

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.
POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ
BOLIVIA.

Título: Comportamiento de los factores de riesgo en el cáncer de próstata en la comunidad San Antonio.

Autora: Dra. NAILA RODRÍGUEZ LEYVA

BOLIVIA

2017

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.
POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ
BOLIVIA.

Comportamiento de los factores de riesgo en el cáncer de próstata en la comunidad de San Antonio.

En Opción al título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

AUTORA: Dra. .Naila Rodríguez Leyva

Residente de Medicina General Integral.

TUTOR: Dr. Raúl Alberto Escobar Almuñez.

Especialista en 1er grado en Medicina Interna
Profesor Asistente

BOLIVIA

2017

AGRADECIMIENTOS

Una deuda de gratitud, en todos los casos, no se logra reconocer en el simple formato de una página, pero al menos es una evidencia muy sentida a la vista de todo el que la lee, por eso, con todo mi corazón agradezco:

A mi mamá y mi papá por el cariño y amor que siempre me han dedicado.

A mi esposo, por toda su ayuda y comprensión, por su apoyo y su amor.

A la profesora Ana Manzano por dedicarme gran parte de su limitado tiempo y ser parte fundamental de mi formación docente.

A todas las personas que han tenido que ver con la realización del mismo y a la Revolución por educarme y formarme como una verdadera guardián de la **salud.**

A todos, muchas gracias...

DEDICATORIA

A: mi mamá, mi papá, mis hermanas y demás familiares por su apoyo incondicional durante todo este tiempo, a mi esposo, que es parte indisoluble de mis logros y a mis amistades por su cooperación y su ayuda incondicional.

Con cariño, amor y Respeto.

RESUMEN

Las Alteraciones Prostáticas son una de las problemáticas más frecuentes en los hombres de la tercera edad, aunque cada vez se detectan más problemas en hombres jóvenes. Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo en el cáncer de próstata en pacientes mayores de 50 años, durante el año 2016, en la comunidad de San Antonio del Municipio Bolivia. El universo estuvo constituido por 115 pacientes mayores de 50 años de esa comunidad. Las variables estudiadas fueron los grupos de edad, color de la piel, consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de grasa animal, vida sedentaria y antecedentes familiares de cáncer de próstata. El grupo de edad con mayor número de factores de riesgo fue de 50 a 59 años, con un 51.3 % de alcohólicos y 48.67% de fumadores, de los pacientes estudiados el 56.3% consumen grasa animal y el 64.5% no realizan ejercicios físicos, se puede concluir que el 53.9% de los pacientes tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata, por lo que debemos realizar actividades educativas de promoción y prevención para disminuir la incidencia de esta enfermedad.

Palabras Claves: Factores de riesgo, Cáncer de próstata

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. De los 58 millones de muertes que se registraron en el mundo en 2012, 7.6 millones (13%) se debieron al cáncer. Los que más contribuyen a la mortalidad son los cánceres de: pulmón (1,3 millones de muertes anuales); estómago (casi 1 millón de muertes anuales); hígado (662 000 muertes anuales); colón (655 000 muertes anuales) y mama (502 000 muertes anuales). (1)

Más del 70% de las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en países de bajos y medianos ingresos. Se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones en 2015 y los 11,4 millones en 2030. Los tipos de cáncer más frecuentes en todo el mundo son (por orden de mortalidad): En los hombres, los de pulmón, próstata, estómago, hígado, colon y recto, y esófago. En las mujeres, los de mama, pulmón, estómago, colon y recto, y cuello uterino. (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el cáncer de próstata ocupa el sexto lugar dentro de las neoplasias del mundo y el tercero en importancia en los hombres, representa el 22,22 % de los cánceres en el sexo masculino. Casi todos los hombres algún día tienen que hacerle frente o, por lo menos, pensar en hacerle frente al problema de la próstata. Generalmente es lentamente progresivo y silencioso. Se estima que dos de cada tres varones mayores de 40 años sufren de dolencias prostáticas y el número aumenta a medida que avanza la edad.(1, 2)

En Cuba el cáncer de próstata representa el 7,8 % de todos los tumores malignos diagnosticados anualmente y la tercera localización de cáncer más frecuente en el hombre cubano, solo precedida por el de pulmón y el de piel. (3) Se diagnostican alrededor de 400 casos nuevos al año, la tasa cruda de incidencia fue de 37,6 por 100 000 hombres en 2012 y la tasa ajustada a la población mundial de 31,5 por 100 000. Estas cifras sitúan a Cuba en una posición intermedia con respecto a otros países del mundo. Sin embargo, en los últimos 20 años se incrementó la incidencia de 20,7 por 100 000. (4) Estudios realizados en Ciego de Ávila han demostrado que la situación no difiere del comportamiento a nivel mundial y nacional, ya que

constituye la 2da causa de muerte, además de presentar una alta incidencia y prevalencia, en el 2012 se reportaron 876 muertes por cáncer, siendo la primera causa en ese año, para una tasa de 48 x 100 000 habitantes. (5)En el Municipio Bolivia desde el 2010 hasta la fecha se han reportado 68 muertes por cáncer, siendo esta la primera causa de muerte, de ellos 10 por Cáncer de próstata, siendo el segundo en localización, y considerando que a nivel mundial los cánceres de próstata se encuentran representados a un 10.2 % y a nivel de Cuba a un 7.8 % y en el municipio de Bolivia se comportó a un 14.7%, por lo que se considera un problema de salud para el territorio siendo a la vez el Médico y Enfermera de la familia un eslabón importante para realizar un diagnóstico precoz y elevar la calidad de vida de la población masculina.(6)Entonces se puede plantear que para el municipio, el cáncer de próstata es un problema por su alta incidencia que representa actualmente el 14.7% de los cánceres del territorio por lo que el problema científico: ¿Cuál fue el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de próstata en los hombres mayores de 50 años de la comunidad de san Antonio municipio Bolivia? .

