

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSE ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA.

Intervención comunitaria sobre el cáncer de próstata en hombres de 50 a 70 años CMF4 del municipio Baraguá.

Autora: Dra. Lisandra de la Rosa Sánchez.

Ciego de Ávila
2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSE ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA.

Intervención comunitaria sobre cáncer de próstata en hombres de 50 a 70 años en CMF4 del municipio Baraguá.

Autora: Dra. Lisandra de la Rosa Sánchez

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Ernesto Valero Padín

Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Institución de procedencia: Policlínico Docente "Dr. Mario Páez Inchausti"

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2018

DEDICATORIA

A mi familia por su apoyo incondicional en todos mis años de estudio y por ayudarme a ser la persona que soy.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados el cáncer de próstata en pacientes de 50 a 70 años de edad del CMF 4 del área de Salud del Municipio de Baraguá en Ciego de Ávila, en el período comprendido entre noviembre de 2016 a junio de 2017. La muestra quedó conformada finalmente por 50 participantes. Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar, se aplicó además la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades cercanas al adulto mayor y la gran mayoría de los participantes presentó procedencia rural y la forma de obtener conocimientos sobre cáncer de próstata fue a través del médico y enfermera de la familia. Se reportó una modificación positiva y significativa entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre los principales factores de riesgo, síntomas y signos, medios para el diagnóstico oportuno, edad de aparición más frecuente y conocimientos generales del cáncer de próstata.

Palabras claves: Intervención comunitaria, cáncer de próstata, factores de riesgo.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	6
▪ Marco teórico.....	5
▪ Método.....	20
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	27
▪ Conclusiones.....	35
▪ Referencias bibliográficas.....	36
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CP) es un problema sanitario mundial de primer orden, ya que constituye la neoplasia más común en el hombre, es la segunda más frecuente en el varón por incidencia y la quinta por causa de muerte a nivel mundial, al estimarse en más de 1,1 millones los nuevos casos y en más de 300 000 las muertes por año. Se predice para los hombres cubanos con 65 años de edad o adulto mayor, 3 581 muertes por esta enfermedad en el año 2020 (1,2).

La Organización Mundial de la Salud pronostica que, en los próximos 10 años, si no se emprenden acciones, morirán 84 millones de personas por esta enfermedad. En España el cáncer de próstata constituye la segunda causa de muerte para todas las edades del país. En Cuba ocupa el segundo lugar solo precedida por los tumores de tráquea, bronquios y pulmón (3-5).

Se cuenta para la detección precoz del CP con el tacto rectal (TR) y el Antígeno Prostático Específico (APE), en los últimos años se han desarrollado nuevos métodos diagnósticos, entre los cuales se encuentran marcadores séricos y marcadores urinarios. Si los resultados de las pruebas de detección temprana APE o el TR sugieren CP, se ordenarán otras pruebas, como la ecografía transrectal y una biopsia de la próstata, para confirmar si hay cáncer (7-9).

Los países en desarrollo, debido a las características del cambio de estructura de la población, el desarrollo profesional, la disminución del trabajo físico y otros factores, son causantes de la aparición de enfermedades crónicas degenerativas (cáncer). Tanto el hábito de vida saludable como la práctica de estilos de vida saludable están relacionados para la prevención de muchas enfermedades. En este caso hablamos de enfermedades no trasmisibles que a través del tiempo se encuentran en apogeo, nos referimos al cáncer (10).

En el mundo millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año. En la historia reciente, el cáncer es el padecimiento más abrumador que puede afectar al ser humano en cualquier momento de su vida. Es una de las principales causas de mortalidad alternando este puesto con las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tránsito (11).

Esto se relaciona mucho con los hábitos de vida de las personas, en la actualidad se vive una serie de cambios tecnológicos el cual convierte a la persona en un ser con poca actividad física; si sumamos a la alimentación que es una de los principales cambios radicales en la cual observamos el consumo masivo de comida rápida u otros insumos nocivos que agrava la situación de la salud de la población (11).

Según la OMS, el cáncer ataca a las personas sin importar el sexo, la raza, condición social ni la edad. En el 2008 murieron de cáncer 7.6 millones de personas, lo que supone el 13% de todas las defunciones registradas en el mundo; más del 70% de las muertes por cáncer se producen en países de ingresos bajos y medios. Existen muchas formas de prevenir el cáncer, como por ejemplo evitar el consumo de tabaco, alimentos insanos, realizar actividad física, moderando el consumo de alcohol y mediante la vacunación contra la VHB y VPH (12).

Según la Organización Panamericana de Salud, indica que para el 2030 se proyecta que más de 1.60 millones de personas morirán de cáncer y el aumento se debe a factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de peso, obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, entre otros (13).

El personal de salud cumple muchas funciones importantes para la salud de las personas, una de ellas es la asistencial, cuyo objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, sobre todo de las personas que padecen la enfermedad. La otra función es la prevención, cuyo objetivo es reducir o eliminar los factores de riesgo del cáncer mediante las intervenciones individuales y/o colectivas mediante las actividades educativas y las campañas de salud (13).

Para la prevención primaria es necesario la limitación a la exposición a agentes causales o factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada: por lo que se recomienda comer al menos 2 ½ tazas de una gran variedad de verduras y frutas (tomates, vegetales crucíferos, soya, frijoles y otras legumbres) o pescado cada día, mantenerse activo y mantener un peso saludable. Los vegetales crucíferos contienen antioxidantes que ayudan a prevenir el daño al ADN y podrían ayudar a reducir el riesgo de cáncer de próstata (14-16).

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 (17).

Durante este período de 1981 a 1986 el número de defunciones por cáncer de próstata fue de 5 487 hombres, distribuyéndose de manera desigual en la isla. En la región occidental se reportaron 2 343 muertes, donde Ciudad de La Habana fue la provincia con mayor total de fallecidos (1 346), seguida de La Habana y Matanzas con 374 y 337 casos, respectivamente (18-20).

La región central representó 1 590 defunciones en ese período, fue la que presentó un comportamiento acentuado de la mortalidad por esta neoplasia maligna. Camagüey presentaba el mayor número de casos con 508 defunciones, seguido por Villa Clara y Ciego de Ávila con 411 y 260, respectivamente. Por su parte la región oriental, presentaba un total de 1 554 fallecidos (18-20).

Anualmente se registran por esta causa más de 22 532 fallecidos y la incidencia y mortalidad de la enfermedad continúan su tendencia ascendente, no se logra el impacto deseado a escala poblacional con las acciones efectuadas y, desde el año 2008 (18-20).

El municipio de Baragua, ha venido presentando tasas desfavorables en cuanto a la incidencia de mortalidad por cáncer, presentando un total de 283 casos fallecidos, de ellos 39 son de Cáncer de Próstata y en el área de salud de Baraguá en lo que va de año un total de 12 fallecidos por cáncer y de ellos 2 por cáncer de próstata, presentando en estos momentos una prevalencia 16 con una incidencia de 5 casos nuevos en lo que va de año para un total de 15 casos diagnosticados en estadios avanzados, lo que evidencia el incumplimiento de la detección precoz de esta patología (17,18).

