



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD “ DR. ENRIQUE ORTEGA
MOREIRA ”**

RELACIÓN ENTRE EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD Y EL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON HPB: ESTUDIO TRANSVERSAL

Artículo presentado como requisito para la obtención del título:

Médico General

Por la (os) estudiante(s):

Solórzano Lumbano Juan Bosco

Bajo la dirección de:

Segundo Gonzalo Ulloa Guanín

**Universidad Espíritu Santo
Carrera de Medicina
Samborondón - Ecuador
Septiembre, 2023**

RELACIÓN ENTRE EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD Y EL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON HPB: ESTUDIO TRANSVERSAL

Solórzano, Juan B¹  0009-0007-4278-1537

Ulloa, Segundo G²  0009-0008-3714-9470

¹Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador

Fechas - Dates

Recibido: 01. Agosto.2023

Revisado: 11. Septiembre.2023

Aprobado: 26. Septiembre.2023

Resumen

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una enfermedad que aumenta la prevalencia con la edad. Los síntomas pueden empeorar dependiendo del estilo de vida. Esta investigación pretende identificar la relación entre el impacto de la enfermedad y el estilo de vida en pacientes con HPB. Investigación observacional de tipo descriptiva, transversal. De 150 pacientes entre 40-70 años asistidos en el hospital del IESS “Teodoro Maldonado Carbo” por presentar HPB entre marzo 2021 y marzo 2023 se utilizó las encuestas por vía telefónica: Escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS), cuantifica la gravedad de los síntomas en leve, moderado, grave y la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación en Adultos (CRI-A), cuantifica la forma en que aborda una situación problemática, en sí se encuentra por encima o por debajo del promedio. El índice de masa corporal (IMC), consumo de alcohol, tabaco, comorbilidades como hipertensión arterial (HTA) y diabetes Mellitus (DM) se tomaron de la base de datos AS400. La correlación se realizó por medio de la prueba exacta de Fisher. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el CRI-A y las otras variables (IMC, hábitos, comorbilidades) a excepción del IPSS ($p < 0,05$), es decir, los pacientes con un puntaje por encima del promedio tienden a presentar síntomas moderados y graves. El CRI-A no impacta en el estilo de vida de los pacientes, no obstante, a pesar de estar relacionado con el IPSS, la presencia de síntomas graves/moderados no implica cambios en el estilo de vida.

Palabras clave: Hiperplasia prostática benigna, estilo de vida, IPSS, CRI-A

Abstract

Benign prostatic hyperplasia is a disease that increases in prevalence with age. Furthermore, symptoms can get worse depending on the lifestyle. This research aims to identify the relationship between the impact of the disease and lifestyle in patients with BPH. Cross-sectional, descriptive observational study. Of 150 patients between 40-70 years

old treated at the IESS “Teodoro Maldonado Carbo” hospital for presenting BPH between March 2021 and March 2023, the surveys were conducted by telephone calls: International Prostate Symptom Scale (IPSS), quantifies the severity of the symptoms are mild, moderate, severe and the Coping and Adaptation Process Measurement Scale in Adults (CRI-A), quantifies the way in which one approaches a problematic situation, whether it is above or below average. Body mass index (BMI), alcohol consumption, tobacco consumption, comorbidities such as high blood pressure (HTN) and diabetes Mellitus (DM) were taken from the AS400 database. The correlation was performed using Fisher's exact test. No statistically significant association was found between the CRI-A and the other variables (BMI, habits, comorbidities) with the exception of the IPSS ($p < 0.05$), that is, patients with a score above the average tend to present moderate and severe symptoms. The CRI-A does not impact the patients' lifestyle; however, despite being related to the IPSS, the presence of severe/moderate symptoms does not imply changes in lifestyle.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, lifestyle, IPSS, CRI-A

Introducción

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento benigno de la próstata, de igual modo, es altamente prevalente en los hombres después de los 50 años y sus síntomas del tracto urinario inferior (STUI) pueden afectar considerablemente el estilo de vida de los pacientes (1,2).

En el Ecuador no se tiene información actualizada en cuanto a la prevalencia de la HPB, no obstante, en el año 2011 se reportó una prevalencia del 50% de los hombres mayores de 65 años (2). A nivel mundial a partir de 5 estudios diferentes basados en autopsias durante intervalos de 10 años, se muestra que la prevalencia incrementa en un 8% en hombres de 31-40 años, 40-50% en hombres de 51-60 años, 80% en hombres mayores de 80 años (3).