Justificación: El estudio de las Alteraciones Prostáticas ocupa un lugar cada vez más importante en el campo de la salud ya que al analizar las diversas alteraciones benignas y malignas, estas pueden llegar a ser mortales. Los síntomas de estas alteraciones tardan muchos años en manifestarse. Por este motivo, es muy importante que las personas que tienen posibilidades de contraer la enfermedad se sometan a exámenes médicos de forma frecuente. Es importante recordar el hecho de que el hombre tiene mayores posibilidades de padecer la enfermedad a medida que envejece. En el Municipio Bolivia desde el 2010 hasta la fecha se han reportado 68 muertes por cáncer, siendo este la primera causa de muerte, de ellos 10 por Cáncer de próstata, lo que representa un 14.7%, cifra esta que está por encima de la media nacional que se encuentra en un 7.8% ,siendo este un importante problema de salud en la población masculina mayores de 50 años.

Siendo el objeto de estudio el cáncer de próstata y campo a investigar. Los factores de riesgo en los hombres mayores de 50 años.

OBJETIVOS

Objetivo General: Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de próstata en los pacientes masculinos mayores de 50 años de la comunidad San Antonio del municipio Bolivia.

Objetivos Específicos

- Distribuir los pacientes según variables socio-demográficas.
- Determinar los factores de riesgo más frecuentes en la población estudiada.

MARCO TEORICO

Antecedentes históricos, teóricos y contextuales

Las Alteración Prostáticas son una de las problemáticas más frecuentes en los hombres mayores, aunque cada vez se detectan más problemas en hombres jóvenes, es el segundo tumor más frecuente, por detrás del cáncer de pulmón en hombres. En todo el mundo se diagnostican unos 700.000 nuevos casos al año; lo que representa el 11,7% de todos los tumores masculinos. En el 2002 hubo 679.000 nuevos casos de cáncer de próstata en el mundo. (7)

La detección temprana del cáncer de próstata en Latinoamérica es muy baja, ya que los pacientes por lo general llegan con enfermedad avanzada.(7) El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte en varones en Estados Unidos. En el mundo, la incidencia de cáncer de próstata en Latinoamérica varía de país en país, Sin embargo, no es posible determinar la real incidencia, puesto que no todos los países cuentan con un registro de cáncer. Sin embargo, se observa que ésta va en aumento, según los informes de 1997, 2002 y 2007.

Entre los países con mayor porcentaje de cáncer prostático se encuentran Brasil 65 casos, Argentina 49 casos, Colombia 47 casos, el Ecuador con 31 casos respectivamente por cada 100.000 habitantes. (8)

La próstata es una glándula del varón que produce y secreta un líquido en el que se transportan los espermatozoides. Este líquido pasa a la uretra mediante la contracción del tejido muscular de la próstata durante el orgasmo masculino y se añade al líquido que transporta los espermatozoides desde los testículos. Ayuda a producir semen, el líquido que contiene esperma. La próstata rodea al conducto que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. (9)

La próstata tiene el tamaño y la forma de una nuez situada inmediatamente por debajo del cuello de la vejiga. La próstata rodea la uretra, el conducto por el que sale la orina del organismo, en el punto donde la uretra sale la vejiga. (9)

Las dimensiones de la próstata en condiciones normales son entre 3 y 4 cm en su porción más ancha, 4 a 6 cm de largo, y 2 a 3 cm de espesor. La próstata del adulto tiene una forma similar a la de una castaña. La glándula prostática normal pesa alrededor de 20 gr. Con los años, la próstata aumenta de tamaño. La próstata de un joven tiene el tamaño aproximado de una nuez. El aumento de tamaño de la próstata es muy común después de los 50 años. Con los años, hay más probabilidades de tener problemas prostáticos. (9, 1)

El cáncer de próstata es una neoplasia maligna del tejido epitelial. Hoy día constituye un problema de salud a escala internacional. En muchos países desarrollados constituye el cáncer más comúnmente diagnosticado en los hombres, y al parecer, va a superar al de pulmón como la primera causa de muerte por esta afección.

En Cuba se observa un incremento constante de su incidencia y mortalidad, pues ocupa el segundo lugar como causa de muerte, solo superado por el cáncer de pulmón. (10)

Es raro que se presente antes de los 50 años y su incidencia aumenta con la edad. La glándula prostática es el único órgano del cuerpo que continua creciendo durante toda la vida, por lo cual la de un hombre de 65 años, es dos o tres veces más grande que cuando tenía 20 años. Pero sigue siendo un misterio, el por qué continuo aumentando de tamaño hasta mucho después de la probabilidad que tiene un hombre de engendrar un hijo (10). El cáncer de próstata es un tumor maligno, canceroso, que se forma cuando se malignizan las células de la glándula prostática. Es un tumor de crecimiento muy lento y puede estar muchos años sin producir síntomas ni signos detectables. También llamado adenocarcinoma, es una neoplasia, tejido nuevo, que se forma en la mayoría de los casos después de los 50 años. Se disemina por medio de la formación de nuevos vasos sanguíneos, los cuales suministran oxígeno y sustancias nutritivas a las células cancerosas, ayudando a que estas crezcan. (11, 2, 8)

En cuanto a su origen se invocan varios factores de riesgo como la edad, la raza, el sistema endocrino y determinados virus. Se señalan, además, como muy importantes

los factores dietéticos y una posible asociación con la hiperplasia prostática benigna.

En el 70% de los enfermos se presenta en una zona periférica. Aproximadamente el 90% son adenocarcinomas y aunque con frecuencia se asocia a la hiperplasia prostática, se origina en zonas distintas a la glándula. Estos tumores pueden invadir a la glándula en su totalidad, así como la uretra posterior, el cuello y trígono vesical, los meatos uretrales y las vesículas seminales. (12)

Es una enfermedad larga y asintomática. Los síntomas se relacionan habitualmente con la infiltración local obstructiva, las infecciones urinarias secundarias a la obstrucción y la aparición de metástasis a distancia.

