



"Año de la Unidad, Paz y del Desarrollo"

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

INFORME N° 0357-DJDC-OGYGE-FMHU-UNFV

Para : Mg. PANZERA GORDILLO DANTE CARLOS
Jefe (e) de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado- FMHU

Asunto : Verificación de Antiplagio
APOLINARIO SICCHE, DIANA CAROLINA

Referencia : Correo electrónico de fecha 01/08/2023

Fecha : 2 de Agosto de 2023

Me dirijo a usted con un saludo cordial y a la vez, en atención al correo de la referencia, se remite el resultado del primer análisis de similitud TURNITIN correspondiente al trabajo presentado por APOLINARIO SICCHE, DIANA CAROLINA: **"COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA ADENECTOMÍA TRANSVESICAL COMO MANEJO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA EN COMPARACIÓN CON LA RESECCIÓN TRANSURETRAL, EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"**

Al respecto, cabe manifestar que el trabajo antes mencionado **cumple con el porcentaje de similitud permitido (22%)**, por lo que el graduando puede continuar con el trámite correspondiente.

Así mismo para tener acceso al análisis, se adjunta el archivo PDF de Turnitin.

Sin otro particular, quedo de usted, no sin antes expresarle la muestra de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

Bach. DEMETRIO JOSEPH DÍAZ COBA

Responsable del Uso del Sistema de Análisis de Similitud

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA ADENECTOMÍA TRANSVESICAL COMO MANEJO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA EN COMPARACIÓN CON LA RESECCIÓN TRANSURETRAL, EN EL

Fecha de entrega: 02-agosto-2023 04:50p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2140548074

Nombre del archivo: TESIS-APOLINARIO.docx (176.92K)

Total de palabras: 9612

Total de caracteres: 54424

BERNALES,

por Diana Carolina Apolinario Sicche

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la prevalencia de las complicaciones postquirúrgicas que produce la adenectomía transvesical como manejo de hiperplasia benigna prostática en comparación con la resección transuretral, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante enero a diciembre 2022.

Metodología: El presente proyecto es descriptivo, corte transversal y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 156 pacientes postadenectomía por hiperplasia benigna de próstata en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. **Resultados:** Los pacientes sometidos a una adenectomía transvesical como manejo de la hiperplasia benigna de próstata presentaron complicaciones inmediatas en un 14% (n=13), siendo más frecuente la hematuria (53,8%, n=7); las complicaciones mediadas en un 25.9% (n=24) como infección del tracto urinario (50%, n=12) y complicaciones tardías en un 11,8% (n=11) prevaleciendo la incontinencia urinaria (54.5%, n=6). De los pacientes sometidos a una resección transuretral como manejo de la hiperplasia benigna de próstata padecieron de complicaciones inmediatas en un 22% (n=13) como hematuria (38,4%, n=5); las complicaciones mediadas en un 17% (n=10) como infección del tracto urinario con un 100% (n=10); y complicaciones tardías en un 8,5% (n=5) tales como esclerosis de cuello vesical (60%, n=3) **Conclusión:** La prevalencia de las complicaciones postquirúrgicas luego de una adenectomía transvesical fue del 31.6%, siendo mayor a la producida después de una resección transuretral (18,4%).

1
Palabras clave: hiperplasia benigna de próstata, complicaciones postquirúrgicas, resección transuretral, adenectomía transvesical

ABSTRACT:

Objective: To determine the prevalence of post-surgical complications caused by transvesical adenectomy as a management of benign prostatic hyperplasia in comparison with transurethral resection, at the Sergio E. Bernales National Hospital from January to December 2022.

Methodology: This project is descriptive, cut cross-sectional, retrospective. The sample consisted of 156 patients who underwent adenectomy for benign prostatic hyperplasia at the Sergio E. Bernales National Hospital. **Results:** Patients who underwent a transvesical adenectomy as management of benign prostatic hyperplasia presented immediate complications in 14% (n=13), hematuria being more frequent (53.8%, n=7); mediate complications in 25.9% (n=24) such as urinary tract infection (50%, n=12) and late complications in 11.8% (n=11) prevailing urinary incontinence (54.5%, n=6). Of the patients who underwent transurethral resection for management of benign prostatic hyperplasia, 22% (n=13) suffered from immediate complications such as hematuria (38.4%, n=5); mediate complications in 17% (n=10) as urinary tract infection with 100% (n=10); and late complications in 8.5% (n=5) such as bladder neck sclerosis (60%, n=3).

Conclusion: The prevalence of post-surgical complications after a transvesical adenectomy was 31.6%, being higher than the produced after a transurethral resection (18.4%).

Key words: benign prostatic hyperplasia, postoperative complications, transurethral resection, transvesical adenectomy.

10
I.**INTRODUCCIÓN****1.1.Descripción y formulación del problema*****1.1.1. Descripción del problema:***

La hiperplasia benigna de próstata es la neoplasia benigna más frecuente en el hombre,
 1 prevalece en un 50% en varones de 51-60 años y superior al 90% en varones mayores de 80 años.
 Esta patología se evidencia clínicamente a través de los síntomas del tracto urinario inferior como
 son polaquiuria, disuria, nicturia, urgencia miccional e incontinencia urinaria de urgencia,
 21 descenso de la dimensión del chorro, pujo, vacilación, pérdida involuntaria de la micción, goteo posmictacional, tenesmo vesical e incontinencia urinaria. (McAninch, 2013).

Los pacientes diagnosticados con esta patología suelen recibir un tratamiento multimodal, que pasa desde la modificación del estilo de vida, de alimentación, agentes farmacológicos y como última escala el manejo quirúrgico (Dombier, 2020). Existen diferentes técnicas quirúrgicas para el abordaje operatorio de la hiperplasia benigna de próstata, sin embargo, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales se realiza principalmente dos técnicas quirúrgicas para la adenectomía prostática que 7 son la resección transuretral de próstata y la adenectomía transvesical de próstata, siendo esta última la técnica abierta.

Por otro lado, se han descrito complicaciones asociadas a los procedimientos quirúrgicos, los cuales se pueden dividir de acuerdo con el tiempo en el que se presentan, clasificándose como complicaciones inmediatas, mediáticas y tardías, según se presenten en las primeras 48 horas, entre las 48 horas y 30 días; y posterior a los 30 días respectivamente. (Egas, 2019)

En consecuencia, se ha realizado el presente estudio con el fin de determinar la prevalencia de las complicaciones postquirúrgicas que produce la adenectomía transvesical como manejo de

hiperplasia benigna prostática en comparación con la resección transuretral, ²⁶ en el Hospital

Nacional Sergio E. Bernales de enero a diciembre 2022. Con lo cual se obtendrá información

¹acerca de las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes en relación con las dos técnicas quirúrgicas mencionadas permitiendo así prevenir la aparición de complicaciones postquirúrgicas o la aceleración de la recuperación de alguna, como servir de antecedente para futuros trabajos de ¹⁰investigación de la misma línea. Por lo expuesto se plantea la siguiente pregunta:

1.1.2. Formulación del problema:

¿Cuáles es la prevalencia de las complicaciones postquirúrgicas de la adenectomía transvesical como manejo de la hiperplasia benigna prostática en comparación con la resección transuretral, ²⁰en el hospital nacional Sergio E. Bernales, durante enero a diciembre del 2022?

³1.2. Antecedentes:

1.2.1. Antecedentes internacionales

Ou, R. et al (2010) en su artículo "Un ensayo aleatorizado de prostatectomía transvesical ²⁷versus resección transuretral de la próstata para próstata de más de 80 ml" comparan la seguridad y la eficacia de la prostatectomía transvesical y la resección transuretral de la próstata para próstata ³⁴de más de 80 ml ⁷³en un ensayo prospectivo aleatorizado. En el ensayo se trabajó con una muestra de 80 pacientes con obstrucción urodinámica a quienes se les hizo un seguimiento a los 3 y 12 meses postadenectomía prostática, pero solo completaron el estudio 69 pacientes, de los cuales se registró un total de 13 pacientes con eventos adversos en el grupo post resección transuretral prostática, siendo mayoritario por transfusión sanguínea(5 pacientes), estenosis uretral(2 pacientes) e infección del tracto urinario (2 pacientes); y un total de 9 pacientes con complicaciones en el grupo sometido a adenectomía transvesical, siendo principal por transfusión sanguínea(4 pacientes) e infección del tracto urinario (4 pacientes).

Ugwumba FO, Ozoemena OF, et al (2014). En su artículo “Prostatectomía transvesical en el manejo de la hiperplasia prostática en un país en vías de desarrollo”. Tiene como objetivo describir su experiencia con respecto a la eficacia, el perfil de complicaciones y el resultado de la prostatectomía transvesical en la terapia de la HBP. Desarrollaron un estudio observacional retrospectivo en 3 centros de tercer nivel con 297 pacientes, de los que se reportó complicaciones en un 84.4%, siendo más frecuente litiasis vesical (16.5%), seguido de la retención de coágulos (13.5%), infección urinaria (12.7%), infección en la herida operatoria (12.1%).

Yunusa B, et al (2019) en su artículo “El resultado de la prostatectomía transvesical: un estudio retrospectivo multicéntrico” su objetivo principal fue compartir los resultados perioperatorios de la prostatectomía transvesical abierta durante un año en dos centros de Monrovia Liberia, mediante un estudio retrospectivo multicéntrico, teniendo en consideración un total de 31 pacientes de muestra. Dando como resultado que la tasa de complicaciones posoperatorias fue del 38,7 %, siendo las más comunes la infección del sitio operatorio 16,1 % (5/31) y las retenciones de coágulos 9,7 % (3/31), también se presentó una alta tasa de transfusión de 77,4% (24/31) pacientes.

