

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Calidad de vida y características clínicas en pacientes operados por
hiperplasia prostática benigna en un hospital de Chiclayo, 2024**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Joansie Sughelly Castro Acuña

ASESOR

Marco Antonio Flores Tucto

<https://orcid.org/0000-0003-3953-0546>

Chiclayo, 2026

**Calidad de vida y características clínicas en pacientes operados por
hiperplasia prostática benigna en un hospital de Chiclayo, 2024**

PRESENTADA POR
Joansie Sughelly Castro Acuña

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Vincenzo Angello Vassallo Bocanegra
PRESIDENTE

Martha Roxana Rodríguez Rodríguez De Mesta
SECRETARIO

Marco Antonio Flores Tucto
VOCAL

Dedicatoria

A Dios, por otorgarme una bonita familia que me brindaron su amor incondicional y apoyo en cada paso de esta travesía. Gracias por enseñarme a perseverar y valorar de que cada esfuerzo tiene su recompensa.

A mis maestros, por guiarme con su conocimiento y sabiduría para lograr mis metas.
A mis amigos, por acompañarme en este camino lleno de obstáculos y darme la determinación de seguir adelante.

Agradecimientos

A lo largo de este proyecto, conté con el apoyo de muchas personas, a quienes quiero expresar mi más sincero agradecimiento.

A mis asesores por su orientación, conocimiento y experiencia que han sido importantes para la realización del presente trabajo.

Agradezco también al dr. Delfin por brindarme las herramientas necesarias para culminar satisfactoriamente este proyecto.

Calidad de vida y características clínicas en pacientes operados por hiperplasia prostática benigna en un hospital de Chiclayo, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

69congreso.sefh.es

Fuente de Internet

1%

4

1library.co

Fuente de Internet

1%

5

core.ac.uk

Fuente de Internet

1%

6

Daniel Díaz-Gómez, Pablo Parra-Membrives, Román Villegas-Portero, Máximo Molina-Linde et al. "Análisis del tratamiento quirúrgico más apropiado para la colecistitis aguda mediante aplicación del método RAND/UCLA", Cirugía Española, 2012

Publicación

<1%

Índice

| | |
|------------------------------|----|
| Resumen | 6 |
| Abstract | 7 |
| Introducción | 8 |
| Revisión de literatura | 9 |
| Materiales y métodos | 14 |
| Resultados y discusión | 17 |
| Conclusiones | 28 |
| Recomendaciones..... | 29 |
| Referencias | 30 |
| Anexos..... | 34 |

Resumen

La hiperplasia prostática benigna (HBP) es una patología urológica frecuente en varones mayores y se asocia a síntomas del tracto urinario inferior que pueden afectar la calidad de vida. El objetivo fue determinar la calidad de vida según características clínicas en pacientes operados por HBP en un hospital de Chiclayo. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal y retrospectivo, de tipo descriptivo. La población fue censal e incluyó pacientes varones intervenidos quirúrgicamente por HBP en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; se logró la participación de 100 pacientes. La calidad de vida se evaluó mediante el índice del cuestionario EuroQol-5D y su escala visual análoga (EVA), y la sintomatología urinaria mediante la Puntuación Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS). Predominaron adultos mayores, con mayor frecuencia entre 71 y 80 años. Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus, y el antecedente urológico más frecuente fue infección del tracto urinario. Posterior a la cirugía, la mayoría presentó sintomatología urinaria leve según IPSS y predominó una percepción favorable de calidad de vida. En el EuroQol-5D, la mayoría alcanzó valores compatibles con mejor estado de salud, y en la EVA se observaron puntajes altos en la mayor proporción de participantes. En conclusión, tras el tratamiento quirúrgico por HBP, predominó una buena calidad de vida y una reducción de la severidad de síntomas urinarios en los pacientes evaluados.

Palabras clave: Calidad de Vida; Hiperplasia Prostática Benigna; Adenomectomía.

Abstract

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common urologic condition in older men and is associated with lower urinary tract symptoms that may impair quality of life. This study aimed to determine quality of life according to clinical characteristics in patients surgically treated for BPH in a hospital in Chiclayo. A quantitative, observational, cross-sectional, retrospective, descriptive study was conducted. A census of male patients who underwent surgery for BPH at Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo was considered; 100 patients were included in the final analysis. Quality of life was assessed using the EuroQol-5D index and its visual analogue scale (VAS), and urinary symptoms were measured with the International Prostate Symptom Score (IPSS). Most participants were older adults, with the highest proportion aged 71–80 years. Hypertension and diabetes mellitus were the most frequent comorbidities, and urinary tract infection was the most common urologic history. After surgery, most patients showed mild urinary symptoms according to IPSS and reported favorable quality of life. On the EuroQol-5D, most participants achieved values consistent with better health status, and VAS scores were high in the majority. In conclusion, following surgical management of BPH, good quality of life predominated along with a marked reduction in urinary symptom severity among the evaluated patients.

Keywords: Quality of Life; Prostatic Hyperplasia; Adenectomy.

Introducción

La hiperplasia prostática benigna (HBP) es la enfermedad urológica más frecuente y considerada la causa más común de sintomatología del tracto urinario inferior (STUI) en varones. Esta enfermedad crónica asociada con la edad se caracteriza por el crecimiento anormal de características benignas del tejido prostático que al inicio puede pasar desapercibida, pero progresivamente produce problemas en la micción que perjudican negativamente los aspectos emocionales, físicos y sociales en la calidad de vida. (1)

Según el estudio de carga global de enfermedades, lesiones y factores de riesgo 2019 (GBD 2019), el número de casos de HBP aumentó a nivel global de 55.1 a 94 millones de personas del 2000 al 2019 y con mayor frecuencia en edades de 75 a 79 años. En América Latina andina (Perú, Bolivia y Ecuador), aumentaron los casos diagnosticados por HBP de 501 a 943 mil personas en el mismo periodo; donde se determinó mayor número de casos en Perú con 492 mil personas. (2)

La HBP también afecta la economía aumentando los costos de atención médica. Hace una década, se informó a través de un estudio realizado en Estados Unidos que los gastos médicos anuales para el tratamiento de HBP en el sector privado fue estimado en cuatro mil millones de dólares. (3) En Colombia, se realizó un estudio sobre la evaluación económica del tratamiento de HBP y determinaron que la resección transuretral o RTU fue considerada el tratamiento inicial menos costoso con un valor de 3,25 millones de pesos colombianos mientras que el tratamiento costo-efectivo con inhibidores de la 5 alfa reductasa presenta costo de 17,41 millones pesos colombianos. (4)

Diferentes estudios internacionales y nacionales estimaron la calidad de vida en pacientes con HBP, utilizando cuestionarios como herramientas evaluativas. Sin embargo, son pocos los que se dedicaron a investigar la calidad de vida en pacientes operados por HBP a nivel nacional y regional que aborden este problema. Por tanto, en la presente investigación se tiene por objetivo general determinar la calidad de vida según características clínicas en pacientes operados por HBP en un hospital de Chiclayo, 2024. Los objetivos específicos fueron describir las características sociodemográficas, las características clínicas y evaluar la calidad de vida de pacientes operados con hiperplasia prostática benigna en un hospital de Chiclayo, 2024.

Revisión de literatura

Bitar et al., en un estudio multinacional publicado en 2025, realizaron un análisis retrospectivo de cohortes con el objetivo de evaluar los resultados en calidad de vida a los tres meses posteriores a la hidroablación prostática en hombres con mala calidad de vida basal secundaria a hiperplasia benigna de próstata. El análisis integró datos individuales provenientes de cinco estudios internacionales prospectivos (Water, Water II, Open Water, Francais Water y Japan PMS). La muestra total estuvo conformada por 414 pacientes, de los cuales 310 presentaron una calidad de vida postoperatoria favorable ($QoL \leq 2$) y 104 mantuvieron una calidad de vida desfavorable ($QoL > 2$) a los 3 meses. La edad media fue de $66,8 \pm 7,5$ años en el grupo con $QoL \leq 2$ y $68,3 \pm 8,0$ años en el grupo con $QoL > 2$. El volumen prostático medio fue de $72,1 \pm 31,2$ mL y $68,4 \pm 28,0$ mL, respectivamente. El 50,0 % de los pacientes con $QoL \leq 2$ presentó residuo postmiccional > 100 mL, en comparación con el 36,5 % del grupo con $QoL > 2$. En el análisis de regresión logística univariado, un residuo postmiccional elevado (>100 mL) se asoció de manera significativa con mejoría de la calidad de vida a los 3 meses ($OR = 1,737$; $p = 0,018$). Un mayor puntaje basal de función eréctil (IIEF-5) se asoció significativamente con mejoría en la calidad de vida postoperatoria ($OR = 1,075$; $p < 0,001$). No se observaron asociaciones significativas entre la mejoría de la calidad de vida y la edad, el volumen prostático ni los puntajes basales del IPSS (5).

Waleed et al., en Karachi, Pakistán, en 2025, realizaron un estudio prospectivo, observacional, con el objetivo de comparar la calidad de vida antes y después de la resección transuretral de próstata (RTU-P) en pacientes con hiperplasia benigna de próstata. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes, con una edad media de $65,08 \pm 8,33$ años (rango: 51–82 años), evaluados en el *Sindh Institute of Urology and Transplantation* entre septiembre de 2021 y marzo de 2022. La calidad de vida fue evaluada mediante un índice específico de calidad de vida relacionado a síntomas urinarios, junto con el International Prostate Symptom Score (IPSS), aplicados antes de la cirugía y un mes después de la intervención. El puntaje medio de calidad de vida preoperatorio fue de $4,62 \pm 0,67$, disminuyendo a $1,74 \pm 0,78$ en el postoperatorio, con una diferencia media de 4,88 puntos, la cual fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El IPSS promedio se redujo de $25,2 \pm 3,76$ antes de la cirugía a $8,52 \pm 1,67$ después del procedimiento ($p < 0,001$). Estas mejoras se observaron de forma consistente en los distintos subgrupos analizados por edad, índice de masa corporal, duración de síntomas y estancia hospitalaria (6).

