 104 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes con el diagnóstico de Hiperplasia Benigna de Próstata que hayan sido sometidos a prostatectomía “abierta”, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2008 y 2012.
- Pacientes con residencia en la Provincia de Tacna.

4.2.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con el diagnóstico de Hiperplasia Benigna de Próstata que hayan sido sometidos a prostatectomía mediante RTUP, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2008 y 2012.
- Pacientes no ubicados en la visita domiciliaria en la región Tacna.
- Pacientes que no deseen colaborar con el estudio.

4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (Ver anexos)

La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware & Sherbourne, 1992).

El SF-36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud. El SF 36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA), su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA, y se basó en el método de traducción y re traducción por profesionales y la realización de estudios piloto (Alonso, et. al. 1995, 1998)

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación. Incluye los siguientes temas:

1. **Función Física:** Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems). Que incluyen desde la pregunta 3 hasta la pregunta 12.
2. **Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems). Que incluyen desde la pregunta 13, 14, 15 y 16.
3. **Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems). Que incluye la pregunta 21 y 22.
4. **Salud General:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems). Que incluye la pregunta 1-33-34-35-36.

5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems). Que incluye la pregunta 23, 27,29 y 31.
6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems). Que incluye la pregunta 20 y 32.
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems). Que incluye la pregunta 17,18 y 19.
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems). Que incluye la pregunta 24, 25, 26,28 y 30.

Las respuestas para cada ítem van desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

4.4 Procedimientos de análisis de datos

Los datos fueron sometidos a un análisis estadístico bajo el siguiente procedimiento:

- Almacenamiento en una hoja de Base de Datos con el programa Microsoft Excel, versión XP.
- Procesamiento con el programa estadístico SPSS, versión 21.

Proceso de captación de la información

- Se utilizó una ficha de Recolección de Datos (Anexo 1), en la cual figuran las variables de estudio.
- Teniendo elaborada nuestra ficha de Recolección de Datos y delimitada nuestra población a estudiar, se procederá al llenado de la misma, basada en la Historia Clínica (ubicación del paciente) y Entrevista del paciente con visita domiciliaria que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se extrajo toda la información de las Fichas de Recolección de Datos, hacia la base de datos en el programa Microsoft Excel, versión XP, de donde se hicieron las respectivas tabulaciones estadísticas con el programa estadístico SPSS, versión 21, para finalmente ser colocadas en tablas y gráficas para su presentación.
- Luego se realizó el análisis estadístico de cada uno de los cuadros resultantes y el informe final donde se utilizó el procesador Microsoft Word, versión XP así como el programa especializado de análisis del SF-36.

Consideraciones

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Ninguna persona fue obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados son para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificó los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se le explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizó la confidencialidad de los datos individuales.

El cuestionario SF-36 valora numéricamente diferentes aspectos de la salud de la persona, se convierte en una herramienta precisa a las existentes de medición de calidad de vida. Es aceptada y reconocida por el Perú y las Américas. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona. Estas preguntas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente y dan lugar a 8 dimensiones. Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo. De allí que se valora las medias y su distribución así como la variabilidad de los puntajes que revela el test.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

TABLA 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008-2012”

		n	%
GRUPO ETÁREO	50 - 59	9	8.7%
	60 - 69	27	26.0%
	70 - 79	54	51.9%
	MÁS DE 79	14	13.5%
	Total	104	100.0%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	12	11.5%
	CASADO	68	65.4%
	CONVIVIENTE	10	9.6%
	DIVORCIADO	0	0.0%
	VIUDO	14	13.5%
	Total	104	100.0%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETO	12	11.5%
	PRIMARIA INCOMPLETA	49	47.1%
	PRIMARIA COMPLETA	12	11.5%
	SECUNDARIA INCOMPLETA	5	4.8%
	SECUNDARIA COMPLETA	23	22.1%
	SUPERIOR INCOMPLETA	0	0.0%
	SUPERIOR COMPLETA	3	2.9%
	Total	104	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

En la tabla 01 se observa la distribución de frecuencia de la edad, estado civil y nivel de instrucción del grupo en estudio, que permita caracterizar a los sujetos de estudio. Se observa que el 51.9% de los pacientes tenían entre 70 a 79 años,

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

seguido del grupo entre 60 a 69 años. Un 13.5% tenía edades mayores a 79 años.

Según estado civil, el 65.4% tiene la condición de casado, un 13.5 % el viudo y un 11.5% la de soltero.

Según nivel de instrucción, el 47.1% refiere primaria incompleta, seguido de un 22.1% con secundaria completa. Destaca un 11.5% en la condición de analfabeto.

TABLA 02

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN AÑOS DE POSTCIRUGÍA Y
TIEMPO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS
POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

		n	%
AÑOS POST CIRUGIA	1.00	10	9.6%
	2.00	25	24.0%
	3.00	29	27.9%
	4.00	22	21.2%
	5.00	18	17.3%
	Total	104	100.0%
TIEMPO DE SEGUIMIENTO POST QUIRÚRGICO	< 30 dias	24	23.1%
	1 a 6 meses	47	45.2%
	7 a 12 meses	13	12.5%
	mas de 1 año	20	19.2%
	Total	104	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

En la tabla 02 se observa la distribución de frecuencia según años de post cirugía y tiempo de seguimiento post quirúrgico, de los pacientes sujetos del estudio.

Se observa que existe una distribución similar entre aquellos con 2, 3, y 4 años post cirugía, con frecuencias de 24%, 27.9% y 21.2%, respectivamente. Un 17.3% refiere un tiempo de post cirugía de 5 años.

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

El 45.2% de los pacientes tuvo un seguimiento a los 1 a 6 meses y el 23.1% dentro de los primeros 30 días post quirúrgico. Hubo un 19.2% que tuvo un seguimiento hasta por más de 1 año.