Mientras más graves son los síntomas, más alteraciones tendrá el paciente en el estilo de vida. Una forma de cuantificar la gravedad de los síntomas tanto irritativos (disuria, nicturia) como obstructivos (chorro débil, goteo postmiccional) es mediante la escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS), este es un cuestionario de siete preguntas que permite categorizar los síntomas en leve, moderada o grave (4,5). La manifestación de síntomas y cambios en el estilo de vida pueden influir en la manera que el paciente enfrenta una situación como la HPB, y por ende en la adherencia del tratamiento. Una forma de evaluar esto es usando la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación en Adultos (CRI-A), el cual es un cuestionario que permite evaluar la forma en cómo una persona aborda una situación problemática o de estrés, permite categorizar si se encuentra por encima o por debajo del promedio (6).

En consecuencia, de la identificación de síntomas y posibles alteraciones en el estilo de vida, el tratamiento depende de la severidad de los síntomas, estos van desde medidas conductuales, tratamiento farmacológico y quirúrgico en caso de que se presente complicaciones de la HPB (cálculos vesicales, retención urinaria, hematuria e insuficiencia renal). Las medidas conductuales consisten en cambios en el estilo de vida, como limitar la ingesta de líquidos antes de ir a dormir, reducir el consumo de alcohol, controlar el peso mediante el índice de masa corporal (IMC), ayuda a disminuir la sintomatología del paciente (6). Un ensayo aleatorio demostró que hombres con STUI que recibieron intervención que incluía consejos sobre el estilo de vida, educación, tenían una menor probabilidad de experimentar un fracaso en el tratamiento (aumento en el IPSS o necesidad de medicación) y evitar complicaciones a comparación del grupo de control (7,8).

Al ser el tratamiento de primera línea las medidas higiénico-dietéticas en pacientes con HPB, sería interesante analizar si el impacto de la enfermedad (CRI-A) influye o no, en cambios con respecto al estilo de vida (IMC, consume de alcohol, tabaco, IPSS, comorbilidades como HTA y DM) en pacientes con HPB (9). Por lo cual, el objetivo principal de este estudio es identificar la relación entre el impacto de la enfermedad y el estilo de vida en pacientes con HPB; además de identificar el estilo de vida en los pacientes

posterior a la HPB y determinar la gravedad sintomatológica en pacientes con HPB mediante el IPSS.

Para concluir, esta investigación, permitirá a los profesionales de salud abordar de manera más amplia la enfermedad, realizar futuras estrategias para pacientes con HPB y a su vez prevenir futuras complicaciones. Tomando en consideración el debido análisis de estudios relacionados y entorno a la temática expuesta.

Metodología

El enfoque de la investigación es cualitativo y estudio es observacional de tipo descriptivo de encuesta y en cuanto a la recolección de datos es transversal, ya que los datos se recolectaron una sola vez durante la investigación. Este estudio incluyó datos de hombres entre 40-70 años con diagnóstico de HBP que acudieron a consulta externa de urología al hospital del IESS “Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo de marzo 2021 hasta marzo del 2023.

Se obtuvo la autorización del hospital “Teodoro Maldonado Carbo” para realizar el estudio. Se recibió las historias clínicas de pacientes entre 40-70 años con diagnóstico de HPB entre marzo 2021 a marzo 2023, registradas en la base de datos del Sistema AS400, se excluyeron pacientes fallecidos, pacientes con cáncer de próstata, con uso de sonda urinaria, con números incorrectos, insuficiencia renal crónica estadio V e infección de vías urinarias altas y bajas. Posteriormente se excluyeron pacientes que no aceptaron participar en el estudio, o que aceptaron participar y se tenían historias clínicas incompletas en el AS400. En cuanto a otras variables del estudio (IMC, alcohol, tabaco, comorbilidades) se obtuvieron a partir del Sistema de información médica AS400.

En cuanto a la hipótesis consiste en que el impacto emocional de la enfermedad en pacientes con HPB influye en el estilo de vida.

Se realizó un cálculo del tamaño muestral con 95% del nivel de confianza y un margen de error del 5% de la base de datos del AS400, según dicho cálculo se requería incluir al menos 130 participantes. En base a esos datos se realizó en Excel un muestreo probabilístico aleatorio simple. Un total de 150 pacientes fueron contactados por vía telefónica. Previo a la aplicación de los cuestionarios (IPSS y CRI-A) se obtuvo consentimiento informado de forma verbal de cada participante del estudio.