Cuando aparecen los síntomas obstructivos los enfermos refieren trastornos a la micción, dados por polaquiuria diurna y nocturna, micciones demoradas y prolongadas, disminución en la fuerza del chorro urinario y retención de orina. También pueden presentarse síntomas relacionados con la irritación por infecciones urinarias secundarias, los cuales se manifiestan generalmente como ardor miccional y micciones imperiosas, que pueden llegar a la incontinencia paradójica. (12)

La hematuria se presenta cuando el tumor ha infiltrado la mucosa uretral, el cuello y el trígono vesical; puede ser ligera e inicial. Como aparece cuando hay infiltración local es un signo tardío de escaso valor en el diagnóstico precoz. Cuando existe infiltración del trígono vesical, se presenta un dolor lumbar uní o bilateral, de tipo gravativo, condicionado por una ureterohidronefrosis. En las fases más avanzadas aparecen astenia, anorexia y pérdida de peso, como expresión de una insuficiencia renal obstructiva que puede culminar en anuria. (12,9)

Cuando ocurre la diseminación de la enfermedad, en general se presentan metástasis óseas, fundamentalmente en los huesos de la pelvis y la columna lumbar. Los pacientes pueden referir dolor radicular e impotencia funcional de miembros inferiores. También pueden presentarse fracturas patológicas, compresión de la médula espinal y anemia por infiltración de la médula ósea.

Para diagnóstico se tendrá primero que todo un alto índice de sospecha, se tendrá presente que todo diagnóstico positivo se realiza a través de un interrogatorio, el

examen físico y los exámenes complementarios (12). Se deben tener en cuenta los factores de riesgo y los síntomas ya descritos, procediéndose con el tacto rectal y el antígeno prostático específico.

1. Examen físico general: Está destinado a detectar repercusión del tumor en el resto del organismo. Se debe hacer hincapié en la columna lumbosacra, la pelvis, el hígado y el pulmón.
2. Tacto Rectal: Con una sensibilidad del 70 % y una especificidad del 90% es de suma importancia para valorar el tamaño, consistencia, movilidad, delimitación y regularidad de la glándula. Tiene un 50% de probabilidad de falsos positivos, pero es lo idóneo para el diagnóstico precoz. (13)
3. Antígeno Prostático Específico (PSA): con una sensibilidad mayor del 80% y una especificidad del 98%, no se altera con el tacto rectal como se pensaba hace unos años, y es de suma importancia. En el se valoran los siguientes aspectos (10, 14):
 - PSA Total: Glucoproteína que actúa como marcador inmunológico órganoespecífico. Se localiza en las células acinares y en el epitelio ductal del tejido prostático normal y maligno. Su valor normal oscila entre 0 y 5 ng/ml, aunque por lo general cuando es mayor de 4 ng/ml se considera alterado.
 - Porcentaje de PSA Libre: Estos pacientes tienen un porcentaje de PSA libre bajo, se desconoce la causa, y el valor óptimo de este está entre 14 y el 28%.
 - Velocidad de PSA: Mide la rapidez con que se incrementa el nivel de PSA en un periodo determinado, y se sugiere que un aumento de 0,75 ng/ml o mayor es totalmente anormal. (14)
4. Biopsia de la Próstata: Puede ser con aguja fina, peri operatoria o postoperatoria. Se puede realizar con ultrasonido o dirigida por el recto, y se deben realizar de 6 a 10 muestras.
5. Otros Exámenes:

- a) Fosfatasa Acida Prostática: Se eleva en el extracapsular. Es útil en el seguimiento evolutivo, y puede haber falsos positivos en anemias hemolíticas, masaje prostático y exploraciones rectales repetidas.
- b) Fosfatasa Alcalina Ósea: Aumenta en las metástasis, y es la prueba más sensible para determinar el pronóstico.
- c) Pruebas Funcionales Hepáticas: detectan alteración a nivel del hígado, producida por los medicamentos o las metástasis.
- d) Hemograma: se altera durante la infiltración tumoral de la médula.
- e) Parcial de orina: puede haber hematuria micro o macroscópica.
- f) Ecografía Transrectal: Es útil para dirigir la biopsia.
- g) Biopsia de ganglios linfáticos: Se escogen los ganglios pélvicos, Obturador, iliacos internos, iliacos comunes y paraaórticos. Su invasión indica inutilidad del tratamiento quirúrgico, y este proceder se realiza durante la operación.
- h) Biopsia de vesículas seminales y tejidos periprostáticos: Es de utilidad para valorar posible infiltración de estas estructuras.
- i) TAC y RMN: Nos permiten valorar la extensión a otros órganos y sistemas.
- j) Gammagrafía ósea: Nos permite diagnosticar metástasis ósea y está indicada en tumores grandes o PSA elevados, puede dar falsos positivos ante procesos como son las inflamaciones y la osteoartritis, Paget o cicatrización de fracturas.

Los científicos tienen ideas controvertidas en cuanto a las diferentes formas de tratamiento en el Cáncer de Próstata y están explorando programas de tratamientos nuevos y formas de combinar los varios tipos de tratamiento. Están estudiando la efectividad de la quimioterapia, el uso de fármacos para destruir células cancerosas y la terapia biológica, la cual usa la capacidad natural del cuerpo, es decir, el sistema inmune para combatir el cáncer. Los investigadores están también investigando fármacos para mitigar los efectos secundarios al tratamiento, como la pérdida ósea.