Gong et al., en China, en 2025, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo con el objetivo de comparar el impacto de la resección transuretral convencional de próstata (TURP) y la resección plasmakinética sobre los síntomas clínicos y la calidad de vida en pacientes con hiperplasia benigna de próstata. La muestra estuvo conformada por 123 pacientes, de los cuales 59 fueron sometidos a TURP y 64 a resección plasmakinética, intervenidos entre enero de 2018 y junio de 2023. Acerca de las variables directamente vinculadas a la calidad de vida, los puntajes basales de QoL fueron comparables entre ambos grupos (TURP: $4,92 \pm 0,98$ vs plasmakinética: $5,13 \pm 1,06$; $p = 0,255$). Tras la cirugía, la mejoría en QoL fue de $2,78 \pm 0,64$ en el grupo TURP y de $3,15 \pm 0,72$ en el grupo plasmakinético, con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,003$). El puntaje EQ-5D postoperatorio fue de $0,71 \pm 0,18$ en el grupo TURP y de $0,82 \pm 0,21$ en el grupo plasmakinético ($p = 0,003$). En la evaluación a 1 año, el puntaje de QoL fue de $1,87 \pm 0,52$ en TURP y $1,74 \pm 0,48$ en el grupo plasmakinético ($p = 0,161$), mientras que la satisfacción global fue de $91,23 \pm 4,51$ y $93,71 \pm 4,21$, respectivamente, con diferencia significativa ($p = 0,002$). En cuanto a complicaciones con potencial impacto en la calidad de vida, la incontinencia urinaria se presentó en 10,17 % de los pacientes sometidos a TURP y en 7,81 % de aquellos sometidos a resección plasmakinética ($p = 0,888$) (7).

Winograd et al., en Estados Unidos, en 2025, realizaron un estudio prospectivo, multicéntrico y longitudinal con el objetivo de evaluar los cambios en la calidad de vida postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía por hiperplasia benigna de próstata. La muestra estuvo conformada por 54 pacientes, evaluados antes de la cirugía y durante el seguimiento postoperatorio. La calidad de vida fue medida mediante la escala IPSS-QoL. En los resultados, el puntaje promedio basal de calidad de vida fue de $4,0 \pm 1,6$, disminuyendo a $2,5 \pm 1,9$ en el postoperatorio (8).

Doykov y Kostov, en Bulgaria, en 2024, realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar y comparar los cambios en los síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) y la calidad de vida relacionada con la enfermedad en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de gran volumen (>80 mL) sometidos a enucleación transuretral bipolar (B-TUEP) o adenomectomía simple laparoscópica (LSP). La muestra estuvo conformada por 112 pacientes, de los cuales 55 fueron tratados con B-TUEP y 57 con LSP, con edades entre 58 y 78 años. La calidad de vida fue evaluada mediante la pregunta de calidad de vida del IPSS antes de la cirugía y a los 6 meses postoperatorios.

Ambos grupos presentaron una mejoría significativa de la calidad de vida, pasando de valores promedio cercanos a 5 (unhappy) en el preoperatorio a valores cercanos a 2 (mostly satisfied)

a los seis meses. El cambio medio en la calidad de vida fue de $-2,52 \pm 1,06$ en el grupo B-TUEP y de $-2,96 \pm 0,96$ en el grupo LSP, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,026$). La mejoría porcentual en la calidad de vida fue de $52,69 \pm 17,85 \%$ en B-TUEP y de $61,66 \pm 15,74 \%$ en LSP ($p = 0,006$). Asimismo, se observó una correlación significativa entre la reducción global del IPSS y la mejoría de la calidad de vida ($r_s = -0,463$; $p < 0,001$) (9).

Samir et al., en Egipto, en 2024, realizaron un estudio prospectivo, aleatorizado, con seguimiento de dos años, con el objetivo de comparar la eficacia y seguridad de la terapia Rezūm frente a la resección transuretral bipolar de próstata (B-RTU-P) en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 50 a 120 g. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes, asignados en partes iguales a Rezūm ($n = 50$) y B-RTU-P ($n = 50$). La evaluación de resultados incluyó el International Prostate Symptom Score (IPSS), calidad de vida (QoL), flujo máximo urinario (Qmax) y la incidencia de complicaciones. La terapia Rezūm mostró una mejoría del 50 % en la calidad de vida y una reducción del 55,3 % del IPSS a los dos años. No obstante, la mejoría global fue mayor en el grupo B-RTU-P, aunque Rezūm presentó menor tiempo operatorio, menor estancia hospitalaria y menor frecuencia de complicaciones, preservando mejor la función eréctil y eyaculatoria (10).

Moreira et al., en Brasil, en 2023, realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo en 61 pacientes operados por hiperplasia benigna de próstata, de los cuales 35 fueron sometidos a resección transuretral de próstata (RTU-P) y 26 a enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP), con una edad media de 70 años. En relación con variables clínicas que impactan directamente en la calidad de vida postoperatoria, se reportó dolor postoperatorio en 17 pacientes del grupo RTU-P y en 5 del grupo HoLEP, con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,01$). La retención urinaria se presentó en 19 pacientes (56%) sometidos a RTU-P y en 9 pacientes (33%) sometidos a HoLEP ($p = 0,06$). El sangrado postoperatorio ocurrió en 12 pacientes del grupo RTU-P y en 8 pacientes del grupo HoLEP ($p = 0,42$). La incontinencia urinaria fue registrada en 1 paciente del grupo HoLEP y en 0 pacientes del grupo RTU-P ($p = 0,44$). Otras complicaciones con potencial repercusión en la calidad de vida, como náuseas y vómitos (3 RTU-P vs 2 HoLEP) y confusión aguda (2 RTU-P vs 3 HoLEP), no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) (11).

Patandung y Warli, en Medan, Indonesia, en 2021, realizaron un estudio cuantitativo, retrospectivo, con el objetivo de evaluar los beneficios de la resección transuretral de próstata (RTU-P) en pacientes con hiperplasia benigna de próstata, utilizando el International Prostate

Symptom Score (IPSS) y el índice de calidad de vida (QoL). El estudio incluyó una muestra de 60 pacientes sometidos a RTU-P entre septiembre de 2019 y agosto de 2020, los cuales fueron divididos en dos grupos según el tamaño prostático: < 80 g y ≥ 80 g. El puntaje promedio de QoL preoperatorio fue de $5,71 \pm 0,46$ en el grupo con próstata < 80 g y de $5,68 \pm 0,48$ en el grupo ≥ 80 g ($p = 0,777$). Tras la intervención quirúrgica, el puntaje promedio de QoL postoperatorio descendió a $2,89 \pm 0,76$ y $2,92 \pm 1,00$, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,795$). No se observaron diferencias significativas en los puntajes postoperatorios de IPSS entre los grupos según tamaño prostático ($p > 0,05$), evidenciando mejoría sintomática y de calidad de vida tras la RTU-P independientemente del volumen prostático.(12)

Hilaje, en Tacna, Perú, evaluó la calidad de vida de pacientes prostatectomizados por HBP atendidos en el Hospital Hipólito Unanue, durante el período 2008–2012. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal, en el cual la calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario SF-36. La muestra estuvo conformada por 104 pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante adenomectomía, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y fueron evaluados mediante revisión de historias clínicas y entrevista domiciliaria. Se reportó que el 51,9 % de los pacientes tenía entre 70 y 79 años, el 65,4 % era de estado civil casado y el 47,1 % presentaba nivel de instrucción primaria incompleta. En la evaluación de la calidad de vida, las dimensiones menos afectadas fueron función física (media: 79,23) y dolor corporal (media: 56,95). Por el contrario, las dimensiones más afectadas fueron rol físico y rol emocional. El componente mental presentó el menor promedio (media: 14,48), mostrando mayor afectación en comparación con el componente físico, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0,001$). Con un nivel de confianza del 95 %, se observó mayor compromiso del componente mental en el grupo etario de 50 a 59 años.(13)

La HBP es una enfermedad común en varones adultos y adultos mayores que ocasiona síntomas urinarios obstructivos e irritativos. A pesar de ser una afección urológica común, puede pasar desapercibida ya que no se detecta de inmediato y puede ocasionar síntomas que afectan, en gran medida, la calidad de vida del paciente. Existen diversas definiciones al describir esta enfermedad, las cuales incluyen crecimiento excesivo del tejido de la próstata que ejerce presión en la uretra y la vejiga produciendo obstrucción en la salida vesical, STUI y agrandamiento benigno de la próstata. El desarrollo de esta enfermedad se debe a una proliferación de células estromales y epiteliales en la zona de transición de la próstata, que

compromete a la uretra y obstruye el flujo urinario produciendo sintomatología obstructiva e irritativa.(1)

La HBP está condicionada por diversos factores de riesgo que intervienen en el tejido prostático. Los factores de riesgo no modificables incluyen la raza, genes, hormonas, antecedentes familiares mientras que los modificables guarda relación con los eventos metabólicos como la obesidad y el síndrome metabólico, consumo de bebidas y actividad física.(14,15) Diversos estímulos aún desconocidos activan procesos inflamatorios que estimulan los linfocitos, citocinas e interleucinas, aumentando las concentraciones de factores de crecimiento y promoviendo la cascada inflamatoria. Como resultado obtenemos una proliferación anormal de células prostáticas que se evidencia al incrementar el volumen y peso de la próstata. Este crecimiento prostático progresa a través de los años ejerciendo presión sobre la uretra y ocasionando STUI (16,17). La evolución de HBP es lenta y los pacientes pueden adaptarse con el tiempo, sin presentar sintomatología, aunque la obstrucción sea severa. Por lo que, la clínica de HBP independiente del tamaño y grado de obstrucción puede ser o no sintomática (18).