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

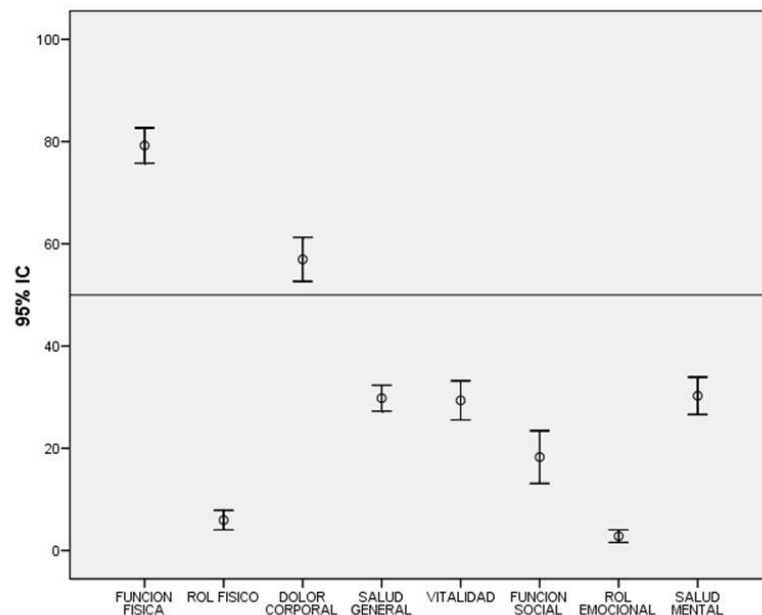
TABLA 03

**MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA POR ESFERAS DE PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE
PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008-2012**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FUNCION FSICA	45.00	100.00	79.2308	17.74645
ROL FSICO	0.00	25.00	5.9495	9.86790
DOLOR CORPORAL	0.00	100.00	56.9519	22.20967
SALUD GENERAL	10.00	75.00	29.8077	13.00715
VITALIDAD	0.00	91.67	29.3670	19.65631
FUNCION SOCIAL	0.00	87.50	18.2692	26.52640
ROL EMOCIONAL	0.00	25.00	2.8045	6.31886
SALUD MENTAL	0.00	85.00	30.2764	18.81095

Fuente: Instrumento del investigador/Instrumento SF-36

Graf. 01: Comparación de las esferas del SF-36



La medición de la calidad de vida propuesta por el SF-36, identifica 8 esferas individualizadas y que están asociadas a una mejor o desmejora de la calidad. Aunque se interrelacionan, es posible establecer cuál de estas esferas influye positivamente o negativamente más sobre el estado general. Esto permitirá priorizar las acciones en el paciente o grupo de pacientes, en aquellas esferas o dimensiones donde se encuentre más afectado el bienestar.

En la tabla 03 se puede observar que a mayor promedio mayor calidad de vida en la dimensión respectiva. Es así que respecto a la “función física” (Media: 79.23) y “dolor corporal” (Media: 56.95) podemos afirmar que son las esferas menos afectadas y que aportan positivamente en la calidad de vida percibida por los pacientes, no siendo así con el resto de dimensiones donde “el rol físico” y “rol emocional” son las más afectadas. La función social es la que sigue en la jerarquía negativa. La “vitalidad” al parecer no influye en el estado general, cuestión que la tabla 03 nos ayudará a entender mejor.

En la gráfica 01 se puede que con un 95% de confianza, de las afirmaciones observadas. La vida de relación (rol físico) y el estado emocional, son los más afectados y por tanto los menos abordados en la terapia de rehabilitación, prevención terciaria, donde se procura insertar en el entorno al paciente que conscientemente acepte su estado de mejora.

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

TABLA 04

**ASOCIACIÓN ENTRE LAS ESFERAS DE LA MEDICIÓN DE CALIDAD
DE VIDA DE PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS POR
HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012**

		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
FUNCION FISICA	Correlación de Pearson		.501(**)	.516(**)	0.087	.464(**)	.427(**)	.286(**)	.483(**)
	valor p		0.000	0.000	0.380	0.000	0.000	0.003	0.000
ROL FISICO	Correlación de Pearson	.501(**)		.546(**)	.295(**)	.607(**)	.621(**)	.622(**)	.728(**)
	valor p	0.000		0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000
DOLOR CORPORAL	Correlación de Pearson	.516(**)	.546(**)		-0.005	.508(**)	.332(**)	.264(**)	.474(**)
	valor p	0.000	0.000		0.960	0.000	0.001	0.007	0.000
SALUD GENERAL	Correlación de Pearson	0.087	.295(**)	-0.005		0.158	.408(**)	.313(**)	0.183
	valor p	0.380	0.002	0.960		0.109	0.000	0.001	0.063
VITALIDAD	Correlación de Pearson	.464(**)	.607(**)	.508(**)	0.158		.678(**)	.499(**)	.693(**)
	valor p	0.000	0.000	0.000	0.109		0.000	0.000	0.000
FUNCION SOCIAL	Correlación de Pearson	.427(**)	.621(**)	.332(**)	.408(**)	.678(**)		.518(**)	.662(**)
	valor p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000		0.000	0.000
ROL EMOCIONAL	Correlación de Pearson	.286(**)	.622(**)	.264(**)	.313(**)	.499(**)	.518(**)		.572(**)
	valor p	0.003	0.000	0.007	0.001	0.000	0.000		0.000
SALUD MENTAL	Correlación de Pearson	.483(**)	.728(**)	.474(**)	0.183	.693(**)	.662(**)	.572(**)	
	valor p	0.000	0.000	0.000	0.063	0.000	0.000	0.000	

Fuente: Instrumento del investigador/Instrumento SF-36

En la tabla 04 se presenta el contraste entre esferas para identificar el nivel de influencia en la salud general de cada una de ellas.

Se puede observar que tanto la función física (p: 0.380) y dolor corporal (p:0.0.960) no se encuentra asociadas como características influyentes en calidad de vida. Según las demás variables, la asociación es altamente significativa a excepción de la vitalidad, donde si bien no esta asociada como variable influyente en la calidad de vida, la gráfica anterior (graf. 01) demuestra que su tendencia es hacia una asociación negativa.