Para los hombres con cáncer de próstata en etapa inicial, los investigadores están

también comparando el tratamiento inmediato con la cirugía o radiación contra espera vigilada. (15)

Factores de Riesgo: Característica biológica o conducta que incrementa la probabilidad de padecer o morir de alguna enfermedad en aquellos individuos que la presentan. Las investigaciones científicas han identificado factores de riesgo que aumentan la probabilidad de contraer cáncer de próstata. Estos factores de riesgo incluyen: (16)

1. La edad: Mientras más edad tenga un hombre, mayor será su riesgo de contraer cáncer de próstata.
2. El color de la piel: Los hombres afroamericanos tienen el más alto riesgo de desarrollar cáncer de próstata con más del 50% de posibilidades de un varón caucásico. Aunque las personas que viven en Asia tienen menor riesgo, este riesgo aumenta si migran a Norteamérica, sugiriendo factores ambientales o nutricionales asociados.
3. Historia familiar de Cáncer de Próstata: Ciertos genes (las unidades funcionales y físicas que se transmiten de padres a hijos) que se heredan de los padres pueden afectar el riesgo de contraer cáncer de próstata. En la actualidad, no se ha identificado un gen específico que aumente o disminuya el riesgo de contraer cáncer de próstata. Sin embargo, un hombre tiene dos o tres veces más probabilidad de contraer cáncer de próstata si su padre, hermano o hijo ha tenido la enfermedad.
4. Consumo de grasa animal (dieta) : Algunos estudios muestran que los varones obesos o aquellos que ingieren abundante grasa animal tienen más posibilidades de desarrollar cáncer prostático, pero recientes estudios parecen sugerir que la alta ingestión de calorías es un factor más importante en el desarrollo de cáncer de próstata. Las comidas cocinadas a muy altas temperaturas podrían aumentar su incidencia.. La ingestión de pescado dos o más veces semanales, las dietas vegetarianas, la ingestión de granos, fibra, soya y vitaminas D y E podrían reducir el riesgo (17,16).

5. Consumo de alcohol: La ingestión moderada o alta de alcohol podían aumentar la incidencia de padecer la enfermedad.
6. Vida Sedentaria: El ejercicio vigoroso está asociado con reducción de posibilidades de metástasis de cáncer prostático.
7. Tabaquismo: los pacientes fumadores tienen más predisposición de padecer cáncer de próstata que los no fumadores por la alta concentración de nicotina en su organismo.
8. Otros: Se realizan aún estudios para definir si factores como la vasectomía, la Hiperplasia Prostática Benigna, la exposición a radiaciones, la industria del caucho, los altos niveles de testosterona, la exposición al cadmio o los virus de transmisión sexual pueden tener alguna importancia en la génesis de dicha enfermedad.

La probabilidad de que un varón desarrolle un cáncer de próstata es de un 15%, riesgo que aumenta de forma progresiva con la edad. A los 50 años, el hombre tiene un 42% de posibilidades de desarrollar un cáncer de próstata y un 2,9% de posibilidades de morir del mismo. Según estudios necrósicos, un 1% de las autopsias practicadas a varones de 50 años de edad muestran la presencia de cáncer de próstata latente, mientras que ese porcentaje aumenta hasta un 80% a los 70 años de edad, lo cual indica que un elevado porcentaje de este cáncer es subclínico. En Europa, se estima que se diagnostican 2,6 millones de nuevos casos cada año, constituyendo aproximadamente el 11% de todas las neoplasias en los varones y es el responsable del 9% de las muertes por cáncer entre los hombres dentro de la Unión Europea. (18). En la actualidad, es un hecho contrastado que los antecedentes familiares suponen un importante factor de riesgo para padecer cáncer de próstata. El impacto de la historia familiar en la probabilidad de sufrir esta patología supone un incremento de riesgo relativo entre 1,5 y 5 veces en función de un mayor número de parientes varones afectos o un parentesco más próximo debiendo remarcar que esta probabilidad se incrementa notablemente en aquellos casos en los que el familiar padeció la enfermedad en edades más tempranas. Se considera que entre el 5-10% de los cánceres de próstata están causados por mutaciones heredadas con

alta penetrancia, porcentaje que se incrementa al 33% de los casos diagnosticados antes de los 60 años y a más del 40% de los diagnosticados antes de los 55 años. Se reportan importantes diferencias en el riesgo de cáncer de próstata según el color de la piel. A nivel mundial las tasas más elevadas corresponden a los sujetos negros de Estados Unidos con un 35 % más elevada que los sujetos blancos.(18, 16) En Cuba no se evidenció una asociación significativa entre el cáncer de próstata y el color de la piel, a pesar de que el límite inferior del intervalo es muy cercano a uno y sugiere un mayor riesgo en individuos de origen africano, la asociación con el trabajo agrícola, con una particular referencia al uso de fertilizantes, concluye que hay evidencia positiva entre el cáncer de próstata y el uso de fertilizantes. El exceso de riesgo asociado al trabajo agrícola podría ser atribuido a algún contaminante que se concentra en el tejido graso de los animales, y que los trabajadores agrícolas suelen ser altos consumidores de estos productos. Existen evidencias que sugieren que una dieta rica en grasa animal incrementa el riesgo, y lo contrario ocurre con una dieta rica en vegetales y frutas. (19,16)

Como posibles factores de riesgo se incluyeron: hábitos de vida (actividad sexual, consumo de tabaco, actividad física, consumo de alimentos); factores ambientales (exposiciones laborales); antecedentes personales (patológicos e infecciones virales) y antecedentes familiares (padre, hermanos, tíos e hijos con cáncer o enfermedad, los factores hereditarios son importantes en la determinación del riesgo de desarrollar un Cáncer de Próstata, y los factores exógenos pueden tener una influencia decisiva sobre esta predisposición.

Estadíos del Cáncer de Próstata: (20)

Estadio A: El cáncer está localizado dentro de la próstata y se encuentra casualmente cuando se extirpa esta para corregir una obstrucción. Es generalmente curable.

Estadio B: El cáncer, aún localizado exclusivamente dentro de la próstata, tiene el tamaño suficiente para sospecharse por los medios diagnósticos iniciales. Es generalmente curable.

Estadio C: El cáncer atraviesa la cápsula de la próstata y compromete tejidos vecinos pero aún no ha producido metástasis. Algunos son curables. Además de los medios diagnósticos iniciales es indispensable hacer una gammagrafía ósea para diferenciarlo del estadio D.

Estadio D: El cáncer ha producido metástasis especialmente a hueso (detectados en la gammagrafía) y a ganglios linfáticos. No es curable actualmente pero hay tratamientos paliativos.