Beyene A., et al (2021) en su artículo “Una comparación retrospectiva de los resultados quirúrgicos y tempranos de la prostatectomía suprapública transvesical (PSTV) y la resección transuretral de la próstata (RTUP)”. Tiene como principal objetivo describir y comparar las complicaciones perioperatorias y tempranas de PSTV y RTUP en quienes padecieron de hiperplasia benigna de próstata, para lo cual utilizaron el método descriptivo retrospectivo en un hospital. La muestra del estudio se constituyó de un total de 142 pacientes distribuido aleatoria y equitativamente en ambos grupos. En dicho estudio se encontró la urgencia miccional (29.2%) en ambos grupos, incontinencia urinaria de 18.1% en el grupo de PSTV, y de 2.8% en el grupo de

RTUP: infección del tracto urinario 6.9% en PSTV y de 1.4% en RTUP, retención de coágulos de 1.4% en RTUP y de 0 en PSTV.

Gideon C., Edoka J. et al (2021), ⁶⁴ "Manejo quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna en Nigeria: Prostatectomía abierta vs resección transuretral de próstata". Su objetivo principal fue ²¹ comparar los resultados perioperatorios a corto plazo y las complicaciones ³⁴ de la prostatectomía abierta y la resección transuretral de la próstata (RTUP), por medio del estudio observacional retrospectivo. Se estudiaron a 59 pacientes siendo 29 intervenidos por prostatectomía abierta y 30 a RTUP. En los pacientes que se sometieron a prostatectomía abierta, se requirió transfusión de sangre en cuatro pacientes (13,8 %), incontinencia posoperatoria en 4 (13,8 %), Orquiepididimitis (10.3%), y retención de coágulos en un 6.9%, mientras que no hubo transfusiones ni incontinencia posoperatoria en el grupo de RTUP. En los postoperados por RTUP su principal complicación fue la Orquiepididimitis (16.7%), y la retención de coágulos (6.7%), además la tasa de reoperación fue del 3,3%, la estenosis del cuello vesical del 3,3% y la estenosis de uretra del 3,3%.

⁷ Flores L. (2019) en su tesis "Complicaciones post resección transuretral de próstata en ² pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el periodo enero 2016-diciembre 2017", con el objetivo de describir las principales complicaciones post ⁷ resección transuretral de próstata, a través de su estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal; para lo cual tomaron una muestra de 160 pacientes, evidenciándose más complicaciones en los sometidos a la técnica monopolar (23.8%), en comparación con la bipolar (8.8%); así mismo se observaron el 9.4% resultó con ITU, el 8.8% retención urinaria, un 5% estenosis de cuello vesical, 4.4% hemorragia, 1.3% síndrome resección transuretral prostática, y un 0.6% incontinencia urinaria.

Camacho J. (2022) en su tesis de grado ¹³ "Complicaciones en pacientes postoperatorios de prostatectomía abierta y transuretral en el Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro". Realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, con un total ⁷⁰ de muestra de 63 pacientes, de los cuales a 32 se les realizó la resección transuretral Prostática y a 31 la adenectomía transvesical, obteniéndose como resultado las complicaciones más frecuentes de la resección transuretral prostática estenosis uretral en un 12.5 %, hemorragia 6.3%, retención aguda de orina en un 6.3%, mientras que en la cirugía abierta se obtuvo que un 22.6% de retención aguda de orina, estenosis uretral en un 12.9%, incontinencia urinaria en un 12.9%, hemorragia 9.7%.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Llontop J. y Ludeña R. (2015). En su tesis para la alcanzar el grado de bachiller ¹ "Complicaciones postoperatorias de la hiperplasia Benigna de Próstata en el Hospital Luis Heysen Inchaustegui durante el periodo de enero 2012- diciembre 2014". Realizó un estudio retrospectivo que contó con una muestra de 201 personas sometidos a adenectomía de la próstata suprapúbica transvesical, retropública y la transuretral; distribuyéndose 161 (80.1%), 34 (16.9%) y 6 (3%) pacientes respectivamente en cada técnica. Las complicaciones en el postoperatorio inmediato ¹ fueron la retención urinaria por coágulos en el grupo de la adenectomía transvesical (7.5%), ⁸ mientras que los sometidos a RTUP (5.9%); en lo referente a las complicaciones mediatas, la ⁸ infección del tracto urinario fue la principal con un 26.5%, en los pacientes con RTUP, y de 8.1% en los pacientes con adenectomía transvesical; en cuanto a las complicaciones tardías, destacó la estrechez uretral con un 44% en pacientes con RTUP y en la transvesical de 12.4%.

Salirrosas V. (2018) En su tesis de grado: ⁹ "Estrechez del cuello vesico-uretral en pacientes post operados de hiperplasia Benigna de Próstata según tres técnicas quirúrgicas en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2010-2015". Tuvo la finalidad de determinar la menor incidencia ⁸

de estrechez del cuello vesico-uretral en pacientes postoperados por Hiperplasia Benigna de próstata (HBP) con la adenectomía más capsulectomía posterior en comparación con las técnicas Adenectomía transvesical y Resección Transuretral de Próstata.⁵⁴ Para lo cual se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, cohortes retrospectivo, se seleccionó un total de 412 pacientes postoperados de HBP, de los cuales 293 fueron sometidos a adenectomía más capsulectomía posterior; 36, a la adenectomía transvesical; y 83, a resección transuretral. Se obtuvo como resultado que la tasa de incidencia de estrechez vesico-uretral con la técnica AST fue de 5.6% y de 4.8% con la RTUP, siendo no significativo⁸

Huaman P. (2019) en su tesis para la obtención del título: "Complicaciones post prostatectomía convencional por hiperplasia benigna de próstata en el Hospital Regional de Ica durante el año 2019". Para lo cual se desarrolló un trabajo de investigación de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal; la muestra fue de 84 pacientes con HBP. En dicho estudio se halló como complicaciones post operatorias tempranas a las fistulas vesicales en un 26.2%, hemorragia en un 23.8%, ITU en un 22.6% y las tardías como impotencia sexual 46.4% e incontinencia urinaria en un 39.3%.⁹

Estrella E. (2020) en su tesis de grado: "Prevalencia y complicaciones postoperatorias de resección transuretral de próstata, Hospital Nacional Sergio E. Bernales de 2019", para lo cual hizo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo; donde tuvo en cuenta una muestra de 148 pacientes postoperados, de lo cual se obtuvo como resultado hematuria (31.1%), infección del tracto urinario (21.7%), retención urinaria (10.8%), estrechez uretral 9.5%.²

Becerra J y Delgado G. (2021) En su tesis de grado "Complicaciones postoperatorias en pacientes con hiperplasia benigna de próstata según técnica quirúrgica". Tuvo el diseño observacional, descriptivo y retrospectivo; la muestra estuvo conformada por 171 pacientes^{17,18}

operados por HBP mediante resección transuretral prostática monopolar, adenectomía transvesical y retropública, de los cuales 97 se sometieron a resección transuretral de próstata (RTU) y 47 a la adenectomía transvesical. Como resultado se obtuvo que ITU fue más usual con la técnica transvesical (31.9%) que con la RTU monopolar (13%), por otro lado, la infección del sitio operatoria fue más frecuente con la adenectomía transvesical (17%) que con la RTU (3.3%).

¹⁷ De la Torre F. (2022) en su tesis ''Resección transuretral prostática como factor de riesgo incidente de infección urinaria postoperatoria en comparación con prostatectomía transvesical'', realizó un estudio analítico longitudinal observacional; seleccionando un total de 180 pacientes, 36 expuestos a la técnica de resección transuretral prostática y 144 intervenidos de prostatectomía transvesical. Como resultado se encontró que los pacientes con ITU postoperatorio fueron mayores en los quienes fueron sometidos a la adenectomía transvesical (31.9%), sin embargo, no hay una diferencia significativa entre ambas técnicas.

¹¹ **1.3. Objetivos**

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de las complicaciones postquirúrgicas que produce la adenectomía transvesical como manejo de hiperplasia benigna prostática en comparación con la resección transuretral, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante enero a diciembre 2022.

⁵⁷ **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Describir la prevalencia del grupo etario de los pacientes que fueron sometidos a adenectomía transvesical, en comparación con los pacientes post resección transuretral, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante enero a diciembre 2022.

6
2. Señalar el grado de hiperplasia benigna de próstata de los pacientes que fueron sometidos a adenectomía transvesical, en comparación con los pacientes sometidos a resección transuretral, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante enero a diciembre 2022

3. Indicar cuáles son las complicaciones postoperatorias tempranas, mediatas y tardías más frecuentes que produce la adenectomía transvesical como manejo de hiperplasia benigna prostática
26 Hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero a diciembre 2022.

4. Indicar cuáles son las complicaciones postoperatorias inmediatas, mediatas y tardías más frecuentes que produce la resección transuretral como manejo de hiperplasia benigna prostática
26 Hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero a diciembre 2022.

1.4. Justificación

6
Con el presente trabajo observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal se busca determinar las complicaciones postquirúrgicas que produce la adenectomía transvesical como manejo de hiperplasia benigna prostática en comparación con la resección transuretral de próstata en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero a diciembre del 2022.

