

REPÚBLICA DE CUBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“JOSE ASSEF YARA.” CIEGO DE AVILA.

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.

Pesquisa activa sobre cáncer de próstata en el consultorio 11 del  
Policlínico Sur de MORÓN.

**Autora:** Dra. Karen Acosta Álvarez. Residente de segundo año en  
Medicina General Integral.



Ciego de Ávila.

2014.

**REPÚBLICA DE CUBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“JOSE ASSEF YARA.” CIEGO DE AVILA.**

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.**

## **Pesquisa activa sobre cáncer de próstata en el consultorio 11 Policlínico Sur de Morón.**

**Autora:** Dra.Karen Acosta Álvarez. Residente de segundo año en  
Medicina General Integral.

**Tutor:** Dr. Guillermo Orestes Guirola Jiménez. Especialista Primer Grado en  
Medicina General Integral. Máster en Oncología.

Trabajo para optar por el título de especialista en primer grado en Medicina  
General Integral.

**Ciego de Ávila.**

**2014.**

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el fin de diagnosticar precozmente el cáncer de próstata en pacientes masculinos mayores de 50 años en el periodo comprendido entre marzo del 2013 hasta abril 2014 en el consultorio médico 11 del Policlínico Sur de Morón. El universo de estudio estuvo constituido por 153 hombres mayores de 50 años del consultorio 11 del Policlínico Sur de Morón, los equipos, el grupo básico de salud y los directivos del Área de Salud. De 153 hombres, el 17,6%(27) se realizó el examen de Antígeno Específico Prostático, 14 con resultados positivos para un 51,8%, 3 hombres con cáncer de próstata, 126 hombres no se han examinado para un 82,3%. En cuanto a las reuniones del Grupo Básico de Trabajo solo en el 16,66%( 2 reuniones) abordaron temas referidos al Programa de Cáncer de Próstata. En los casos que dieron positivos se encontró historia familiar de antecedentes de esta patología y síntomas clínicos previos a los que el paciente no le dio importancia en su momento. Se demuestra así que hay un deficiente trabajo de educación para la salud del equipo básico de trabajo donde la promoción y prevención son tareas fundamentales.

## ÍNDICE.

|                                             | Páginas |
|---------------------------------------------|---------|
| I    Introducción                           | 1       |
| II   Objetivos                              | 5       |
| III   Marco Teórico                         | 6       |
| IV   Material y Método                      | 8       |
| V    Análisis y Discusión de los Resultados | 14      |
| VI   Conclusiones                           | 21      |
| VII   Recomendaciones                       | 22      |
| VIII   Referencias Bibliográficas           | 23      |
| IX   Anexos                                 |         |

## **I.INTRODUCCIÓN.**

El cáncer constituye un importante problema mundial de salud y se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta causa, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo<sup>1</sup>. En su informe Anual de Salud del año 2008 (basado en datos del 2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que en el año murieron 7 108, 769 personas por cáncer y estimó que la tasa bruta de mortalidad por este problema de salud a nivel mundial fue de 114,4 x 100 000 habitantes y para Cuba fue de 156,2 x 100 000(1, 2).

La tasa mundial ajustada por edades (a la población estándar de OMS) fue de 132 x 100 000 habitantes y para Cuba fue 129 x 100 000. Según esta cifra y en una relación descendente de países según sus tasas de mortalidad por cáncer, Cuba se ubica en el lugar 103 entre los 192 países del mundo reportados en el informe, y se encuentra por debajo de la media mundial 2,3. La población cubana ocupa el lugar 15 en Las América y el sexto en el Caribe, precedida por Bolivia, Granada, Perú, Uruguay, Jamaica, Antigua y Barbuda, Argentina, Paraguay, Honduras, Canadá, Chile, Barbados, Estados Unidos y República Dominicana, en ese orden(1,4.)

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en todas las edades para la población cubana y la primera en 12 provincia de nuestro país desde hace más de tres décadas y la primera de años potenciales de vida perdidos, aun cuando su comportamiento ha variado en el tiempo (2-5.)