Ante lo manifestado, la prevención y promoción de la salud es la manera más efectiva para evitar adquirir la enfermedad; es por eso que se debe resaltar la función del profesional de salud en donde tienen a su cargo las actividades preventivas promocionales con el objetivo de educar y disminuir el número de casos de cáncer; de esta manera se obtendrá la disminución en el número de mortalidad en la población. El trabajo se realizó, con el fin de demostrar la

efectividad de una intervención educativa sobre cáncer de próstata en la población masculina entre 50 y 70 años

Problema de la investigación: Se desconoce la efectividad de una intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata en pacientes de 50 a 70 años de edad del CMF 4 del área de Salud del Municipio de Baraguá en Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad de una intervención comunitaria para modificar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata en pacientes de 50 a 70 años de edad del CMF 4 del área de Salud del Municipio de Baraguá en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata en la población de estudio.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada para elevar los niveles de conocimiento sobre cáncer de próstata en la muestra de estudio.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata en pacientes de 50 a 70 años de edad del CMF 4 del área de Salud del Municipio de Baraguá en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

Etiología

La glándula prostática tiene más o menos el tamaño de una nuez (altura: 30mm, ancho: 40mm, espesor: 20mm), pesa entre 20-25 g, su coloración es lanquecina y su consistencia bastante firme. Se encuentra ubicada delante del recto, detrás de la sínfisis pubiana, por encima del piso perineal y debajo de la vejiga. Rodea la porción posterior de la uretra, conducto que transporta la orina y el semen hacia el exterior y produce líquido prostático rico en fibrinolisisina que favorece la lisis del eyaculado (21).

Desde el punto de vista etiológico se conoce poco sobre el carcinoma de próstata, no existen datos convincentes que indiquen que la dieta, la profesión, el nivel socioeconómico, los antecedentes de enfermedad infecciosa, las prácticas sexuales, el hábito corporal o los estímulos hormonales sean factores de riesgo significativos. La influencia hormonal sobre el desarrollo de esta patología se demostró por el descubrimiento de receptores de hormonas esteroideas en el carcinoma de próstata, por el exitoso manejo de la enfermedad avanzada con terapia hormonal y por la inducción del desarrollo del carcinoma en forma experimental en animales con la aplicación de hormonas sexuales masculinas; sin embargo, los niveles de testosterona y dihidrotestosterona se encuentran en concentraciones parecidas tanto en las próstatas normales como en aquellas que presentan carcinoma, lo que hace pensar que los factores responsables de la iniciación del cáncer de próstata son similares para todos los hombres pero distintos de los factores promotores que coadyuvan al desarrollo de esta patología (21).

Se ha demostrado la influencia de los factores genéticos en el desarrollo del cáncer de próstata con un riesgo de dos a tres veces mayor que la población normal en aquellos pacientes que presentan el antecedente de un padre o un hermano que hayan padecido de cáncer de próstata clínico; y dicho riesgo aumenta más de cinco veces si presenta dos o más parientes cercanos con el mismo padecimiento (21).

El cáncer de próstata es el primer tumor en frecuencia que sufre la población masculina. En E.E.U.U., ocupa el segundo lugar en frecuencia como causa de

muerte en el varón. La Sociedad Americana del Cáncer estima que habrá alrededor de 198.100 nuevos casos de cáncer de la próstata en este país en el año 2001 y alrededor de 31.500 hombres morirán de esta enfermedad (22).

En Venezuela el cáncer de próstata ocupa el tercer lugar como causa de muerte en el varón y es más frecuente en varones de 70 años. La mortalidad es de 2.1 x 1000 hombres (22).

La mayoría de los estudios epidemiológicos sugieren que la incidencia del cáncer de próstata se ha incrementado a lo largo de los años, pero esto puede deberse en parte al perfeccionamiento de la detección y comunicación de los casos de cáncer de próstata. El 92% de los hombres con diagnóstico de cáncer de próstata sobreviven al menos 5 años, y el 67% sobreviven al menos 10 años (22,23).

Factores de riesgo.

Edad: La probabilidad de tener cáncer de la próstata aumenta rápidamente después de los 50 años de edad. Más del 80% de todos los casos de cáncer de la próstata se diagnostican en hombres mayores de 65 años (24,25).

Raza: El cáncer de la próstata es casi dos veces más común entre los hombres de la raza negra que entre los blancos (24,25).

Nacionalidad: La frecuencia de cáncer de próstata es alto en países norteamericanos y europeos, intermedio en países sudamericanos y bajo en países orientales (24,25).

Dieta: Los resultados de la mayoría de los estudios sugieren que los hombres que ingieren mucha grasa en su dieta tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer de la próstata. Investigaciones recientes sugieren también que una dieta con alto contenido de calcio y bajo de fructosa (azúcar de las frutas) aumenta el riesgo de cáncer de la próstata. Los licopenos, que se encuentran en niveles especialmente altos en algunas frutas y vegetales (tales como los tomates cocidos o crudos, la toronja y la sandía) parecen disminuir también el riesgo de cáncer de la próstata, tal como lo hace el selenio (24,25).

Factores hereditarios: El cáncer de la próstata parece ser común en algunas familias, lo que sugiere un factor hereditario o genético. Tener un padre o un hermano con cáncer de la próstata duplica el riesgo de un hombre de desarrollar

esta enfermedad. El riesgo es aún mayor en los hombres con varios familiares afectados, en particular si esos familiares eran jóvenes en el momento del diagnóstico (24,25).

Factores Hormonales: El andrógeno activo que actúa como factor intermediario del crecimiento prostático es la dihidrotetosterona, y en el varón los niveles de estradiol aumentan con la edad, actuando estos de forma sinérgica para inducir el crecimiento prostático (24,25).

Histología.

El adenocarcinoma de próstata representa más del 95% de todos los cánceres de próstata; la mayoría se origina en la zona periférica, sin embargo un número significativo de carcinomas de la glándula se originan en la zona central y en la zona transicional; más del 90% de los cánceres restantes son carcinomas del epitelio de transición; el resto de los tipos histológicos de los cánceres que se encuentran en la glándula prostática son en mucho menor proporción: carcinoma de células planas, carcinoma neuroendocrino, carcinoide, tumores del estroma y los tumores secundarios. Se distinguen 3 grados de malignidad dependiendo de las características del núcleo celular, así como del grado de diferenciación glandular: a) bien diferenciado, b) moderadamente diferenciado y; c) mal diferenciado. En 55% de los tumores, se pueden encontrar distintos grados de diferenciación en el mismo tumor (21,26,27).

Formas de Presentación.

Se deben diferenciar las siguientes formas de presentación del carcinoma de próstata: Carcinoma de próstata clínicamente manifiesto: Tumor palpable con o sin síntomas; con o sin metástasis. Carcinoma de próstata incidental: Hallazgos de tacto rectal normal, APE (Antígeno Prostático Específico) normal, el tumor puede ser encontrado en forma casual en la pieza quirúrgica de una adenomectomía por hiperplasia prostática benigna. Ya pueden existir metástasis. Carcinoma de próstata latente: Carcinoma no diagnosticado durante la vida, es un hallazgo de autopsia. Carcinoma de próstata oculto: Carcinoma cuya manifestación primaria es por metástasis con hallazgos de tacto rectal y APE normales (21,28-30).

Signos y síntomas.

En estadios tempranos el carcinoma de próstata no causa ningún síntoma específico, debido a que más del 70% de los tumores se originan en la zona periférica de la glándula y cuando un nódulo crece lo suficiente como para llegar a causar síntomas obstructivos uretrales, éstos son muy parecidos a los causados por el crecimiento hiperplásico de la glándula prostática: retardo en el inicio de la micción, disminución en el calibre y fuerza del chorro urinario, goteo terminal, tenesmo vesical, es decir, se integra un verdadero síndrome obstructivo urinario bajo. A estos síntomas se le anexan otros como polaquiuria, disuria, ardor miccional, la hematuria, que no es patognomónico del carcinoma prostático; o bien pueden presentarse síntomas iniciales propios de metástasis en forma concomitante como dolor óseo en columna lumbar baja. El crecimiento y diseminación local del tumor causa síntomas directos e indirectos tales como compresión ureteral que condiciona dilatación de las cavidades superiores y al final una insuficiencia renal postrenal. Las metástasis óseas pueden causar síntomas dolorosos sobre todo en columna lumbosacra, fracturas patológicas o bien pueden causar un síndrome de compresión de raíces de nervios lumbosacros. Si el enfermo presenta una diseminación metastásica generalizada, éste presenta una rápida afección de sus condiciones generales con anemia, caquexia, edema de miembros inferiores, obstrucción rectal, fibrinólisis e insuficiencia renal crónica que pueden condicionar una muerte rápida (27).