1
La hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) es un tumor benigno que afecta a más del 60% de los varones mayores de 50 años(Barboza M., 2017), de los cuales un 31% son candidatos a manejo quirúrgico (Bueno S., Ortiz M., 2021), De acuerdo a lo observado, el servicio de Urología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales realiza por lo menos 3 tratamientos quirúrgicos por Hiperplasia Benigna de Próstata por semana, cobrando relevancia la realización de un estudio que amplie y aporte información acerca de esta temática.

Las técnicas que con mayor frecuencia se usan en Perú son la técnica abierta y la endoscópica; en el Hospital Sergio E. Bernales realizan fundamentalmente las técnicas de

Resección Transuretral y Adenectomía transvesical abierta, a pesar de existir diversos estudios que comparan ambas técnicas, existen conclusiones divididas considerando algunos trabajos a la adenectomía transvesical como la técnica quirúrgica que más complicaciones postoperatorias produce, mientras que otros trabajos concluyen que no se encontró diferencias significativas entre las complicaciones de ambas técnicas.

El conocimiento de las complicaciones que produce las técnicas quirúrgicas en estudio permitirá la prevención de la aparición de alguna de ellas o a la aceleración de la recuperación de estas; además esta investigación podrá servir de referencia bibliográfica para investigaciones futuras, pues no existe otra similar en el centro hospitalario señalado.

II. MARCO TEÓRICO

2.1.Definición

El término hiperplasia benigna de próstata representa un diagnóstico histológico definido como un aumento en la totalidad de las células epiteliales, estromales y glandulares de la glándula prostática dentro de la zona de transición. (Dombier R.2020)

42 2.2. Anatomía de la próstata:

La próstata es una glándula con forma de almendra de dimensiones de 3.5 cm en su base y aproximadamente 2.5 a nivel vertical y anteroposterior, ubicada inferior a la vejiga, posterior a la sínfisis del pubis, por delante del recto, encima de la membrana y el espacio perineales profundo.
(Latarjed R., 2019) (Langan R., 2019)

La próstata está compuesta por las dos terceras partes por tejido glandular, y el tercio restante por fibromuscular. En la cápsula prostática se identifican 3 zonas: 1. la zona de transición, ubicada más cerca de la uretra; 2. la zona central, donde se encuentra el conducto común de la próstata y las vesículas seminales; y 3. la gran zona periférica. (Latarjed R., 2019)

2.3. Incidencia y Epidemiología

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es la neoplasia benigna más frecuente en el hombre y su incidencia se asocia con el grupo etario al que pertenece. La prevalencia de esta en investigaciones de autopsias llega a casi 20% en hombres entre 41 y 50 años, a 50% en varones de 51 a 60 años, y a > 90% en los que superan los 80 años. (McANINCH J., 2013). Además del aumento de la edad, los factores de riesgo para el desarrollo de HBP incluyen la raza afroamericana, obesidad, Diabetes mellitus tipo 2, altos niveles de consumo de alcohol, e inactividad física (Langan R., 2019)

2.4. Fisiopatología

Hay dos componentes prostáticos para las propiedades obstructivas de la HBP y el desarrollo de síntomas de la porción inferior del aparato urinario: dinámico y estático (Norris T., 2019). Los llamados síntomas estáticos se deben a una obstrucción anatómica producto del crecimiento prostático que da lugar a síntomas como un chorro urinario débil, goteo post-miccional, polaquiuria y nicturia; mientras que los síntomas dinámicos se relacionan con la disfunción del tono muscular liso de la próstata y cuello vesical, mediado por una serie de receptores (alfa adrenérgicos, muscarínico, y fosfodiesterasa-5 [PDE-5]), sobre todo los receptores alfa 1-adrenérgico. (Langan R., 2019) y (Norris T., 2019).

Un tercer componente es la inestabilidad del detrusor, y la alteración de la contractibilidad de la vejiga como mecanismo compensador pueden contribuir la aparición de retención de orina, hipersensibilidad vesical y los síntomas irritativos independientemente de la obstrucción de la salida creada por una próstata crecida (Norris T., 2019).

2.5. Clínica

La Hipertrofia prostática benigna se puede manifestar a través de los síntomas del tracto urinario bajo, que pueden ser principalmente irritativos o de almacenamiento, obstructivos o de

vaciamiento y mixtos. Se denomina síntomas irritativos a la polaquiuria, disuria, nicturia, urgencia miccional e incontinencia urinaria de urgencia); de vaciamiento, reducción del calibre del chorro, pujo, vacilación, interrupción involuntaria de la micción, retraso en el inicio de la micción, goteo posmictacional, tenesmo e incontinencia por rebosamiento. (Caro-Zapata FL, 2018) y (Langan R., 2019).

El índice de síntomas de la Asociación Americana de Urología (AUA) es una medida cuantitativa validada y autoadministrada de la gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior debidos a la hiperplasia benigna de próstata (Martínez L., González A., et al, 2018). El Symptom Score Questionnaire de la AUA se ha verificado de forma extensiva, siendo denominado actualmente como International Prostate Symptom Score (IPSS), esta nos da un alcance de la condición clínica del paciente, para con ello decidir el tratamiento (Langan R.. 2019). El IPSS se concentra en siete preguntas sobre los síntomas de micción e irritación valorándolas en un rango de cero a cinco, en consecuencia, el puntaje varía de cero a 35. Un IPSS de cero a siete se considera leve, de ocho a 19, moderado y de 20 a 35, grave. (Caro-Zapata F., Vásquez-Franco, A, et al, 2017)

2.6.Diagnóstico

Para el diagnóstico de la Hiperplasia Benigna Prostática se debe realizar en primera instancia una correcta anamnesis para instaurar un diagnóstico de sospecha, posterior a ellos se procede a una exploración física general y regional evaluando la próstata y la presencia de complicaciones, si se hallara alguna alteración se proseguirá a una serie de exploraciones complementarias. (Lozano, 2003)

2.6.1. Anamnesis:

A través del expediente clínico se debe indagar a cerca de los antecedentes patológicos, médicos y quirúrgicos del paciente, en especial sobre antecedentes familiares de HBP o cáncer de próstata; así como indagar a cerca de la presencia de síntomas del tracto urinario inferior

compatibles con hiperplasia benigna de próstata; consumo excesivo de líquidos e ingesta de cafeína, uso de diuréticos, antihistamínicos u otro fármaco que pueda repercutir sobre el tracto urinario(anticolinérgicos, calcioantagonistas, antidepresivos, ansiolíticos). (Sandoval J., 2022) y (Brenes F.,2017).

Otro punto importante a evaluar son las patologías que puedan generar síntomas del tracto urinario inferior como diabetes mellitus (poliuria), insuficiencia cardiaca (nicturia), patologías neurológicas pueden estar asociados con una vejiga neurógena como es el caso del Parkinson y la 19 esclerosis múltiple, infecciones de transmisión sexual (uretritis), historia de instrumentaciones urológicas, traumatismos uretrales, litiasis renal, patología vesical (neoplasia, litiasis, vejiga hiperactiva), etc. (Brenes F.,2017) y (Kim E., Larson J, et al, 2016)

2.6.2 Examen físico

En la exploración física, se sugiere primero explorar el abdomen para la detección de globo vesical, y realizarse un examen rectal digital para evaluar el tono del esfínter, el tamaño de la próstata, consistencia, dolor, bordes y la presencia de nódulos o masas prostáticas. Si se observa un nódulo o una masa, se recomienda una consulta con el Servicio de Urología para una posible biopsia (Langan R., 2019). Una próstata agrandada, lisa y simétrica son hallazgos del tacto rectal compatibles con Hiperplasia benigna de próstata. Otros hallazgos como asimetría, firmeza, áreas duras o nódulos discretos deben generar un índice de sospecha de cáncer de próstata. Además, el tono deficiente del esfínter anal que se encuentra en el tacto rectal puede sugerir un diagnóstico neurológico subyacente. (Kim E., 2015)

El examen rectal digital subestima el volumen de la próstata y no permite una valoración 12 exacta del peso ni grado de obstrucción causado por la próstata. Por ello, se continuará con 12 exámenes como análisis de orina (mediante tira reactiva o cultivo), la determinación del PSA, la 35

valoración de la función renal y un estudio ecográfico (transrectal y/o abdominal) (Miernik A., 2020).

2.6.3. P₅₂eba de laboratorio

En pacientes con sospecha de hiperplasia benigna de próstata se realiza un estudio general de orina, creatinina sérica y antígeno prostático sérico.

La OMS recomienda realizar el examen de orina con el análisis de sedimento urinario y urocultivo con el objetivo de detectar la presencia de nitritos, glucosuria, leucocituria, hematuria y proteinuria. (Rosas M., 2006) Los cuales permitirán orientar el diagnóstico a una infección urinaria y otras complicaciones producto de la hiperplasia benigna de próstata (López H., et al, 2015)

Una creatinina sérica alta puede ser el resultado de una obstrucción de la salida de la vejiga que cause dilatación del tracto urinario llevando a una enfermedad renal; También se asoció con un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad por cirugía prostática (Sandoval J, 2022)

El antígeno prostático específico (PSA): es una glucoproteína producida en mayor cuantía en las células prostáticas de la zona de transición (Martínez L., 2018). Por lo que a menos que se encuentre influenciado por otros procesos patológicos, se correlaciona con el volumen de la próstata y es un fuerte predictor del crecimiento de la próstata. (Miernik A, 2020). La concentración sérica normal de PSA en el varón sano joven varía entre 0 y 4 ng/ml y se incrementa con la edad. (Lozano J., 2003). Se considera que los umbrales de antígeno prostático para detectar volúmenes mayores a 30 cc son los siguientes:

- ≥ 1,4 ng/ml en hombres de 50-59 años.
- ≥ 1,5 ng/ml en hombres de 60-69 años.