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

TABLA 05

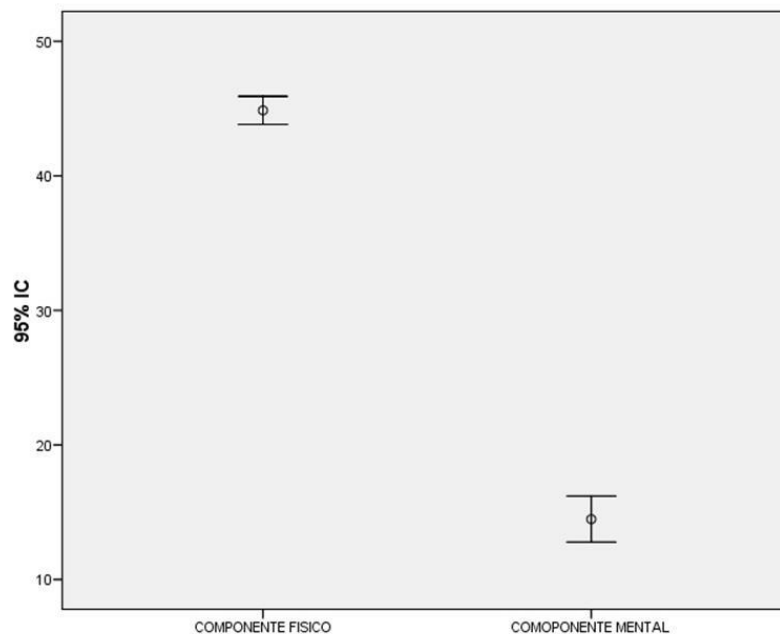
**MEDICIÓN CUANTITATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL
COMPONENTE FÍSICO Y MENTAL EN PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE
PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008-2012**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
COMPONENTE FÍSICO	31.55	56.35	44.8660	5.36288
COMOPONENTE MENTAL	3.06	47.61	14.4827	8.77095

Fuente: Instrumento del investigador/Instrumento SF-36

p: 0.00

Graf.02: Comparación de las Sub escalas Mental y Física del SF-36

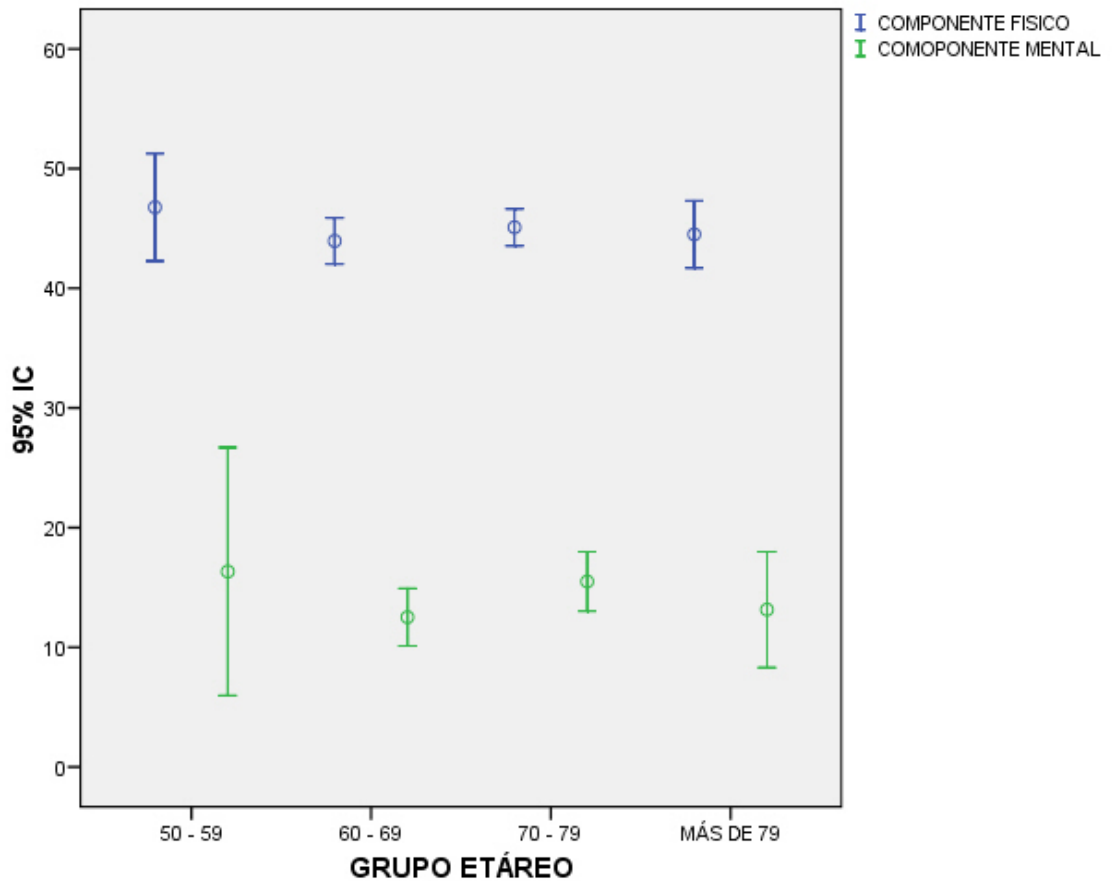


**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

En la tabla 05 se observa la medición de los componentes físico y mental que el instrumento SF-36 consolida mediante cálculo ajustado de medias según sus 8 esferas.

Se puede observar que el menor promedio lo presenta el componente mental (Media: 14.48) y es altamente diferente al promedio obtenido mediante la medición de componente físico. (p:0.00).