Los síntomas del cáncer de próstata son (27):

Síntomas obstructivos: goteo postmiccional, esfuerzo, chorro urinario con poca fuerza o calibre.

Síntomas irritativos: polaquiuria, urgencia, tenesmo, tensión suprapúbica, disuria.

Síntomas sexuales: disminución de la función erectil, eyaculaciones dolorosas, molestias en la erección, poca satisfacción, eyaculaciones sanguinolentas.

Hematuria: al comienzo terminal (final de la micción).

Síntomas generales: cansancio, anorexia, caquexia, pérdida de peso.

Síntomas referidos a la enfermedad diseminada, principalmente óseos: dolor, fracturas espontáneas.

Su diseminación ocurre por la vía linfática a huesos planos, por vía hematógena y por continuidad a vesículas seminales, vejiga, uretra, ganglios pelvianos, sigmoides-recto (27).

El cáncer de próstata sigue un curso natural extraordinariamente variable e impredecible; en algunos varones, la enfermedad evoluciona con gran lentitud y su estado clínico es satisfactorio durante 10 años sin tratamiento. En otros, en trastorno muestra diseminación metastásica rápida que culmina en la muerte temprana. Hoy en día se considera que si el hombre viviera 100 años el 90% tendría cáncer de próstata (27).

Exámen físico: el paciente puede presentar linfadenopatias, signos de uremia e insuficiencia cardiaca congestiva, o retención urinaria con distensión vesical. Con mayor frecuencia, las alteraciones físicas se limitan a la próstata. En el examen rectal, la glándula se siente más dura de lo normal o hiperplásica, y a veces se han perdido sus límites normales. Hasta 50% de las regiones induradas ubicadas dentro de la próstata son malignas, y el resto se deben a cálculos prostáticos, con inflamación, infarto de la próstata o cambio postquirúrgico en un paciente que se sometió previamente a una prostatectomía parcial por hiperplasia prostática benigna. Si se descubre una induración que sugiere carcinoma, es necesario establecer si su naturaleza es focal o difusa y si parece extenderse más allá del borde de la próstata (27-29).

Diagnóstico.

La ciencia médica hace uso de varios métodos para detectar la presencia del cáncer de la próstata: Examen digital rectal o tacto rectal, es el método más usado y sirve para evaluar el tamaño, la forma, y la consistencia de la próstata, así como la presencia de nódulos o áreas induradas. Este procedimiento es muy rápido y causa muy pocas molestias al paciente (28-30).

La exploración física del enfermo prostático es uno de los puntos de mayor importancia en el diagnóstico del carcinoma de próstata, dentro de la que obligatoriamente debe incluirse un tacto rectal anotando todas las características

encontradas en la glándula prostática como son tamaño, consistencia, superficie, bordes o presencia de nódulos en su superficie (28-30).

Examen Digital Rectal: o tacto rectal, es el método más usado y sirve para evaluar el tamaño, la forma, y la consistencia de la próstata, así como la presencia de nódulos o áreas induradas. Este procedimiento es muy rápido y causa muy pocas molestias al paciente (28-30).

Todo nódulo encontrado, así como cualquier aumento de consistencia de la glándula, amerita de estudio por medio de una biopsia, transrectal guiada con ultrasonido, ya que hasta en 50% de los nódulos, es posible encontrar datos histológicos de un adenocarcinoma prostático. Desde el punto de vista clínico no es posible diferenciar un nódulo benigno de uno maligno, los cuales son encontrados frecuentemente en el vértice y en la porción basal de ambos lóbulos prostáticos, un nódulo sospechoso de cáncer tiene una consistencia pétreo. Es muy importante delimitar el tamaño del nódulo tactado, el cual puede estar muy localizado pero algunas ocasiones se puede tactar abarcando todo un lóbulo o ambos, abarcando toda la superficie de la glándula prostática o bien fuera de la misma encontrando las vesículas seminales tactables o toda la superficie anexa a la glándula totalmente dura en lo que se conoce como pelvis congelada. La exploración física debe incluir la exploración de los genitales externos y de ambas extremidades inferiores en busca de edema por obstrucción linfática y la exploración abdominal en busca de masas palpables (31).

Antígeno Prostático Específico (APE): Otro procedimiento común, a menudo utilizado antes del examen digital rectal, es el método de detección más moderno, creado para ser empleado en el diagnóstico de cáncer de la próstata (32,33).

El APE es una enzima serina – proteasa perteneciente a la familia de las kalikreínas que fue descubierta por Wans en el año 1978. Es una proteína específica del tejido prostático y se lo encuentra en el plasma seminal, en el suero y en el tejido epitelial de la próstata. El nivel sérico normal es menor de 4 ng/ml (32-36).

A pesar de que en la mayoría de los cánceres se encuentra elevado, también se observan niveles anormales en condiciones no cancerosas de la próstata (la

manipulación prostática significativa, masaje prostático, prostatectomía transuretral, cistoscopia, biopsia prostática, prostatitis aguda, retención urinaria, infarto prostático y la hiperplasia prostática benigna). Esto se debe a la rotura de la membrana basal, que es la barrera natural de contención que, en condiciones normales, previene la fuga de APE al torrente sanguíneo. Los niveles séricos de APE también varían con la edad del paciente y el volumen de la próstata (32-36).

Diversos estudios reportan que el APE posee una aceptable sensibilidad, pero no demuestra una gran especificidad, por lo cual se han ideado variables del mismo para mejorar su capacidad de detección y de esta manera predecir el número de biopsias por falsos positivos (32-36).

Los métodos que se han propuesto son:

Velocidad de APE (APEV): se define como la variabilidad (el aumento) de APE sérico con el tiempo entre dos dosajes consecutivos y se dice que, para predecir cáncer, el período de observación debe ser prolongado y el incremento de APE debe ser de más de 1 ng/ml por año de observación. El APEV es muy útil en períodos largos de observación (32-36).

Densidad de APE (APED): es el cociente de la división del valor de la concentración de APE sérico por el volumen de la próstata determinado por ecografía transrectal ($APED = APE / \text{Volumen de la próstata}$). El principio del uso de APED se basa en que se producen 0,3 ng/ml por gramo de tejido prostático normal o hiperplásico, por consiguiente, el nivel sérico de APE depende en gran parte del volumen de la próstata. Sin embargo, el APED no es recomendable como método primario para la selección de pacientes para biopsia prostática debido a que los resultados publicados son dispares (32-36).

APE edad específico: este concepto se basa en que el APE sérico aumenta en relación a la edad de la población examinada. El APE edad específico mejora el factor positivo de predicción, pero se pierden de diagnosticar hombres con cánceres a los que se les puede ofrecer terapia curativa local. Por consiguiente, aún se recomienda el nivel de APE sérico de 4 ng/ml (32-36).

Formas del APE: el APE sérico se le encuentra en tres formas moleculares: APE libre, APE conjugado con alfa-1-antiquimotripsina, y APE conjugado con alfa-2-

macroglobulina. De ellas, solamente el APE libre y el complejo APE: alfa-1-antiquimotripsina pueden ser cuantificados con inmunoensayos actualmente disponibles para APE y estas dos formas representan el denominado APE total en plasma o suero (32-36).