Tratamiento Preventivo: Se considera imprescindible tener presente, para el pesquisaje constante de esta patología, los factores de riesgo y la práctica del tacto rectal en todo paciente con más de 45 años. (21)

En Finlandia, por ejemplo, se realizó un estudio donde se comprobó que la ingestión de 50 mg de vitamina E redujo en un 32% la probabilidad de cáncer de próstata y la mortalidad en un 41%. También la administración de Selenio (200 mcg al día), así como la ingestión de 20 mg diarios de vitamina A, ha tenido resultados parecidos; todo esta al parecer por el poder antioxidante de estos suplementos. En estos momentos se realiza un estudio con más de 32 000 hombres mayores de 50 años para confirmarlo (21,12).

También hay pruebas, y aún se investiga, la finasterida 5mg como un producto que podría disminuir la probabilidad de este mal en los hombres predispuestos. El paciente con factores de riesgo debe realizarse un tacto rectal anual y un PSA cada 6 meses, con vistas a detectar a tiempo cualquier alteración. En caso de tacto dudoso o alterado y/o PSA mayor de 4 ug/mg, el paciente debe ser biopsiado en busca del tumor.

Variantes terapéuticas del cáncer prostático: (21)

Existen 3 variantes terapéuticas en este tumor: la cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia.

Cirugía: Está indicada en los estadios iniciales de la enfermedad, cuando aún no se ha diseminado. Puede usarse la técnica llamada Nerve-Sparing Surgery con vistas a producir menor probabilidad de disfunción eréctil posteriormente, y se puede realizar

prostactectomía parcial o radical con los ganglios de la zona.

Existen 3 técnicas quirúrgicas básicas, la prostatectomía radical retropúbica, la prostatectomía radical perineal y la resección prostática transuretral, muchas veces realizada con carácter paliativo para aliviar la obstrucción producida por el tumor.

Radioterapia: Se usan rayos X de alta energía, los cuales matan a las células cancerosas. Puede realizarse con una máquina para dichos fines (radiación externa), o a través de siembras de material radioactivo cerca del tumor (radiación implantada).

Hormonoterapia: las células cancerosas necesitan hormonas masculinas para su crecimiento. Se usa después de la cirugía o de la radioterapia. Esta dependencia puede cesar al cabo de los años y el paciente puede necesitar otra modalidad. Esta terapia puede consistir en orquiectomía, hormona liberadora de hormona luteinizante (LH-RH), agonistas como son leuprolide, goserelin o buserelin.

También se usan medicamentos antiandrogénicos como son la Flutamida y la Bicalutamida. Por último, algunas previenen la formación de andrógenos por la suprarrenal como son el Ketoconazol y la Aminoglutemida. La utilización de bloqueadores antiandrogénicos y agonistas LH-RH se denomina bloqueo androgénico total.

Dentro de los efectos secundarios de la Cirugía que un Médico de Familia debe tener presente, están la incontinencia, la lesión rectal y el llamado orgasmo seco (desaparece la eyaculación).

La radioterapia, por su parte, puede provocar diarrea y molestias durante la micción, el área de la piel tratada puede enrojecerse, estar seca y adolorida, también puede haber caída del cabello lo cual puede ser transitorio o permanente dependiendo de las dosis de radiación. Esta terapia puede provocar impotencia en algunos hombres, aunque la radiación externa daña más los nervios que controlan la erección. La radiación interna puede causar temporalmente incontinencia.

La hormonoterapia puede causar impotencia, fogajes y disminución en el deseo sexual. Los antiandrogénicos pueden causar náuseas, vómitos, diarreas, ginecomastia y dolor en la mamas.

Según el estudio Pesquisa de Cáncer de Próstata en 8 áreas de salud de la provincia de Santiago de Cuba, refiere que el diagnóstico del cáncer de próstata está muy bien establecido a través del tacto rectal en el Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz del Cáncer de Próstata, pero esto precisamente constituye un problema sanitario debido a tabúes de la población; sin embargo, debe destacarse que el PSA ha sido abalado por varios autores en la detección precoz de esta enfermedad y ha permitido mejorar los pronósticos en cuanto al diagnóstico, estadio y monitoreo de los pacientes en los que se sospecha la existencia de un carcinoma prostático o ya se ha confirmado la afección.

Según Grau, se observa en casi todos los pacientes que consultan por cáncer, sea donde sea el lugar afectado, uno de los aspectos que más golpea es la comunicación médico paciente cuando se dice que cada día se hace más significativo el papel de la relación entre el profesional de la salud y el usuario de los servicios de salud; esta relación es muy importante en el caso de los pacientes crónicos en fases avanzadas, en especial, en el proceso de atención a los pacientes que tiene cáncer (22).

Los tratamientos aversivos, rutilantes y prolongados en tiempo que requieren muchos de estos pacientes, así como el estigma social dado por las creencias, atribuciones y representaciones sociales del cáncer en la población hacen que la enfermedad se vea como sinónimo de muerte y sufrimiento, aún cuando los tratamientos médicos oncoespecíficos hayan experimentado un notable desarrollo que hacen posible en la actualidad más curaciones efectivas en el cáncer. (22)

El solo hecho de tener contacto con una Institución oncológica o con indicaciones de pruebas diagnósticas que pueden llevar a asumir que se tiene este padecimiento, implica riesgo o vulnerabilidad emocional. La comunicación con la familia y el ofrecimiento de apoyo emocional son premisas fundamentales que se practican, y que deben tenerse en cuenta.

El tratamiento puntero del cáncer de próstata proporciona una supervivencia prolongada sin enfermedad para muchos pacientes con la enfermedad localizada, pero es escasamente curativo en pacientes con tumor local extenso. Aún cuando el

cáncer aparece localizado clínicamente en la glándula prostática, una fracción sustancial de pacientes desarrollará propagación tumoral después de recibir terapia local con cirugía (prostatectomía radical) o radioterapia. Este desarrollo es el resultado de la alta incidencia de subclacificación clínica aún con la utilización de técnicas actuales de diagnóstico. (22)

Los pacientes idóneos para radioterapia definitiva deben tener un diagnóstico patológico confirmado de cáncer, que delimita clínicamente a la próstata o tejidos circundantes (estadíos I, II y III). Estos pacientes deberán tener una tomografía computarizada, que sea negativa de metástasis. La radioterapia profiláctica a los ganglios linfáticos que no estén clínica o patológicamente comprometidos, no parece mejorar la supervivencia general o la supervivencia específica del cáncer de próstata. Además, los pacientes que no son estimados médicamente idóneos para la prostatectomía radical pueden ser tratados con una tasa baja en complicaciones si se da atención cuidadosa a la técnica de la administración.