Graf. 03: Asociación de componentes físico y mental según edad

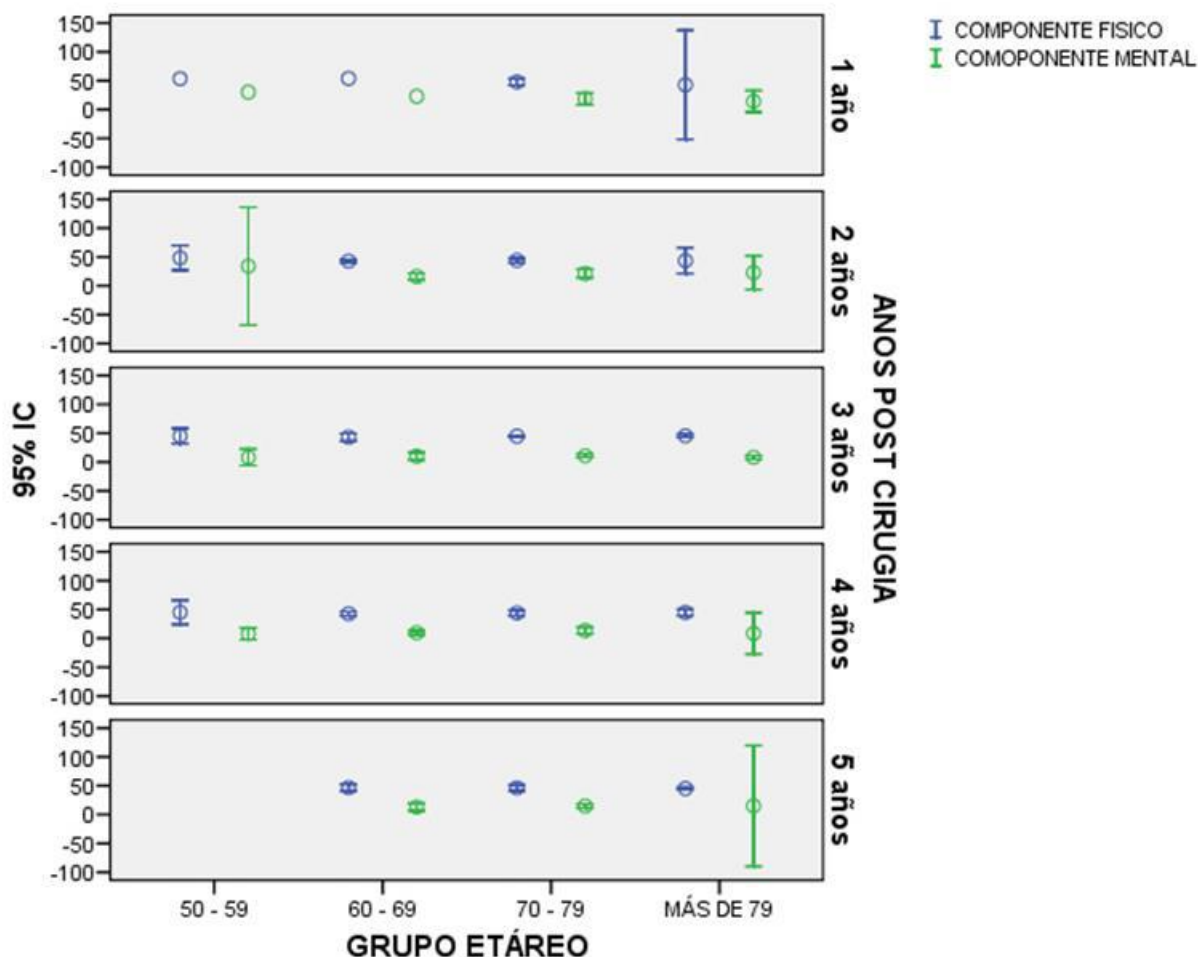


En la gráfica 03 se observa la comparación de las dos componentes, Físico y Mental según edad.

En los diferentes grupos de edad, el componente físico no evidencia mayor variabilidad, que si se evidencia en relación al componente mental, donde la mayor variabilidad se observa en el grupo entre 50 a 59 años de edad.

Podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que las distribuciones de ambos componentes son similares en todos los grupos de edad a excepción del grupo entre 50 a 59 años, donde está mayormente comprometida la escala mental.

Graf. 04: Relación de los años post cirugía y edad según los componentes físico y mental.



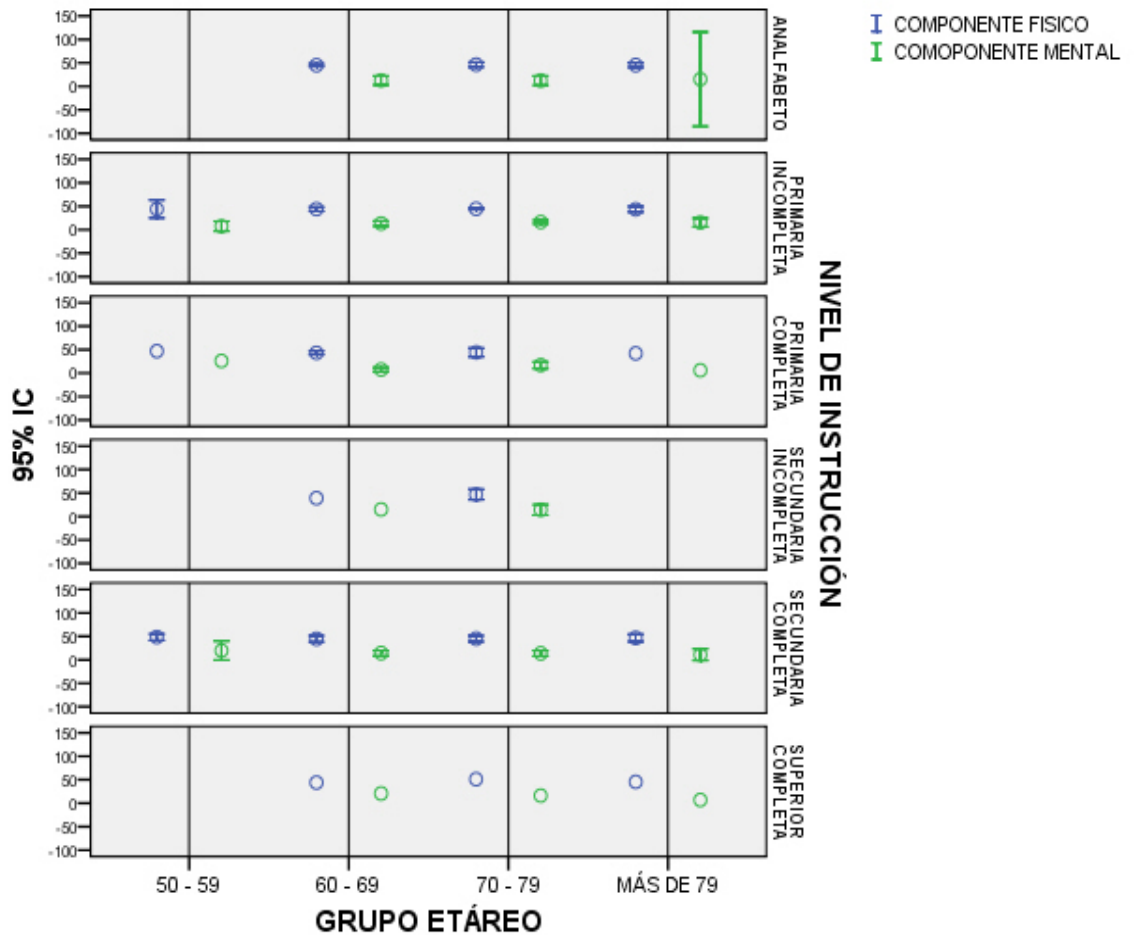
En la gráfica 04 se observa la comparación según escalas mental y física en relación a los años post cirugía.