- $\geq 1,7 \text{ ng/ml}$ en hombres de 70-79 años (Brenes F., 2017)

Este marcador se eleva frente a otras patologías prostáticas diferente a hiperplasia benigna de próstata, como la prostatitis, y puede ser normal en pacientes con carcinoma prostático (Brenes F., 2017).²⁴

2.6.4. Prueba de Imagen:

La ecografía es una prueba diagnóstica no invasiva que nos orienta sobre la forma de la próstata, el volumen prostático, medir el residuo post-micccional, así como identificar tumores renales y evaluar la vejiga (Martínez L, et al, 2018). Por lo que se indica la ecografía abdominal en los siguientes casos: Sospecha de residuo posmccional patológico, sospecha de uropatía obstructiva, sospecha de patología neuropática, sintomatología grave, macro o micro hematuria, globo vesical, antecedentes de urolitiasis. (Brenes F., 2017).³¹

Además de acuerdo con el volumen de la próstata se puede clasificar en grados

- Grado 1 (20-30cc)
- Grado 2 (31-50cc)
- Grado 3 (51-80cc)
- Grado 4 ($>80\text{cc}$)

2.6.5 Otras Pruebas:

Uroflurometría: Es una prueba que permite diferenciar el bajo flujo debido a una obstrucción de otra causa probable como por un detrusor hipo contráctil (García B., 2019). Calibra el flujo máximo, siendo normal los valores superiores o iguales a 15 ml/s, un valor inferior, son sugestivos de obstrucción (Brenes F., 2017)

Uretrocistoscopia es procedimiento costoso que debe reservarse para pacientes con ¹⁴ síntomas del tracto urinario inferior con antecedentes de traumatismos, uretritis, hematuria, estenosis de uretra, cáncer vesical o cirugía del tracto urinario inferior. (Martínez L., 2018)

2.7.Tratamiento

El tratamiento de la HPB estila ser multimodal. Se debe asesorar a los pacientes sobre los cambios en el estilo de vida, incluida la restricción de líquidos y evitación de sustancias con propiedades diuréticas. Además, existe una variedad de agentes farmacológicos para tratar los síntomas del tracto urinario inferior atribuidos a la hiperplasia benigna de próstata. Estos incluyen antagonistas alfa-adrenérgicos, agonistas beta- adrenérgicos, inhibidores de la 5- alfa-reductasa, anticolinérgicos, análogos de la vasopresina, inhibidores de la fosfodiesterasa-5 y Fito terapéuticos ⁴⁸ que se pueden usar de forma independiente o en combinación. Ante el fracaso del manejo anteriormente mencionado, se justifica el tratamiento quirúrgico. (Dombier R, 2020)

2.7.1. Manejo conservador:

Los varones clínicamente silente o con manifestación clínica leve, con gran calidad de vida ¹ y sin un volumen prostático elevado no son candidatos a tratamiento farmacológico, por lo que su manejo se basa en la vigilancia periódica para la detección de la progresión clínica o la presencia de complicaciones (Brenes F.,2017)

Se sugiere evitar el alcohol y la cafeína, restringir el consumo de líquidos, realizar un seguimiento continuo de los síntomas, uso de ejercicios de relajación y técnicas de distracción, ajuste de medicamentos como diuréticos, con la finalidad de disminuir la clínica de la hiperplasia ¹ benigna de próstata o retrasar potencialmente la progresión de la enfermedad (Miernik A, 2020):

2.7.1. Manejo farmacológico:

A los hombres con síntomas de tracto urinario inferior de moderados a graves por hiperplasia benigna de próstata, o con síntomas leves que produzca molestias al paciente se les

puede ofrecer tratamiento farmacológico. Los dos grupos farmacológicos principales para el ²⁷ tratamiento médico de la HBP son los bloqueadores alfa-adrenérgicos y los inhibidores de la 5-
alfa reductasa. (Langan R., 2019)

2.7.1.2 Bloqueadores alfa 1 -Adrenérgico: Los bloqueadores α_1 , también denominados ⁴ antagonistas de los alfa-1- adrenorreceptores, son considerados ⁷¹ de primera línea para los síntomas ³⁰ del tracto urinario inferior moderados debido a su inicio de acción rápida, buena eficacia, menor prevalencia y gravedad de eventos adversos (López-Ramos H, 2021)

Los alfa-bloqueantes actúan bloqueando los receptores alfa-1, reduciendo ²⁰ el tono del ¹⁹ músculo liso del cuello vesical y, en menor grado, aminorando la resistencia de la uretra prostática a la salida de la orina. (Brenes F, 2017)

Estos se subdividen en relación con su selectividad por los receptores alfa adrenérgicos presentes en el tracto urinario. (Langan R., 2019). Los receptores alfa 1 se encuentran en los músculos de fibra lisa de arterias, venas y vísceras. (Goodman y Gilman, 2012). Los receptores adrenérgicos alfa-1A predominan en el tracto urinario inferior, mientras que los receptores alfa-1D y alfa-1B que se ubican en los vasos sanguíneos, las fosas nasales y el sistema nervioso central. Como resultado, los bloqueadores alfa selectivos 1A (tamsulosina y silodosina) tienen menos efectos secundarios sistémicos con respecto a los bloqueadores alfa no selectivos (alfuzosina, doxazosina, prazosina, terazosin), pero registran mayores tasas de eyaculación retrógrada (Kim E., 2015)

Tabla 2 Bloqueadores alfa-adrenérgicos			
Tipo	Droga	Dosis	Efectos secundarios
no selectivo	doxazosina	1 mg al día; titular al máximo dosis de 8 mg diarios	- Rinitis - Dolor de cabeza
	terazosina	1 mg al día; titular al máximo dosis de 20 mg diarios	- Hipotensión ortostática (evitar el uso de fosfodiesterasa-5 inhibidores y titular la dosis lentamente)
Selectivo	alfuzosina silodosina tamsulosina	10 mg diarios 8 mg diarios 0,4 mg diarios; valorar a máximo de 0,8 mg al día	- Eyaculación retrógrada - Rinitis - Síndrome del iris flácido intraoperatorio (tamsulosina)

Imagen extraída de Robert C. Langan, autor del artículo Benign prostatic hyperplasia.

23

2.7.1.3 Inhibidores de la 5 Alfa- Reductasa:

38

Los inhibidores de la enzima 5 α -reductasa han demostrado ser eficaces en reducir el tamaño de la próstata y sus complicaciones, a pesar de su modesto y relativamente lento impacto sobre los síntomas. (Pérez Y., 2011). Por lo que se recomienda como manejo en hombres con hiperplasia benigna de próstata con síntomas del tracto urinario inferior moderados a severos y una próstata agrandada (> 40 ml) y/o una concentración elevada de PSA (> 1.4 - 1.6 ng/ml). (Pérez L, 2021)

47

Este grupo farmacológico actúa bloqueando la conversión de testosterona en

dihidrotestosterona mediante la inhibición de la 5-alfa reductasa tipo I y/o tipo II (Kim E, 2015, 74 de esta manera disminuye la estimulación del tejido prostático a través de la reducción de los niveles de dihidrotestosterona mientras se conservan los efectos andrógenos de la testosterona (Langan R., 2019).

10

En la actualidad, existen dos fármacos disponibles que lo conforman son finasterida (5mg/día), que inhibe la enzima 5-alfa-reductasa tipo 2, la cual se ubica predominantemente en la próstata, y dutasterida (0,5 mg/día), que inhibe tanto la 5-alfa-reductasa de tipo 1 como la de tipo 65

2, teniendo acción no solo sobre la próstata sino también sobre los tejidos extra prostáticos como la piel y el hígado (Brenes F.,2019). Los eventos adversos registrados por estos fármacos incluyen **11** disminución de la libido, disminución de la eyaculación, disfunción eréctil, y ginecomastia. (Langan R., 2019).

2.7.1.4 Inhibidores de la Fosfodiesterasa 5 (PD5-I): Es un grupo farmacológico conocido **59** por efectividad en el manejo de la disfunción eréctil, no obstante, para la reducción de los síntomas del tracto urinario inferior requiere un ajuste de dosis y un tratamiento crónico. (Brenes F.,2019).

Los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa aumentan la señalización del óxido nítrico en los **25** tejidos del tracto genitourinario, lo que provoca una relajación dependiente del calcio **del músculo liso** endotelial y un aumento del flujo sanguíneo. (Kim E, 2015). Para el manejo de la HBP se usa el único medicamento aprobado de este grupo es el tadalafilo (dosis: 5 mg/día). (Brenes F.,2019).

22 Con respecto a los efectos secundarios, estos incluyen dolor de cabeza, indigestión, dolor de espalda, enrojecimiento y congestión nasal. Además, la combinación de tadalafilo con un bloqueador alfa-adrenérgico o nitrato puede causar hipotensión sintomática. (Langan R., 2019).