Según la Asociación Europea de Urología, el tratamiento consiste en aliviar los síntomas del tracto urinario inferior y, por ende, mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo el riesgo de las complicaciones que trae consigo esta patología. Dentro de las opciones del tratamiento pueden ser la espera vigilante, farmacológicas y/o quirúrgicas dependiendo de la severidad de la sintomatología que afectan el bienestar general del paciente (19). En los pacientes con HBP se recomienda iniciar con el tratamiento farmacológico y esto dependerá de los síntomas que manifieste el paciente, indicando la dosis y los posibles efectos adversos que pueden tener estos fármacos.(20)

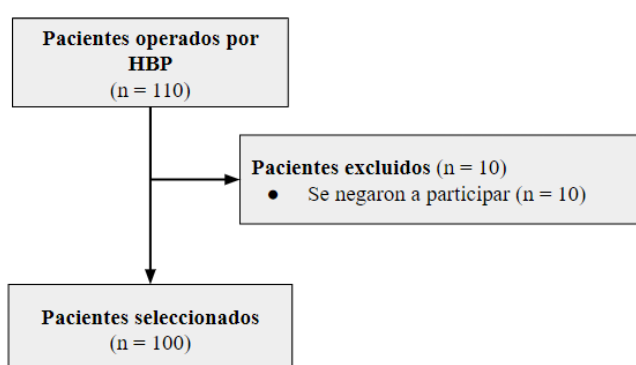
Si los síntomas empeoran o los efectos adversos de estos fármacos no son tolerados, se opta por el tratamiento quirúrgico. Este método invasivo se debe ante la presencia de retención urinaria recurrente, incontinencia, hematuria, infecciones urinarias recurrentes u otras complicaciones urológicas producto de la enfermedad. El tipo de tratamiento quirúrgico depende del tamaño prostático, calidad de vida, comorbilidades y el deseo de realizar este procedimiento. Los procedimientos quirúrgicos utilizados actualmente son la resección, enucleación, vaporización, técnicas ablativas y no ablativas; siendo la resección prostática la técnica más utilizada y con mayor respaldo clínico. (20,21)

Materiales y métodos

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo, observacional, y transversal porque la recopilación de datos se realizó en una sola ocasión, sin seguimiento a lo largo del tiempo de los pacientes, por lo el estudio fue de tipo transversal. Respecto al momento de recopilación de los datos, se trató de un estudio retrospectivo, de naturaleza descriptiva, ya que no buscó evaluar asociación entre variables *a priori*.

La población operada por HBP en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de la seguridad social de Chiclayo, atendidos en el periodo enero a diciembre del año 2023, que cumplieron con los criterios de selección, fue de 110 pacientes, de los cuales se excluyó al 9% de dichos pacientes (10 pacientes) por lo que se logró una participación de 100 personas (Fig.1). Acerca de los criterios de selección, se incluyó a toda la población de pacientes operados en el HNAAA en el periodo de estudio por ser un estudio censal.

Fig. 1. Diagrama de flujo que incluye la elegibilidad de los pacientes



El cuestionario EUROQOL-5D permitió medir la calidad de vida relacionada con la salud y utilizada en personas sanas como en pacientes con diversas enfermedades. Al ser generalizado su uso a nivel mundial y estar traducido en más de 170 idiomas, estando disponible para Perú. Este cuestionario consta de 2 partes: la primera parte valora el estado de salud según el grado de severidad por dimensiones. Incluye cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión) con sus tres niveles de gravedad, si no tiene problemas se califica con el puntaje de 1, si es moderado tiene el valor de 2 y si el problema es severo se coloca el máximo puntaje que es 3. Por tanto, se considera “11111” como mejor estado de salud frente al puntaje “33333” como el peor estado de salud. Luego, se obtuvo como puntuación final valores de la variable entre 0 (muerte) y 1 (mejor calidad de vida), de los cuales se consideró menor a 0,5 como muerte,

es decir, pacientes con mal estado de salud y mayor o igual a 0,5 como mejor estado de salud, describiéndose a los pacientes que tiene mejor calidad de vida. Sin embargo, el índice también puede resultar negativo, indicando que el padecimiento es peor que la muerte. En la segunda parte se incluyó la escala visual analógica (EVA) vertical que va desde 0 a 100, siendo cero considerado el peor estado de salud y 100 como el mejor estado de salud (Anexo 03) (22–27).

En 1992, la OMS aprobó la herramienta IPSS para la evaluación clínica en pacientes con HBP, los cuales son capaces de comprender y responder el cuestionario de forma sencilla. Los ítems constaron de 7 preguntas que abordan aspectos como la frecuencia, nicturia, flujo urinario débil, vacilación, intermitencia, vaciado incompleto y urgencia. cuenta con 6 posibles respuestas y con valoración de 0 a 5, siendo la puntuación cero la ausencia de síntomas y cinco la presencia de la sintomatología. La puntuación obtenida oscila entre 0 y 35 y se clasifican en tres grados: leve (IPSS:0-7), moderado (IPSS:8-19) y severo (IPSS: 20-35). La octava pregunta adicional valoró el impacto en la calidad de vida relacionada con los síntomas prostáticos con puntuación de 0 a 6, considerando cero como sensación excelente y seis como sensación fatal (Anexo 04) (27–31).

El trabajo de investigación fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Luego se realizó pruebas piloto de los cuestionarios IPSS y EUROQOL-5D en una población de 20 participantes con características similares a la población de estudio para demostrar facilidad y consistencia de los cuestionarios. La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach utilizando el software estadístico R 4.40, obteniéndose valores de $\alpha=0.85$ y $\alpha=0.89$ respectivamente.

Después de obtener estos datos y obtener la fiabilidad de dichos instrumentos, se coordinó con el archivo de historias clínicas y se obtuvo acceso previa aprobación del Comité de ética del HNAAA y se coordinó con las oficinas responsables respectivas. Por lo que, se solicitó la autorización de las historias clínicas impresas o vía electrónica de los pacientes operados por el Servicio de Urología en el periodo de estudio, de los cuales se recabó la información clínica relevante detallado en la ficha de recolección de datos cumpliendo con los criterios de inclusión, los cuales todos tenían diagnóstico confirmatorio de HBP por resultado de anatomía patológica según la guía de la Asociación Americana de Urología y operados en el Servicio de Urología del HNAAA en el 2023, pacientes varones mayores de 40 años, pacientes que aceptaron participar y firmaron previamente el consentimiento informado. También se excluyeron las

historias clínicas incompletas, pacientes con otra patología diferente a HBP, aquellos que presentaron alteración del estado mental que limitara respuesta adecuada al cuestionario y los pacientes que no pudieron ser contactados por vía telefónica. Se obtuvo registro de programaciones de cirugía para la obtención de los números telefónicos de la población atendida previa autorización por el jefe (a) del Servicio de Urología. Luego, se procedió a comunicarse vía telefónica y/o WhatsApp con el paciente o sus familiares para la autorización y participación en dicho estudio. Finalmente, se procedió a la aplicación de los cuestionarios de calidad de vida y de sintomatología urinaria prostática.

Se desarrolló la estadística descriptiva mediante la medida de tendencia central y de dispersión calculando la media y mediana teniendo en cuenta si tiene distribución normal o no las variables cuantitativas, cálculo de desviación estándar o rango intercuartílico si la distribución no es normal. Para las variables cualitativas se utilizaron cálculos de frecuencias absolutas y relativas.

Los datos obtenidos de las historias clínicas y los cuestionarios EUROQOL-5D y IPSS que cumplieron con los criterios de inclusión se codificaron en una base de datos en Microsoft Excel 2019. También se consideró la ficha de recolección de datos validados previamente por juicio de expertos para la recolección de datos de las historias clínicas. Posteriormente, esta base de datos se procesaron por medio del programa estadístico Open Epi para Microsoft Windows, donde se llevó a cabo el análisis estadístico de variables cuantitativas y variables cualitativas. Por último, la información resumida del análisis estadístico se mostró en gráficos y tablas para interpretarse de manera clara y concisa.