El riesgo real de morir por cáncer en Cuba tuvo un incremento del 78,21% entre los años 1970 y 2006, con una tendencia ascendente que se acentuó a partir de los primeros años de la década del 80. En el año 2006 la tasa cruda de mortalidad por cáncer casi duplicó la existente al inicio de la década del 70. Las tasas ajustadas mostraron una tendencia decreciente durante la década del 70, se estabilizaron durante unos 20 años hasta 1999 y volvieron a mostrar un ligero incremento a partir de esa fecha (6-10)

En 1995, el adenocarcinoma de próstata ocupó en Cuba el tercer lugar en incidencia con relación a las 10 localizaciones de cánceres de uno y otros sexos. En 1997 ya alcanzaba el segundo lugar, lo que demostró el aumento de su incidencia en los últimos años, al igual que lo reportado por otros autores.

En la provincia de Ciego de Ávila es la primera causa, siendo la tasa de mortalidad por tumores malignos  $160,7 \times 100\,000$  habitantes (11-13). El conocimiento de la biología del cáncer de próstata y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas han generado mejoras en el tratamiento de las lesiones tempranas o paraneoplásicas, así como la reducción en la morbilidad relacionada con este tipo de neoplasia (14).

De forma general hasta el cierre del 2013, 43 pacientes habían fallecido a causa de neoplasias en nuestro municipio, 21 de ellos del área sur (4 de ellos por cáncer de próstata), hasta mayo del 2014 solo se había encontrado 4 casos de cáncer de próstata, no reportándose casos fallecidos, por lo que generalmente el diagnóstico se realiza tardíamente y ya con pocas posibilidades terapéuticas. En el consultorio 11 del Policlínico Sur Morón no existen datos estadísticos que nos informen de la morbi-mortalidad sobre este tipo de neoplasia, por lo que demuestra que se hace imprescindible el diagnóstico precoz en aras de disminuir la mortalidad por esta causa.

Problema científico:

¿Cómo se comporta el diagnóstico precoz de cáncer de próstata a través de la pesquisa activa con el Antígeno Específico Prostático en el consultorio 11 del Policlínico Sur de Morón?

Hipótesis.

Si se aplica un programa de pesquisa activa y el Antígeno Específico Prostático (PSA) desde la Atención Primaria de Salud (APS) para el diagnóstico precoz de cáncer de próstata entonces se logrará la detección temprana de estas patologías.

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

-Implementar una pesquisa activa de factores de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer de próstata.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar características socio demográficas y clínicas de los pacientes pesquisados.
2. Aplicar el PSA a todo paciente masculino mayor de 50 años.

### III. MARCO TEÓRICO.

La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar el término «cáncer») proviene de Egipto, del 1600 a. C. aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: «No existe tratamiento». A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances.

La palabra cáncer, sinónimo de carcinoma, se aplica a las neoplasias malignas que se originan en estirpes celulares de origen epitelial o glandular y no a las que son generadas por células de estirpe mesenquimal (sarcomas). El nombre de carcinoma hace referencia a la naturaleza epitelial de las células que se convierten en malignas.

El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentes en el hombre; su incidencia aumenta con la edad, los médicos deben tener un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico precozmente. (15) La próstata es una de las glándulas sexuales del hombre por lo que hace parte del aparato reproductor masculino junto con los testículos, escroto, pene, vesículas seminales y los conductos que sirven para nutrir, guardar y transportar el esperma. En el adulto la próstata se asemeja en forma y tamaño a una nuez localizada justo debajo de la vejiga urinaria y recubriendo totalmente la parte inicial de la uretra. (16-19). La principal función de la próstata es producir líquido prostático durante la eyaculación. Este líquido nutre y protege el esperma durante el acto sexual y constituye el principal componente del semen. (20) La próstata tiene 3 zonas principales encapsuladas dentro de una cápsula fibrosa: la zona periférica o glándula externa, compuesta por aproximadamente un 65% de tejido glandular, la zona central o glándula interna compuesta por un 25% de tejido glandular y la zona de transición, que rodea la uretra prostática y está compuesta por un 10% de tejido glandular. El cáncer de próstata se desarrolla usualmente en la zona glandular, por lo cual el área más afectada es la glándula externa o zona periférica que contiene más tejido glandular. (21,22).