40 **2.7.1.5 Tratamiento de combinación:** Bloqueadores alfa 1 + inhibidores de la 5 alfa reductasa: Esta combinación **se** recomienda en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior **72** de moderados a graves y mayor riesgo de progresión (volumen prostático > 40 ml) (López-Ramos H, 2021). **4** Los inhibidores de la 5a-reductasa reducen **38** el tamaño de la próstata, aumentan el flujo máximo, disminuyen el riesgo de retención urinaria, a diferencia de los antagonistas alfa 1 adrenérgicos que relajan el **músculo liso** del cuello de la vejiga y de la próstata, disminuyendo la resistencia al flujo urinario, y aumentando el flujo máximo, (Pérez L, 2021)

Bloqueadores alfa 1 + antagonistas del receptor muscarínico: Recomendado en aquellos con manifestación clínica del tracto urinario inferior de moderado a severo, orina residual <150 ml y la mejoría inadecuada de los síntomas de almacenamiento en respuesta a la monoterapia (Miernik A.et al. ,2020). Los beneficios que brinda su asociación son la reducción de la manifestación clínica de llenado(irritativos), de la urgencia miccional, aumento de calidad de vida y el aumento del volumen miccional neto (Brenes F.,2019). Se debe considerar realizar un recuento del residuo post-miccional luego de iniciado este tratamiento.

2.7.2. Tratamiento quirúrgico

Se debe considerar el tratamiento invasivo si la terapia médica no proporciona un alivio adecuado de los síntomas, si el paciente la rechaza (indicación relativa para la cirugía) (Miernik A.,2020) o ante la presencia de alguna de estas indicaciones:

- Fracaso de la terapia médica
- ⁴⁶ Retención urinaria refractaria
- Infección recurrente del tracto urinario
- Hematuria persistente
- Litiasis vesical
- Insuficiencia renal (Langan R., 2019).

⁷ El procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado son la resección transuretral de la próstata (RTUP), que se considera el estándar de oro y la resección suprapúbica transvesical o prostatectomía abierta. (Langan R., 2019).

³⁰ **2.7.2.1 Prostatectomía abierta:** La prostatectomía abierta es el procedimiento quirúrgico ²⁵ más invasivo, sin embargo, resulta efectivo y duradero para el alivio de los síntomas del tracto

urinario inferior. (López-Ramos H, 2021). La extirpación de la próstata se lleva a cabo mediante una incisión abdominal inferior o un abordaje laparoscópico; por lo general, se reserva para pacientes con peso de próstata de 80-100 gramos. (Kim E, 2015), grandes cálculos intravesicales, o divertículos vesicales (López-Ramos H, 2021)

Este método quirúrgico se puede llevar a cabo a través del alcance suprapúbico o retropúbico. Una prostatectomía suprapública simple se realiza de manera transvesical. (McANINCH J.,2013)

El procedimiento transvesical suprapúbico descrito por Freyer se realiza por medio de una incisión medial anterior en la pared vesical. Posteriormente se separa la cápsula quirúrgica del adenoma, a continuación, se separa digitalmente los adenomas de la cápsula prostática. Para lograr una evacuación adecuada se coloca un catéter suprapúbico y una sonda transuretral. (López-Ramos H, 2021)

En 1946, Terence Millin describió una técnica retropública, la cual consistía en realizar una disección del espacio retropúbico para realizar la extracción del adenoma prostático luego de abrir la cara anterior de la próstata. Por medio de esta técnica se logran excelentes resultados funcionales, pero con una morbilidad asociada más alta en comparación con otros procedimientos menos agresivos como el abordaje laparoscópico o robótico (Brenes F.,2019)

⁵¹
2.7.2.2 Resección transuretral de la próstata: La resección transuretral de próstata es ⁶⁶ considerada como el Gold standard del abordaje quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata (Sandoval J, 2022). Ha demostrado una elevada tasa de éxito en próstatas entre 30 y 80 ml, logrando resolver el problema obstructivo en un 85-90%. (Brenes F.,2019). Durante la resección transuretral de próstata, ⁴ el tejido hiperplásico de la zona transicional es retirado endoscópicamente

usando resectoscopios especiales y asas cortantes que permiten la extirpación del tejido prostático en pequeñas proporciones.⁴ La disección del tejido prostático y la coagulación de los tejidos se logra a través de la corriente eléctrica. (López-Ramos H, 2021), y puede realizarse a través de la energía monopolar o Bipolar (Sandoval J, 2022)

Resección transuretral con energía monopolar: Se logra a través de la introducción de un resectoscopio, por medio del cual se obtiene una visión directa; luego se procede a cercenar el tejido prostático en diminutas fracciones y a coagular los puntos hemorrágicos. Los sueros hipotónicos son los utilizados para la irrigación continua. (Brenes F.,2021)

Resección transuretral con energía bipolar:

El bisturí bipolar ha demostrado disminuir la morbilidad de la RTUP, puesto que el mismo realiza corte y hemostasia al mismo tiempo, y utilizando como líquido de irrigación al suero fisiológico, disminuyendo el riesgo de síndrome de reabsorción (Abascal JM, 2006)

2.8. Complicaciones

En la prostatectomía abierta la tasa de mortalidad ha ido disminuyendo a menos de 0,25 %; la tasa de transfusiones es de 7 % a 14 %; de disfunción eréctil de 3 % a 5 % incrementándose en frecuencia con la edad. Además, se ha encontrado que un 5,1 % desarrollan infección del tracto urinario y el 80 % a 90 %, eyaculación retrógrada (Caro F., et al ,2017). Las complicaciones tardías resultaron ser incontinencia urinaria, estrechez uretral y la contractura del cuello vesical. El peligro de padecer incontinencia urinaria de esfuerzo es hasta del 10%, por el contrario el 6% desarrolló contractura del cuello vesical y estrechez uretral (López-Ramos H, 2021). Los efectos no urinarios suceden en un porcentaje inferior al 1 % de los pacientes y comprenden al infarto agudo de

miocardio, accidente cerebrovascular, trombosis venosa profunda y a la embolia pulmonar, (Caro-Zapata FL, 2018)

Entre las complicaciones a corto plazo de la resección transuretral prostática se encuentran ⁶⁸ retención aguda de orina en 4,5 % de los pacientes, infección del tracto urinario en un 4,1 %, hemorragias que se estima que necesitará una transfusión esta entre (2 -2,9 %) y síndrome post-RTUP en 1,1 %. (Caro-Zapata FL, 2018). Las complicaciones tardías incluyeron estenosis uretral, ³² contractura del cuello vesical, ¹⁶ incontinencia urinaria de esfuerzo, reoperación, eyaculación retrógrada y disfunción eréctil. (Sen F., 2018) y, si el mortal síndrome de resección transuretral que se debe al estado hipervolémico, hiponatrémico por la absorción de la solución hipotónica de la irrigación. (McANINCH J.,2013). El síndrome de reabsorción se considera un riesgo que puede comprometer la vida del paciente, este podría acontecer hasta en un ¹ 1,4% de los casos que se manifiestan en la resecciones de más de 90 minutos de técnica quirúrgica, y se debe al paso al torrente circulatorio del líquido hipotónico que se emplea como irrigación a lo largo de la intervención; se manifiesta a través de las náuseas, confusión, hipertensión, bradicardia y trastornos visuales. (Brenes F.,2017)

III. MÉTODO

⁴¹ 3.1. Tipo de investigación:

El presente estudio es descriptivo, observacional, corte transversal, retrospectivo.

³ 3.2. Ámbito Temporal y espacial

² De enero a diciembre 2022, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en pacientes postoperados de hiperplasia benigna de próstata.

³ 3.3. Variables

Variable Independiente: Técnica operatoria

Variable Dependiente: Complicaciones postquirúrgicas, tipo de complicación (temprana o tardía)

Covariables: Edad, comorbilidad, tiempo quirúrgico efectivo, grados de hiperplasia benigna próstata, Estancia hospitalaria, duración de cateterismo vesical postoperatorio.

³ 3.4. Población y muestra

Población

Estuvo constituida por todos los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico como manejo de Hiperplasia Benigna Prostática durante el periodo de enero a diciembre 2022 que recibieron atención en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales; los cuales son un total de 164 pacientes.

Muestra

Se considerará a todos los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico como manejo de Hiperplasia Benigna Prostática durante el periodo de enero a diciembre 2022 que recibieron atención en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía por diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, mediante las técnicas de adenectomía prostática abierta o resección transuretral, que se les haya prestado atención en el Servicio de Urología en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero a diciembre del 2022

17 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata que presenten anemia moderada y leve, y examen patológico de infección urinaria previo a la operación
- Pacientes con examen anatomo-patológico postoperatorio compatible con neoplasia de próstata.
- Pacientes con insuficiencia renal sometidos a cirugía por hiperplasia benigna de próstata.
1
- Pacientes con Historia clínica incompleta

3.5. Instrumentos

10 La información se obtuvo de una ficha de recolección de datos (Anexo 3) teniendo en cuenta las variables del presente estudio y los objetivos, la misma es una adaptación de Zambrano (2020), cuenta con validación por juicio de expertos que figura en los anexos.

3.6. Procedimientos

3 Los datos se obtuvieron mediante una revisión de las historias clínicas **6** del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en particular los que cumplieron con los criterios de exclusión y inclusión .
6

3 El expediente clínico fue tomado del Departamento de Archivos y Registros de historias clínicas **28** del mencionado hospital, luego de la evaluación y aval del Comité de Ética e Investigación del mencionado hospital. La recolección se llevó a cabo en 4 días, revisando un total de 38 historias clínicas por día, y registrando en el instrumento la técnica quirúrgica confinada en el reporte operatorio, así como los datos del paciente y las complicaciones postoperatorias.