En los extremos (1er año y 5to año post cirugía) son donde se puede evidenciar una diferencia. En el primer año, el componente físico supera al mental en su influencia en la calidad de vida y se manifiesta más en el grupo de 79 años a más. Es en este mismo grupo que a los 5 años post cirugía es el componente mental que se manifiesta como influyente. Es necesario estudiar que otros componentes estarían asociados

a dicho problema, tanto en el seguimiento de las actividades de la oferta sanitaria así como del entorno social y familiar del paciente. En el grupo de 50 a 59 años, donde predomina el componente físico, este deja de ser una variable asociada a partir del 5to año post cirugía. No está claro en este grupo, que variables pudieron intervenir para que ambas esferas no aparezcan a partir del 5to año post cirugía. Esto ameritaría un estudio especialmente en este grupo donde quizás algunas variables de la oferta sanitaria o del entorno social y familiar estén marcando la diferencia.

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

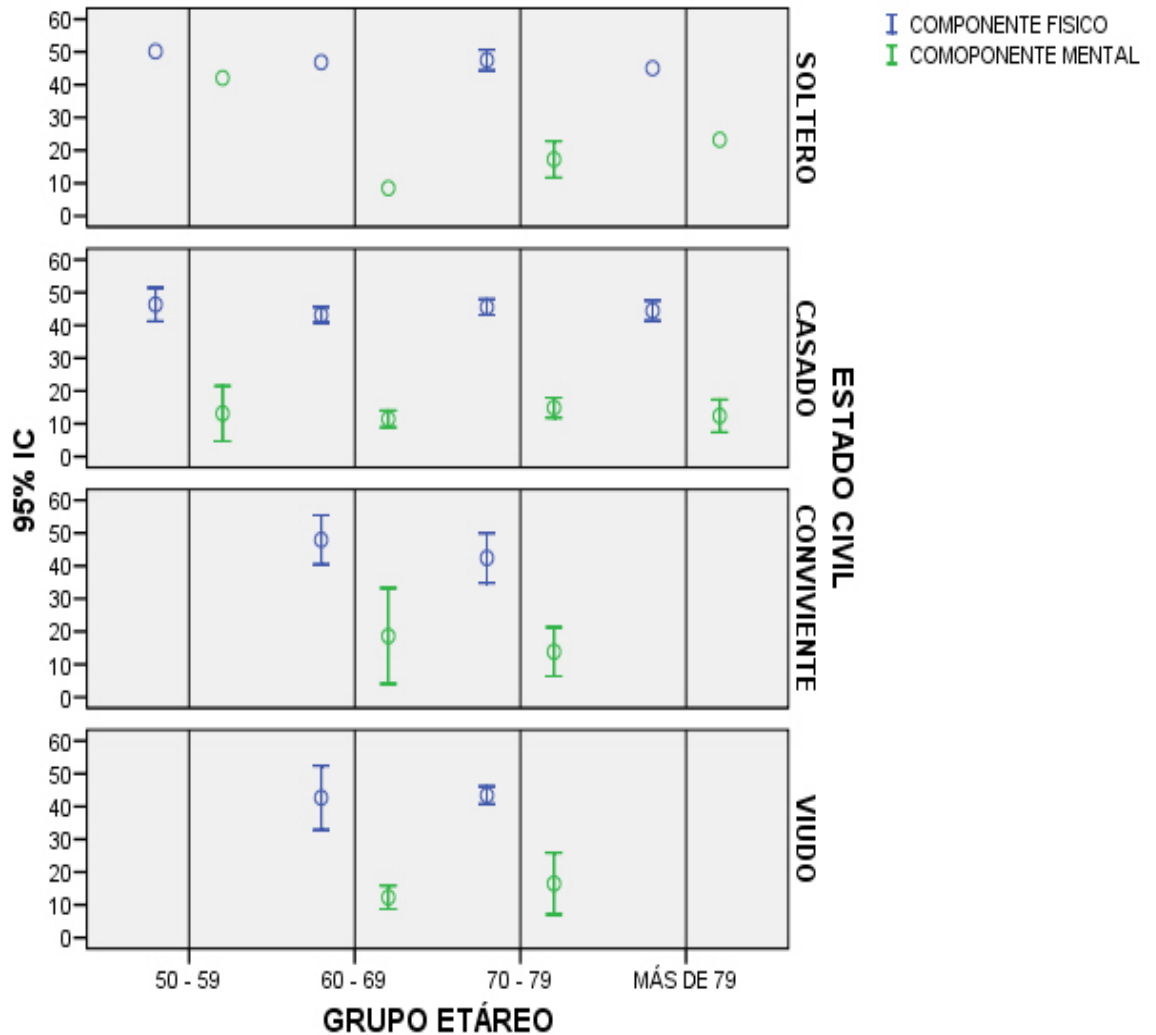
Graf. 05: Relación del nivel de instrucción y edad según los componentes físico y mental.