Varios investigadores han estudiado la mortalidad general por cáncer y/o el riesgo de morir por esta enfermedad en la población cubana. La mayoría de ellos destacan que entre las primeras causas de muerte por cáncer han estado las localizaciones en pulmón, mama, colon/recto, próstata y cuello de útero. Las principales causas de muerte por cáncer informadas en Cuba se corresponden con las que presentan otros países de la región del Caribe y el mundo (23-25)

El Registro Nacional de Cáncer cubano se creó en 1964 para llevar a cabo el estudio estadístico y epidemiológico de esta enfermedad (26). En 1987 se estableció el Programa de Reducción de la Mortalidad por Cáncer; este documento fue modificado y en 1994 se convirtió en el Programa Nacional de Control de Cáncer. Entre sus acciones contempla la educación sanitaria a la población, la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento eficaz y la atención al paciente sin posibilidades de curación y con dolor (27). Sin embargo, como expresaron Lage y otros, en la evaluación de programas de diagnóstico precoz "no basta demostrar aumento de la sobrevivencia; hay que demostrar reducción de la mortalidad"(28-31)

Hacia el control de este problema de salud se han dirigido los esfuerzos del Programa Nacional de Control contra el Cáncer, los Propósitos y Directrices para la Salud cubana en el año 2000 o las más recientes Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015. En este empeño deben involucrarse los tres niveles de atención médica con que cuenta el Sistema Nacional de Salud (32,33.)

Desde su escenario comunitario, el Equipo Básico de Salud y los Grupos Básicos de Trabajo deben reforzar las acciones de educación para la salud, prevención primaria y secundaria del cáncer, así como capacitarse aún más en cuidados paliativos (3, 34,35)

Los profesionales del nivel secundario y terciario, responsables de la atención directa al enfermo de cáncer, también deberán reforzar su enfoque preventivo, independientemente de su función predominantemente curativa, especialmente los oncólogos, no obstante, debe considerarse que el enfrentamiento a este problema de salud desborda los marcos del sector de la salud en cualquier sociedad (17,37).

Al modificar positivamente los factores de riesgo para el cáncer, se estará incidiendo también sobre la expresión de otras enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que, en muchas instancias, la prevención del cáncer es justamente uno de los resultados de los beneficios de buenas prácticas de salud. En determinadas regiones del mundo vienen reportándose reducciones en la incidencia y la mortalidad por determinados tipos de cánceres o en grupos de edades específicos (5, 8,20-22).

A pesar de la gran cobertura que tiene en nuestro país el plan de medicina familiar se siguen diagnosticando neoplasias de próstata en estadios muy avanzados, lo que obliga a la realización de cirugías mucho más cruentas, así como que los resultados a largo plazo no sean buenos.

Casi todos los casos de esta afección se diagnostican en mayores de 50 años y la frecuencia de la enfermedad aumenta de manera progresiva después de esta

edad. La probabilidad de que se desarrolle cáncer prostático, desde el nacimiento hasta los 70 años de edad, es del 4%(23-25).

A pesar de la relación clara con el envejecimiento, el cáncer de próstata no es estrictamente una afección de la tercera edad; pues, aunque afecta fundamentalmente a hombres de edad avanzada, alrededor del 25% se diagnostican antes de los 65 años. La técnica de cribado que se ha demostrado de mayor utilidad es la determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA). Su relación con el PSA libre discrimina la patología benigna de las de origen tumoral.

Los llamados carcinomas de próstata son adenocarcinoma, ya que derivan de células de estirpe glandular (de glándulas de secreción externa). Sin embargo, las glándulas de secreción externa derivan de células de estirpe epitelial, de manera que el nombre de carcinoma que se aplica a estos tumores suele aceptarse como correcto, aunque no sea exacto.

Hay una serie de factores que pueden predisponer a la aparición de este tumor. Entre todos los principales son:

Factores de riesgo mayores:

1. Edad: Por encima de los 45 años ya que al aumentar la edad crecen las posibilidades de contraer una enfermedad maligna, siendo las edades más peligrosas entre los 50 y 65 años.
2. Antecedentes familiares: El riesgo aumenta si hay antecedentes de cáncer de próstata en hermanos, padre y tíos maternos, en especial si la enfermedad apareció tempranamente.
3. Antecedentes personales: Si el paciente ya ha sufrido de cualquier alteración a nivel de la próstata, se debe sospechar fuertemente la existencia de una enfermedad maligna.

Factores riesgo menores:

1. Antecedentes de problemas en la micción (goteo postmiccional).
2. Antecedentes de hiperplasia benigna de próstata.

La mejor prevención es diagnosticarlo precozmente. Entre las medidas principales que tenemos para detectar un tumor de próstata tenemos las siguientes: Examen clínico (Tacto Rectal), PSA, Ecografías y Biopsias (26,27).