El cáncer de próstata en fase inicial (localizado) depende en las acciones de andrógeno, y la terapia de detección del andrógeno induce la regresión del tumor. Actualmente, la suspensión del andrógeno se logra por su bloqueo ya sea quirúrgico o químico. Desgraciadamente, casi todos los pacientes de cáncer de próstata desarrollan tumores que crecen a pesar del bloqueo del andrógeno y finalmente hacer recaída. Varios tratamientos alternativos no quirúrgicos tienden a ser usados y están en investigación para tratar el cáncer de próstata localizados en los pacientes inelegibles para la cirugía por la edad, expectativa menos de 10 años y/o la involuntariedad para enfrentar las posibles complicaciones.

El Cáncer de Próstata como una afección devastadora de la salud humana es sin duda un motivo de investigación, promoción y rehabilitación clínica y psicológica, de ahí el valor significativo de la realización de este proyecto en busca de casos ocultos patológicos y sensibilizar a la población masculina a trabajar en la erradicación de los factores de riesgo para así disminuir la mortalidad por dicha patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Longitudinal Retrospectivo para conocer el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de próstata en los hombres mayores de 50 años de la comunidad de San Antonio, municipio Bolivia durante el año 2016.

Se aplicó una encuesta con previo consentimiento informado donde el instrumento se encargó de detectar los factores de riesgo en la población objeto de estudio.

Universo de estudio

Estuvo constituido por la población mayor de 50 años de la comunidad de San Antonio en el que se incluyeron los 115 pacientes

Criterios de inclusión.

Pacientes masculinos mayores de 50 años, que firmen el Consentimiento Informado (Anexo 1),

Criterios de exclusión.

- Pacientes que a pesar de entrar en el grupo de edad tengan discapacidad mental
- Los que residan temporalmente en el área en estudio.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupo de edades	Cuantitativa continua interval	50-59 60-69 70-75 80 y +	Edad en años según Carné de Identidad	Número y porcentaje
Color de la piel	Cualitativo Nominal politómica	Blanco Negro Mestizo	Según la descripción operacional	Número y porcentaje
Tabaquismo	Cualitativo ordinal	Leve (5 o menos cigarrillos diarios) Moderado (6 a 15 cigarrillos diarios) Severo (1 cajetilla diaria)	Según la descripción operacional	Número y porcentaje
Alcoholismo	Cualitativo Nominal politómico	Abstemios (Los que nunca beben) Bebedores sociales (Los que beben ocasional, cuando comparten en una fiesta con un grupo de amigos o en familia) Alcohólicos (los que bebe todos los días y siente necesidad de hacerlo sin motivo	Según acción operacional realizada por el autor.	Número y por ciento según factores de riesgo.

		alguno)		
Dieta rica en grasa animal	Cualitativo Nominal dicotómica	Si No	Según grupo que pertenece	Número y por ciento según factores de riesgo.
Historia familiar de cáncer de próstata	Cualitativo Nominal dicotómica	Positiva Negativa	Según grupo que pertenece	Número y por ciento según factores de riesgo.
Vida sedentaria	Cualitativo Nominal dicotómica	Pacientes que realizan ejercicios físicos. Pacientes que no realizan ejercicios físicos.	Según al grupo que pertenecen y a la encuesta.	Número y por ciento según factores de riesgo.

Métodos y técnicas.

Métodos e instrumentos de recolección de datos: La información se obtuvo de una encuesta realizada a todos los pacientes masculinos mayores de 50 años del estudio donde están reflejadas algunas de las variables fundamentales del estudio con sus criterios .

La encuesta para recoger los datos referentes a el tabaquismo, color de la piel, alcoholismo, dieta rica en grasa animal, vida sedentaria, antecedentes familiares de cáncer de próstata mediante una Ficha de Recolección de la Información, (Anexo N° 2), confeccionada por la autora y avalado por el tutor.

Técnicas y procedimientos para dar salida a los objetivos: Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas y se presentan en tablas y gráficos de distribución de la frecuencia.

Ética

Es respetado el código ético de la profesión que se extiende desde el respeto de los profesionales de salud hacia el paciente, de si desea o no participar en el Programa o abandonarlo cuando lo desee, sin que su decisión pueda afectar sus relaciones. Además de ayudar, apoyar y brindar satisfacción a todos los pacientes que participen y estén afectados con la patología, sin dejar de mencionar dar respuesta de forma general a los pacientes de los resultados de la evaluación y al personal de salud involucrado. Estando de acuerdo firmaron el documento de consentimiento informado el paciente y el médico que brindó la información. (Anexo 1)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribuir pacientes masculinos mayores de 50 años según grupos de edad.

Grupo de edades	Total	%
50-59	24	20,9
60-69	41	35,6
70-75	32	27,8
80 y +	18	15,7
Total	115	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla se aprecia que el 35,6 % de pacientes comprendidos en el grupo de edad de 60 a 69 años, se consideran como factor de riesgo a padecer la enfermedad, seguidos por el grupo de 70 a 75 años con un 27,8%, lo que coincide con un estudio realizado por el Grupo Nacional de Oncología en el año 2013, donde a través de estudios necróticos, un 1% de las autopsias practicadas a varones mayores de 50 años de edad muestran la presencia de cáncer de próstata latente, mientras que ese porcentaje aumenta hasta un 80% a partir de los 60 años de edad.

Tabla 2. Distribuir pacientes según color de la piel.

Color de la piel	Total	%
Blanco	27	26,08
Negra	32	27.08
Mestiza	56	48.6
Total	115	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla se demuestra que el color de la piel que predomina es el mestizo con un 48.6% del total de pacientes .