Los resultados iniciales sugieren que la proporción de APE que forma complejos con alfa-1-antiquimotripsina es significativamente mayor en el cáncer de próstata que en la hiperplasia protática benigna; en esta última, aunque también la proporción de APE conjugado es mayoritaria, existe más APE libre que en el cáncer, por lo que el porcentaje de APE libre es el mejor y más prometedor de todos los métodos propuestos para mejorar el factor positivo de predicción y seleccionar a los hombres que necesitan biopsia de próstata (32-36).

Ultrasonido Prostático Transrectal: Otro método de detección del cáncer de la próstata es la técnica del Ultrasonido prostático transrectal, la cual refleja ondas sonoras al chocar contra los tejidos de diferente densidad de la próstata. Las ondas de sonido resultante de la reflexión se transforman en el caso de cáncer prostático en imágenes hipoecoicas y anecoicas (32-36).

Punción/Biopsia de próstata: La única manera de determinar si una masa sospechosa es cáncer de próstata es examinar microscópicamente una muestra del tejido tomado del área. Esta muestra puede ser extraída por una aguja colocada directamente en la próstata a través del recto o del perineo (el espacio entre el escroto y el ano). Este procedimiento se llama una punción-aspiración de aguja fina (PAAF) o una biopsia por aguja. También puede obtenerse una biopsia mediante una operación (37-41).

En conclusión: con la determinación de APE, el tacto rectal y el eco prostático transrectal para tomar la biopsia respectiva se hace el diagnóstico definitivo de cáncer prostático (37-41).

También los estudios de imagenología ayudan en el diagnóstico. Tales son (42-44):

- La Urografía de eliminación para evaluar el tracto urinario alto.
- La Uretrografía retrograda que muestra una imagen en cordel de rigidez de la uretra posterior.

- La ecografía abdomino-pélvica para evaluar órganos abdominales.
- La Tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica para establecer el estadiaje.
- La Gammagrafía ósea para determinar imágenes osteolíticas y osteoblásticas compatibles con metástasis óseas.

Tratamiento.

Cirugía: La prostatectomía radical de Walsh es la forma más eficaz de curar el cáncer prostático confinado. En dicha técnica, se extirpan toda la próstata y ambas vesículas seminales, por vía alta. La tasa global decenal de cura definida por APE sérico indetectable, es de 70% después de la prostatectomía radical, y aumenta a más de 85% en varones con la enfermedad en estadios clínicos A1-B1. Las complicaciones principales de la prostatectomía radical son incontinencia urinaria y la impotencia. Sin embargo, adelantos recientes en la técnica quirúrgica han aminorado el riesgo de incontinencia notable a menos de 5%, y han permitido conservar la función sexual en la mayoría de varones en quienes se realiza dicha técnica (45-50).

La RTU (Resección Transuretral) de próstata está indicada en aquellos tumores avanzados donde se necesita mejorar la calidad de vida (51).

Radiación: Se usan dos tipos principales de radioterapia: radiación por rayos externos y la braquiterapia o terapia de radiación interna que utiliza semillas radiactivas intersticiales que se implantan quirúrgicamente en la próstata. Aunque aún no hay acuerdo general al respecto, parece ser más apropiada la radioterapia en pacientes con enfermedad delimitada que no desean someterse a prostatectomía radical o que no son aptos para cirugía por la edad (mayor de 70 años) y su estado de salud. La radioterapia también es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad clínica en estadio C que se ha extendido más allá de los bordes de la próstata y, en consecuencia, no puede curarse con cirugía (45-50).

Terapia hormonal: Es la clave del tratamiento de pacientes con enfermedad en diferentes estadios, tiene como fin suprimir los andrógenos circulantes y con ello, producir la regresión de lesiones primarias y metastásicas. La ablación hormonal se logra mediante castración médica o quirúrgica. Históricamente, para lograr la

primera se utilizaba dietilestilbestrol, pero este método ha sido abandonado casi por completo, por la aparición de ginecomastia y complicaciones cardiovasculares (45-50).

La castración médica en la actualidad se logra con agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH), que inhiben la testosterona, ya sean solos o en combinación con antiandrógenos que bloquean la acción androgénica en la próstata misma. Dichos agentes tienen la misma eficacia que las hormonas corrientes (estrógenos) o la orquiectomía, y la adición de un antiandrógeno agrega algunos meses a la supervivencia. La recidiva después de hormonoterapia se debe a la proliferación incesante de células insensibles a la hormona, y nuevos esfuerzos por disminuir las concentraciones séricas de testosterona producirán escasa o nula paliación adicional (52-58).

Quimioterapia: Se usa para pacientes cuyo cáncer de la próstata se ha propagado fuera de la glándula prostática y en quienes ha fallado la terapia hormonal. No se espera destruir todas las células cancerosas, pero puede hacer más lento el crecimiento del tumor y reducir el dolor. La quimioterapia no se recomienda como tratamiento para hombres con cáncer de la próstata en las primeras etapas (52-58).

Un objetivo importante para el futuro es desarrollar nuevas formas de tratamiento que sean eficaces contra la población de células resistentes a hormonas. El descubrimiento de estos fármacos representará un adelanto importante en la terapéutica de esta enfermedad (52-58).

El uso de radioterapia posterior para retrasar el crecimiento del tumor es eficaz en algunos pacientes que sólo parecen expresar progresión a través de un crecimiento local de su cáncer prostático (52-58).

Para la obstrucción ureteral por invasión del trígono vesical o por carcinomatosis retroperitoneal, la realización de una RTU de próstata y trígono (en el primer caso) seguido de la colocación de catéteres autoestables (pig-tail bilateral) –en ambos casos– es el procedimiento de elección en estos enfermos, por otra parte, terminales (59-63).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados del cáncer de próstata en pacientes de 50 a 70 años de edad del CMF 4 del área de Salud del Municipio de Baraguá en Ciego de Ávila, en el período comprendido entre noviembre de 2016 a junio de 2017.

Universo y muestra.

El universo de estudio estuvo conformado por 202 hombres entre 50 y 70 años de edad que constituyen el total de hombres que pertenecen al CMF, durante el periodo de estudio comprendido anteriormente. La muestra quedó conformada finalmente por 50 participantes para un 24,8% del total de la población a través de un muestreo aleatorio simple y que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Sujetos que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Sujetos que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario de vaciamiento de datos (ver anexo II), aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral de la policlínica de Baraguá, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención

educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el cáncer de próstata en la población de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario inicial, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapa diagnóstica: Los conocimientos sobre el cáncer de próstata fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapa de intervención propiamente dicha: La intervención se planificó para impartirla en un período de 3 meses, y para ello se desarrollaron 7 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana, en dos grupos de 25 sujetos cada uno. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapa evaluación: Se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Métodos del nivel empírico.

Técnica de recolección de la información:

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en el bajo conocimiento del cáncer de próstata en la comunidad estudiada.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información.

Charla educativa: Variante abreviada de la clase la cual debe ser preparada convenientemente. La misma cuenta de 3 partes: introducción, desarrollo y preguntas de comprobación. Para obtener mejores resultados deben emplearse medios de enseñanza, la charla nunca debe ser leída ni debe tratar de agotar un tema, de forma que su tiempo de duración garantice la atención de los participantes.

Animación: Objetivo principal es animar, crear un ambiente fraterno y participativo. Estas técnicas deben ser activas, tener elementos que permitan relajarse a los participantes, deben tener presente el humor.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Procedencia	Cualitativa nominal dicotómica	Rural Urbana	Según lugar de procedencia.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Medio de información	Cualitativa nominal politómica	Médico y enfermera de la familia Radio y Televisión Libros y revistas Escuelas	Según la fuente de información más significativa.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar, se aplicó además la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias

significativas entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este proyecto de intervención educativa está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Participantes según edad y procedencia. Ciego de Ávila. 2018.