En la gráfica 5 se observa la relación del nivel de instrucción y edad según los componentes físico y mental.

Donde con un nivel de confianza del 95%, podemos afirmar que no existen diferencias significativas con el nivel de instrucción y edad con respecto a la calidad de vida. Solo que el analfabeto mayor de 79 se encuentra más afectado el componente mental.

Graf. 06: Relación de estado civil y edad según los componentes físico y mental.



No se encuentra diferencia significativa entre edad y calidad de vida, pero si entre el estado civil y los componentes.

Donde con un nivel de confianza del 95 %, encontramos que están más afectados en todos los grupos el componente mental, sobre todo en menores de 79 años.

En el grupo de convivientes de 60-69 años se encuentra afectado el componente mental.

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DISCUSIÓN

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una de las enfermedades más comunes del hombre de edad avanzada, constituyéndose en el tumor benigno más común, responsable de la aparición de síntomas urinarios bajos y terminando muchas veces en consecuencias graves para su salud, afectando así su calidad de vida, un claro ejemplo son aquellos que no desean salir a la calle o reuniones por miedo a no encontrar un baño o a reuniones, por lo que su vida social se deteriora paulatinamente. A ello también se incluye su vida sexual, es una preocupación en el género masculino debido a los síntomas a causa de dicha enfermedad.

Creemos que el concepto de CV debería tenerse muy presente en el actual mundo de la tecnología, antes de iniciar cualquier prueba o tratamiento en nuestros pacientes. Al tener en cuenta los efectos secundarios o indeseables al realizar una prueba diagnóstica o al iniciar un tratamiento farmacológico deberíamos considerar, entre ellos, la repercusión que su implantación tendría sobre la calidad de vida de los pacientes.

En nuestro estudio se observa (tabla 1) que el 51.9% de los pacientes tenían entre 70 a 79 años, seguido del grupo entre 60 a 69 años con un 26.0 %. Un 13.5% tenía edades mayores a 79 años con HBP .Salinas A, menciona que la

HPB aumenta en forma lineal con la edad en todos los grupos étnicos.⁷

En general afecta a los hombres mayores de 45 años y la presentación de los síntomas suele darse a los 60 o 65 años de edad. Dato semejante encontramos en dicho estudio que evaluó el impacto del tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata sobre la problemática originada en los pacientes por los síntomas prostáticos encontró que la edad media de HBP fue $68,8 \pm 6,9$ años .

Lo mismo en el trabajo de Delgado⁸ quien encontró que las características epidemiológicas más frecuentes comprenden a pacientes entre los 70 a 79 años con 47.5%. La edad tiene una gran influencia sobre la CV, ya que a mayor edad peor CV evaluada por la persona.

Así mismo en nuestro estudio se observa en la misma (tabla 1) según nivel de instrucción, él 47.1 % refiere primaria incompleta, seguido de un 22.1% con secundaria completa. Dato semejante trabajo de Delgado⁷, que encontró un 46.5 % con primaria incompleta.

⁷Salinas A, Hernández I, Lorenzo J, Segura M, Virseda J. Problemática de los síntomas prostáticos tras la cirugía de la Hiperplasia Benigna de Próstata. Actas Urol Esp. 2000. 24 (9): 735-742.

⁸ Cynthia Katterine Delgado Leòn. Características clínico – epidemiológicas de los pacientes prostatectomizados por hiperplasia benigna de próstata y su evolución post quirúrgica, en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el periodo 2007 – 2011. Tacna – Perú. 2013.

En el presente estudio se observa (tabla 2) que existe una distribución similar entre aquellos con 2, 3, y 4 años post cirugía, con frecuencias de 24%, 27.9% y 21.2%, respectivamente.

Un 17.3% refiere un tiempo de post cirugía de 5 años, El 45.2% de los pacientes tuvo un seguimiento a los 1 a 6 meses y el 23.1% dentro de los primeros 30 días post quirúrgico. Hubo un 19.2% que tuvo un seguimiento hasta por más de 1 año. De ellos podemos concluir que hubo mayor frecuencia de tiempo de seguimiento post quirúrgico en menores de 6 meses y menor seguimiento aquellos pacientes que tenían 6 meses a más de ser post operados ,probablemente porque no refieren mayores molestias.

Salinas ⁷ .refiere que las evaluaciones post-operatorias demuestran que después de los 6 meses las molestias físicas disminuyen significativamente. Se atribuye esta mejoría a los ejercicios condicionados de continencia. .

Nuestra investigación hace referencia a que la medición de la calidad de vida propuesta por el SF-36, identifica 8 esferas individualizadas y que están asociadas a una mejor o desmejora de la calidad. Aunque se interrelacionan, es posible establecer cuál de estas esferas influye positivamente o negativamente más sobre el estado general. Esto permitirá priorizar las acciones en el paciente o grupo de pacientes, en aquellas esferas o dimensiones donde se encuentre más afectado el bienestar.

⁷ Salinas A, Hernández I, Lorenzo J, Segura M, Virseda J. Problemática de los síntomas prostáticos tras la cirugía de la Hiperplasia Benigna de Próstata. Actas Urol Esp. 2000. 24 (9): 735-742.

Ortiz⁴ describe que la medición de la calidad de vida relacionada con la salud está siendo cada vez más utilizada como indicador de resultado del accionar médico. La falta de una clara definición se refleja en la gran cantidad de instrumentos que han sido propuestos para medir la calidad de vida.

Además, esto lo refuerza la literatura en la que encontramos que casi todos los programas de terapia enfatizan la restauración cognitiva, mejora la capacidad de respuesta, apoyo social, control de la ira y sentimientos negativos.²⁷

Diversos estudios han demostrado que la participación en programas psicológicos proporciona claros y duraderos beneficios, aliviando los síntomas relacionados con el tratamiento, reduciendo las consecuencias fisiológicas del stress y mejorando el carácter²⁸.