El IPSS (Anexo 1) fue validada en español y otros idiomas en el año 1997 (10). Este cuestionario permite evaluar la gravedad de los síntomas de los pacientes durante los últimos 30 días. Este cuestionario consta de 7 preguntas, cada una con un puntaje de 0 a 5, en la que la respuesta “ninguna” corresponde a 0, “menos de 1 vez de cada 5” es acorde a 1, “menos de la mitad de las veces” equivale a 2, “aproximadamente la mitad de las veces” tiene un puntaje de 3, “más de la mitad de las veces” es acorde a 4, y “casi siempre” corresponde a 5, llegando a tener en total, una puntuación mínima de 0 y máxima de 35 (11,12). En cuanto a la gravedad de los síntomas del IPSS se categoriza como leve de 0-7 puntos, 8-19 moderado, ≥ 20 grave. En este estudio se excluyó la pregunta sobre la calidad

de vida del IPSS, ya que el estudio se enfoca en el estilo de vida y además no influye en el puntaje total de la IPSS (12,13).

El CRI-A (Anexo 2) fue validado en español en el 2010; este consta de dos partes, la primera parte del sujeto describe el problema más difícil que haya tenido los últimos 12 meses, son 10 preguntas puntuadas en la escala de Likert, las cuáles no se utilizarán debido a que están fuera del enfoque de la investigación; la segunda parte consta de 48 ítems divididos en 8 escalas, donde 4 de ellas son respuestas de aproximación (análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de guía y soporte, solución de problemas) y las 4 escalas restantes son respuesta de evitación (evitación cognitiva, aceptación o resignación, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional), cada escala consta de 6 preguntas teniendo una puntuación mínima de 0 y una máxima de 18 (12). Cada pregunta tiene puntaje de 0 a 3, en la que la respuesta “no” corresponde a 0, “Si, una o dos veces” corresponde a 1, “algunas veces” corresponde a 2 y “muchas veces” corresponde a 3 (11). En cuanto a su interpretación se obtiene acorde a las puntuaciones directas: ≥ 66 equivalente a “Considerablemente por encima del promedio”, 60-65 equivalente a “Bastante por encima del promedio”, 55-59 equivalente a “Algo por encima del promedio”, 46-54 equivalente a “Promedio”, 41-45 equivalente a “Algo por debajo del promedio”, 35-40 equivalente a “Bastante por debajo del promedio y ≤ 34 equivalente a “Considerablemente por debajo del promedio”. Participantes en caso de que ciertas preguntas no les aplica o las dejan vacías, si es 1 ítem sin responder, se multiplicará el sumario obtenido en la escala por 1.2; si son 2 ítems por 1.5; 3 o más ítems dicha escala ya no es evaluable (14).

Estas variables se empezaron a tabular mediante el programa Microsoft Excel, y posteriormente esos datos tabulados se trasladaron hacia el programa estadístico SPSS (Programa Estadístico para las Ciencias Sociales).

Resultados

Las características de los pacientes que acudieron a consulta externa de urología al hospital del IESS “Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo de marzo 2021 hasta marzo del 2023 se muestran en la tabla 1. La media de edad de los pacientes fue de 62,47 años (DE:5,66) con un rango entre 41 y 70 años. La categoría de IMC más frecuente fue sobrepeso (46,7%), seguida de la obesidad (28%) y, finalmente, el IMC normal (25%). El 66% de los pacientes presentaban algún tipo de comorbilidad representaba 99 pacientes, 66 de ellos tienen HTA, 12 pacientes tienen DM y ambas enfermedades representaba 21 pacientes, en cuanto a los hábitos casi el 13% referían beber alcohol y tan solo el 2% referían consumo de tabaco. Con respecto a los síntomas, el 51% refería presentar síntomas de moderada intensidad, mientras que aquellos con síntomas leves y graves representaban un 24%. El puntaje medio del IPSS fue de 13,69 (DE: 7,46) con un rango entre 1 y 35 puntos y una mediana de 13 puntos. Finalmente, el CRI-A mostró que más de la mitad de los pacientes (69%) presentaban un puntaje por encima del promedio; el puntaje medio fue de 61,97 (DE: 16,18) con un rango entre 24 y 97 puntos y una mediana de 63 puntos.