	Procedencia	N	%	Media	Desv. típ.	p*
Edad	Urbana	8	16,0	61,0	5,3	0,234
	Rural	42	84,0	57,6	7,7	
	Total	50	100,0	58,1	7,4	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el sexo de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad.

Se pudo observar que la mayoría de los participantes presentaban procedencia rural (42), para un 84,0%, mientras que solo 8 eran de procedencia urbana para un 16,0%.

Los participantes de procedencia rural presentaron una media de edades inferior (57,6 años), pero cercana a la media de edades de los participantes de procedencia urbana con 61,0 años, mientras que los primeros presentaban las observaciones más alejadas a su media con una desviación estándar de 7,7 años, que resultó mayor que los 5,3 años de promedio de dispersión de edades en los de procedencia urbana.

En un estudio realizado por Pérez García y colaboradores (64), este realizó un estudio de intervención, el universo quedó constituido por 54 pacientes de 40 a 60 años de consultorio cuatro del Policlínico Nguyen Van Troi de Guáimaro. Se trabajó con una muestra probabilística de 39 adultos de 40 a 60 años de la población masculina seleccionada de forma aleatoria simple, de los que manifestaron su consentimiento informado para participar en la investigación.

Tabla 2. Participantes según medio de información. Ciego de Ávila. 2018.

Medio de información	N	%
Médico y enfermera de la familia.	41	82,0
Radio y Televisión.	6	12,0
Libros y revistas.	2	4,0
Escuelas.	1	2,0
Total	50	100,0

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el medio que más información le ha brindado sobre el cáncer de próstata.

Se observó que la mayoría de los participantes hacían referencia directa al médico y enfermera de la familia como vía de adquirir conocimientos sobre el cáncer de próstata y la importancia de prevenir dicha entidad y realizar un temprano diagnóstico de la misma. En orden de frecuencia le siguieron la radio y televisión y los libros y revistas con 6 y 2 participantes que hicieron referencia a estos medios y que representaron el 12,0% y el 4,0% respectivamente.

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre principales factores de riesgo del cáncer de próstata evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	36,0	34	68,0
Inadecuado	32	64,0	16	32,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre principales factores de riesgo del cáncer de próstata, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 18 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuado sobre los mencionados factores de riesgo, para un 36,0% del total, mientras que 32 (64,0%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuado aumentó hasta 34 pacientes (68,0%) y este elevado número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre síntomas y signos del cáncer de próstata evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	28,0	26	52,0
Inadecuado	36	72,0	24	48,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre síntomas y signos del cáncer de próstata, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 14 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre la sintomatología de la presente entidad para un 28,0% del total mientras que 36 de ellos (72,0%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 26 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 52,0%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre medios para el diagnóstico oportuno del cáncer de próstata evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	8	16,0	33	66,0
Inadecuado	42	84,0	17	34,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre medios para el diagnóstico oportuno del cáncer de próstata, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, 8 de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 16,0% de la muestra mientras que 42 de ellos (84,0%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 33 (66,0%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

Tabla 6. Participantes según nivel de conocimientos sobre la edad más frecuente del cáncer de próstata evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	31	62,0	49	98,0
Inadecuado	19	38,0	1	2,0
Total	50	100,0	50	100,0

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre la edad más frecuente del cáncer de próstata, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, 31 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 62,0% del total mientras que 19 de ellos (38,0%) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 49 para un 98,0% lo que resultó en un aumento suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Tabla 7. Participantes según nivel de conocimientos generales sobre cáncer de próstata evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	36,0	36	72,0
Inadecuado	32	64,0	14	28,0
Total	50	100,0	50	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos generales sobre cáncer de próstata, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que, en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 18 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos general adecuado sobre cáncer de próstata para el 36,0% de la muestra, y 32 personas (64,0%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 36 de los participantes para un 72,0% lo que resultó en una modificación significativa y positiva de los conocimientos generales sobre el tema.

Discusión.

En el estudio de Pérez García (64), este refiere que posterior a la intervención el 92,3% de los participantes alcanzaron conocimientos suficientes sobre el tema previo a la aplicación de la intervención. Este concluye que se pudo apreciar como valoración final de cada variable estudiada una vez aplicada la estrategia de intervención educativa, todas se incrementaron a más del 90 % (Excelente) al demostrarse la efectividad de la intervención educativa.

Kelly Kandle KK (65), detectó en su intervención que la mayoría de los participantes desconocían que en los afrodescendientes el cáncer de próstata es más frecuente. En la investigación la proporción de participantes con

conocimiento insuficiente sobre las manifestaciones clínicas del CP coinciden con el reporte de Kelly Kandle KK (65) y Silva João FS, et al. (66), que informan que el CP en etapa inicial es asintomático. Los avanzados pueden causar algunos síntomas como: problemas al orinar, al incluir un flujo urinario lento o debilitado o necesidad de orinar con más frecuencia, en especial de noche, sangre en la orina o el semen, dificultad para lograr una erección (disfunción eréctil), dolor en las caderas, la espalda, el tórax u en otra localización debido a su propagación ósea.

Previo a la utilización del APE como método de tamizaje del CP, el TR constituía la única herramienta para su diagnóstico precoz (67). Hoy una de las pruebas más usadas en el diagnóstico temprano del CP es la medición del APE. Kelly Kandle KK (64), reporta que la mayoría de los participantes en su estudio desconocían las medidas de prevención. Los efectos de diferentes micronutrientes en la prevención del CP, sustentan la protección que estas sustancias demuestran como antioxidantes, potenciadores de reparación celular y de inhibición de crecimiento celular, al evitar así la formación de tumores en la próstata (68,69).

Posterior a la intervención la mayoría de los participantes modificaron los conocimientos sobre el cáncer de próstata, se demostró la eficacia y la necesidad de la intervención educativa en la población estudiada.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades cercanas al adulto mayor y la gran mayoría de los participantes presentó procedencia rural y la forma de obtener conocimientos sobre cáncer de próstata fue a través del médico y enfermera de la familia. Se reportó una modificación positiva y significativa entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre los principales factores de riesgo, síntomas y signos, medios para el diagnóstico oportuno, edad de aparición más frecuente y conocimientos generales del cáncer de próstata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés Cardona CM, Mejía Luis FF. Caracterización Sociodemográfica y Patológica del Cáncer de Próstata, Hospital Escuela Universitario e Instituto Hondureño Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras. Arch Med Manizales [Internet]. Abr 2017 [citado 26 Dic 2017];13 (2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-defamilia/caracterizacioacutensociodemograacutefica-y-patoloacutegica-delcaacutencer-de-proacutestata-hospital-escuela-universitario-e-ins.pdf>
2. Sagué Larrea JI, Franco Camejo L, Doimeadios Rodríguez Z. Propuesta de un plan de acción para reducir la mortalidad por cáncer de próstata en Holguín. CCM [Internet]. Mar 2017 [citado 26 May 2017];21(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812017000100018&lng=es
3. Escalona Veloz R, Estrada Mateo NR. Demostración histoquímica de mucina para el diagnóstico diferencial de las lesiones benignas y malignas de próstata. MEDISAN [Internet]. Abr 2017 [citado 26 May 2017];21(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000400002&lng=es
4. Infomed [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud Anuario Estadístico de Salud 2015; 2016. [actualizado 12 Mar 2016; citado 16 Jun 2016]. Mortalidad por tumores malignos en el sexo masculino según localización y grupo de edad; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>.
5. Ortiz Arrazola GL, Reyes Aguilar A, Grajales Alonso I, Tenahua Quitl I. Identificación de factores de riesgo para cáncer de próstata. Enfer Univ [Internet]. 2013 [citado 15 May 2016];10 (1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n1/v10n1a2.pdf>
6. Moyer V. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2012 Jul 17;157(2):120-132.
7. Rosario D, Lane J, Metcalfe C, Donovan J, Doble A. Short term outcomes of prostate biopsy in men tested for cancer by prostate specific antigen: prospective evaluation within ProtecT study. BMJ. 2012 Jan 9;344:d7894.
8. Ramos G Chistian, Fullá O J . Detección precoz de Cáncer de Próstata. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2013 [citado 21 Jun 2016]; 24 (4):[aprox. 5 p.].