En nuestro estudio, se puede observar (tabla 3) que a mayor promedio mayor calidad de vida en la dimensión respectiva. Es así que respecto a la “función física” (Media: 79.23) y “dolor corporal” (Media:56.95) podemos afirmar que son las esferas menos afectadas y que aportan positivamente en la calidad de vida percibida por los pacientes.

²⁷ Rehse B, Pukrop R. effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published control outcomes studies. Patient Educ counsel. 2002; 1658:1-8.

²⁸ Mishel MH, Belyea M, Germino BB, Stewart JL, Bailey DE Jr, Robertson C, et al: Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. Cancer. 2002;94(6):1854-1866.

Dato similar encontramos en el estudio de Vinaccia y Quiceno ⁶, en relación con la dimensión “función física” , se evidencia que es la más alta, indicando ninguna dificultad que limite las actividades físicas y de autocuidado que impliquen esfuerzos moderados e intensos en los sujetos que participaron en el estudio como caminar, subir escaleras, asearse, alimentarse, etc. Pero no siendo así con el “dolor corporal”, puesto que refiere que influye en la realización de sus actividades relacionadas con el rol diario.

Nuestro trabajo revela que la vida de relación (rol físico) y el estado emocional (grafica 01), son los menos abordados en la terapia de rehabilitación, prevención terciaria, donde se procura insertar en el entorno al paciente que conscientemente acepte su estado de mejora. Dato similar se encontró en el estudio de Vinaccia y Quiceno ⁶. Donde el rol físico, rol emocional, salud general, vitalidad y dolor , hubo alta afectación ,debido posiblemente a que la sintomatología relacionada con la Hiperplasia Prostática, los sentimientos de cansancio y agotamiento, la baja energía y vitalidad, y especialmente el síntoma del dolor influyeron en la realización de sus actividades relacionadas con el rol diario y por tanto en su calidad de vida .Donde este tipo de actividades ameritan un mayor compromiso a nivel psicosocial a diferencia de las actividades relacionadas con la Función Física.

⁶ Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Paola Fonseca. 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. Colombia vol. 9, núm. 2, noviembre, 2006, pp. 47-56. disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/798/79890206.pdf>.

En nuestros resultados se puede observar (tabla 04) que tanto la función física ($p: 0.380$) y dolor corporal ($p:0.0.960$) no se encuentra asociadas como características influyentes en calidad de vida. Según las demás variables, la asociación es altamente significativa a excepción de la vitalidad, donde si bien no está asociada como variable influyente en la calidad de vida, la gráfica anterior (graf. 01) demuestra que su tendencia es hacia una asociación negativa.

En los extremos (1er año y 5to año post cirugía) son donde se puede evidenciar una diferencia (grafica 04). En el primer año, el componente físico supera al mental en su influencia en la calidad de vida y se manifiesta más en el grupo de 79 años a más. Es en este mismo grupo que a los 5 años post cirugía es el componente mental que se manifiesta como influyente. Es necesario estudiar que otros componentes estarían asociados a dicho problema, tanto en el seguimiento de las actividades de la oferta sanitaria así como del entorno social y familiar del paciente. En el grupo de 50 a 59 años, donde predomina el componente físico, este deja de ser una variable asociada a partir del 5to año post cirugía. No está claro en este grupo, que variables pudieron intervenir para que ambas esferas no aparezcan a partir del 5to año post cirugía. Esto ameritaría un estudio especialmente en este grupo donde quizás algunas variables de la oferta sanitaria o del entorno social y familiar estén marcando la diferencia.

CONCLUSIONES

- a. En nuestro estudio el “componente mental” está más afectado con un menor promedio (Media: 14.48) y es estadísticamente diferente al “componente físico”. (p: 0.00) quien no parece tener mayor problema o repercusión sobre la calidad de vida del paciente.

- b. La “función física” (Media: 79.23) y “dolor corporal” (Media: 56.95) podemos afirmar que son las esferas menos afectadas y que aportan positivamente en la calidad de vida percibida por los pacientes, no siendo así con el resto de dimensiones donde “el rol físico” (Media: 5.9) y “rol emocional” (Media: 2.8) son las más afectadas y que aportan negativamente en la calidad de vida percibida por los pacientes.

- c. Con un nivel de confianza del 95%, en todos los grupos de edad a excepción del grupo entre 50 a 59 años, esta mayormente comprometida la escala mental. Así mismo podemos afirmar que no existen diferencias significativas con el nivel de instrucción y edad con respecto a la calidad de vida. Solo que el analfabeto mayor de 79 se encuentra más afectado el componente mental. Según estado civil, el grupo de convivientes de 60-69 años se encuentra afectado el componente mental.

RECOMEDACIONES

- Nuestro trabajo revela que el estado mental es el más afectado por tanto probablemente el menos abordado, por lo que se recomendaría realizar apoyo psicológico.
- En nuestro estudio el rol físico y emocional, aportan negativamente en la calidad de vida, por lo que se recomienda realizar propuestas sanitarias para no solo evaluar posteriormente la calidad de la recuperación física, sino hacer que el paciente se inserte nuevamente en su entorno social y familiar.
- Es necesario estudiar cuales son las causas que hacen que el estado mental, el rol físico y emocional se vean más afectados en nuestro grupo en estudio.
- Realizar un estudio que pasa en pacientes post operados con HBP con un tiempo de seguimiento menor a 6 meses y mayor a este, ya que en nuestro estudio, se demostró que después de los 6 meses las molestias físicas disminuyen, por tanto, la función física y dolor corporal no estarían influenciando negativamente sobre la CV del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Die trill, M. (1987). Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos. *Jano*, 33, 43-48
2. Lugo, Luz Helena; García, Héctor Iván; Gómez Restrepo, Carlos. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Iatreia*; 15(2):96-102, jun. 2002.
3. Bobé, Armant. F; Buil, Arasanz. E; Allué, Buil.A. Hiperplasia benigna de Próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. *Rev .Española*. Octubre 2006.Vol. 38. Núm. 07. 31.
4. Ortiz, Zulma Elizabeth; Pueyrredón, Corina Elena. Calidad de vida relacionada con la salud. *Bol. Acad. Nac. Med. B.Aires*; 78(1):119-29, ene.-jun. 2000.
5. Yora,Orta.R y Otros Autores. Pesquizaje de síntomas prostáticos en adultos mayores de 60 años en el Consultorio Médico de la Familia Nos.21 en San José de las Lajas. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana .Septiembre - Noviembre. 2006.
6. Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Paola Fonseca. 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*. Colombia vol. 9, núm. 2, noviembre, 2006, pp. 47-56. disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/798/79890206.pdf>.
7. Salinas A, Hernández I, Lorenzo J, Segura M, Virseda J. Problemática de los síntomas prostáticos tras la cirugía de la Hiperplasia Benigna de Próstata. *Actas Urol Esp*. 2000. 24 (9): 735-742
8. Cyntia Katterine Delgado Leòn. Características clínico – epidemiológicas de los pacientes prostatectomizados por hiperplasia benigna de próstata y su evolución post quirúrgica, en