3.7. Análisis de datos

Luego de haber recolectado la información en el instrumento adaptado (anexo 3), se procedió a realizar una base de datos en el programa Microsoft Excel 2019, el cual se traspasó al programa estadístico SPSS versión 29.0 para el procesamiento y análisis de datos.¹⁶

El análisis estadístico se calculó en frecuencias absolutas y relativas de las variables en estudios.

Finalmente, los resultados se expresaron en tablas cruzadas y gráficos.

3.8. Consideraciones éticas

En el presente estudio retrospectivo, se revisaron las historias clínicas de la lista de pacientes postoperados por hiperplasia benigna de próstata, examinando los reportes operatorios y la evolución postoperatoria, sin considerarse necesario la realización de un consentimiento informado por la naturaleza del trabajo. Corresponde a una investigación en la cual no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables dependientes e independientes.³⁶

Este estudio pasó por la evaluación del Comité de Ética del Hospital Nacional Sergio E. Bernales quien avala que esta tesis garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.²⁸⁶⁷

IV. RESULTADOS

En la presente investigación se halló una población de 164 pacientes, de los cuales solo 152 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.⁶

Tabla 1:

Tabla cruzada técnica quirúrgica y edad del paciente

		Recuento	Edad del paciente			Total
			50 a 65 años	66 a 75 años	76 a 85 años	
		Recuento	19	27	13	59

TÉCNICA QUIRURGI	Resección Transuretral	% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	32,2%	45,8%	22,0%	100,0%
CA	Adenectomía	Recuento	26	46	21	93
	Transvesical	% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	28,0%	49,5%	22,6%	100,0%
Total		Recuento	45	73	34	152
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	29,6%	48,0%	22,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El grupo etario más frecuente del grupo de resección transuretral fue de 66-75 con un 45.8%, de igual manera con el grupo de adenectomía transvesical fue mayoritario de 66-75 años con un 49.5%, sin embargo, a nivel global el grupo etario más intervenido quirúrgicamente por hiperplasia benigna de próstata fue el de 66-75 años con un 48%.

Tabla 2:

Tabla cruzada técnica quirúrgica y comorbilidad

			COMORBILIDAD				Total	
			Diabetes Mellitus tipo II	Hiperte nsión Arterial	otros	ninguno		
TÉCN ICA QUIR	Resección Transuretral	Recuento	3	6	5	45	59	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	5,1%	10,2%	8,5	76,3%	100,0%	
URGI CA	Adenectomía Transvesical	Recuento	5	12	7	69	93	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	5,4%	12,9%	7,5	74,1%	100,0%	
1		Recuento	8	18	12	114	152	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	5,3%	11,8%	7,8	75%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En la tabla 2 se muestra que solo el 25 % de los pacientes presentaron comorbilidades como diabetes e hipertensión arterial, siendo mayoritario los pacientes que padecieron de hipertensión arterial (11.8%). Un 10.2 % de los pacientes sometidos a resección transuretral presentaron

hipertensión arterial y un 5.1% diabetes mellitus tipo II. De los pacientes que posteriormente se les realizó una adenectomía transvesical, un 12.9% tenían hipertensión arterial, y un 5.4%, diabetes mellitus tipo II.

Tabla 3:

Tabla cruzada técnica quirúrgica y grados de hiperplasia benigna de próstata

			GRADOS de Hiperplasia Prostática Benigna			Total	
			Grado 2 (31-50 cc)	Grado 3 (51 - 80 cc)	Grado 4 (>80 cc)		
TÉCNICA QUIRURGICA	Resección Transuretral	Recuento	36	23	0	59	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	61,0%	39,0%	0,0%	100,0 %	
	Adenectomía Transvesical	Recuento	15	46	32	93	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	16,1%	49,5%	34,4%	100,0 %	
Total		Recuento	51	69	32	152	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	33,6%	45,4%	21,1%	100,0 %	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En la tabla 3 se encuentra una mayor frecuencia de pacientes con grado 2 de hiperplasia benigna de próstata de los pacientes sometidos a resección transuretral con un 61%, seguido del grado 3 en un 39% y ningún paciente con grado 4. En el grupo de paciente con adenectomía transvesical fue más frecuente que presentaran un grado 3 de hiperplasia benigna de próstata con un 49.5%, seguido por el grado 2 con un 33.8% y por último el grado 4 con un 21.1%. 36

Tabla 4:

Técnica quirúrgica

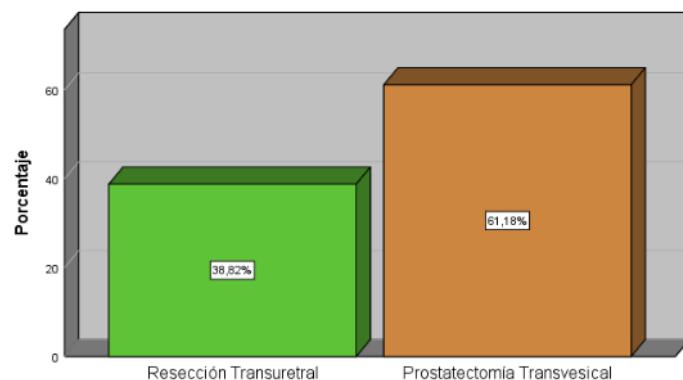
	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Técnica quirúrgica	Resección Transuretral	59	38,8
	Adenectomía Transvesical	93	61,2
	Total	152	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1

Gráfico para la técnica quirúrgica



Nota: En el presente estudio, el 61,1% de los pacientes han sido sometidos a la técnica de Adenectomía Transvesical, mientras que 38,8% a la técnica Resección Transuretral. 1

Tabla 5:

Tabla cruzada técnica quirúrgica y sangrado intraoperatorio

TÉC	Resección	Recuento	SANGRADO INTRAOPERATORIO		Total
			<800	≥800	
NICA	Transuretral	% dentro de TÉCNICA	100,0%	0,0%	100,0%
QUIR		QUIRURGICA			
URGI	Adenectomía	Recuento	89	4	93
CA	Transvesical	% dentro de TÉCNICA	95,7%	4,3%	100,0%
		QUIRURGICA			
Total		Recuento	148	4	152

	% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	97,4%	2,6%	100,0%
--	-----------------------------------	-------	------	--------

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En la tabla 5 se determina el volumen del sangrado intraoperatorio, que al ser relacionado con la técnica quirúrgica se evidencia un 100% de los pacientes con resección transuretral tuvieron un sangrado inferior a 800, a diferencia de los sometidos a la técnica de adenectomía transvesical donde se halló un 4.3% con sangrado superior o igual a 800 ml. Además, la relación entre el sangrado y la técnica operatoria muestra un valor de significancia asintótica de 0.106, siendo no significativo.

Tabla 6:

Tabla cruzada técnica y tiempo quirúrgicos efectivo

			TIEMPO QUIRURGICO EFECTIVO			Total	
			<101 min	101-120 min	>121 min		
TÉCNICA QUIRURGICA	Resección Transuretral	Recuento	45	14	0	59	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	76,3%	23,7%	0,0%	100,0 %	
	Adenectomía Transvesical	Recuento	2	52	39	93	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	2,2%	55,9%	41,9%	100,0 %	
Total		Recuento	47	66	39	152	
		% dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	30,9%	43,4%	25,7%	100,0 %	

Fuente: Elaboración propia.

3

Nota: En la tabla 6 se observa que el tiempo quirúrgico efectivo para la resección transuretral fue más prevalente <101 min con un 76.3%, seguido de 101-120 min con un 23.7%. En contraste con el tiempo que demoró una adenectomía transvesical que fue principalmente de 101-120 min con un 55.9%, seguido de >121 min con un 41.9%, y finalmente <101 min con un 2.2%

Tabla 7:

Tabla cruzada para variables Técnica quirúrgica y complicaciones posoperatorias inmediatas, mediadas y tardías

			complicaciones posoperatorias			Ninguna complicación	Total	
			complicaciones inmediatas	complicaciones mediadas	complicaciones tardías			
TÉCNICA QUIRÚRGICA	Resección Transuretral	Recuento	13	10	5	31	59	
		% dentro de TÉCNICA QUIRÚRGICA	22%	17%	8,5%	52,5%	100,0%	
	Adenectomía Transvesical	Recuento	13	24	11	45	93	
		% dentro de TÉCNICA QUIRÚRGICA	14%	25,9%	11,8%	48,3%	100,0%	
Total		Recuento	26	34	16	76	152	
		% dentro de TÉCNICA QUIRÚRGICA	17,1%	22,4%	10,5%	50%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

3

Nota: En la tabla 7 se observa que un 47.5% de los pacientes post resección transuretral presentaron complicaciones, encontrándose en primer lugar las complicaciones inmediatas con un 22%, en segundo lugar, las complicaciones mediadas con un 17% y en tercer lugar las complicaciones tardías con un 8.5%. En el grupo post Adenectomía transvesical se obtuvo como resultado que presentaron mayores complicaciones mediadas con un 25,9%, seguido en prevalencia por las complicaciones inmediatas con un 14% y por las complicaciones tardías con un 11,8%.