Tabla 1. Características de los participantes

<i>Variables</i>	<i>Opciones</i>	<i>Recuento</i>	<i>Porcentaje</i>
IMC	Normal	38	25,33%
	Sobrepeso	70	46,67%
	Obesidad grado I	36	24,00%
	Obesidad grado II	6	4,00%
Comorbilidades	No	51	34,00%
	Sí	99	66,00%
Alcohol	No	131	87,33%
	Sí	19	12,67%
Cigarrillo	No	147	98,00%
	Sí	3	2,00%
IPSS	Leve	36	24,00%
	Moderado	77	51,33%
	Grave	37	24,67%
CRI-A	Considerablemente por debajo del promedio	5	3,33%
	Bastante por debajo del promedio	10	6,67%
	Algo por debajo del promedio	11	7,33%
	Promedio	20	13,33%
	Algo por encima del promedio	16	10,67%
	Bastante por encima del promedio	26	17,33%
	Considerablemente por encima del promedio	62	41,33%

Se relaciona cada variable (IMC, comorbilidades, hábitos, IPSS) con las categorías del CRI-A por medio de la prueba exacta de Fisher. Tal como se muestra en la tabla 2, ninguna de las variables, con excepción del IPSS ($p < 0,05$), se relacionaron con el CRI-A. Es decir, se acepta la hipótesis nula de que el CRI-A no tiene relación en el estilo de vida en las variables del IMC, comorbilidades y hábitos ya que el valor de $p > 0,05$. No obstante, en cuanto al IPSS se rechaza la hipótesis nula, demostrando una relación entre el CRI-A y el IPSS, ya que pacientes con un puntaje por encima del promedio tienden a presentar síntomas moderados y graves. Mientras que pacientes con síntomas leves tienden a un puntaje por debajo del promedio. Esta relación se puede reconocer en la figura 1.

Adicionalmente, se analizó la relación que existe entre los hábitos y la categoría de IPSS. No se observó relación entre el consumo de alcohol ni el consumo de cigarrillo y las categorías del IPSS. ($p=0,058$ y $p=0,612$).

Tabla 2. Relaciones entre las variables y el CRI-A

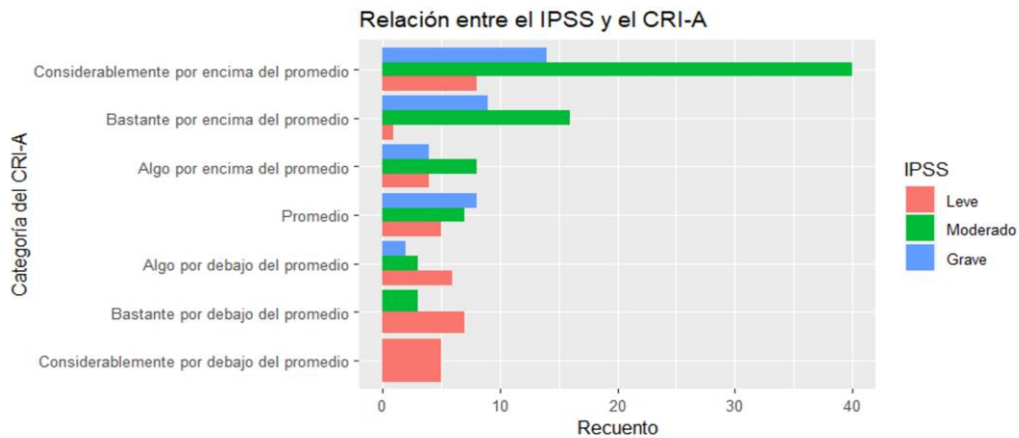
Variables	Opciones	Considerablemente por debajo del promedio	Bastante por debajo del promedio	Algo por debajo del promedio	Promedio	Algo por encima del promedio	Bastante por encima del promedio	Considerablemente por encima del promedio	p valor*
Comorbilidades	No	2 (40%)	3 (30%)	4 (36,36%)	7 (35%)	2 (12,5%)	8 (30,77%)	25 (40,32%)	0,556
	Sí	3 (60%)	7 (70%)	7 (63,64%)	13 (65%)	14 (87,5%)	18 (69,23%)	37 (59,68%)	

Alcohol	No	4 (80%)	9 (90%)	11 (100%)	17 (85%)	15 (93,75%)	23 (88,46%)	52 (83,87%)	0,801
	Sí	1 (20%)	1 (10%)	0 (0%)	3 (15%)	1 (6,25%)	3 (11,54%)	10 (16,13%)	
Cigarrillo	No	4 (80%)	10 (100%)	11 (100%)	19 (95%)	15 (93,75%)	26 (100%)	62 (100%)	0,074
	Sí	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (6,25%)	0 (0%)	0 (0%)	
IMC	Normal	3 (60%)	2 (20%)	3 (27,27%)	8 (40%)	2 (12,5%)	6 (23,08%)	14 (22,58%)	0,518
	Sobrepeso	1 (20%)	3 (30%)	7 (63,64%)	6 (30%)	8 (50%)	14 (53,85%)	31 (50%)	
	Obesidad grado I	1 (20%)	5 (50%)	1 (9,09%)	5 (25%)	6 (37,5%)	4 (15,39%)	14 (22,58%)	
	Obesidad grado II	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	2 (7,69%)	3 (4,84%)	
IPSS	Leve	5 (100%)	7 (70%)	6 (54,54%)	5 (25%)	4 (25%)	1 (3,85%)	8 (12,9%)	<0,001**
	Moderado	0 (0%)	3 (30%)	3 (27,27%)	7 (35%)	8 (50%)	16 (61,54%)	40 (64,52%)	
	Grave	0 (0%)	0 (0%)	2 (18,18%)	8 (40%)	4 (25%)	9 (34,62%)	14 (22,58%)	