Disponible en: [http:// www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/ Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/11_Dr.- ChristianRamos-G.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/11_Dr.-ChristianRamos-G.pdf)

9. Bacelar Junior AJ, Menezes CS, Barbosa CA, Silva Freitas GB, Gonçalves Silva G, Sousa Vaz JP. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. BJS [Internet]. 2015 [citado 21 Jun 2016];10(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http:// www.mastereditora.com.br/bjscr/ periodico/20150501_174533.pdf](http://www.mastereditora.com.br/bjscr/periodico/20150501_174533.pdf).
10. Instituto Superior De Ciencias Médicas De La Habana: “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad” (on line) Cuba <http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm>
11. Revista Electronica Medicina, Salud Y Sociedad. VOL. I, No. 3 “Descifrando el origen del cáncer” (on line) <http://www.medicinasaludsociedad.com/site/images/stories/1_3/3_DivulgCient-DecifrandoOrigenCancer.pdf>
12. La Organización Mundial De La Salud. “10 Datos sobre el Cáncer” (on line) <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/index.html>. Enero 2013
13. Organización Panamericana De Salud. “El cáncer es la segunda causa de muerte en América Latina”. Venezuela 2010 (on line) <http://www.lr21.com.uy/comunidad/423668-ops-el-cancer-es-la-segunda-causa-de-muerte-en-america-latina>.
14. Pow Sang M, Huamán M. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. Rev peru med exp salud pública. <http://revistaamc.sld.cu/>
15. Alavanja MC, Bonner MR. Occupational pesticide exposures and cancer risk: a review. J Toxicol Environ Health B Crit Rev. 2012;15 (4):238-63.
16. Jurado Penagos A, García Perdomo HA. Efectividad de los micronutrientes en la prevención del cáncer de próstata. Rev Fac Med [Internet]. 2014 [citado 15 May 2016];62(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62s1/ v62s1a09.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62s1/v62s1a09.pdf).
17. Camacho Rodríguez R, Fernández Garrote L, Martín García A, Abascal Ruiz ME, Díez Cabrera. El programa nacional del control del cáncer en Cuba. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1994; 10(3):215-9
18. Díaz Alonso G. Epidemiología del cáncer de Próstata. Rev. Cubana Ged Gen Integr 1995; 11(4): 378-81.

19. 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; 2000.
20. Instituto Nacional de Oncología. "Propuesta para abordar el problema Cáncer de Próstata". La Habana: Minsap; 2006.
21. Kawachi HM, Bahnson RR, Barry M. NCCN clinical practice guidelines in oncology: prostate cancer early detection. J Natl Compr Canc Netw[Internet]. 2010[citado 2 Oct 2017];8(2):240-262. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20141680>
22. Restrepo JA, Bravo LE, García-Perdomo HA, García Luz S, Collazos P, Carbonell J. Incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, Colombia, 1962-2011. Salud Pública Méx [Internet]. 2014 Oct [citado 2 Feb 2015]; 56(5):440-447. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500011&lng=es.
23. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. CA: a Cancer J Clin[Internet]. 2014[citado 12 Mar 2017]; 64(1): 9-29. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21208/full>.
24. Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Brawley O, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. European Urol [Internet]. 2012[citado 5 Feb 2017]; 61:1079-1092. Disponible en: [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(12\)00305-3](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(12)00305-3).
25. Brawley OW. Trends in prostate cancer in the United States. J Natl Cancer Inst Monogr [Internet]. 2012[citado 12 Feb 2014];2012(45):152-156. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540881/>
26. Aus G, Abbou C, Bolla M. Guidelines on Prostate Cancer. Pocket Guidelines. Eur Assoc Urology. 2005:21-35.
27. Kawachi HM, Bahnson RR, Barry M. Prostate Cancer Early Detection. NCCN Clin Pract Guidelines Oncol. 2017.
28. Tanagho AE, McAninch WJ. Urologia General de Smith. 13a Edición. México. Manual Moderno. 2015:357-375.

29. PowSang M, Huamán MA. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *RevPeruMedExp Salud Pub* [Internet]. 2013 [citado 7 Ene 2014];30(1):124-128. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100023&lng=en.
30. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata: Parte I: cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer clínicamente localizado. *Actas UrolEsp* [Internet]. 2011 Oct [citado 18 Sep 2014];35(9):501-514. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062011000900001&lng=es.
31. Uzzo RG, Wei JT, Waldbaum RS. The influence of prostate size on cancer detection. *Urology*. 1995; 46:831-6.
32. Deval J, Crivillé M, Zulueta J. Sobrediagnóstico en cribado de cáncer [Internet]. 2014 [citado 9 Ene 2015]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Melcior_Sentis/publication/265212698_Overdiagnosis_in_cancer_screening/links/540f4cd70cf2d8daaad0a0c2.pdf.
33. Sturgeon CM, Diamandis EP. Guías de práctica del laboratorio clínico: Uso de marcadores tumorales en cáncer de testículo, próstata, colorrectal, mama y ovario. Capítulo 3. *Acta Bioquím Clín Latinoam, La Plata* [Internet]. 2013 [citado 12 Jun 2016];47(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572013000200020&script=sci_arttext&lng=en.
34. Kim MM, Hoffman KE, Levy LB, Frank SJ, Pugh TJ, Choi S, et al. Improvement in prostate cancer survival over time: a 20-year analysis. *Cancer J* [Internet]. 2012 [citado 4 Jun 2016];18(1):1-8. Disponible en: journals.lww.com/journalppo/Abstract/2012/01000/Improvement_in_Prostate_Cancer_Survival_Over_Time_.2.aspx.
35. Peters C. *Campbell Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.
36. Giovannucci E. Medical history and etiology of prostate cancer. *Epidemiol Reviews* [Internet]. 2001 [citado 12 Mar 2014]; 23(1):159-62. Disponible en: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/23/1/159.full.pdf>