A pesar de la veracidad de todos estos argumentos, el conocimiento de que en estadios iniciales el adenocarcinoma prostático es asintomático y que es en ese momento cuando se puede aplicar una terapia curativa, ha dado lugar a la creación de esquemas de pesquiasaje para el diagnóstico precoz de la enfermedad. Aunque esto se mantiene en controversia, la Asociación Americana de Urología ha sugerido que se realice una evaluación anual a todos los hombres mayores de 50 años, y en casos de antecedentes familiares, comenzarla a los 40 años. Dicho chequeo consta de un tacto rectal y la dosificación sérica de PSA total.

Aunque al inicio es asintomático esto no impide que envíe metástasis a otros órganos, siendo las localizaciones más frecuentes:

- Esqueléticas: Columna vertebral, costillas y pelvis.....50%
- Pleura y pulmón..... 25%
- Abdominales: Hígado y páncreas.....10%
- Otras: Cerebro, piel, riñón, intestino, etc..... 15%

En Cuba se lleva a cabo un Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz de Cáncer de Próstata, que indica la práctica sistemática del tacto rectal a todos los hombres mayores de 45 años de edad que acuden a los centros asistenciales y a los casos necesarios, enviarlos a consultas especializadas en Urología para su diagnóstico y seguimiento. A pesar de ello todavía se continúan presentando dificultades con el diagnóstico de esta patología y desafortunadamente más del 50 % de los pacientes se diagnostican aún por los síntomas que producen sus metástasis. En el Hospital Provincial Roberto Rodríguez de Morón se llevó a cabo un estudio sobre el valor de la PSA y su valor pronóstico en la detección precoz del cáncer de próstata en los hombres mayores de 50 años, pero este estudio fue desde la atención secundaria. Se realizó un estudio desde la atención primaria para detectar tempranamente esta patología desde el área de salud y así enviar al paciente con resultados positivos o sospechosos al especialista en Urología ya que los pacientes con sintomatología acuden directamente al hospital y no al médico de la familia por tal motivo no existen registros estadísticos en los consultorios de los pacientes diagnosticados. Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de próstata. Se realizó esta investigación con el propósito de determinar la incidencia de esta afección maligna y la utilización de los métodos de detección precoz del cáncer prostático.

#### **IV. MATERIAL Y MÉTODO.**

Se realizó un estudio observacional descriptivo a través de un programa de pesquisa activa (anexo 2), en hombres mayores de 50 años pertenecientes al Consultorio 11 del Municipio Morón en el período comprendido desde Marzo de 2013 hasta de Abril de 2014.

El universo de estudio fue de 153 hombres, que reunieron los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

Personas que expresarán su consentimiento de participar en la investigación.

Población de riesgo de cáncer de próstata.

Población masculina mayor de 50 años.

Criterios de exclusión:

Personas diagnosticadas con cáncer de próstata en el momento de realizar el pesquiasaje.

Personas que no deseen entrar en la pesquisa.

Definición de las variables a estudiar:

Variables socio-demográficas y clínicas del cáncer e próstata.

| Variable                                                  | Tipo                                   | Operacionalización                         |                                                                                                                            | Indicador                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |                                        | Escala                                     | Descripción                                                                                                                |                                                                                                                      |
| Edad                                                      | Cuantitativa continua a nivel interval | 50-64<br>65 y más                          | Edad en años según carnet de identidad.                                                                                    | Número y porcentaje según grupo de edad.                                                                             |
| Antecedentes Patológicos Familiares de cáncer de próstata | Cualitativa nominal dicotómica         | Si<br>No                                   | Si existen antecedentes familiares de hiperplasia prostática, disuria, goteo final.                                        | Número y porcentaje según antecedentes familiares de patología neoplásica prostática.                                |
| Antecedentes Patológicos Personales                       | Cualitativa nominal dicotómica         | Si<br>No                                   | Si tienen antecedentes personales de hiperplasia prostática, disuria, goteo terminal.                                      | Número y porcentaje de los pacientes con antecedentes personales de problemas urinarios relacionados con la próstata |
| Factores de riesgos sintomatología urinaria               | Cualitativa nominal politómica         | Goteo postmiccional.<br>Retención urinaria | Desde cuando le sucede la sintomatología de trastornos de la micción, dolor u otros síntomas relacionados con la próstata. | Número y porcentaje de pacientes con esta afección                                                                   |
| Realización de la PSA                                     | Cualitativa nominal dicotómica         | Si<br>No                                   | Pacientes que se realizaron el examen de PSA y pacientes que no se realizaron el estudio.                                  | Número y porcentaje de pacientes con PSA elevado                                                                     |

|               |                      |                                 |                                                                                                 |                                                  |
|---------------|----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Valor del PSA | Cuantitativa ordinal | e/ 4-10 ng/ml<br>más de 10ng/ml | Si presenta PSA de 4ng/ml es sospechoso y si el resultado es por encima de 10ng/ml es positivo. | Número y porciento de pacientes con PSA elevado. |
|---------------|----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