*p valor calculado por medio de la prueba exacta de Fisher

**p valor < 0,05

Figura 1. Relación entre el IPSS y el CRI-A



Se realizó un análisis de subgrupos de acuerdo con la edad. Por lo tanto, se dividió la muestra en dos categorías: 40-60 años y 61-70 años. Los análisis de subgrupos no otorgaron ninguna relación significativa ($p > 0,05$). Con excepción de la relación entre el IPSS y el CRI-A. Esta relación se conservó significativamente en el grupo de entre 61-70 años ($p < 0,001$), a diferencia de lo encontrado en el grupo de 40-60 años ($p = 0,322$). Las figuras 2 y 3 muestran la relación entre el IPSS y el CRI-A en los subgrupos de 40-60 años y 61-70 años, respectivamente.

Figura 2. Relación entre el IPSS y el CRI-A subgrupo 40-60 años.

Subgrupo 40-60 años

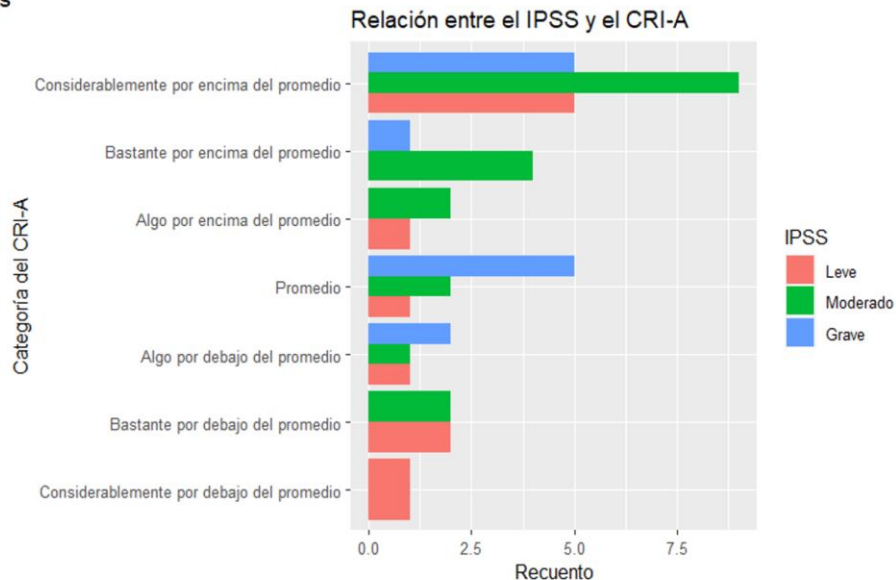
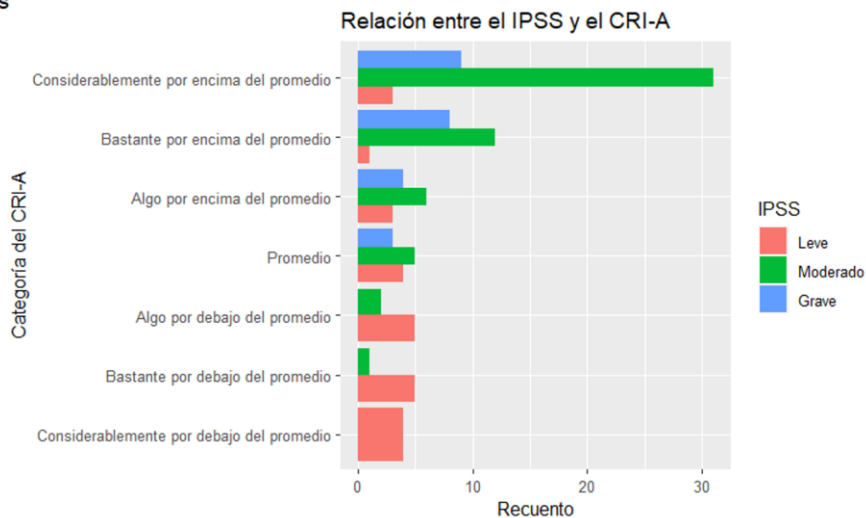


Figura 3. Relación entre el IPSS y el CRI-A subgrupo 61-70 años

Subgrupo 61-70 años



Discusión

La prevalencia de la HPB aumenta con la edad, por lo tanto, es fundamental evaluar el impacto de la enfermedad con el fin de determinar si esta influye en el estilo de vida de los pacientes, objeto de análisis, debido a que las medidas higiénico-dietéticas comprenden el tratamiento de primera línea.