Resultados y discusión

Con respecto a las características sociodemográficas de pacientes operados en el Servicio de Urología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, la edad promedio fue 72 años, de los cuales el 15% fueron adultos y el 85% fueron adultos mayores. (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes operados por HBP en un hospital de Chiclayo, 2024

| Características sociodemográficas | N = 100 | % |
|-----------------------------------|---------|----|
| Edad | | |
| <50 a 60 | 15 | 15 |
| 61 a 70 | 25 | 25 |
| 71 a 80 | 49 | 49 |
| Más de 80 | 11 | 11 |
| Procedencia | | |
| Chiclayo | 95 | 95 |
| Otro lugar | 5 | 5 |
| Estado Civil | | |
| Soltero | 32 | 32 |
| Casado | 61 | 61 |
| Divorciado | 4 | 4 |
| Viudo | 3 | 3 |
| Grado de instrucción | | |
| Secundaria | 13 | 13 |
| Superior | 84 | 84 |
| Ninguna | 3 | 3 |

La población estudiada presentó una edad promedio de 72 años, con predominio de adultos mayores, lo cual concuerda con los estudios reportados por Moreira et al. e Hilaje, quienes describen poblaciones con mayor concentración entre la séptima y octava década de la vida. Sin embargo, estudios como los de Bitar et al, Moreira et al., Patandung y Warli y Waleed et al, nuestra población fue de mayor edad, lo que sugiere un acceso más tardío a la intervención quirúrgica, posiblemente condicionado por limitaciones en el acceso a técnicas mínimamente invasivas o por mayor carga de comorbilidades (5,11–13).

Al comparar nuestros resultados con el estudio nacional de Hilaje, se evidencian importantes similitudes sociodemográficas. Ambos estudios muestran un predominio de pacientes entre los 70 y 79 años, así como una mayor proporción de pacientes casados (65.5% en nuestro estudio y 65,4% en el de Hilaje), lo cual refleja patrones demográficos similares en la población peruana con HBP. No obstante, se observó una diferencia en el nivel educativo, ya que en nuestro

estudio predominó el nivel superior (51.7%), mientras que Hilaje reportó una mayor proporción de pacientes con nivel de instrucción primaria incompleta (47,1%). Estas diferencias se ven reflejadas por el distinto sistema de aseguramiento. La población de Tacna al estar asegurado al MINSA tuvo mayor vulnerabilidad socioeconómica mientras que la población estudiada de EsSalud atiende a usuarios de la salud con mayor estabilidad laboral previa y mayor nivel educativo. Las diferencias sociodemográficas estaría relacionado en la percepción y reporte de calidad de vida, así como cambios socioculturales a lo largo del tiempo y diferencias regionales entre Tacna y Chiclayo (13).

Por otro lado, de las comorbilidades encontradas en el estudio, la diabetes mellitus (37.9%) y la hipertensión arterial (40.2%) fueron las más frecuentes y otras comorbilidades representaron el 8% asociado a buena calidad de vida. La infección del tracto urinario (ITU) presentó mayor frecuencia en la población (64%), seguida de urolitiasis (10%) y otros antecedentes urológicos (32%). Según antecedentes familiares, el 20% manifestó tener un familiar con HBP y el 3% reportó tener familiares con cáncer de próstata.

El 84% presentó un tiempo de enfermedad menor a cinco años. Con respecto al tratamiento médico previo a la cirugía, se utilizaron los α -bloqueantes como la tamsulosina en el 94% de los pacientes y en el 4% se utilizaron inhibidores de la 5 alfa reductasa para mejorar el flujo urinario; sin embargo, también los pacientes utilizaron antibióticos como tratamiento de infecciones urinarias, representando el 79%. Por lo que, dentro de las complicaciones por HBP se reportaron con mayor frecuencia las infecciones urinarias recurrentes (54%) y que recibieron tratamiento con antibióticos.

Se encontró en menor proporción la retención urinaria aguda (38%) y la litiasis renal (8%) dentro de estas complicaciones por HBP. Si bien el 38% presentó retención urinaria, el tratamiento fue de manera ambulatoria que no se registró en las historias clínicas. Los pacientes que utilizaron sonda Foley permanente antes del tratamiento quirúrgico representaron el 5%. Además, los pacientes que fueron evaluados previa cirugía con la escala IPSS representó el 85%, de los cuales según el grado de severidad calificaban la sintomatología de moderada y grave. Por otro lado, aquellos pacientes con volumen prostático mayor a 80 cc se operaron con mayor frecuencia a través de la cirugía abierta (74%), pero tuvo menor tiempo operatorio con RTU, con duración menor de 2 horas.

Dentro de las complicaciones quirúrgicas, todos los pacientes presentaron sangrado postoperatorio, mientras que con menor frecuencia se reportó retención urinaria, incontinencia urinaria y estrechez uretral. El 87% de los pacientes que fueron intervenidos tuvieron mayor estancia hospitalaria (mayor a 7 días) y con uso de sonda Foley posterior a la cirugía mayor a 7 días (89%) (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de pacientes operados por hiperplasia benigna de próstata en un hospital de Chiclayo, 2024.

| Características clínicas | N=100 | % |
|---|--------------|----------|
| Volumen prostático por ecografía | | |
| < 80 cc | 26 | 26 |
| ≥ 80 cc | 74 | 74 |
| Tipo de intervenciones quirúrgicas | | |
| Adenomectomía abierta | 74 | 74 |
| RTU | 26 | 26 |
| Tiempo quirúrgico | | |
| ≥ 2 horas | 74 | 74 |
| < 2 horas | 26 | 26 |
| Complicaciones post quirúrgicas | | |
| Retención urinaria | 7 | 5 |
| Incontinencia urinaria | 12 | 9 |
| Estrechez uretral | 9 | 7 |
| Hospitalización post cirugía | | |
| < 7 días | 13 | 13 |
| ≥ 7 días | 87 | 87 |
| Sonda Foley post cirugía | | |
| < 7 días | 11 | 11 |
| ≥ 7 días | 89 | 89 |

De acuerdo con las dimensiones obtenidas del cuestionario IPSS, se obtuvo que el 96% presentó un grado de severidad leve después de haber sido operados por HBP, es decir, sus síntomas urinarios disminuyeron después de la cirugía. De las siete dimensiones del cuestionario, se observó que algunos presentaron problema de tenesmo (3%), frecuencia urinaria (5%), intermitencia (1%), urgencia miccional (4%), chorro urinario débil (2%), pujo o esfuerzo miccional (2%) y nicturia (5%). De acuerdo con el nivel de calidad de vida según el cuestionario IPSS, se demostró que la mayoría se encontraba más bien satisfecho (61%), muy satisfecho (31%) de pasar el resto de su vida con los síntomas urinarios leves. Por otro lado, algunos manifestaban no estar satisfechos ni insatisfechos (6%). El 1% se encontró muy

insatisfecho ya que aún les molestaba la sintomatología. Solo el 1% manifestó estar encantado después de someterse a dicho procedimiento.

Con respecto a la calidad de vida, se utilizó el Índice del cuestionario EUROQOL-5D. Del total de la población, se obtuvo que el 86% presentó mejor estado de salud después de ser intervenido quirúrgicamente, mientras que el resto se encontraba en mal estado de salud (tabla 3).

Tabla 3. Índice del cuestionario EUROQOL5D de pacientes operados por hiperplasia benigna de próstata en un hospital de Chiclayo, 2024.

| Índice del cuestionario EUROQOL-5D | | | |
|---|-------------------------|--------------|----------|
| | Índice | N=100 | % |
| ≥ 0.5 | (Mejor estado de salud) | 86 | 86 |
| < 0.5 | (Mal estado de salud) | 14 | 14 |

Según la escala EVA que mide el estado de salud del cuestionario de calidad de vida EUROQOL-5D, la mayoría de los pacientes tuvieron puntaje mayor a 70 (78%), considerándose como mejor estado de salud, mientras que solo el 9% manifestó regular estado de salud con puntaje entre 50 a 60. Ninguno de los pacientes manifestó peor estado de salud imaginable (Tabla 4).

Tabla 4. Índice del cuestionario EUROQOL5D (EVA) de pacientes operados por hiperplasia benigna de próstata en un hospital de Chiclayo, 2024.

| Estado de salud (EUROQOL-5D) | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 50-60 | 9 | 9% |
| 61-70 | 13 | 13% |
| 71-80 | 26 | 26% |
| 81-90 | 51 | 51% |
| 91-100 | 1 | 1% |

En relación con las variables sociodemográficas, la buena calidad de vida predominó en todos los grupos evaluados. Según el estado civil, se observó que la mayor proporción de

pacientes con buena calidad de vida correspondió a los casados (65,5%) y solteros (28,7%), mientras que los viudos representaron una menor proporción dentro del grupo con buena calidad de vida (2,3%) y una mayor proporción relativa dentro del grupo con mala calidad de vida (7,7%).

Respecto al nivel educativo, los pacientes con educación superior concentraron la mayor proporción de buena calidad de vida (51,7%), seguidos de aquellos con educación secundaria (36,8%). En contraste, los pacientes con educación primaria representaron una menor proporción dentro del grupo con buena calidad de vida (6,9%) y una mayor proporción relativa dentro del grupo con mala calidad de vida (15,4%).

En cuanto a la edad, la buena calidad de vida fue más frecuente en el grupo de 71 a 80 años (47,1%), seguido de los pacientes de 61 a 70 años (23,0%) y de 50 a 60 años (17,2%), mientras que los mayores de 80 años representaron el 12,6% del grupo con buena calidad de vida. En el grupo con mala calidad de vida, la mayor proporción correspondió a los pacientes de 71 a 80 años (38,5%) y de 61 a 70 años (30,8%) (Tabla 5).