### Ética y bioética:

Los pacientes del presente estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación será voluntaria y una vez incorporados a este tendrán la posibilidad de abandonarlo si así lo desearan. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado (anexo 1), debidamente firmado por ellos y el investigador, quien dio fe al respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

El Programa de Intervención de Pesquisa Activa se estructuró en 4 etapas: la primera de diseño y aprobación del programa, la segunda organizativa, la tercera de pesquisa activa y la cuarta fue de evaluación de la intervención. Las variables utilizadas fueron: Sociodemográficas y clínicas: edad, antecedentes patológicos familiares, personales, de diagnóstico: examen clínico.

Los datos fueron obtenidos de las Hojas de Recolección de Datos elaboradas al efecto y se utilizó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas y cuantitativas.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

-Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

-Análisis histórico –lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer de próstata.

-Inducción – deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

-Hipotético –deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazada.

Métodos empíricos:

- La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación antes mencionado.

-Instrumento de Recolección de Datos (anexo 2): Se utilizó como técnica para la obtención de la información dada sus características de búsqueda de información rápida y económica.

Métodos estadísticos:

El procesamiento estadístico se realizó en una microcomputadora PENTIUM 4 y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.

Los datos obtenidos de la Hojas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje).

El desarrollo de la investigación se implementó en 4 etapas: la primera de aprobación del programa, la segunda organizativa, la tercera de pesquisa activa y la cuarta de evaluación de la intervención.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Morón.

## **V.ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.**

**Tabla 1:** Distribución de los hombres mayores de 50 años pertenecientes al Consultorio 11 del Policlínico Sur del Municipio Morón durante el período comprendido desde marzo de 2013 hasta abril de 2014 según grupo de edad.

| Grupo de edad   | Total | %     |
|-----------------|-------|-------|
| De 50 a 65 años | 87    | 56,8% |

|                  |     |       |
|------------------|-----|-------|
| De 65 años y mas | 66  | 43,1% |
| Total            | 153 | 100%  |

Fuente: Hoja de recogida de datos.

En la Tabla 1 podemos observar la distribución de los hombres mayores de 50 años del Consultorio 11 según grupo de edades, tenemos como resultado que la mayor cantidad de hombres están dentro del grupo de 50 a 65 años con un 56,8%, siendo del grupo de 65 años y más el de menor porcentaje de pacientes con un 43,1%.

Los factores de riesgos más importantes para el cáncer de próstata son el sexo masculino y la edad. Es importante señalar que la mayoría de los hombres que lo sufren no tienen factores de riesgo identificables. Al igual que para otros muchos cánceres, la frecuencia de cáncer de próstata aumenta rápidamente con la edad siendo extremadamente baja antes de los 45 años (< 20 casos/100.00 hombres) para luego sufrir un lento incremento en forma lineal después de los 45 años, hasta los 65 años en que alcanza una estabilización que representa aproximadamente unos 400 casos/100.000 hombres). Según estadísticas, los hombres por encima de los 45 años de edad (y hasta los sesenta), son propensos a padecer cáncer de próstata.

En la provincia de Ciego de Ávila es la primera causa de muerte en hombres mayores de 50 años, siendo la tasa de mortalidad por tumores malignos 160,7 x 100 000 habitantes (11-13). El conocimiento de la biología del cáncer de próstata y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas han generado mejoras en el tratamiento de las lesiones tempranas o paraneoplásicas, así como la reducción en la morbilidad relacionada con este tipo de neoplasia (14).