En cuanto al CRI-A, este cuestionario se ha utilizado en diferentes situaciones o enfermedades, tales como pacientes que han sido sometidos a un trasplante renal, pacientes diagnosticados de diabetes, VIH, esclerosis múltiple, pacientes oncológicos, esto con el fin de decidir qué estrategias realizar para tener un mejor manejo en cuanto a la enfermedad y

al paciente, no obstante, este cuestionario, no ha sido utilizado en pacientes con hiperplasia prostática benigna, por lo cual, sería el primero en su tipo tanto a nivel nacional como internacional (15–17).

Tomando en consideración la falta de estudios disponibles que establezcan una relación entre el CRI-A y el estilo de vida en pacientes con HPB, se comparó las variables (IMC, comorbilidades, alcohol, tabaco, IPSS) utilizadas con respecto a otros estudios realizados en Ecuador.

No hay muchos estudios en el Ecuador actualizados con respecto al IMC en pacientes con HPB, no obstante, un estudio realizado en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del cantón Machala durante el período de septiembre 2019 – febrero 2020, la mayoría de los pacientes presentaban sobrepeso un 59%, mientras que la obesidad un 28% y el 12 % normal (18). Se encontraron resultados similares con un estudio en Perú titulado “Relación del síndrome metabólico en pacientes con hiperplasia benigna de próstata atendidos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, 2018-2019”, en el cual la mayoría de los pacientes presentaban sobrepeso en 59%, seguido por obesidad en 25% y normal en un 15%. Ambos estudios tienen similitud con los resultados que se obtuvieron, coincidiendo en un mayor porcentaje de pacientes con sobrepeso (46%), obesidad un 28% y por normal en un 25% (19).

De igual manera, los hábitos como variable se encuentra resultados similares en el porcentaje del consumo de alcohol y de cigarrillo con otros estudios, dado que, en este estudio, el 87% (n=131) no consume alcohol, representando, la mayoría de los pacientes. Similar a un estudio realizado en el cantón 24 de mayo en el año 2019, el cual incluyó a 214 pacientes, con una mayoría del 62% de pacientes que no consumen alcohol, mientras que un menor porcentaje de 38% si refiere consumir alcohol. Por ultimo y con respecto, al hábito de fumar, de los 150 pacientes el 98% (n=147) no poseen este hábito y tan solo el 2% refirió afirmativamente, por ende, y en concordancia con el estudio realizado en el cantón 24 de mayo, en el que el 86% no tiene el hábito de fumar, mientras que el 14% si, es evidente que no es tan común el hábito de fumar en estos pacientes (20).

Con respecto al IPSS, de los 150 pacientes que se incluyeron en el estudio, el 51% (n=77) corresponde a pacientes con sintomatología moderada, no obstante, se encontró porcentajes similares en cuanto a la sintomatología leve en un 24% (n=36) y grave en un 24.67 % (n=37), hay que tomar en consideración que hace 2 años algunos pacientes con síntomas severos acabaron desarrollando retención aguda de orina o terminaron realizándose una cirugía urológica prostática, por lo cual fueron excluidos en este estudio, lo cual podría explicar los porcentajes similares entre pacientes leves y graves. En cuanto a otros estudios como el de “Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior” realizado en la parroquia Javier Loyola, el cual incluyó a un total de 116 pacientes. En este estudio se encontró diferencias en cuanto a los resultados, porcentajes son similares entre pacientes leves en un 38% (n=45) y moderado en un 46% (n=46), mientras que en menor porcentaje un 21% (n=25) con síntomas severos. Además, en cuanto a las comorbilidades, se encontró resultados similares al estudio realizado en la parroquia

Javier Loyola, de los 150 pacientes que se incluyeron en el estudio se encontró que un 66% (n=99) si presentaron comorbilidades (HTA y DM), mientras que el 34% restante no presentó comorbilidades, en cuanto al otro estudio, un 44% de pacientes presentaron hipertensión arterial o diabetes (21).