Tabla 5. Descripción de la calidad de vida según variables sociodemográficas en pacientes operados por hiperplasia benigna de próstata en un hospital de Chiclayo, 2024.

| | Buena calidad de vida | | Mala calidad de vida | |
|------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | N = 87 | % | N = 13 | % |
| Estado civil | | | | |
| Casado | 57 | 65.5 | 8 | 61.5 |
| Divorciado | 3 | 3.4 | 1 | 7.7 |
| Soltero | 25 | 28.7 | 3 | 23.1 |
| Viudo | 2 | 2.3 | 1 | 7.7 |
| Nivel educativo | | | | |
| Ninguna | 4 | 4.6 | 0 | 0.0 |
| Primaria | 6 | 6.9 | 2 | 15.4 |
| Secundaria | 32 | 36.8 | 2 | 15.4 |
| Superior | 45 | 51.7 | 9 | 69.2 |
| Edad (años) | | | | |
| <50–60 | 15 | 17.2 | 3 | 23.1 |
| 61–70 | 20 | 23 | 4 | 30.8 |
| 71–80 | 41 | 47.1 | 5 | 38.5 |
| >80 | 11 | 12.6 | 1 | 7.7 |

De acuerdo con el objetivo general del estudio, que fue determinar la calidad de vida según las características clínicas en pacientes operados por HBP, se observó que, dentro del grupo con buena calidad de vida, los antecedentes de DM2 y de HTA representaron el 37,9% y 40,2%, respectivamente, mientras que en el grupo con mala calidad de vida estas proporciones fueron menores (23,1% y 30,8%). Las otras comorbilidades concentraron una menor proporción de pacientes con buena calidad de vida (8,0%) y una mayor proporción relativa dentro del grupo con mala calidad de vida (23,1%).

Respecto a los antecedentes urológicos, la ITU fue el antecedente más frecuente tanto en el grupo con buena calidad de vida (67,8%) como en el grupo con mala calidad de vida (76,9%). La litiasis renal representó el 11,5% de los pacientes con buena calidad de vida y el 7,7% de aquellos con mala calidad de vida. En contraste, los pacientes con antecedentes urológicos más complejos, como hidronefrosis asociada a retención aguda de orina, representaron una mayor proporción dentro del grupo con mala calidad de vida (7,7%) en comparación con el grupo con buena calidad de vida (2,3%). En relación con los antecedentes familiares de neoplasias urológicas, la ausencia de antecedentes fue la más frecuente en ambos grupos, concentrando el 74,7% de los pacientes con buena calidad de vida y el 46,2% de aquellos con mala calidad de vida.

En cuanto al tratamiento farmacológico previo, la mayor proporción de pacientes con buena calidad de vida correspondió a quienes recibieron alfa bloqueantes (79,3%), seguida de aquellos tratados con inhibidores de la 5 alfa reductasa (18,4%), proporciones similares a las observadas en el grupo con mala calidad de vida (76,9% y 15,4%, respectivamente). Según el tipo de intervención quirúrgica, la adenomectomía retropúbica fue el procedimiento más frecuente en ambos grupos, representando el 49,4% de los pacientes con buena calidad de vida y el 61,5% de aquellos con mala calidad de vida, mientras que la resección transuretral de próstata representó el 25,3% del grupo con buena calidad de vida y el 7,7% del grupo con mala calidad de vida.

En relación con las complicaciones postoperatorias, la hematuria fue la más frecuente, presente en el 97,7% de los pacientes con buena calidad de vida y en el 100% de aquellos con mala calidad de vida. Otras complicaciones, como la infección del tracto urinario, la estrechez uretral y la retención urinaria, representaron proporciones menores en ambos grupos (Tabla 6).

La alta prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM2) encontrada en nuestro estudio coincide con lo descrito en múltiples series internacionales, donde estas comorbilidades son frecuentes en pacientes con HBP debido a la edad avanzada. Si bien estudios como el de Bitar et al. no encontraron asociación significativa entre edad o volumen prostático y mejoría de la calidad de vida, nuestra población presentó una carga importante de comorbilidades que no impidió una mejoría clínica significativa, lo que refuerza la seguridad del tratamiento quirúrgico incluso en pacientes con enfermedades crónicas bien controladas.(5)

La ITU fue la complicación más frecuente, tanto en el periodo preoperatorio como postoperatorio. En el postoperatorio, la mayoría de los pacientes con ITU refirió buena calidad de vida, lo que sugiere que esta complicación suele ser de menor gravedad y con evolución clínica favorable, permitiendo el uso de esquemas antibióticos de corta duración. En contraste, las ITU preoperatorias asociadas a la obstrucción urinaria por HBP tienden a ser más complejas, recurrentes y requieren tratamientos prolongados, con mayor riesgo de resistencia bacteriana.

Por otro lado, la retención urinaria mostró un impacto más negativo sobre la calidad de vida, ya que cerca de un tercio de los pacientes que presentaron esta complicación reportaron mala calidad de vida, probablemente debido a su asociación con cateterización vesical, limitación funcional y malestar físico y psicológico. Asimismo, el uso prolongado de sonda vesical permanente se asoció a un mayor riesgo de ITU, especialmente infecciones resistentes, lo que incrementa la complejidad del tratamiento y afecta negativamente la calidad de vida.

La elevada frecuencia de ITU (49.4%) y su recurrencia como principal complicación preoperatoria difiere de lo reportado en estudios europeos y asiáticos, donde la retención urinaria suele ser el principal motivo de intervención. Esta diferencia puede explicarse por retrasos en la indicación quirúrgica y mayor uso prolongado de antibióticos, situación común en sistemas de salud con recursos limitados.

Respecto al tipo de procedimiento, en nuestro estudio predominó la cirugía abierta, especialmente en pacientes con volumen prostático mayor a 80 cc, lo cual es coherente con la práctica tradicional en hospitales de referencia en países en desarrollo. Este hallazgo concuerda con lo descrito por Doykov y Kostov, quienes evaluaron próstatas de gran volumen y demostraron mejorías significativas en la calidad de vida tanto con B-TUEP como con adenomectomía simple. En contraste con Bitar et al., Moreira et al., Waleed et al y Gong et al., donde prevalecen técnicas endoscópicas y mínimamente invasivas (HoLEP, ThuLEP, resección

plasmakinético), asociadas a menor estancia hospitalaria y menor tasa de complicaciones, lo cual contrasta con nuestra serie, donde el 87% de los pacientes presentó estancia hospitalaria mayor a 7 días. Esta diferencia mostraría una brecha tecnológica y asistencial que podría influir en los resultados funcionales y en la recuperación postoperatoria, limitando la comparabilidad directa entre estudios (5,7,9,11).

Tabla 6. Descripción de la calidad de vida según las características clínicas en pacientes operados por hiperplasia benigna de próstata en un hospital de Chiclayo, 2024.

| Características clínicas | Calidad de vida | | | |
|---|---------------------|------|---------------------|-------|
| | Buena | | Mala | |
| | N = 87 ¹ | % | N = 13 ¹ | % |
| Antecedentes médicos | | | | |
| Diabetes Mellitus | 33 | 37.9 | 3 | 23.1 |
| Hipertensión arterial | 35 | 40.2 | 4 | 30.8 |
| Otras | 7 | 8 | 3 | 23.1 |
| Antecedentes urológicos | | | | |
| Cáncer de próstata | 3 | 3.4 | 0 | 0 |
| ITU | 59 | 67.8 | 10 | 76.9 |
| Litiasis renal | 10 | 11.5 | 1 | 7.7 |
| Litiasis vesical | 4 | 4.6 | 0 | 0 |
| Otros (hidronefrosis leve, bilateral, retención aguda de orina) | 2 | 2.3 | 1 | 7.7 |
| Ninguno | 9 | 10.3 | 1 | 7.7 |
| Antecedentes familiares | | | | |
| Cáncer de próstata | 4 | 4.6 | 1 | 7.7 |
| HBP | 18 | 20.7 | 6 | 46.2 |
| Ninguno | 65 | 74.7 | 6 | 46.2 |
| Tratamiento farmacológico | | | | |
| Alfa bloqueante | 69 | 79.3 | 10 | 76.9 |
| Inhibidor 5 alfa reductasa | 16 | 18.4 | 2 | 15.4 |
| Ninguno | 18 | 20.7 | 3 | 23.1 |
| Complicaciones HBP | | | | |
| ITU | 43 | 49.4 | 6 | 46.2 |
| Litiasis renal | 18 | 20.7 | 1 | 7.7 |
| Ninguno | 8 | 9.2 | 1 | 7.7 |
| Otros | 3 | 3.4 | 1 | 7.7 |
| Retención urinaria | 15 | 17.2 | 4 | 30.8 |
| Tipo de intervención quirúrgica | | | | |
| Otros | 1 | 1.1 | 0 | 0.0 |
| Adenomectomía retropúbica | 43 | 49.4 | 8 | 61.5 |
| Adenomectomía suprapúbica | 21 | 24.1 | 4 | 30.8 |
| RTU | 22 | 25.3 | 1 | 7.7 |
| Complicaciones post operatorias | | | | |
| Hematuria | 85 | 97.7 | 13 | 100.0 |
| ITU | 29 | 33.3 | 3 | 23.1 |
| Incontinencia | 5 | 5.7 | 0 | 0.0 |
| Retención urinaria | 2 | 2.3 | 0 | 0.0 |
| Estrechez uretral | 9 | 10.3 | 1 | 7.7 |
| Hidronefrosis | 7 | 8.0 | 0 | 0.0 |
| Disfunción neuromuscular | 10 | 11.5 | 0 | 0.0 |

¹n (%)

Acerca de las variables clínicas cuantitativas, el tiempo de enfermedad presentó una mediana de 3,0 años en ambos grupos, tanto en pacientes con buena como con mala calidad de vida. De

manera similar, el tiempo quirúrgico mostró valores cercanos entre los grupos, con una mediana de 135 minutos en los pacientes con buena calidad de vida y de 140 minutos en aquellos con mala calidad de vida. En cuanto al volumen prostático, se observaron medianas comparables entre ambos grupos, siendo de 75 cc en pacientes con buena calidad de vida y de 72 cc en pacientes con mala calidad de vida.