**Tabla 2.** Distribución de los hombres mayores de 50 años según grupo de edad y antecedentes familiares de cáncer de próstata.

| Grupo de Edad | Antecedentes Familiares de<br>Cáncer de Próstata |           |       |           | Total | %         |
|---------------|--------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
|               | Si                                               |           | No    |           |       |           |
|               | Total                                            | %         | Total | %         |       |           |
| 50 a 65 años  | 34                                               | 39,0<br>% | 53    | 60,9<br>% | 87    | 56,8<br>% |
| 65 años y mas | 27                                               | 17,6<br>% | 39    | 25,4<br>% | 66    | 43,1<br>% |
| Total         | 61                                               | 39,8<br>% | 92    | 60,1<br>% | 153   | 100<br>%  |

Fuente: Hoja de recogida de datos.

Cuando analizamos los resultados que ofrece la tabla 2 en cuanto a los antecedentes familiares de cáncer de próstata observamos que la mayoría de los hombres pesquizados no tenían antecedentes positivos en su familia (60,9 %) y se encontraban en el grupo de 50 a 65 años, representando el 56,8 % del total.

En una porción muy pequeña de cáncer de próstata (39%) hay un gran factor de herencia familiar. Alrededor del 20 % de los hombres con cáncer de próstata tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Estos hombres también tienen un riesgo más alto de padecer de otros tipos de cánceres. Los familiares en primer grado con cáncer de próstata triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer; la presencia de cáncer de próstata en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo (37).

Aproximadamente el 6% de todos los casos de cáncer de próstata son hereditarios.

**Tabla 3.** Distribución de los hombres mayores de 50 años según antecedentes patológicos personales.

| Grupo de Edad | Antecedentes Personales de<br>Cáncer de Próstata |           |       |           | Total | %         |
|---------------|--------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
|               | Si                                               |           | No    |           |       |           |
|               | Total                                            | %         | Total | %         |       |           |
| 50 a 65 años  | 15                                               | 17,2<br>% | 72    | 82,7<br>% | 87    | 56,8<br>% |
| 65 años y mas | 21                                               | 31,8<br>% | 45    | 68,1<br>% | 66    | 43,1<br>% |
| Total         | 36                                               | 23,5<br>% | 117   | 76,4<br>% | 153   | 100<br>%  |

Fuente: Hoja de recogida de datos.

La tabla 3 distribuye a los pacientes según los antecedentes patológico personales siendo el mayor por ciento el de los pacientes que no refirieron antecedentes de patologías prostáticas (76,4%), y un 23,5% para los que si tenían estos antecedentes, lo que demuestra que no necesariamente el paciente va a referir haber padecido en algún momento de su vida una patología de tipo

prostático y si puede llegar a nosotros con un carcinoma ya instaurado sin haber tenido otra sintomatología.

**Tabla 4.** Distribución del hombre mayor de 50 años según realización del PSA.

| Realización del PSA  | Número | %     |
|----------------------|--------|-------|
| No se realizaron PSA | 126    | 82,3% |
| Se realizaron PSA    | 27     | 17,6% |
| Total                | 153    | 100%  |

Fuente: Hoja de recogida de datos.

En la tabla 4 se exponen los resultados en cuanto a la realización del PSA evidenciando que el mayor por ciento de los pacientes (82,3%) no se realizan el estudio pues alegan que tiene muchas indicaciones que cumplir para su realización, y solo el 17,6% se realizó el estudio, esto demuestra el poco conocimiento que tiene la población masculina sobre este complementario tan importante puesto que la técnica de cribado que se ha demostrado de mayor utilidad es la determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA) y su relación con el PSA libre discrimina la patología benigna de las de origen tumoral.

**Tabla 5.** Distribución de los hombres mayores de 50 años según valor del PSA

| Valor del PSA  | Número | %     |
|----------------|--------|-------|
| e/4-10ng/ml    | 14     | 51,8% |
| Mas de 10ng/ml | 13     | 48,1% |
| Total          | 27     | 17,6% |

Fuente: Hoja de recogida de datos.

Según los resultados de la tabla 5 podemos decir que de los pacientes que se realizaron el examen de PSA el mayor por ciento (51,8%) fue entre 4 y 10 ng/ml y solo el 48,1% fue por encima de 10 ng/mL. El PSA se puede detectar en sangre mediante diferentes pruebas de laboratorio. Se considera que su límite superior de normalidad es de 4 ng/mL, de manera que cualquier incremento por encima debe ser analizado. Desafortunadamente esta prueba tiene una baja especificidad y como sabemos, la hiperplasia prostática también produce un aumento significativo en la concentración sérica del marcador. Estudios realizados plantean que sólo del 20 al 25 % de los hombres con valor intermedio (entre 4 y 10 ng/mL) tienen la enfermedad. En estos contextos, sólo se asegura que los valores por encima de 10 ng/mL son los únicos indicadores de cáncer, pues, 2/3 de las personas de este rango están en realidad afectadas.