Es importante mencionar que este estudio proporciona información útil sobre todo en el estilo de vida de los pacientes con HPB en el Ecuador. El CRI-A se encuentra relacionado con el IPSS, ya que observamos un mayor impacto emocional en la manera que aborda la HPB en mayor medida en pacientes con síntomas moderados y graves. Sin embargo, en pacientes con síntomas leves, existe un menor impacto emocional evidente, dando a entender que los pacientes en esta categoría no le dan la importancia o ni siquiera llegan a pensar en la enfermedad, siendo muy preocupante este aspecto, ya que, al tener esa percepción, puede ocasionar que estos pacientes en un futuro progresen a un IPSS moderado o grave de manera más rápida.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el encuestado puede aportar información incorrecta por diversos motivos (no recordar, no comprender la pregunta, entre otras). Al ser considerado un tema delicado para algunos pacientes, hay que tener precaución con las palabras que se utilizan, y explicar de la manera más sencilla en qué consiste el estudio, para evitar que el encuestado cuelgue la llamada.

Una de las limitaciones del estudio es que hay poca fiabilidad en cuanto a las respuestas, ya que, al no establecer contacto personal, no hay manera de comprobar que la información sea verídica.

El CRI-A al ser un cuestionario extenso, el cansancio del interrogatorio puede influir en la respuesta del encuestado, con el fin de terminar de rápido la encuesta, originando respuestas falsas que pueden alterar el estudio.

Al ser un estudio transversal, es imposible determinar una secuencia temporal evidente entre las distintas variables, debido a que la medición se realiza de manera simultánea. Además que si se realizan los mismos cuestionarios durante otro momento, el resultado puede ser diferente (22).

Conclusiones

Independientemente del impacto del CRI-A, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con respecto al estilo de vida (IMC, hábitos, comorbilidades) a excepción del IPSS, sin embargo, a pesar de que los pacientes tienen síntomas moderados/graves, y una respuesta por encima del promedio en cuanto al CRI-A, no realizan cambios en el estilo de vida (tener un peso saludable, evitar hábitos como consumo de alcohol o cigarrillo), causando un deterioro progresivo en cuanto a los síntomas. Al no cumplir con las indicaciones en cuanto a las medidas higiénico-dietéticas por parte de los pacientes, habría que hacer énfasis en cuanto a sus beneficios independientemente del grado de IPSS y el CRI-A. Dada la relevancia que posee los resultados obtenidos es factible que este tema de investigación sea socializado a la comunidad y consecuentemente

investigado desde otras variables que afecten el estilo de vida como la afectación del sueño, afectación de la vida sexual, infecciones, entre otras.

Referencias

1. Park S, Ryu J min, Lee M. Quality of Life in Older Adults with Benign Prostatic Hyperplasia. *Healthcare*. junio de 2020;8(2):158.
2. Mosquera Andrade MT, Pachar Benítez LK. Prevalencia de hiperplasia prostática benigna en pacientes mayores a 40 años de consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca. 2016 - 2018 [Internet] [bachelorThesis]. 2019 [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/33449>
3. Epidemiology and pathophysiology of benign prostatic hyperplasia - UpToDate [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathophysiology-of-benign-prostatic-hyperplasia?search=%20BPH&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=1#H3844110615
4. Conchado-Martínez J, Alvarez-Ochoa R, Guevara CS, Conchado-Martínez J, Alvarez-Ochoa R, Guevara CS. Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. marzo de 2021 [citado 1 de agosto de 2023];37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252021000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia - UpToDate [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?search=lifestyle%20and%20symptomatology%20in%20patients%20with%20BPH&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank%20=1#H3844110615
6. Clinical manifestations and diagnostic evaluation of benign prostatic hyperplasia - UpToDate [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation-of-benign-prostatic-hyperplasia?search=lifestyle%20and%20symptomatology%20in%20patients%20with%20BPH&source=search_result&selectedTitle%20=5~150&usage_type=predeterminado&display_rank=5
7. Lower urinary tract symptoms in males - UpToDate [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-males?search=%20BPH&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5