En relación con las complicaciones, Nicolás Ottaiano y colaboradores describieron que, en RTU, pueden presentarse complicaciones postoperatorias como sangrado, lesión del orificio ureteral, lesión del cuello vesical, lesión rectal, contractura del cuello vesical y estenosis uretral. Estos eventos, aunque relevantes clínicamente, deben interpretarse dentro del perfil esperado de riesgos del procedimiento, y su impacto en calidad de vida dependerá de su severidad, manejo oportuno y evolución posterior. En este trabajo, el sangrado postoperatorio estuvo presente en la totalidad de los pacientes, aunque sin eventos mayores reportados, hallazgo que se encuentra dentro de lo descrito en la literatura, especialmente en cirugías abiertas y RTU-P. Estudios como los de Moreira et al. reportan tasas variables de sangrado, retención urinaria e incontinencia, siendo más frecuentes en RTU-P que en técnicas láser, lo que coincide parcialmente con nuestros resultados (11,33).

La mayor duración del sondaje vesical y la estancia hospitalaria prolongada observadas en nuestro estudio contrastan con los reportes de HoLEP, ThuLEP y Rezūm, donde se describen tiempos significativamente menores. Así como el caso de Turgut et al., quienes incluyeron 43 pacientes con STUI moderados a severos por HBP con tiempo operatorio menor de una hora, lo cual contrasta con nuestro estudio esta diferencia podría atribuirse a la complejidad de los casos, técnica empleada, volumen prostático, condiciones del paciente o logística institucional. No obstante, pese a estas diferencias, los resultados funcionales y de calidad de vida fueron favorables, lo que sugiere que la recuperación clínica no depende exclusivamente del tiempo de hospitalización, sino del alivio efectivo de la obstrucción infravesical.(33)

En relación con los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y la calidad de vida, los hallazgos del presente estudio respaldan que la intervención quirúrgica tuvo una mejoría clínica. Los STUI pueden mostrar un cambio más directo posterior a la cirugía incluso con comorbilidades y condiciones generales del paciente como DM2, HTA o ACV, refirieron mejora del bienestar global.

Con respecto a las variables sociodemográficas, se observó que la buena calidad de vida fue más frecuente en pacientes casados y en aquellos con mayor nivel educativo, hallazgos que coinciden parcialmente con lo descrito por Hilaje en población peruana, donde predominaban pacientes casados y adultos mayores. Estos resultados sugieren que el soporte familiar y un mayor nivel educativo podrían influir positivamente en la percepción de la calidad de vida, posiblemente a través de una mejor adherencia al tratamiento, comprensión del proceso quirúrgico y seguimiento postoperatorio. Asimismo, la mayor concentración de buena calidad de vida en el grupo etario de 71 a 80 años coincide con estudios como el de Patandung y Warli, quienes no encontraron diferencias significativas en la mejoría de la calidad de vida según edad o volumen prostático, destacando que la cirugía ofrece beneficios consistentes en distintos grupos etarios.(12,13)

Uno de los hallazgos más relevantes de nuestro estudio fue que el 96% de los pacientes presentó sintomatología leve según IPSS postoperatorio, con altos niveles de satisfacción, resultados que son concordantes con los reportados por Bitar et al., Waleed et al., Patandung y Warli, Samir et al. y Turgut et al., quienes evidenciaron reducciones significativas del IPSS de grados moderados a leves en el seguimiento, asociado a disminución de STUI y mejoría sostenida de la calidad de vida tras la intervención quirúrgica (5,6,10,12,34).

Al igual que en el estudio de Bitar et al., no se observaron diferencias relevantes en la mejoría de la calidad de vida según edad o volumen prostático, reforzando la idea de que la cirugía es efectiva en distintos subgrupos poblacionales. Asimismo, la correlación entre la disminución del IPSS y la mejoría en la calidad de vida observada en Doykov y Kostov también se evidenció indirectamente en nuestra población. De manera consistente, Samir et al. (2021) evaluaron pacientes antes y después de la cirugía con IPSS y QoL, con seguimiento a doce meses, y encontraron una mejora promedio aproximada de 8 puntos en IPSS, indicando grado de severidad leve tras el procedimiento, lo cual concuerda con la tendencia observada en nuestro estudio.(5,9,10)

El uso del EQ-5D permitió evidenciar que el 86% de los pacientes presentó un mejor estado de salud, resultado comparable con el estudio de Gong et al., donde se obtuvieron puntajes EQ-5D superiores en técnicas modernas, aunque sin diferencias clínicas relevantes a largo plazo. Cabe destacar que ninguno de nuestros pacientes reportó un estado de salud peor al imaginable, lo cual reafirma el impacto positivo del tratamiento quirúrgico. Estudios en poblaciones similares han descrito que, tras la cirugía, el estado de salud y la calidad de vida tienden a

mejorar de manera significativa; por ejemplo, Mustafa et al. reportaron incrementos en componentes físicos y psicológicos evaluados mediante SF-36 después de la intervención, lo que sugiere que incluso en presencia de eventos postoperatorios, el balance final puede ser favorable cuando la obstrucción y los síntomas mejoran. (9,34)

Los resultados del presente estudio son consistentes con la evidencia internacional, mostrando que la cirugía por HBP produce una mejoría significativa y sostenida de los síntomas urinarios y de la calidad de vida, independientemente de la técnica utilizada, incluso en poblaciones de mayor edad, con alta carga de comorbilidades y con predominio de técnicas quirúrgicas convencionales. Las diferencias observadas respecto a otros estudios se explican principalmente por el tipo de procedimiento, el volumen prostático y las características del sistema de salud.

Aunque el presente trabajo fue realizado con rigurosidad metodológica, se identificaron dificultades para contactar a algunos pacientes, ausencia por compromisos personales y postergación de programaciones quirúrgicas, lo cual redujo la disponibilidad de participantes y limitó la inclusión de algunos casos dentro de la población estudiada. A pesar de estas limitaciones, los desenlaces funcionales y de bienestar aportan evidencia sobre la eficacia del manejo quirúrgico de la HBP en nuestra población.

Conclusiones

- La mejor calidad de vida fue más frecuente en pacientes sometidos a RTU con HTA y DM2, mientras que resultados menos favorables se asociaron a antecedentes urológicos complejos o complicaciones postoperatorias en el HNAAA de Chiclayo, 2024.
- Las principales características sociodemográficas de los pacientes operados por HBP en el HAAA en el año 2024 fueron: edad de 71 a 80 años, predominando pacientes casados, procedentes de Chiclayo y con nivel educativo superior o secundario en el HNAAA de Chiclayo, 2024.
- Las características clínicas más frecuentes en pacientes operados por HBP en el HAAA en el año 2024 fueron la HTA y DM2 fueron las comorbilidades más frecuentes, mientras que la ITU fue el antecedente urológico más común; la mayoría presentó próstata ≥ 80 cc tratada con adenomectomía abierta, y el 96 % evolucionó con sintomatología urinaria leve según IPSS en el HNAAA de Chiclayo, 2024.

- El 86% de pacientes postoperados de HBP en el HNAAA en el año 2024 mostró una mejoría de la calidad de vida según EuroQol-5D.

Recomendaciones

- Fortalecer el chequeo y control preoperatorio en pacientes con HBP, especialmente en adultos mayores con comorbilidades como HTA y DM2, incorporando criterios clínicos actualizados basados en evidencia científica para optimizar los resultados quirúrgicos y la calidad de vida.
- Reforzar el seguimiento urológico postoperatorio mediante una vigilancia estrecha de los síntomas urinarios residuales y la detección temprana de complicaciones asociadas a hospitalización prolongada y uso de sonda Foley, promoviendo además la adherencia a los controles médicos establecidos.
- Implementar estrategias educativas orientadas al autocuidado y al reconocimiento oportuno de signos de alarma urinarios, junto con la promoción de estudios analíticos prospectivos y comparativos más rigurosos que permitan actualizar el conocimiento y fortalecer el nivel de evidencia sobre los resultados de la cirugía prostática en esta población.