Tabla 8:

Tabla cruzada técnica quirúrgica y complicaciones inmediatas

	Complicaciones inmediatas					Total
	He mat uria	Bacte remia	Trafusión sanguínea a	Retenci ón urinaria	Sd. post resección transuretral	

TÉC	Resec	Recuento	5	1	2	4	1	13
NIC	ción	% dentro de	38,4	7,6%	15,4%	31%	7,6%	100,0
A	Trans	TÉCNICA	%					%
QUI	uretral	QUIRURGIC						
RU		A						
RG	Adee	Recuento	7	3	2	1	0	13
CA	ntom	% dentro de	53,8	23,1%	15,4%	7,7%	0%	100,0
	ía	TÉCNICA	%					%
	Trans	QUIRURGIC						
	vesica	A						
	I							
Total		Recuento	12	4	4	5	1	26
		% dentro de						
		TÉCNICA	46,1					
		QUIRURGIC	%	15,4%	15,4 %	19,3%	3,8%	100,0
		A						%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En tabla 8 se presenta a la hematuria como la principal complicación inmediata post resección transuretral con 36,4%, seguido por la retención urinaria con un 31 %, y por la trasfusión sanguínea en un 15.4%; En el grupo de pacientes post adenectomía transvesical se evidenció que las complicaciones inmediatas principalmente fueron por hematuria con un 53.8%, seguido por bacteremia en un 23,1%

Tabla 9:

Tabla cruzada de técnica quirúrgica y complicaciones mediatas

		Complicaciones mediatas					Total
		Infección del tracto urinario	Fistula vesico-cutánea	Orco epididimitis	Infección de herida operatoria	Deshincencia de sutura	
	Recuento	10	0	0	0	0	10

TÉC NIC A QUI	Resección Transuretral	% de TÉCNICA QUIRURGICA	100%	0%	0%	0%	0%	100,0 %
RU RGI CA	Adenectomía Transvesical	Recuento % de TÉCNICA QUIRURGICA	12 50%	3 12,5%	2 8,3%	6 25%	1 4,2%	24 100,0 %
Total		Recuento %de TÉCNICA QUIRURGICA	22 64,7%	3 8,8%	2 5,9%	6 17,6%	1 3%	34 100,0 %

³
Fuente: Elaboración propia.

⁷
Nota: En la tabla 9 se muestra que la única complicación mediata post resección transuretral es la infección del tracto urinario. En el caso de los pacientes post adenectomía transvesical se halló que un 50% desarrolló infección del tracto urinario, un 25% infección de la herida operatoria, un 12,5% fistula vesico-cutánea, un 8.3% Orco epididimitis y un 4.2% dehiscencia de sutura.

Tabla 10:

Tabla cruzada técnica quirúrgica y complicaciones tardías

			complicaciones tardías			Total
			Incontinencia urinaria	Eclerosis del cuello vesical	Estrechez Uretral	
TÉC NIC A QUI	Resección Transuretral	Recuento % dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	1 20%	3 60%	1 20%	5 100,0 %
RU RGI CA	Adenectomía Transvesical	Recuento % dentro de TÉCNICA QUIRURGICA	6 54,5%	4 36,4%	1 9,1%	11 100,0 %
Total		Recuento	8	6	2	16

	% dentro de TÉCNICA QUIRÚRGICA	50%	37,5%	12,5%	100,0 %
3					

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En la tabla 10 se determina que la principal complicación post resección transuretral fue la estrechez uretral con un 60%, seguido de la esclerosis de cuello vesical e incontinencia urinaria con un 20%. En el grupo post adenectomía transvesical se encontró que un 50% presentó incontinencia urinaria, un 37,5% esclerosis de cuello vesical y un 12,5% estrechos uretrales.

Tabla 11:

1
Tabla cruzada técnica quirúrgica y tiempo de estancia hospitalaria

			Tiempo de estancia hospitalaria			Total	
			< 5 días	5-7 días	>7 días		
TÉCNICA QUIRÚRGICA	Resección Transuretral	Recuento	16	41	2	59	
		% dentro de TÉCNICA QUIRÚRGICA	27,1 %	69,5 %	3,4% %	100,0 %	
	Adenectomía Transvesical	Recuento	0	57	36	93	
		% dentro de TÉCNICA QUIRÚRGICA	0,0% %	61,3 %	38,7 %	100,0 %	
Total		Recuento	16	98	38	152	
		% dentro de TÉCNICA QUIRÚRGICA	10,5 %	64,5 %	25,0 %	100,0 %	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En la tabla 11 la estancia hospitalaria de 5-7 días se presenta como el mayor tiempo de hospitalización posterior a una resección transuretral con un 69.9%, seguido por tiempo inferior a 5 días con un 27.1% y solo un 3.4% en un tiempo mayor a 7 días. De los pacientes sometidos a adenectomía transvesical, el 61.3% tuvo una estancia hospitalaria de 5-7 días, seguido de >7 días con 38.7%.

V. 39 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La hiperplasia benigna de próstata es considerada una de las patologías más frecuentes en mayores de 50 años, en nuestro estudio el grupo etario más frecuente sometido a una adenectomía a través de la técnica de resección transuretral fue el de 50-65 años con un 32.2%, a diferencia del grupo postoperado mediante la técnica abierta que fue primordialmente de 66-75 años con un 49.5%; esto se relacionado con el estudio de Beyene A. (2021) quien encontró que los pacientes que se sometieron a una resección transuretral y adenectomía transvesical tuvieron una edad media de 63.53 y 66.76 años respectivamente. La comorbilidad que reportó mayor frecuencia fue la hipertensión arterial con un 11.8%, y una menor frecuencia diabetes mellitus tipo II con un 5.3%, inferior a lo hallado por Pulache D. (2020) donde la población con hipertensión arterial fue del 54.9% y de diabetes mellitus tipo II el 9.8%

La técnica quirúrgica más utilizada varía de acuerdo con el país y disponibilidad de instrumentos endoscópicos, en el Hospital Nacional Sergio Bernales se encontró que el 61,1% de los pacientes fueron intervenidos a través de la técnica Adenectomía Transvesical, mientras que 38,8%, por resección transuretral, lo cual se debería al grado de hiperplasia con el que acuden a dicho centro hospitalario, siendo mayor por grado 3 con un 45.4%. Llontop J. Y Ludeña R. (2015) en su estudio encontró un porcentaje de 83.1% de prostatectomía abierta y un 16.9% con resección transuretral, evidenciándose una mayor inclinación por la prostatectomía abierta al igual que nuestro estudio; contrario a lo que Salirrosas V. (2018) describió en su estudio, siendo sometidos a resección transuretral un 86% y un 36% a adenectomía suprapública transvesical.

Llontop J y Ludeña R. (2015) obtuvieron como resultado que el 11.2% presentaron hemorragia, es decir, sangrado superior a 800 cc, en contraposición con los pacientes post resección transuretral que presentaron sangrado en un 2.9%. Por el contrario, en este estudio se obtuvo que ningún paciente post resección transuretral presentó hemorragia, sin embargo, un 4.3% de los pacientes post adenectomía transvesical sí lo presentó, además, la relación entre el sangrado y la técnica operatoria fue no significativa, esto se pudo deber a la muestra con hemorragia reducida y/o al tiempo quirúrgico efectivo, que en la resección transuretral fue más prevalente el inferior a 101 min con un 76.3%, a diferencia de la adenectomía transvesical cuyo tiempo quirúrgico perduró más, siendo más frecuente entre 101-120 min (55.9%).

De los pacientes en estudio, el 47.5% de los pacientes con resección transuretral presentó complicaciones, mientras que del grupo con adenectomía transvesical, el 51.7% lo presentó; resultados que se acercan en proporción a lo encontrado por Camacho J. (2022) donde se complicaron el 31.2% y el 64.5% de los pacientes postresección transuretral y post adenectomía suprapública transvesical respectivamente.

Las complicaciones inmediatas post resección transuretral fueron un 22%, encontrándose en primer lugar la hematuria con 38.4%, y de un 53,8% post adenectomía transvesical, superior a lo descrito por Espinoza E. (2009), donde la hematuria fue la principal complicación temprana para la adenectomía transvesical en un 36,7%. Lo cual se explicaría por la invasión de la técnica abierta, sin embargo, el sangrado no se relaciona con la transfusión que en el caso de la adenectomía transvesical fue de un 22.2%, lo que implicaría que, a pesar del sangrado, este no requirió trasfusión sanguínea en la totalidad de los casos. Además, las complicaciones inmediatas prolongarían el tiempo de estancia hospitalaria lo que se vería reflejado en una mayor estancia hospitalaria por parte de los pacientes post adenectomía transvesical

Con respecto a las complicaciones mediatas, ⁶ se evidenció que el 35,7% de los pacientes que presentaron complicaciones posquirúrgicas por resección transuretral y el 25% de los pacientes con complicaciones por adenectomía transvesical tuvieron infección del tracto urinario, lo cual se opone al esultado de De la Torre F. (2022) quien encontró que la infección del tracto urinario era un complicación principalmente de la adenectomía transvesical, encontrada en un 31.9%, en contraposición con la de la resección transuretral que fue de un 22.2%. Pero corresponde con el estudio de Llontop (2015) donde en lo referente a las complicaciones mediatas, ¹⁸ la infección del tracto urinario fue la más frecuente con un 26.5%, en los pacientes con RTUP, y de 8.1% en los pacientes con adenectomía transvesical;

Las complicaciones tardías más frecuentes por resección transuretral fue la estrechez uretral con un 10,7% , y en el grupo de post adenectomía transvesical se encontró que un 12,5% presentó incontinencia urinaria, un 8,3% esclerosis de cuello vesical y un 2,1% estreches uretral; contrario a lo encontrado por Huaman P. (2019) quien al describir las complicaciones por prostatectomía abierta registra que la principal complicación tardía fue la impotencia sexual en un 46.4% , seguido por la incontinencia urinaria en un 39,3% y por la estrechez uretral en un 14.3%.