**Tabla 6.** Distribución de los hombres mayores de 50 años según sintomatología urinaria.

| Síntomas<br>urinarios  | Antecedentes de padecerlo |         |        |        |
|------------------------|---------------------------|---------|--------|--------|
|                        | SI                        |         | NO     |        |
|                        | Número                    | %n- 153 | Número | %n-153 |
| Goteo<br>postmiccional | 45                        | 29,4%   | 108    | 70,5%  |
| Retención<br>urinaria  | 55                        | 35,9%   | 112    | 73,2%  |

Fuente: Hoja de recogida de datos.

La tabla 6 nos ofrece los siguientes resultados, los pacientes con sintomatología urinaria representan el menor por ciento pues con goteo postmiccional solo son el 29,4%, y con retención urinaria 35,9%, mientras que el mayor porcentaje esta asintomático, pero el conocimiento de que en estadios iniciales el adenocarcinoma prostático es asintomático y que es en ese momento cuando se puede aplicar una terapia curativa nos hace continuar en la búsqueda para ganarle al cáncer en la lucha por la vida.

En la bibliografía consultada no se encontró ninguna investigación con diseño y resultados similares a la nuestra que nos permitiera hacer comparaciones y una más amplia discusión de los resultados.

## **VI.CONCLUSIONES.**

En cuanto a los pacientes pesquisados para neoplasia de próstata, los pacientes entre 50 y 64 años fueron los de mayor presencia en el estudio, pocos pacientes tenían antecedentes patológicos familiares y personales de esta enfermedad, sintomatología urinaria el mayor porcentaje no la refería, lo que más nos alertó fue que casi la totalidad de los pacientes no se realizaron la PSA por lo que se evidenció baja frecuencia diagnóstica.

## VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med. 2009; 360:1320-1328.

Walsh PC, DeWeese TL, et al. Clinical practice: localized prostate cancer. N Engl J Med. 2010;357(26):2696-2705.

Wilt TJ, MacDonald R, et al. Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. Ann Intern Med. 2008;148(6):435-448.

STHAM JA, SCARDINO PT.: Radical prostatectomy. En Campbells Urology 4ªEd. pp: 3080-3106. W.B. Saunders, Philadelphia, PA, USA. 2009

5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional de Prevención y Control del Cáncer [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 12 Dic 2011].

6. World Health Organization. World Health Statistics [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 12 Dic 2011].

7. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuarios Estadísticos de Salud 1970-2006. La Habana. (Cuba): MINSAP;1971-2009.

8. Mendoza M, Cáceres CL, Jiménez H. Mortalidad por cáncer en la provincia Camagüey, período de 1980 a 1984. Rev Cubana Oncol. 1987;3(3).