Referencias

1. Ng M, Leslie S, Krishna B. Benign Prostatic Hyperplasia. En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [citado 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558920/>
2. Awedew A, Han H, Abbasi B, Abbasi-Kangevari M, Ahmed M, Almidani O, et al. The global, regional, and national burden of benign prostatic hyperplasia in 204 countries and territories from 2000 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Healthy Longev* [Internet]. noviembre de 2022 [citado 2 de febrero de 2024];3(11). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9640930/>
3. Ulchaker JC, Martinson MS. Cost-effectiveness analysis of six therapies for the treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Clinicoecon Outcomes Res* [Internet]. 29 de diciembre de 2017 [citado 2 de febrero de 2024];10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5749396/>
4. Gómez P, Plata M, Carreño A, Guzmán F, Jiménez LA, Calderón C, et al. Evaluación económica del tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna en Colombia. *urol.colomb* [Internet]. 2010 [citado 2 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/c7621a6c-1de6-4160-86d3-83a9c3548a95/content>
5. Bitar M, Berjaoui M, Bhojani N, Chughtai B, Zorn K, Elterman D. Quality-of-life outcomes following Aquablation in men with poor initial quality of life: pooled analysis of five international studies. *Prostate International* [Internet]. 2025 [citado 31 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2287888225000923>
6. Waleed A, Hussain M, Muhammad Daniyal, Abbas S, Gazder T, Naz K. Assessing quality of life before and after transurethral resection of the prostate in benign prostatic hyperplasia patients. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 1 de junio de 2025 [citado 2 de febrero de 2026];74(06). Disponible en: https://www.jpma.org.pk/index.php/public_html/article/view/21189
7. Gong C, Zou S, Cui S. The Impact of Plasmakinetic Resection and Conventional Transurethral Resection of the Prostate on Clinical Symptoms and Quality of Life in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia: Retrospective Cohort Study. *Urology Journal* [Internet]. 2 de marzo de 2025 [citado 2 de febrero de 2026];22(02):106-13. Disponible en: <https://ojs3.sbm.ac.ir/urolj/index.php/uj/article/view/8330>
8. Winograd J. Quality of life and surgical treatment regret in patients with benign prostatic hypertrophy: a multicenter study. *CJU* [Internet]. 2025 [citado 30 de enero de 2026];32(3). Disponible en: <https://www.techscience.com/doi/10.32604/cju.2025.064404>
9. Doykov M, Kostov G. Patients' quality of life after Bipolar Transurethral Enucleation & Laparoscopic Simple Prostatectomy for large Benign Prostatic Hyperplasia. *MMJ* [Internet]. 2024 [citado 3 de enero de 2026]; Disponible en: <https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/123290/1/MMJ36%282%29A5.pdf>

10. Mohamed S, Abd E, Khaled G, Mohamed B. Two-year follow-up comparing Rezūm therapy versus bipolar transurethral resection of the prostate for treating benign prostatic hyperplasia. A prospective randomized study. *International Journal of Urology* [Internet]. 2024 [citado 2 de febrero de 2026];31(5). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/iju.15410>
11. Moreira M, Gabetto E, Rodrigues M, Carrerette F. Avaliação das complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à Ressecção Transuretral de Próstata e à Enucleação Prostática por Holmium Laser em um hospital universitário. *RSD* [Internet]. 24 de marzo de 2023 [citado 30 de enero de 2026];12(4). Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40938>
12. Patandung R, Warli S. Outcome benefits to transurethral resection of the prostate in patients with benign prostatic hyperplasia at Medan regional hospital. *JKKI* [Internet]. 31 de agosto de 2021 [citado 2 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://journal.uin.ac.id/JKKI/article/view/18434>
13. Hilaje Y. Estudio de la calidad de vida (SF-36) de los pacientes prostatecomizados por hiperplasia benigna de próstata atendidos en el servicio de cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2008-2012. [tesis]. 2014. 2014;85.
14. Michael N, Baradhi K, Stephen L. Benign Prostatic Hyperplasia. En: *StatPearls* [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2022 [citado 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558920/>
15. Lloyd G, Ricke W, McVary K. Inflammation, voiding and BPH progression. *J Urol* [Internet]. mayo de 2019 [citado 2 de febrero de 2026];201(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7339115/>
16. Mathey L. Benign Prostatic Hyperplasia: Epidemiology, Pathophysiology, and Clinical Manifestations. En: *Molecular Mechanisms in Cancer* [Internet]. IntechOpen; 2022 [citado 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/81872>
17. Lee C, Kuo H. Pathophysiology of benign prostate enlargement and lower urinary tract symptoms: Current concepts. *Tzu Chi Med J* [Internet]. 2017 [citado 2 de febrero de 2026];29(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5509197/>
18. Foo K. Pathophysiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian J Urol* [Internet]. julio de 2017 [citado 2 de febrero de 2026];4(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5717988/>
19. Confederación Americana de Urología. Guía de Asociación Europea de Urología 2023 [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://caunet.org/guia-de-bolsillo-2023/>
20. Miernik A, Gratzke C. Current Treatment for Benign Prostatic Hyperplasia. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 13 de febrero de 2024];117(49). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8021971/>
21. EAU. Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male LUTS [Internet]. European Association of Urology; 2025 [citado 13 de febrero de 2026]. Disponible en:

<https://uroweb.org/guidelines/management-of-non-neurogenic-male-luts/chapter/disease-management>

22. Barry M, Fowler F, O'Leary M, Bruskewitz R, Holtgrewe H, Mebust W, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol.* noviembre de 1992;148(5):1549-57; discussion 1564.
23. Grupo EuroQol. Valoración – EQ-5D [Internet]. EuroQol. [citado 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://euroqol.org/information-and-support/resources/value-sets/>
24. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria.* 2001;28(6):425-9.
25. Fernández-de-las-Peñas C, Rodríguez-Jiménez J, Moro-López-Menchero P, Cancela-Cilleruelo I, Pardo-Hernández A, Hernández-Barrera V, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the EuroQol-5D-5L in previously hospitalized COVID-19 survivors with long COVID. *Sci Rep.* 23 de julio de 2022;12:12605.
26. Cabasés J. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit* [Internet]. 1 de noviembre de 2015 [citado 13 de febrero de 2024];29(6). Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-el-eq-5d-como-medida-resultados-articulo-S0213911115001673>
27. Augustovski F, Belizán M, Gibbons L, Reyes N, Stolk E, Craig B, et al. Peruvian Valuation of the EQ-5D-5L: A Direct Comparison of Time Trade-Off and Discrete Choice Experiments. *Value in Health* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 2 de febrero de 2026];23(7). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301520320994>
28. Confederación Americana de Urología. Guía de la Asociación Urológica Americana: Manejo de los Síntomas del Tracto Urinario Inferior Atribuidos a la Hiperplasia Prostática Benigna [Internet]. 2019 [citado 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://caunet.org/news/guia-stui-hpb/>
29. Moreno J. Elsevier. [citado 13 de febrero de 2024]. Guías prácticas en Urología: Hiperplasia Benigna de Próstata. Disponible en: <http://www.idytur.es/wp-content/uploads/2014/02/16111%20HBP.pdf>
30. Vela R, Martín J, Calahorra F, Damián J, Hernández A, Boyle P. [Cultural and linguistic validation, in Spanish, of the International Prostatic Symptoms Scale (I-PSS)]. *Actas Urol Esp.* septiembre de 1994;18(8):841-7.
31. Rodrigues N, de Lima M, de Andrade E, Apuzzo F, da Silva M, Davidzon I, et al. Latin American study on patient acceptance of the International Prostate Symptom Score (IPSS) in the evaluation of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Urology.* enero de 1997;49(1):46-9.
32. Estrella D. Comparación del Índice Internacional de Síntomas Prostáticos versus Escala Visual Análoga Gea® para la evaluación de los síntomas de la vía urinaria inferior. *Revista Mexicana de Urología* [Internet]. 19 de octubre de 2017 [citado 15 de febrero de 2024].

2024];77(5). Disponible en:
<https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/53>

33. Ottaiano N, Shelton T, Sanekommu G, Benson CR. Surgical Complications in the Management of Benign Prostatic Hyperplasia Treatment. *Curr Urol Rep* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 3 de febrero de 2024];23(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11934-022-01091-z>
34. Turgut Ö, Erbagcı A, Bayrak O, Seckiner I, Erturhan S, Sen H, et al. Correlation of Postoperative Outcomes According to the Amount of Prostatic Tissue Removed in Patients Undergoing Transurethral Resection of the Prostate. *Cureus* [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024];15(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9980425/>
35. Erkoc M, Otunctemur A, Besiroglu H, Altunrende F. Evaluation of quality of life in patients undergoing surgery for benign prostatic hyperplasia. *The Aging Male* [Internet]. 2 de octubre de 2018 [citado 3 de febrero de 2024];21(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1433654>
36. Badia X, Garcia-Losa M, Dal-Ré R. Ten-Language Translation and Harmonization of the International Prostate Symptom Score: Developing a Methodology for Multinational Clinical Trials. *Eur Urol*. 1997;31(2):129-40.

Anexos

Anexo N°1

| FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | | | |
|--|--|-------------------------------------|------|
| Datos generales | | | |
| N° de ficha | | | |
| Nombre de la investigadora | Joansie Sughelly Castro Acuña | | |
| Fecha de llenado | ___ / ___ /2024 | | |
| Hora de llenado | ___:___ horas | | |
| Características sociodemográficas | | | |
| Edad | años | | |
| Estado civil | <input type="checkbox"/> Soltero | | |
| | <input type="checkbox"/> Casado | | |
| | <input type="checkbox"/> Viudo | | |
| | <input type="checkbox"/> Divorciado | | |
| | <input type="checkbox"/> Conviviente | | |
| Lugar de procedencia | <input type="checkbox"/> Chiclayo | <input type="checkbox"/> Otro lugar | |
| Índice de masa corporal (IMC) | Peso: | Talla: | IMC: |
| Grado de instrucción | <input type="checkbox"/> Inicial | | |
| | <input type="checkbox"/> Primaria | | |
| | <input type="checkbox"/> Secundaria | | |
| | <input type="checkbox"/> Superior | | |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna | | |
| Características clínicas | | | |
| Fecha de hospitalización | DD/MM/AA:/...../..... | | |
| Antecedentes médicos | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | | |
| | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | | |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebro Vascular | | |
| | <input type="checkbox"/> Cáncer no urológico | | |