¹⁴ Gideo O, et al (2021) obtuvo que la complicación tardía más frecuente de la resección transuretral fue la estenosis de uretral en un 3.3% y de la abierta la incontinencia urinaria en un 13.8% lo que se debería a un uso prolongado de sonda Foley.

VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de las complicaciones postquirúrgicas luego de una adenectomía transvesical fue del 31.6%, siendo mayor a la producida después de una resección transuretral (18,4%).
2. El grupo etario sometido a una adenectomía a través de la técnica de resección transuretral fue el de 50-65 años con un 32.2%, en contraposición al del grupo postoperatorio mediante la técnica abierta que fue primordialmente de 66-75 años con un 49.5%,
3. El grado 2 de hiperplasia prostática fue el más frecuente en el grupo de los pacientes con resección transuretral, pero el grado 3 fue el más prevalente en pacientes con adenectomía transvesical.
4. Los pacientes sometidos a una adenectomía transvesical como manejo de la hiperplasia benigna de próstata presentaron complicaciones inmediatas en un 14%, siendo más frecuente la hematuria (53,8%); las complicaciones mediadas en un 25,9% como infección del tracto urinario (50%) y complicaciones tardías en un 11,8% prevaleciendo la incontinencia urinaria (54,5%)³⁷
5. Los pacientes sometidos a una resección transuretral como manejo de la hiperplasia benigna de próstata padecieron de complicaciones inmediatas en un 22% como hematuria (38,4%); las complicaciones mediadas en un 17% como infección del tracto urinario; y complicaciones tardías en un 8,5% tales como esclerosis de cuello vesical (60%)^{8,1}

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar campañas de promoción de salud en varones ¹⁴ mayores de 50 años, brindando información sobre la hiperplasia benigna de próstata, enfatizando en los síntomas y el tratamiento, con el objetivo de lograr un manejo quirúrgico temprano previendo complicaciones postoperatorias.
- Se debe elaborar más estudios prospectivos de por lo menos 1 año, donde se registre el IPSS y el flujo máximo de los pacientes candidatos a manejo quirúrgico, relacionando sus características preoperatorias y comorbilidades con las complicaciones postquirúrgicas a causa de cada técnica.
- Fomentar la aplicación de técnicas mínimamente invasivas ² en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales por el personal médico, ya que se evidenció un manejo prioritario a través de la técnica abierta, sin embargo, de acuerdo con la evidencia científica se registra menores complicaciones postquirúrgicas con la primera técnica mencionada.
- Implementar de equipo quirúrgico endoscópico mínimamente invasivo para el manejo de la hiperplasia benigna de próstata en los centros hospitalarios como el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA ADENECTOMÍA TRANSVESICAL COMO MANEJO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA EN COMPARACIÓN CON LA RESECCIÓN TRANSURETRAL, EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES,

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | hdl.handle.net
Fuente de Internet | 3% |
| 2 | repositorio.upsjb.edu.pe
Fuente de Internet | 2% |
| 3 | repositorio.unfv.edu.pe
Fuente de Internet | 1% |
| 4 | Hugo López-Ramos, Pablo Gómez Cusnir,
Mauricio Moreno, Germán Patiño et al. "Guía
de manejo de la hiperplasia prostática
benigna. Sociedad Colombiana de Urología
2014", Urología Colombiana, 2015
Publicación | 1% |
| 5 | www.revrogaleno.sld.cu
Fuente de Internet | 1% |
| 6 | tesis.ucsm.edu.pe
Fuente de Internet | 1% |
-

7	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	1 %
8	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1 %
9	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1 %
10	1library.co Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1 %
12	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
13	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	<1 %
14	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
15	doczz.es Fuente de Internet	<1 %
16	prezi.com Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
18	www.revmedmilitar.sld.cu Fuente de Internet	

<1 %

19 aprenderly.com <1 %
Fuente de Internet

20 es.slideshare.net <1 %
Fuente de Internet

21 FL Caro-Zapata, A Vásquez-Franco, ED Correa-Galeano, J García-Valencia. "Complicaciones infecciosas después de prostatectomía abierta y resección transuretral de próstata en pacientes con hiperplasia prostática benigna", IATREIA, 2018 <1 %
Publicación

22 008f4bd2-53f6-4f6a-ba3d-ac46ac25a6e4.filesusr.com <1 %
Fuente de Internet

23 kipdf.com <1 %
Fuente de Internet

24 uroap.files.wordpress.com <1 %
Fuente de Internet

25 documentop.com <1 %
Fuente de Internet

26 renatiqa.sunedu.gob.pe <1 %
Fuente de Internet

27 idoc.pub <1 %
Fuente de Internet

<1 %

28 docplayer.es <1 %
Fuente de Internet

29 www.redaccionmedica.com <1 %
Fuente de Internet

30 www.thieme-connect.com <1 %
Fuente de Internet

31 idus.us.es <1 %
Fuente de Internet

32 www.slideshare.net <1 %
Fuente de Internet

33 Submitted to Universidad Privada Antenor
Orrego <1 %
Trabajo del estudiante

34 www.cochranelibrary.com <1 %
Fuente de Internet

35 urosassociats.com <1 %
Fuente de Internet

36 pesquisa.bvsalud.org <1 %
Fuente de Internet

37 www.vademecum.es <1 %
Fuente de Internet

38 patents.google.com <1 %
Fuente de Internet

<1 %

39 Submitted to Universidad Ricardo Palma <1 %
Trabajo del estudiante

40 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov <1 %
Fuente de Internet

41 www.dspace.uce.edu.ec <1 %
Fuente de Internet

42 Submitted to unifranz <1 %
Trabajo del estudiante

43 www.gyhz.net <1 %
Fuente de Internet

44 e-medicum.com <1 %
Fuente de Internet

45 es.jejakjabar.com <1 %
Fuente de Internet

46 iladiba.com <1 %
Fuente de Internet

47 nanopdf.com <1 %
Fuente de Internet

48 slidetodoc.com <1 %
Fuente de Internet

49 www.anisalud.com <1 %
Fuente de Internet

50	www.mayoclinic.org	<1 %
51	www.panamed.com	<1 %
52	Submitted to Universidad Andina del Cusco	<1 %
53	consumer.healthday.com	<1 %
54	doaj.org	<1 %
55	msd-espana.com	<1 %
56	repositorio.uncp.edu.pe	<1 %
57	repositorio.uwiener.edu.pe	<1 %
58	stage.edx.org	<1 %
59	cloud.merit.com	<1 %
60	ipi.oregonstate.edu	<1 %
61	repositorio.unac.edu.pe	<1 %

- 62 www.cochrane.org <1 %
Fuente de Internet
- 63 www.ncbi.nlm.nih.gov <1 %
Fuente de Internet
- 64 A. García-Segui, M. Gascón-Mir. "Estudio comparativo entre adenomectomía extraperitoneal laparoscópica y abierta", Actas Urológicas Españolas, 2012 <1 %
Publicación
- 65 J. Castiñeiras Fernández, J.M. Cozar Olmo, A. Fernández-Pro, J.A. Martín et al. "Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria", Actas Urológicas Españolas, 2010 <1 %
Publicación
- 66 J.M. Benejam-Gual, A. Sanz-Granda, R. García-Miralles Grávalos, A. Severa-Ruiz de Velasco, J. Pons-Viver. "Análisis coste efectividad a 2 años del tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata mediante vaporización fotoselectiva de la próstata con GreenLight–PhotoVaporization 120W versus resección transuretral de la próstata", Actas Urológicas Españolas, 2014 <1 %
Publicación
- 67 dspace.ucuenca.edu.ec <1 %
Fuente de Internet

68	recyt.fecyt.es Fuente de Internet	<1 %
69	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
70	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
71	A. Alcántara Montero, L. Fernández Fernández. "Guías clínicas para los síntomas del tracto urinario inferior en el varón e hiperplasia benigna de próstata: importancia de las actualizaciones periódicas según la evidencia disponible", Actas Urológicas Españolas, 2018 Publicación	<1 %
72	Norman Zambrano, Cristián Palma. "Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y de la disfunción eréctil por el médico general", Revista Médica Clínica Las Condes, 2018 Publicación	<1 %
73	G. Bozzini, M. Seveso, S. Melegari, O. de Francesco, N.M. Buffi, G. Guazzoni, M. Provenzano, A. Mandressi, G. Taverna. "Thulium laser enucleation (ThuLEP) versus transurethral resection of the prostate in saline (TURis): A randomized prospective trial to compare intra and early postoperative	<1 %

outcomes", Actas Urológicas Españolas
(English Edition), 2017

Publicación

74

G. Rodríguez Reina, D. Vázquez Alba, J.I.
Martínez-Salamanca y, J. Carballido
Rodríguez. "Hiperplasia benigna de próstata",
Medicine - Programa de Formación Médica
Continuada Acreditado, 2011

Publicación

<1 %

75

moam.info

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias Apagado

Excluir bibliografía

Activo