37. Norberg M, Egevad L, Holmberg L. The sextant protocol for ultrasound-guided core biopsies of the prostate underestimates the presence of cancer. *Urology*. 1997; 50:562-6.
38. Chang JJ, Shinohara K, Bhargava V, Presti JC Jr. Prospective evaluation of lateral biopsies of the peripheral zone for prostate cancer detection. *J Urol*. 1998; 160:2111-4.
39. Presti JC Jr, Chang JJ, Bhargava V, Shinohara K. The optimal systematic prostate biopsy scheme should include eight rather than six biopsies-results of a prospective clinical trial. *J Urol*. 2000; 163:163-6.
40. Vashi AR, Wojno KJ, Gillespie B, Oesterling JE. A number for the number of cores per prostate biopsy based on patient age and prostate gland volume. *J Urol*. 1998; 159:920-4.
41. Levine MA, Ittman M, Melamed J, Lepor H. Two consecutive sets of transrectal ultrasound guided sextant biopsies of the prostate for the detection of prostate cancer. *J Urol*. 1998; 159:471-6.
42. Barrios López Y, Perera Fernández F, Carvajal Beltrán II, Pérez Rodríguez A. Pesquisa de cáncer de próstata en 8 áreas de salud de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN [Internet]*. 2012 Mar [citado 2 Mar 2017];16(3): 376-382. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300010&lng=es.
43. Vázquez Mora Y, Dornes Ramón R, Fernández García YB, Abreu Figueredo N. Utilidad diagnóstica del ultrasonido en el cáncer de próstata en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO [Internet]*. 2013 [citado 12 Feb 2014]; 19 (Supl. 1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/pdf/T11.pdf.
44. Small EJ. Cáncer de próstata [Internet]. Cecil Goldman. *Tratado de Medicina Interna*; 2013 [citado 12 Feb 2015]; 207: 1327-1330. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=3-s2.0-B9788480869713002072>
45. Nelson WG, Carter HB, DeWeese TL. Prostate cancer [Internet]. 2014 [citado 12 Mar 2015]: [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=3-s2.0-B9781455728657000849>

46. Eastham JA, Scardino PT, FACS. Expectant Manage for Prostate cancer[Internet].2012[citado 12 Mar 2015]:2789-2800.e2. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=3-s2.0-B9781416069119001018>
47. Loeb S, Ballantine Carter H. Early detection, diagnosis, and stage of prostate cancer [Internet]. 2012[citado 12 Mar 2015]:2763-2770.e7. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=3-s2.0-B9781416069119000992>.
48. Miclalski JM, Pisansky TM, Lawton CA, Potters L, Kuban D. Prostate Cancer Clin Radiation Oncol[Internet]. 2012[citado 12 Mar2015]: e51-1-e51-85. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=3-s2.0-B9781437716375000894>
49. Acosta Pérez LY, Correa Martínez L, González González M, AcostaFuentes A. Caracterización clínica epidemiológica del cáncer de próstata en pacientes pinareños. Univ Méd Pinar[Internet]. 2013[citado 12 Mar 2015];9(2): [aprox. 9 p.].Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/download/160/104>
50. Carlsson SV, Aus G, Hugosson J. How screening does affect erectile function and urinary incontinence following radical prostatectomy results from the European randomized study of screening for prostate cancer(ERSPC). J Urol. 2014;183Suppl 4:e669.
51. McNeal JE, Villers AA, Redwine EA. Capsular penetration in prostate cancer: significance for natural history and treatment. . Am J Surg Pathol. 1990; 14:240-7.
52. Shikanov S, Dignam JJ, Eggener SE. Hazard of prostate cancer specific mortality over time following radical prostatectomy. J Urol. 2014;183Suppl4:e53.
53. Loeb S, Ross AE, Allaf ME. Can we stop PSA testing 10 years after radical prostatectomy? J Urol. 2014;183Suppl 4:e115.
54. Gallina A, Briganti A, Suardi N. Long-term outcome of Gleason 8-10 node negative prostate cancer: The importance of local control. Eur Urol Suppl.2010;9:266.

55. Gontero P, Spahn M, Briganti A. Is surgery for high-risk localized prostate cancer valid in the elderly population? An analysis of the influence of age on cancer-specific and overall survival. *Eur Urol Suppl.* 2010;9:223.
56. Warde PR, Mason MD, Sydes MR. Intergroup randomized phase III study of androgen deprivation therapy (ADT) plus radiation therapy (RT) in locally advanced prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28:959s.
57. Mottet N, Peneau M, Mazon J. Impact of radiotherapy (RT) combined with androgen deprivation (ADT) versus ADT alone for local control in clinically locally advanced prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28:343s.
58. Scher HI, Beer TM, Higano C. Antitumor activity of MDV3100 in a phase 1-2 study of advanced prostate cancer. *Eur Urol Suppl.* 2010;9:285.
59. James N, Hussain S, Hall E. Results of a 2x2 phase III randomized trial of synchronous chemo-radiotherapy (RT) alone and standard vs. reduced high volume RT in muscle invasive bladder cancer. *Int J Radiat Oncol.* 2010;78:S2-3.
60. Terris MK, Pham TQ, Issa MM, Kabalin JN. Routine transition zone and seminal vesicle biopsies in all patients undergoing transrectal ultrasound guided prostate biopsies are not indicated. *J Urol.* 1997; 157:204-6.
61. Bazinet M, Karakiewicz PI, Aprikian AG. Value of systematic transition zone biopsies in the early detection of prostate cancer. *J Urol.* 1996; 155:605-6.
62. Leshner NE, Fair WR. Indications for transition zone biopsy in the detection of prostatic carcinoma. *J Urol.* 1997; 157:556-8.
63. Jeldres C, Lughezzani G, Budäus L. Assessment of mortality for noncancer-related mortality in patients with histologically proven small renal masses managed non-surgically. *Eur Urol Suppl.* 2010;9:117.
64. Pérez García K. y col. Intervención educativa sobre cáncer de próstata en población masculina entre 40 a 60 años. *Rev. Arch Med Camagüey* Vol 22 (1) 2018.
65. Kelly Kandle KK. Conocimientos, actitudes y prácticas de hombres creoles del barrio Beholdeen sobre el cáncer de próstata. Bluefields, RACCS - 2014 [tesis]. Bluefields, Nicaragua: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense; 2014 [citado 15 May 2016]. Disponible en: http://www.academia.edu/11364220/Conocimientos_actitudes_y_pr%C3%99cticas_de_hombres_creoles_del_barrio_Beholdeen_sobre_el_c%C3%A1ncer_de_pr%C3%B3stata

A1cticas_dehombres_creole_del_barrio_Beholdeen_
sobre_el_c%C3%A1ncer_de_pr%C3%B3stata.Bluefields_RACCS_2014.

66. Silva João FS, Mattos Inês E, Aydos Ricardo D. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980-2011. Rev bras epidemiol [Internet]. 2014 Jun [citado 28 May 2017];17 (2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: [http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000200395&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000200395&lng=en)
67. Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostatespecific antigen test. Can Med Assoc J. 2014;186(16):1225-1234.
68. Alavanja MC, Bonner MR. Occupational pesticide exposures and cancer risk: a review. J Toxicol Environ Health B Crit Rev. 2012;15 (4):238-63.
69. Cruz Bojórquez RM, González Gallego J, Sánchez Collado P. Propiedades funcionales y beneficios para la salud del licopeno. Nutr Hosp [Internet]. 2013 [citado 21 Jun 2016];28(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6302.pdf>.

ANEXOS:

Anexo I

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: Intervención comunitaria sobre el cáncer de próstata. Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema.

Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los _____ días del mes _____ de 2018.

Firma del participante _____

Autor: _____

Anexo II

Encuesta

Responda el siguiente cuestionario que consta de varias preguntas.

Edad: _____

Zona Urbana: ____ Rural: ____

¿Cuál es el medio que más información le ha brindado sobre el cáncer de próstata?

____ Escuelas.

____ Radio y Televisión.

____ Médico y enfermera de la familia.

____ Libros y revistas.

1. Cuáles son los principales factores de riesgo del cáncer de próstata. Marque con una "X" según corresponda.

a) ____ Hábito de fumar.

b) ____ La Diabetes

c) ____ La Hipertensión arterial

d) ____ Consumir frecuentemente alimentos con alto contenido de grasa.

e) ____ Cambiar frecuentemente de pareja sexual.

f) ____ Enfermedad cardiovascular

g) ____ dificultad en la erección sexual.