| | | | |
|---|--|----|----------|
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica | | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | |
| Antecedentes urológicos | <input type="checkbox"/> Cáncer urológico | | |
| | <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual | | |
| | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario | | |
| | <input type="checkbox"/> Urolitiasis | | |
| | <input type="checkbox"/> Traumatismo pélvico | | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | |
| Antecedentes familiares de neoplasias urológicas | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | | |
| | <input type="checkbox"/> Hiperplasia prostática benigna | | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | |
| Tiempo de enfermedad | | | |
| Tratamiento médico previo | <input type="checkbox"/> Alfa bloqueante | | |
| | <input type="checkbox"/> Inhibidor 5 alfa reductasa | | |
| | <input type="checkbox"/> Tratamiento bimodal | | |
| | <input type="checkbox"/> Inhibidor de 5 PDE | | |
| | <input type="checkbox"/> B3 agonista | | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | |
| Complicaciones por HBP | <input type="checkbox"/> Retención Urinaria Aguda | | |
| | <input type="checkbox"/> Retención Urinaria Crónica | | |
| | <input type="checkbox"/> Ureterohidronefrosis | | |
| | <input type="checkbox"/> ITU recurrente | | |
| | <input type="checkbox"/> Litiasis vesical | | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | |
| Uso de sonda Foley | Sí | No | |
| Tiempo de uso de sonda previa (días) | | | |
| IPSS previo | Si | No | Puntaje: |
| Tipo de sintomatología predominante | <input type="checkbox"/> De llenado | | |
| | <input type="checkbox"/> De vaciado | | |
| | <input type="checkbox"/> Mixto | | |
| Volumen prostático por ecografía | | | |
| Residuo postmiccional (ml) | | | |

| | | |
|---|--|----|
| Fecha de intervención quirúrgica | DD/MM/AA:/...../..... | |
| Tipo de intervención urológica | <input type="checkbox"/> RTUP monopolar | |
| | <input type="checkbox"/> RTUP bipolar | |
| | <input type="checkbox"/> Adenomectomía prostática transvesical | |
| | <input type="checkbox"/> Adenomectomía prostática retropúbica | |
| | <input type="checkbox"/> Otras cirugías | |
| Tiempo quirúrgico (minutos) | | |
| Complicaciones post quirúrgicas | <input type="checkbox"/> Sangrado postoperatorio | |
| | <input type="checkbox"/> Retención urinaria | |
| | <input type="checkbox"/> Infecciones de sitio quirúrgico | |
| | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | |
| | <input type="checkbox"/> Estrechez uretral | |
| | <input type="checkbox"/> Otras | |
| Necesidad de reintervención | Sí | No |
| Hospitalización postcirugía (días) | | |
| Sonda Foley posterior (días) | | |

OBSERVACIONES:

Anexo 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE TESIS

Datos informativos

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Castro Acuña Joansie Sughelly

Título: Calidad de vida y características clínicas en pacientes operados por hiperplasia prostática benigna en un hospital de Chiclayo, 2024.

Estimados pacientes:

Mi nombre es Joansie Sughelly Castro Acuña, estudiante de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Actualmente, me encuentro realizando mi proyecto de tesis titulado: **Calidad de vida y características clínicas en pacientes operados por hiperplasia prostática benigna en un hospital de Chiclayo, 2024**. Debido a ello, solicito y agradezco de antemano su participación voluntaria en mi investigación.

Propósito de estudio:

Esta investigación tiene como objetivo principal de determinar la calidad de vida y características clínicas en pacientes operados por hiperplasia prostática benigna en un hospital de Chiclayo en el año 2024.

Procedimientos:

Al participar en este estudio se le aplicarán dos cuestionarios que determinarán la calidad de vida y características clínicas de pacientes con HBP.

Riesgos:

No está previsto ningún riesgo físico o psicológico a su persona en la presente investigación.

Costos e incentivos:

No existe pago económico ni de otra índole por participar en el estudio.

Confidencialidad:

La información obtenida será empleada solo para fines de investigación, asegurando la privacidad de datos con las garantías de la legalidad vigente.

Uso de la información:

La base de datos recolectada será eliminada al terminar la investigación.

Derechos del participante:

Usted también puede retirarse de esta investigación en cualquier momento, sin sanción alguna.

Para cualquier duda, comunicarse al correo joansiec23@gmail.com.

Mediante este documento confirmo haber recibido la información, finalmente acepto participar en este estudio.

Participante:

Investigador: Joansie Sughelly

Castro Acuña

Anexo 03: Cuestionario de salud EUROQOL-5D (25)

| CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D | |
|---|--------------------------|
| Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de hoy | |
| Movilidad | |
| No tengo problemas para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo algunos problemas para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo que estar en la cama | <input type="checkbox"/> |
| Cuidado personal | |
| No tengo problemas con el cuidado personal | <input type="checkbox"/> |
| Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> |
| Soy incapaz de lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> |
| Actividades cotidianas: (p.ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre) | |
| No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| Dolor/ malestar | |
| No tengo dolor ni malestar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo moderado dolor o malestar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo mucho dolor o malestar | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedad/ depresión | |
| No estoy ansioso ni deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Estoy moderadamente ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Estoy muy ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |

**TERMÓMETRO EUROQOL DE
AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE
SALUD**

Para ayudar a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Su estado
de salud
hoy

El mejor estado
de salud
imaginable



El peor estado
de salud
imaginable

Anexo 04: Puntuación internacional síntomas prostáticos (IPSS)

(35)

| Ítems | Ninguna | Menos de 1 vez de cada 5 | Menos de la mitad de las veces | Aproximadamente la mitad de las veces | Más de la mitad de las veces | Casi siempre |
|--|---------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------|
| 1.Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar antes de dos horas después de haber orinado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| dificultad para aguantarse las ganas de orinar? | | | | | | |
| 5.Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es débil? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que levantarse a orinar durante la noche, desde que se ha acostado hasta levantarse por la mañana? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PUNTUACIÓN TOTAL DEL IPSS.....

0 a 7 = SINTOMATOLOGÍA LEVE

8 a 19 = SINTOMATOLOGÍA MODERADA

20 a 35 = SINTOMATOLOGÍA GRAVE

| Ítem | Encanta do | Muy satisfec ho | Más bien satisfec ho | Tan satisfecho como insatisfec ho | Más bien insatisfec ho | Muy insatisfec ho | Fat al |
|--|---------------|-----------------------|-------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------|-----------|
| 8.¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Anexo 05: Juicio de Expertos

El proyecto fue presentado a los 3 jurados de expertos para validación para su observación, con puntaje del 1 al 5, siendo 5 óptimo y 1 el más deficiente. Los 3 jueces consideraron el instrumento de ficha de recolección de datos con puntaje mayor a 4.

| Juez | Especialidad | Resultado |
|------------------------|---------------------|------------------|
| Hugo Delfín Ordoñez | Urología | 5 |
| Joel Acuña Gonzáles | Urología | 5 |
| Corina Salazar Alcalde | Urología | 5 |
| Total | | 5 |

Tabla. Operacionalización de variables

| Variable | Definición | Tipo por su naturaleza | Escala de medición | Dimensión | Indicador | Medio de verificación |
|--|--|------------------------|--------------------|---|--|-------------------------|
| Calidad de vida | Apreciación subjetiva que tiene una persona de su situación en la vida, enmarcada en su contexto cultural, así como la conexión con sus metas, valores, expectativas e intereses | Cuantitativa | De razón | Movilidad | Score de Cuestionario EUROQOL-5D. Valores de la variable entre 0 (muerte) y 1 (mejor calidad de vida) | Cuestionario EUROQOL-5D |
| | | | | Cuidado personal | | |
| | | | | Actividades cotidianas | | |
| | | | | Dolor/ malestar | | |
| | | | | Ansiedad/ depresión | | |
| | | | | Autovaloración de la calidad de vida con la Escala Análogo Visual | Score de la Escala Análogo Visual entre 0 (peor calidad de vida) y 100 (mejor calidad de vida) | |
| Antecedente de intervenciones urológicas | Procedimientos médicos o quirúrgicos previos relacionados con el sistema urológico | Cualitativa | Nominal | Intervenciones urológicas previas | () RTUP monopolar | Historia clínica |
| | | | | | () RTUP bipolar | |
| | | | | | () Adenomectomía prostática transvesical | |
| | | | | | () Adenomectomía prostática retropúbica | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------|----------|----------------------|---|-------------------|
| | | | | | () Otras | |
| Características sociodemográficas | Datos sociales y demográficos de un individuo | Cualitativa | De razón | Edad | Número de años | Historia clínica |
| | | | De razón | Sexo | Masculino | |
| | | | Nominal | Lugar de procedencia | Urbano | |
| | | | | | Rural | |
| | | | Ordinal | Grado de instrucción | Primaria | |
| | | | | | Secundaria | |
| | | | | | Superior | |
| Sin instrucción | | | | | | |
| Síntomas prostáticos | Características y severidad de síntomas prostáticos | Cualitativa | Ordinal | Vaciado incompleto | Puntuación internacional de síntomas prostáticos Leve: 0-7 Moderado: 8-19 Grave: 20-35 | Cuestionario IPSS |
| | | | | Frecuencia | | |
| | | | | Intermitencia | | |
| | | | | Urgencia | | |
| | | | | Chorro débil | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------------------------|--|
| | | | | Esfuerzo | | |
| | | | | Nicturia | | |
| | | | | Calidad de vida relacionada con síntomas prostáticos | Encantado | |
| | | | | | Muy satisfecho | |
| | | | | | Más bien satisfecho | |
| | | | | | Tan satisfecho como insatisfecho | |
| | | | | | Más bien insatisfecho | |
| | | | | | Muy insatisfecho | |
| | | | | | Fatal | |