9. Smith D. Cáncer de Próstata. Urología General. ISBN 1997;417-22.

10. González L, Lemes JJ. Características de la mortalidad por cáncer. Granma 2000. Rev Cubana Oncol. 2000;16(1):21-3.

11. DORTAS Y, DUARTE A, ARAGÓN O, RODRÍGUEZ Y. General mortality by cancer in Antonio Luaces Iraola Provincial Hospital during 2000-2002. RevMediCiego [serie en Internet]. 2003 [citado Dic 2011];9(2).
12. MORALES H, MARTÍNEZ EM, VALDÉS JY, DE LA PAZ CJ. Mortalidad por enfermedades malignas: estudio de diez años. RevMediCiego [serie en Internet]. 2003 [citado Dic 2011];9(1).
13. RODRÍGUEZ R. Utilidad clínica de la prueba diagnóstica disponible en el carcinoma de próstata. Resultado sobre 500 biopsias. Archivos Españoles de Urología 1997;50(4):333-8.
14. SEUC JO A, DOMÍNGUEZ E, GALÁN ÁLVAREZ Y. Esperanza de vida ajustada por cáncer. Rev Cubana HigEpidemiol [serie en Internet]. 2013 [citado Dic 2011];41(1).
15. LINARES TME, IBARRA EJ, DÍAZ H, RABELO G, SUÁREZ C. Cáncer, ocupación y supervivencia. Rev Cubana Salud Trabajo [serie en Internet]. 2005 [citado Dic 2011];6(2).
16. LOVELLE I, CORDERO N, ÁLVAREZ AM, GUTIÉRREZ JA, MÉNDEZ M, RODRÍGUEZ I. Comportamiento de la mortalidad por tumores malignos. MediCentro [sitio en Internet]. 2007 [citado Dic 2011];11(2).
17. PHILLIPS AA, JACOBSON JS, MAGAI C, CONSEDINE N, HOROWICZ-MEHLER NC, NEUGUT AI. Cancer incidence and mortality in the Caribbean. Cancer Investigation. 2009; 25:476-83.
18. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Proyecciones de salud en Cuba para el 2015 [monografía en Internet]. 2009 [citado Dic 2011].
19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. 1995; 1:171-210.
20. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y REGISTROS MÉDICOS. Temas de Estadística de Salud. La Habana: MINSAP; 2009.
21. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA. Programa Nacional de Control del Cáncer. La Habana: MINSAP, INOR; 1994.
22. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Anuario estadístico nacional 2003. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos; 2003.
23. CORTINAS C, ESPINOSA J. Carcinogénesis. En: COREY G, ed. Cáncer y ambiente. Bases epidemiológicas para su investigación y control. México: Metepec Universidad Nacional Autónoma; 2009.p. 1-26.
24. PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Tokio 2004. 52a Asamblea General [monografía en Internet]. Escocia: Asamblea Médica Mundial; 2000. Citado: Dic 2011.

25. Barreto Penié J, Santana Porben. Mitos, realidades, perspectivas. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.p. 39-40;51-6.
26. Registro Nacional de Cáncer: INOR 2000-2005. En CD-ROOM.
27. Taller de Normación del Cáncer de Próstata. Ciudad de La Habana: Hospital Oncológico, 2000.
28. Mc Gling P G. Un estudio de las solicitudes para médicos generales recibidas por un hospital de Dublín. Jr Med J 2011; Mar. 91(2)61-2.
29. Mezi S. Production of PSA by breast adenocarcinoma. Cells: Preliminary results. Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patología, Università degli Studi. La Sapienza, Roma. GCHIR-1998; Apr, 19(4):143-7.
30. Tallada M, Cozar J M. Situación actual y perspectivas futuras en el cáncer de próstata. Revista de Urología Integrada y de Investigación. Parte I. Volumen 3. No.3-septiembre, 1998.
31. Toktas G. Diagnostic. Value of prostate specific antigen density and free/total PSA ratio in detecting organ confined prostate. Cancer, Turkey. Teaching.Hospital Istanbul. Br J Urol. International 2010;86, suppl 3, 93-131.
32. Chv TM. Prostate-specific.Antigen and early detection of prostate cancer.Institute Buffalo, N.Y.14263, USA, 2009;18(2):123-34.
33. Chéchile G, Solé-Balcells F. Cáncer de Próstata. Cuadernos de Urología, España, 2008; 10(3):3-12.
34. Fernández Sacasa, JA, Díaz Novás J. Algunas consideraciones teóricas sobre el Pesquisaje Activo. Informe Inédito. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. 2009
35. Chávez F, Romero T, Marinello S, Lence J, Santos T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev cub Oncol. 2009; 13(1): 5-11.
36. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan. 2ed. Lyon: IARC Press; 2011.
37. Álvarez S. Temas de Medicina General Integral. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

## ANEXO 1

### MODELO DE CONOCIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO:** Pesquisa activa sobre cáncer de próstata en el consultorio 11 del Policlínico Sur de MORÓN.

Yo \_\_\_\_\_ en calidad de participante.

- 1- He comprendido la información que se me dado sobre el estudio.
- 2- He podido hacer todas las preguntas que me preocupan.
- 3- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- 5- Comprendo que puedo no colaborar si así no lo deseo en el estudio:

He tenido contacto con: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del investigador

El cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación, toda la información adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar. Por todo lo planteado anteriormente presto mi conformidad a participar en el estudio y para que quede constancia de esto firmo este modelo.

-----

Firma del Médico

-----

Fecha

-----

Firma del Paciente

## **ANEXO 2**

### **PARA MORBILIDAD EN PESQUISA PARA CANCER DE PROSTATA.**

Nombre y Apellidos:

Edad:

Antecedentes Patológicos Personales:

Antecedentes Patológicos Familiares:

PSA (resultado):