8. Ng M, Baradhi KM. Benign Prostatic Hyperplasia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558920/>
9. Test de síntomas urinarios/ prostáticos | Cuestionario IPSS - Clínica Urosur [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicaurosor.com/blog/test-de-sintomas-urinarios-prostaticos-cuestionario-ipss>
10. Badía X, García-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.
11. Muñoz DG. ¿Qué es el cuestionario IPSS? [Internet]. *Urólogo en Madrid - Urología Madrid.* 2018 [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.urologosmadrid.com/medir-sintomas-prostaticos-ipss/>
12. CRI-A. Inventario de Respuestas de Afrontamiento [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://web.teaediciones.com/CRI-A--INVENTARIO-DE-RESPUESTAS-DE-AFRONTAMIENTO.aspx>
13. María I, Claudia M. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO DE MOOS (CRI-A) PARA ADULTOS.
14. Ferreira E. 1. Afrontamiento del estrés. 2022; Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/182806/1/CRI-A%20Evaluacion%20del%20afrentamiento%20del%20estres.pdf>
15. Salazar Bautista KL. Estrategia psicoterapéutica basada en el afrontamiento socioafectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH del hospital referencial de Ferreñafe. *Repos Inst - USS* [Internet]. 2019 [citado 1 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/7268>
16. Apoyo social y afrontamiento en pacientes con diabetes Mellitus tipo II, del centro de Salud la Libertad; 2021 [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/5231>
17. Hryb J, Chiganer E, Giachello S, Henestroza P, Di Pace JL, Lessa C, et al. Aspectos del estilo de vida en personas con esclerosis múltiple antes y durante la pandemia COVID-19: resultado de una encuesta en Argentina. *Neurol Argent.* 2022;14(1):1-7.
18. Hidalgo Navarro AN. Correlación entre diagnóstico tardío de la hiperplasia prostática benigna y síntomas de retención urinaria, estudio realizado en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del cantón Machala período : septiembre 2019 – febrero 2020 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2020 [citado 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52340>

19. Castro Espinoza MJ. Relación del síndrome metabólico en pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata atendidos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna, 2018 - 2019. Univ Priv Tacna [Internet]. 2020 [citado 1 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1574>
20. Burgos Cedeño BS, Ortega Madrid WL, Durán Pincay YE. Factores de riesgo por niveles de antígeno prostático en adultos mayores en el Ecuador. Polo Conoc Rev Científico - Prof. 2020;5(3):389-412.
21. Conchado-Martínez J, Alvarez-Ochoa R, Guevara CS. Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior. Rev Cuba Med Gen Integral. 2021;37(1):1-14.
22. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Cross-sectional studies. Rev Fac Med Humana. 12 de enero de 2021;21(1):164-70.

Anexo 1

Tabla 2. International Prostate Symptoms Score (IPSS)						
A. SÍNTOMAS URINARIOS (CRITERIOS PARA CLASIFICACIÓN DE SÍNTOMAS)	NUNCA	MENOS DE 1 POR CADA CINCO VECES	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	ALREDEDOR DE LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Vaciamiento incompleto Durante el mes pasado, ¿cuántas veces tuvo la sensación de no poder vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Frecuencia Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar de nuevo en menos de 2 horas después de la micción anterior?	0	1	2	3	4	5
3. Intermitencia Durante el último mes, ¿cuántas veces le pareció que acababa la micción y volvía a empezar varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. Urgencia Durante el último mes, ¿cuántas veces le ha sido difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5
5. Chorro débil Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido disminución en el chorro de la orina?	0	1	2	3	4	5
6. Esfuerzo Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que esforzarse o empujar para iniciar la micción?	0	1	2	3	4	5
	Para nada	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nicturia Durante el último mes, ¿cuántas veces va habitualmente al baño entre que se acuesta y se levanta?	0	1	2	3	4	5
						Puntuación total del I-PSS,S.

Anexo 2

- 0 Si su respuesta es NUNCA.**
- 1 Si su respuesta es UNA O DOS VECES.**
- 2 Si su respuesta es ALGUNAS VECES.**
- 3 Si su respuesta es MUCHAS VECES.**

	0	1	2	3
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas?				
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?				
3. ¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?				
4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?				
5. ¿Trató de olvidar todo?				
6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido o triste?				
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?				
11. ¿Habló con algún amigo de estos problemas?				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas?				
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?				
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19. ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc)?				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?				
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24. ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27. ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28. ¿Trató de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes?				
29. ¿Evitó pensar en el problema, aún sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30. ¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer?				
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?				
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37. ¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?				
39. ¿Le dedicó más tiempo actividades recreativas?				
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42. ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?				
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44. ¿Tomó las cosas de una por vez?				
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				

ESCALA	ITEMS
Análisis Lógico (AL)	1, 9, 17, 25, 33, 41
Reevaluación positiva (RP)	2,10,18,26,34,42
Búsqueda de guía y soporte (BG)	3,11,19,27,35,43
Solución de problemas (SP)	4,12,20,28,36,44
Evitación cognitiva (EC)	5,13,21,29,37,45
Aceptación-resignación (AR)	6,14,22,30,38,46
Búsqueda de recompensas alternativas (BR)	7,15,23,31,39,47
Descarga emocional (DE)	8,16,24,32,40,48