La autora considera que este es un dato importante a tener en cuenta para el diagnóstico del cáncer de próstata, pues probablemente por razones genéticas, el desarrollo y crecimiento de la enfermedad es más rápida en la población negra o mestiza, lo que corresponde con lo publicado por Díaz Alonso en 2013, en la Revista Cubana de Epidemiología, donde plantea que los hombres afroamericanos tienen el más alto riesgo de desarrollar cáncer de próstata con más del 50% de posibilidades de un varón caucásico.

Tabla 3. . Distribuir pacientes según consumo de alcohol y edad

Grupo de edades	Consumo de alcohol							
	Abstemios		Bebedor social		Alcohólicos		Total	%
	No	%	No	%	No	%	No	%
50 a 59	5	4.3	25	21.7	32	27.8	62	53.1
60 a 69	2	1.7	12	10.4	16	13.9	30	26.8
70 a 79	1	0.9	9	7.8	10	8.7	20	17.4
80 y mas	-	-	2	1.8	1	0.9	3	2.6
total	8	6.9	48	41.7	59	51.3	115	100

Fuente: encuesta

En la tabla se puede apreciar que de 115 pacientes, el 51.3 % consumen alcohol y

solo el 6.9 % no consumen alcohol, siendo el grupo de edad de 50 a 59 el mayor consumidor para un 27.8 %

La autora considera que teniendo en cuenta estos resultados, se debe hacer hincapié en el trabajo sistemático del médico y la enfermera de la familia en aras de disminuir el número de pacientes consumidores de bebidas alcohólicas.

Estos resultados se corresponde con lo redactado por Romero Cagigal en la Revista Cubana de Salud en 2013, donde se plantea que la asociación de más de un factor de riesgo en los pacientes aumenta la predisposición para desarrollar este tipo de cáncer, además plantea que los varones que consumen alcohol en grandes cantidades y con frecuencia tienen más posibilidades de desarrollar cáncer prostático.

.Tabla 4. Distribuir pacientes según habito de fumar edad

Grupo de edades	Habito de fumar							
	Leve (5 cigarros o mas al dia)		Moderado (de 6 a 15 cigarros al dia)		Severo (una cajetilla diaria)		Total	%
	No	%	No	%	No	%	No	%
50 a 59	4	3,47	18	15,6	23	20,0	45	39,1
60 a 69	2	1,73	14	12,2	16	13,9	32	27,8
70 a 79	2	1,73	12	10,43	12	10,43	26	22,6
80 y mas	1	0,8	6	5,21	5	4,34	12	10,4
total	9	7,73	50	43,44	56	48,67	115	100

Fuente: encuesta

Los datos estadísticos revelan que el 48,67% de los pacientes son fumadores mientras que el 7,73% no fuman, predominando este habito de fumar en las edades comprendidas entre 50 y 59 años de edad que representa el 39,1%.

Esto coincide con lo descrito en la Revista Cubana de Salud del 2013 donde se plantea que los pacientes fumadores presentan un 70% de probabilidades de presentar cáncer de próstata mientras que los no fumadores tienen un 30% de posibilidades de no desarrollar la enfermedad.

Tabla 5. Distribuir pacientes según consumo de grasa animal y edad.

Grupo de edades	No Consumo de grasa animal		Consumo de grasa animal		total	%
50-59	18	15,6	34	29,5	52	45,1
60-69	16	13,9	17	14,7	33	28,6
70-79	9	7,8	6	5,2	15	13,0
80 y mas	5	4,34	8	6,9	13	11,2
Total	48	41,6	67	56,3	115	100,0

Fuente: Encuesta

Esta tabla demuestra que el 56,3 %de los pacientes consumen grasa animal, mientras que el 41,6 %no la consumen.

Estos resultados se corresponden con lo redactado por Romero Cagigal en la revista Dieta y cáncer de próstata ,que los varones obesos o que ingieren abundante grasa animal aumenta la predisposición para desarrollar este tipo de cáncer.

La autora considera que los profesionales de la salud deberían facilitar a sus pacientes masculinos un diálogo abierto sobre los beneficios de tener una dieta saludable rica en frutas, vitaminas (D y E) y vegetales podrían reducir el riesgo de padecer de esta enfermedad.

Tabla 6. Distribuir pacientes según vida sedentaria y grupo de edad.

Grupos de edad	Practica de ejercicios		No practica de ejercicios		Total	%
50 a 59	15	13,0	19	16,5	34	29.6
60 a 69	12	10,4	10	8,7	22	19.1
70 a 79	9	7,8	20	17,5	29	25.2
80 y mas	5	4,3	25	21,8	30	26.1
total	41	35.5	74	64.5	115	100

Fuente: encuesta

En esta tabla se demuestra que el 64.5 % de las personas llevan una vida sedentaria porque no realizan ejercicios físicos tienden a tener mas probabilidades de tener metástasis en otros órganos .

Tabla 7 Distribuir pacientes según historia familiar de cáncer.

Historia familiar de cáncer de próstata	Total	%
Positiva	62	53.9
Negativa	53	46.1
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta

Esta tabla demuestra que el 53,9% de los pacientes estudiados tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata, esto se corresponde con estudios realizados por Camacho Rodríguez que refiere que un hombre tiene más probabilidad de contraer cáncer de próstata si su padre, hermano o hijo ha tenido la enfermedad o hayan muerto por causa de esta patología.

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo el grupo de edad con mayor número de factores de riesgo fue de 50 a 59 años, siendo el color de la piel mestizo el de mayor incidencia. El 51.3 % de nuestros pacientes estudiados consumen alcohol y existe un 48.67 % de fumadores. Ingieren grasa animal el 56.3 % y a su vez el 64.5% no realizan ejercicios físicos, teniendo una vida sedentaria. El 53.9 % de los pacientes tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata.

RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar actividades educativas de promoción y prevención del cáncer de próstata hacia la población en general por parte del equipo básico de trabajo para que las personas conozcan y se concienticen de los riesgos que tiene esta enfermedad, para que de esta manera tenga un tratamiento a tiempo y se puedan prevenir complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Instituto Nacional de Oncología. "Propuesta para abordar el problema Cáncer de Próstata". La Habana: Minsap; 2010.
2. Álvarez-Blanco MA, Escudero-de los Ríos PM, Hernández-Toríz N Cáncer de Próstata. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=29419>
3. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Registro Nacional de Cáncer, La Habana, 2012, Incidencia de Cáncer en Cuba, 2012.
4. Ministerio de salud pública. Anuario estadístico. La Habana: MIPSAP; 2014
5. Dirección Provincial de Salud. Ciego de Ávila, Anuario estadístico, 2013.
6. Estadística municipal de salud, Bolivia 2016.
7. López MA, Grosman H, Bellora OG, Surur DM, Grispon D et al. Epidemiología del cancer de prostata en la óptica de una campaña de detección temprana. Rev. Argent Urol. 2010; 69(4): 210-219.
8. Galán Y, Álvarez ME, Guerra L, Priscila Torres B, Mariela García J, Fernández Garrote L et al. Mortality and Survival from Prostate Cancer. European Journal of Cancer Prevention. 2010; 13(5): 377-381.
9. Temas de Urología. Colectivo de Autores. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2008.
10. Díaz Alonso G. Epidemiología del cáncer de Próstata. Rev Cubana Ged Gen Integr ; 2014: 378-81.
11. Ranado de la Orden S., Saá Requejo C., Quintás Viqueira A.. Situación epidemiológica del cáncer de próstata. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2012 Jun 08]; 30(6): 574-582. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210
12. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Oncología. Reunión Nacional de Consenso de elaboración de las guías de diagnóstico y tratamiento del cáncer prostático: Cáncer de próstata, Información general. Ciudad Habana: MINSAP; 2011.

13. Sandoval Jiménez Odalys, Santana Sarrhy Lourdes, Coll Ruiz Mario. Valor del tacto rectal y el antígeno prostático específico en el pesquiasje del adenocarcinoma de próstata. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2012 Jun 08]; 41(4)
14. Gilberto Ángel M. Mauricio Ángel R. INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL LABORATORIO 7ª. EDICIÓN
15. Ilepuz Losa C., Borque Fernando Á., Rioja Sanz L.A... ¿Which is the most appropriate diagnostic algorithm for prostate cancer screening? Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2005 Mayo [citado 2012 Jun 08] ; 29(5): 465-472. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000500005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062005000500>
16. Leticia Fernández,1 Yaima Galán,2 Rosa Jiménez,3 Ángela Gutiérrez,4 Marta Guerra,5 Celia Ma. Pereda,6 Celia Alonso,7 Antonio Agudo,8 Elio Riboli9 y Carlos González8. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000300002&script=sci_arttext
17. Romero Cagigal I, Ferruelo Alonso A., Berenguer Sánchez A.. Dieta y cáncer de próstata. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2014 Jun 08]; 27(6): 399-409. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000600001&lng=es.
18. Freidenreich Axel, Aus Gunna, Bolla Michel, Joniau Steven, Matveev Vsevolod B., Schmid Hans Peter et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2012 Jun 08]; 33(2): 113-126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062009000200004>.

19. Camacho Rodríguez R, Fernández Garrote L, Martín García A, Abascal Ruiz ME, Diez Cabrera. El programa nacional del control del cáncer en Cuba. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2012; 10(3):21
20. Delongchamps NB, Singó A, Haas GP. The role of prevalence in the diagnosis of prostate cancer. Cancer Control. 2014; 13(3): 158-68.
21. 9. 10. Kanski A, Eisenberg D, Horwitz E, Hanlon A, Pollack A, Hanks G et al. Does age matter in the selection of treatment for men with early-stage prostate cancer? Cancer. 2013; 106(12): 2598-602.
22. Grau Abalo JA, Chacón Roger M. Comunicación y apoyo al enfermo: herramientas básicas del acompañamiento. En Material II Congreso Internacional de Tanatología. México: DF: 2006.
23. Greene KL, Meng MV, Elkin EP. Validation of the Kattan preoperative nomogram for prostate cancer recurrence using a community based cohort: results from cancer of the prostate strategic urological research endeavor (capsure). J Urol. 2005; 171 (6): 2255-9.
24. Kit de analizadores Elecsys y cobas e (RocheDiagnosticsGmbH, SandhoferStrasse 116, D-68305 Mannheim) www.roche.com
25. Campbell Urología: Walsh, Retik, Stamey, Vaughan. 9na edición (2011) Ed. Panamericana
26. Carter B. S., Carter H. B., Isaacs J. T.: Epidemiology evidence regarding predisposing factors to prostate cancer. Prostate, 16.187, 2010a.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.

Yo _____ paciente masculino de ___ años,
estoy de acuerdo a participar de forma activa en el estudio.

Se me ha explicado que:

Mi participación en el estudio es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del mismo cuando yo lo considere no afectará mis relaciones con el médico y la institución que me seguirán atendiendo según las normas del estado cubano.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado, junto con el médico que me brindó las explicaciones, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del paciente.

Firma del médico

Anexo 2. Encuesta

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Color de la piel: ___ Blanco
 ___ Negro
 -----_Mestizo

4. Historia familiar de cáncer de próstata:

___ Positiva
___ Negativa

5. ¿Usted Fuma?

___ Sí ___ No

En caso de ser positiva su respuesta marque:

___ Leve (5 o menos cigarrillos diarios)
___ Moderado (6 a 15 cigarrillos diarios)
___ Severo (1 o más cajetillas diaria)

6. ¿Consume bebidas alcohólicas?

___ Sí ___ No

En caso de ser positiva su respuesta marque:

___ Ocasional, cuando comparte en una fiesta con un grupo de amigos o en familia.

___ Bebe todos los días y siente necesidad de hacerlo sin motivo alguno.

7. ¿Consume usted una dieta rica en grasa animal?

___ Sí ___ No

8. ¿Usted realiza actividades físicas ?

Si ----- No -----