2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas y signos corresponden al cáncer de próstata? Marque con una "X" la respuesta correcta.

a) ____ Insuficiencia renal y hematuria

b) ____ Flujo de orina débil o interrumpido

c) ____ Necesidad de orinar con frecuencia (noche),

d) ____ escozor doloroso al orinar;

e) ____ Sangre en la orina;

f) ____ Dolor óseo y dolor continuo en parte inferior de espalda, pelvis o muslos superiores

3. ¿Cuáles son los medios para el diagnóstico oportuno del cáncer de próstata?

Marque con una "X" según corresponda.

- a) Prueba de sangre PSA.
- b) Radiografía.
- c) Ultrasonido.
- d) Tacto rectal
- e) No se

4. ¿A partir de qué edad es que es más frecuente el cáncer de próstata? Marque con una "X" según corresponda.

- a) A los 36 años
- b) A los 90 años
- c) A los 50 años
- d) En la adolescencia.
- e) A cualquier edad
- f) No sé

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos

Incorrectas: Contestar incisos

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso

Incorrectas: Contestar inciso

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos

Incorrectas: Contestar incisos

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos.

Incorrectas: Contestar incisos

Calificación Final:

Correctas: Contestar 3 preguntas.

Incorrectas: Contestar 1 preguntas.

Anexo III

Programa de intervención

La intervención comunitaria constará de 7 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario vespertino en el comedor del policlínico de Baraguá ya que el mismo no consta con un aula.

Primer encuentro:

Hora: 2:00 pm-2:45 p.m. (primer grupo)

3:00 pm-3:45 p.m. (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Baraguá

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: Presentación formal de los participantes involucrados.

Duración: 45 minutos.

Mini boletín impreso (será elaborado por el autor de la intervención).

Técnica participativa: El Solapín.

Introducción: Durante este primer encuentro en primer lugar se realizará presentación formal ante los participantes del estudio, luego se procederá a la presentación de cada uno de los participante para lo cual se utilizará la técnica del solapín la cual consistirá en que cada uno de los participantes anotará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: En un segundo momento se hablará sobre los objetivos del proyecto, la importancia del mismo para lograr una mejora en los servicios de salud y en la prevención de enfermedades, incluirá además el concepto de prevención de salud y se dará ejemplos de programas de prevención de diferentes enfermedades que están presentes en la actualidad en nuestro país, se dará a conocer a los participantes todo lo relacionado a las actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicar todo lo

referido al proyecto se les informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes y se aplicará el cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento antes de la aplicación del programa educativo. Por último, como incentivo para la próxima actividad se entregará en forma de mini boletín impreso algunas curiosidades referentes al tema y se informará el tema de la próxima actividad.

Segundo encuentro:

Hora: 2:00 pm-2:45 p.m. (primer grupo)

3:00 pm-3:45 p.m. (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Baraguá

Título: Concepto y epidemiología del cáncer de próstata

Objetivos:

- 1- Informar sobre el estado actual de la enfermedad.
- 2- Analizar el concepto de cáncer próstata.
- 3- Conocer los datos más relevantes sobre la epidemiología de esta enfermedad.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia, apoyándose en un Power Point que se elaborará con imágenes y datos relevantes del tema que se tratará, para lograr que el encuentro sea más emotivo y dinámico. Se tratarán temas referidos al concepto del cáncer de próstata, los datos más relevantes con respecto a la epidemiología de esta enfermedad y lo referente al estado actual de la enfermedad en diferentes áreas geográficas.

Por último, se realizarán varias preguntas, tales como ¿Saben ustedes que es un factor de riesgo? ¿Conocen de algunas de las labores que nuestro sistema

de salud desarrolla para reducir al máximo la incidencia de dichos factores? las mismas no serán respondidas, con el objetivo de despertar el interés de los participantes de asistir a nuestro próximo encuentro y promover una cultura general a su alcance, para desarrollar una mayor cooperación por parte de todos los asistentes.

Tercer encuentro:

Hora: 2:00 pm-2:45 p.m. (primer grupo)

3:00 pm-3:45 p.m. (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Gaspar.

Título: Factores de riesgo del cáncer de próstata.

Objetivo:

1 - Analizar los principales factores de riesgo del cáncer de próstata.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos.

Introducción: Se comenzará dando un resumen a modo de recordatorio de los temas tratados en la primera actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, en la cual se tratará la etiopatogenia del cáncer de próstata haciendo énfasis en los factores de riesgos dietéticos, étnicos, genéticos, la edad, la presencia de lesiones premalignas, así como factores ambientales. Al final se dará una introducción de la siguiente actividad, en la cual se hablará de los síntomas y signos de la enfermedad.

Cuarto encuentro:

Hora: 2:00 pm-2:45 p.m. (primer grupo)

3:00 pm-3:45 p.m. (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Baraguá.

Título: Síntomas y signos de cáncer de próstata

Objetivo:

1-Enumerar todos los síntomas y signos que pueden presentar un paciente con esta enfermedad.

2- Lograr que los participantes sean capaces de identificar los síntomas y signos más frecuentes en el cáncer de próstata.

Tipo de actividad: clase taller

Tiempo: 45 minutos

Introducción: Se comenzará con un breve resumen de la actividad anterior que a su vez nos introducirá dentro del tema a tratar en este cuarto encuentro.

Desarrollo: La sesión se inicia por parte del investigador realizando un resumen del encuentro anterior y se aplican técnicas participativas a través de las cuales los integrantes demostraron los conocimientos adquiridos acerca de los principales factores de riesgo del cáncer de próstata.

Se demuestra con fundamentos científicos la importancia que tiene acudir al médico si presentara uno de los síntomas o signos descritos en la clase.

Quinto encuentro:

Hora: 1:00 pm-1:45 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:45 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Baraguá.

Título: Métodos de diagnóstico del cáncer de próstata

Objetivo:

1-Determinar los principales exámenes utilizados en el diagnóstico del cáncer de próstata.

2-Explicar la importancia que tiene para el diagnóstico oportuno de la enfermedad la realización del P.S.A, Tacto rectal.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos.

Introducción: A modo de introducción se hablará de la importancia del diagnóstico precoz de esta enfermedad, el tacto rectal como prueba de pesquisa.

Desarrollo: En un segundo momento se impartirá una conferencia guiada por un Power Point donde el investigador apoyado en datos estadísticos que tiene mayor probabilidad de curarse el paciente que se realiza el P.S.A y el tacto rectal, que el que no se lo realiza. Se utilizaron láminas y pancartas.

Sexto encuentro:

Hora: 2:00 pm-2:45 pm (primer grupo)

3:00 pm-3:45 p.m. (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Baraguá

Objetivo:

1- Mencionar los diferentes tipos de tratamiento que existen y las edades más frecuentes en que puede aparecer la enfermedad.

2- Abordar brevemente las posibilidades del tratamiento según su clasificación y estadio.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos.

Desarrollo: Se realizará una conferencia con un Power Point abarcando los estadios y su relación con el tratamiento, así como el pronóstico de la enfermedad después de su diagnóstico.

En un segundo momento se hablará sobre los tipos de tratamientos y los efectos adversos que puede provocar en un paciente.

Séptimo encuentro:

Hora: 2:00 pm-2:45 pm (primer grupo)

3:00 pm-3:45 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Baraguá

Lugar: Policlínico de Baraguá.

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo:

1-Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.

2- Evaluación de la intervención

Duración: 45 minutos.

Técnica Participativa: -Regalo y utilidad.

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación " El regalo y la utilidad ", la misma consistirá en que las participantes se dividirán en dos grupos, uno expresará un regalo al oído de su compañero y en sentido inverso se regalará una utilidad, al finalizar cada participante dirá qué regalo y cual utilidad se le dio.

Al culminar la intervención se les entregará a los participantes el cuestionario inicial y se precederá a su nueva evaluación.