- el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el periodo 2007 – 2011.
Tacna – Perú. 2013
9. González, Fernando; Ladrón, Gevara .CH. Fotovaporización con láser verde para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata Universidad de Alcalá de Henares –Madrid. 2011.
 10. Rodríguez Reina G, Vázquez Alba D, Martínez-Salamanca JI, Carballido Rodríguez J. Hiperplasia benigna de próstata. *Medicine*. 2011;10(83):5628-41. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/hiperplasia-benigna-prostata-90024388-actualizaciones-enfermedades-nefrourinarias-2011>
 11. Casajuana Brunet J, Aragonès Forès R. Hiperplasia benigna de próstata. *Guías Clínicas Fisterra*. 2010. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hiperplasia-benigna-prostata/> (Accedido en: 13/01/2012)
 12. Auffmanberg GB, Helfand BT, McVary KT. Established Medical Therapy for Benign Prostatic Hyperplasia. *Urol Clin N Am*. 2009;36:443-59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19942044>
 13. Madersbacher, S. Guías clínicas de la EAU 2004 para la evaluación, tratamiento y seguimiento de varones con síntomas del tracto urinario inferior indicativos de obstrucción prostática benigna (Guías clínicas para la HBP). *European Urology*. 2004;46:547-554
 14. Wilt T J, N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 1-Diagnosis. *BMJ*. 2008;336:146-9 Disponible en: <http://www.bmj.com/content/336/7636/146>
 15. Nandeesh H, Koner BC, Dorairajan LN, Sen SK. Hyperinsulinemia and dyslipidemia in non-diabetic benign prostatic hyperplasia . *Medicine*. 2008 Aug; 370(1-2):89-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16516184>.

16. MR Rodríguez-López, IB Baluja-Conde, S Bermúdez-Velásquez .Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia Benigna. Rev Biomed 2007; Vol. 18:47-59. /No. 1/Enero-Abril, 2007 .Disponible en <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb071816.pdf>.
17. Rodríguez CJ, Abellán GA, Callen EA, Bermejo GF, Regadera-Anechina L, Llach BX. Validación de la versión española del Cuestionario Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index. “Estudio Validart” [Validation of the Spanish version of the Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index Questionnaire. "Validart Study"]. Actas Urol. Esp. 2008 Feb;32(2):230-9.
18. Canadian Urological Association (CUA). Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. 2010. Disponible en: http://www.cua.org/userfiles/files/guidelines/bph_2009_en__v2a.pdf
19. Castiñeiras FJ, Cozár Olmo JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Brenes Bermúdez FJ, Naval PE, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. Actas Urol Esp 2010 Jan;34(1):24-34
20. Cozár Olmo, José Manuel. Actualización en hiperplasia benigna de próstata. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada – España 2011.
21. Dall'Oglio MF, Srougi M, Antunes AA, et al. Una técnica mejorada para controlar el sangrado durante la prostatectomía retropúbica simple: un estudio aleatorizado estudio controlado. BJU Int. 2006; 98 (2): 384 - 7.
22. Fernández, López; Fidalgo y Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica v.84 n.2 Madrid mar.-abr. 2010 .Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext.

23. KANE RL, Chen Q. Do rehabilitate nursing homes improve the outcomes of care? *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(5); 545-54
24. CAROLINE Haacke, MD; Astrid Althaus, MA; Annika Spottke, MD; Uwe Siebert, MD, MPH; Tobias Back, MD Richard Dodel, MD - Long-Term Outcome After Stroke- Evaluating Health-Related Quality of Life Using Utility Measurements- Department of Neurology, University of Bonn, German: 25, 53111- August 26, 2004.
25. SCHWARTZMANN, LAURA. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: CONCEPTUAL ASPECTS. *Cienc. enferm.*, Dec. 2003, vol.9, no.2, p.09-21. ISSN 0717-9553. Disponible en http://www.3w3search.com/chronos/Chr_05.html.
26. García M, Santibáñez y G. Soriano. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7 (3): 88-98.
27. Rehse B, Pukrop R. effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published control outcomes studies. *Patient Educ counsel*. 2002; 1658:1-8.
28. Mishel MH, Belyea M, Germino BB, Stewart JL, Bailey DE Jr. Robertson C, et al: Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer*. 2002;94(6):1854-1866.

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

ANEXO

Dirección: _____

Edad: _____

Año de cirugía: _____

Estado Civil:

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Viudo
- d. Divorciado
- e. Separado.

Instrucción:

- 1. Analfabeto
- 2. Primaria Incompleta
- 3. Primaria Completa
- 4. Secundaria Incompleta
- 5. Secundaria Completa
- 6. Superior Incompleta
- 7. Superior Completa

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS
QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. 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?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

15. 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?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. 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)?

- 1 Sí
- 2 No

19. 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)?

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

- 1 Sí
- 2 No

20. 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, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. 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 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO
Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS
SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO
SE HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. 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)?

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA (SF-36) DE LOS PACIENTES
PROSTATECTOMIZADOS POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008-2012”**

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa