



Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila

Facultad “José Assef Yara”

Policlínico Universitario Norte

Título: Evaluación del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Norte, Ciego de Ávila.

Autor: Dr. Cristhian Daniel Orellana Flores

Residente de Tercer Año de Medicina General Integral.

Tutora: MSc. Dra. Yonaisy Vega Lorenzo.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tesis Para Optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Ciego de Ávila

2022

Pensamiento

"... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva, en fin, será un "Guardián de la Salud".

Fidel Castro Ruz (1983)

A g r a d e c i m i e n t o s

- A la Revolución y a mi país Nicaragua por darme la oportunidad de convertirme en lo que soy hoy, un profesional de la salud.
- A mis profesores y tutora
- A todos los que me apoyaron en la realización de esta investigación.

M u c h a s g r a c i a s .

Dedicatoria.

- A mi hija angélica, por ser la razón de vivir y de Seguir adelante.
- A Dios a mi madre y mis suegros: quienes han hecho de este sueño una realidad.
- A mis hermanos por su amor y apoyo incondicional.
- A mi esposa Odaimy Pérez por cada detalle que da en mi vida y hace que se llene de felicidad.

Resumen.

Se realizó una Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), con un diseño descriptivo de corte transversal con el objetivo de evaluar el cumplimiento del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Norte de Ciego de Ávila en el periodo comprendido de marzo de 2020 a febrero de 2022. El universo de estudio estuvo constituido por un total de 64 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en los GBT del área de salud norte y por el personal médico encargado del programa. La muestra quedó constituida por 64 pacientes de la policlínica norte en la cual se utilizó un muestreo no probabilístico además de los 45 CMF pertenecientes a los tres GBT. La necesidad de la ejecución de esta investigación se justifica en el hecho de que el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte en el sexo masculino en Cuba y nuestra provincia no difiere de ello. Se evaluaron dos elementos en el componente estructura y cinco en el componente proceso. El personal responsable del programa de prevención y control de cáncer de próstata están entrenados pero las investigaciones fueron insuficientes. La estrategia de evaluación empleada nos permitirá un manejo adecuado del cáncer de próstata en el área de salud norte.

Palabras claves: cáncer de próstata, evaluación, programa, investigación en sistemas y servicios de salud.

Índice .

C o n t e n i d o	P á g i n a s
Introducción	1
O b j e t i v o	4
M a r c o T e ó r i c o	5
M a t e r i a l y M é t o d o	
A n á l i s i s y D i s c u s i ó n d e l o s r e s u l t a d o s	
C o n c l u s i o n e s	
R e c o m e n d a c i o n e s	
B i b l i o g r a f í a	

Introducción.

La población mundial se encuentra en un proceso de envejecimiento creciente y ello implica enfrentar diferentes retos; entre estos está la asociación con el incremento en la incidencia de cáncer. El cáncer de próstata (CP) constituye un importante problema de salud a nivel mundial y actualmente se le considera la neoplasia más común en hombres con más de 180 000 nuevos casos diagnosticados anualmente y una mortalidad de 31 000 hombres por año. Esta desigualdad se explica por el menor acceso de la población a servicios de salud y por la mayor exposición a factores de riesgo: tabaquismo, alcoholismo, aumento del índice de masa corporal, edad, raza (más frecuente en la raza negra), factor genético como el antecedente de primera línea de cáncer de próstata y mayor incidencia de procesos infecciosos asociados con el cáncer. (1,2)

El cáncer de próstata (CP) es el segundo tipo de cáncer más común en la población masculina del mundo, se estima que uno de cada 7 hombres será diagnosticado a lo largo de su vida con Cáncer de Próstata, y uno de cada 38 hombres morirá como consecuencia de este. Es el tipo de cáncer que con mayor frecuencia se diagnostica como consecuencia de la introducción en 1980 del test de antígeno prostático específico (PSA) como herramienta diagnóstica. De igual manera, en Estados Unidos 6 de cada 10 hombres diagnosticados con cáncer de próstata son mayores de 65 años. Se estima que para el año 2030 halla 1,7 millones de casos nuevos de Cáncer de Próstata en el mundo, con una mortalidad esperada de 499.000 casos (29,3%). Durante la última década se ha observado una notable disminución en la mortalidad por Cáncer de Próstata en países desarrollados. (3-5)

El estudio GLOBOCAN 2012 notifica que la incidencia del Cáncer de Próstata es variable en el contexto mundial: las tasas son más altas en países como Australia/Nueva Zelanda, América del Norte (ASR -----por sus siglas en inglés---- 111,6 y 97,2 por 100.000 respectivamente) y en Europa Occidental y del Norte, debido a que la tamización con PSA y posterior biopsia se realizan de forma rutinaria. En países de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) la mortalidad por Cáncer de próstata ha disminuido a 4,3% y 3,1% respectivamente, y en países como Dinamarca, Noruega y Suecia (Europa del Norte) las tasas de mortalidad han venido en descenso desde el año 2000 hasta 3,1% por año; sin embargo, en países en vías de desarrollo la mortalidad por este se ha visto en aumento (aunque hay tendencias hacia el

incremento en el diagnóstico, la mortalidad ha aumentado en países como Colombia ---3,4% por año---, Costa Rica ----3,4% por año----, Chile ----2,8% por año----y Cuba ----5,5% por año 4,6% .

Con respecto al contexto mundial, Colombia cuenta con una de las incidencias de Cáncer de próstata más bajas de Latinoamérica, y una proporción de 28% entre incidencia y mortalidad por el mismo, muy cercano al promedio mundial de 28,6% e inferior a países como Ecuador (40,41%), Perú (37,74%) y Cuba (46,65%).

El cáncer de próstata (CP) es el tercer más frecuente en Chile, con una tasa de incidencia de 145.3 x 100.000 habitantes masculinos, esta incidencia probablemente seguirá en alza por el desarrollo y mayor disponibilidad de mejores métodos diagnósticos. (6-7)

En Europa el Cáncer de Próstata es la neoplasia sólida más común, el Cáncer de Próstata afecta más frecuentemente a los varones de mayor edad, lo que constituye una importante preocupación de salud en los países desarrollados. En estos países 15% de los cánceres en varones son Cáncer de Próstata, en comparación con 4% de los casos de cáncer en varones en países en vías de desarrollo. Para el año 2010 en Canadá se presenta 10% de mortalidad, ocupando el tercer lugar con una tasa estandarizada de mortalidad (TEM) de 13.5 por 100 000 habitantes. En Estados Unidos se encuentran datos de mortalidad de 10% con el tercer lugar y una tasa estandarizada de mortalidad de 12.3 por 100 000 habitantes.

En México el Cáncer de Próstata ocupa el primer lugar con 16% de mortalidad y una tasa estandarizada de mortalidad de 13.62 por 100 000 habitantes.

En Argentina y Brasil ocupa el segundo lugar con 13% de mortalidad y una tasa estandarizada de mortalidad de 18.63 y 17.98 respectivamente. En Colombia según el Registro Poblacional de Cáncer de Cali, se encontró una tasa de 59 por 100 000 habitantes para el periodo de 2003-2007 ocupando el tercer lugar con 14% en mortalidad de varones según datos de cáncer de las Américas en perfiles de país 2013 y una tasa estandarizada de mortalidad de 20.30. En México representó un total de 378 casos reportados, desde un 43.9% del total de casos. El año con un menor número de casos reportados fue 2004 con 6 casos y el año con un mayor número de casos reportados fue el año 2008 con 74 casos.

El programa de vigilancia, epidemiología y resultados finales (SEER) estima que de todos los hombres diagnosticados con cáncer de próstata (el 14% de todos los casos de cáncer), el 5% fallecerá. Debido a la baja letalidad de los cánceres de próstata, la vigilancia activa supone una opción al tratamiento; sin embargo, la prostatectomía radical reduce el riesgo de metástasis a hueso, y además reduce la mortalidad de los pacientes. Ante esto, es necesario el uso de métodos que puedan identificar de manera acertada la posible recidiva; sin embargo, los métodos clínicos actuales a menudo fallan en predecir con éxito la recurrencia en los pacientes con un riesgo medio para

recidiva de cáncer prostático. Entre los métodos predictivos se encuentra la puntuación CAPRA-S (Cancer of the Prostate Risk Assessment), evaluación creada por un grupo de la Universidad de California en San Francisco, con el cual se puede predecir fácilmente el riesgo, sin necesidad de tablas o de programas informáticos ha sido ampliamente validado en la predicción de recurrencia, metástasis y mortalidad por cáncer de próstata, a través de múltiples modalidades de tratamiento. (8)

En el mundo, el cáncer es una de las primeras causas de muerte. (9,10)

En el 2017, en Cuba el cáncer de próstata (CP) fue la primera causa de Muerte por cáncer en los hombres; la tasa de mortalidad fue de 55,7 x100 000 habitantes. (11)

Los egresados de la carrera de medicina tienen alta responsabilidad en las acciones dirigidas al diagnóstico precoz, manejo de complicaciones y tratamiento paliativo del CP, exigencia declarada en el plan D de la Carrera de Medicina (12), por tanto, en su proceso de formación debiera tratarse el tema CP, sin embargo en el actual programa de la asignatura urología (13) no se contempla esta aspiración, lo que ofrece pertinencia al artículo que se presenta. El objetivo de esta revisión es: sistematizar las bases teóricas esenciales que sustenten la auto preparación del estudiante de medicina y al médico general para su participación en la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo del paciente con CP. En la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo, entre septiembre y Diciembre de 2018, se hizo una búsqueda en las bases de datos electrónicas con los siguientes descriptores del (CP), diagnóstico precoz del CP, manejo del CP y los correspondientes términos en lengua inglesa Y operadores (AND y OR), a través del metabuscador Google Scholar.

Los programas de prevención del cáncer de próstata aún no han tenido el éxito esperado y la única garantía para disminuir su impacto es el diagnóstico temprano en Cuba el Programa Nacional del Cáncer de Próstata conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el antígeno prostático PSA, el tacto rectal y la biopsia, Cuba enfrenta este problema de salud llevando a cabo un programa de salud, con grupos multidisciplinarios en cada provincia, en coordinación con los médicos de familia, pero aún el Cáncer de Próstata sigue siendo un problema de salud importante.

El cáncer de próstata, en Cuba, representó una tasa de 48,0 por 100 000 habitantes, lo que lo ubica como segunda causa de muerte por tumores malignos en el hombre, solo superado por el cáncer de pulmón. El número de casos nuevos por año ha aumentado de 1711 en 1992 a 2 703 en el 2014, lo que en términos de riesgo de enfermar significa un aumento relativo del 22,5 % en los últimos 10 años. El aumento del riesgo se encuentra fundamentalmente en los grupos mayores de 55 años, los que muestran las mayores tasas, tanto de incidencia como de mortalidad.

Ciego de Ávila no difiere de las estadísticas que exhibe Cuba ,al cierre del 2018 constituyó la segunda causa de muerte por cáncer en el sexo masculino con un aumento de un 15% con respecto al año 2017 , la policlínica Norte de Ciego de Ávila,

incrementó a 34 los casos con respecto al 2017, presentándose fundamentalmente en hombres con factores de riesgo como la edad mayores de 50 años, genética, antecedentes familiares, dieta rica en grasas y pobre en verduras, frutas y cereales, los cuales por dispensarización ascienden a 9687 según departamento de estadística de dicha área.^(14,15).

Problema Científico ¿Se cumplen los protocolos del programa nacional de prevención y control del cáncer de próstata en la Policlínica Norte de Ciego de Ávila?

O B J E T I V O

G e n e r a l: Evaluar el cumplimiento de programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Norte de Ciego de Ávila en el período comprendido de marzo de 2020 a septiembre de 2022.

E s p e c í f i c o s :

1-Caracterizar la muestra según:

- E d a d
- G r u p o d e r i e s g o

2- Evaluar en el componente estructura:

- r e c u r s o s m a t e r i a l e s
- r e c u r s o s h u m a n o s

3. Valorar el cumplimiento de los protocolos para el componente proceso:

- P e s q u i s a p a s i v a (P S A) a t o d o s l o s h o m b r e s c o n s i n t o m a t o l o g í a d e c á n c e r d e p r ó s t a t a .
- P e s q u i s a a c t i v a a t o d o s l o s h o m b r e s m a y o r e s d e 50 a ñ o s .
- P e s q u i s a p a s i v a a t o d o s l o s h o m b r e s d e 45 a ñ o s c o n a n t e c e d e n t e s f a m i l i a r e s d e p r i m e r a l í n e a d e c á n c e r d e p r ó s t a t a .
- A d i e s t r a m i e n t o d e l p e r s o n a l q u e l a b o r a e n e l p r o g r a m a .
- I n v e s t i g a c i o n e s r e a l i z a d a s e n e l á r e a s o b r e e l t e m a .

Marco teórico.

La próstata es un órgano fibromuscular y glandular localizada en la cavidad pélvica del hombre, detrás del pubis, delante del recto y debajo de la vejiga. Rodea el primer segmento de la uretra justo por debajo del cuello vesical. Es casi del tamaño de una nuez y rodea parte de la uretra (el tubo que vacía la orina de la vejiga). Cuando un hombre envejece, la próstata a menudo se agranda. Esto generalmente no es causa de cáncer sino posiblemente causado por otros problemas. (16)

El cáncer se define como el crecimiento desordenado y sin control de las células anormales sino se detecta a tiempo, avanza a otros órganos donde pueden crecer originando nuevos tumores, que se conoce como metástasis. (17)

El cáncer de próstata es una neoplasia hormono dependiente que constituye la segunda causa de muerte en el hombre a nivel mundial y ocupa el quinto lugar de las causas por esta afección. Antes de los 50 años esta enfermedad no es frecuente, rara vez se presenta antes de los 45 y su prevalencia se incrementa a partir de la quinta década de la vida. (18)

Es considerada una "enfermedad silenciosa", pues mientras las células se transforman y se incrementan pueden pasar hasta 10 años sin que se presenten síntomas. La verdadera causa del carcinoma prostático se desconoce, pero está bien claro que su crecimiento está influido por las hormonas sexuales. (18)

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 (19,20).

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 transmiccional, 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 (21).

Entre los factores que aumentan el riesgo se encuentra:

Dieta: en varones con obesidad se ha observado una asociación con el cáncer de próstata agresivo, se explica por los cambios hormonales causados por la obesidad; estos efectos pueden ser mediados por adipocitoquinas como la leptina y la adiponectina, las concentraciones de leptina están directamente relacionadas con la adiposidad, estimula la proliferación celular y la angiogénesis, y en contra parte, la adiponectina se asocia con una disminución en el riesgo de cáncer. Además la obesidad está relacionada con el incremento del factor de crecimiento similar a la insulina. (22) **Edad:** los varones de mayor edad tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de alto grado. El cáncer de próstata clínicamente detectable es raro antes de los 40 años, pero desde ese momento la incidencia aumenta con la edad más rápido que el de cualquier otro tipo de cáncer.

Historia Familiar: los hombres con un familiar de primer grado con cáncer de próstata tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor, y los que tienen dos o más familiares de primer grado afectados tienen un 5 a 11 veces más riesgo en comparación con la población general.

Tabaquismo: se ha documentado que los fumadores de más de un paquete al día, tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor en comparación con los no fumadores.

Etnia: los varones residentes de Estados Unidos y el Caribe, con ascendencia Africana poseen la mayor incidencia de cáncer de próstata en el mundo. El riesgo es 1,8 veces mayor en comparación de la etnia blanca.

Lesiones pre malignas: se considera la neoplasia intraepitelial prostática, que se define como la presencia de células atípicas o displasias confinadas dentro de la glándula prostática que conservan el revestimiento basal, y se divide en bajo y alto grado. Solo las neoplasias intraepiteliales de alto grado se consideran precursoras de cáncer invasor.

El PSA y el tacto rectal constituyen los métodos diagnósticos más usados en la clínica para detectar el cáncer de próstata. (23)

Si los resultados de las pruebas de detección temprana PSA o el TR sugieren CP, se ordenarán otras pruebas, como la ecografía transrectal y una biopsia de la próstata, para confirmar si hay cáncer, además de la tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear. (24,25)

M a t e r i a l y M é t o d o .

Se realizó una Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), de diseño Descriptivo de corte transversal, con el objetivo de evaluar el cumplimiento del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Norte de Ciego de Ávila en el período comprendido de marzo de 2020 a febrero de 2023.

El universo quedó constituido por 64 pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de próstata en el área de salud norte y el personal médico encargado del programa de control y prevención de cáncer de próstata de dicha área, todo comprendido en el periodo correspondiente al estudio.

La muestra quedó constituida al igual que el universo por 64 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en los 45 equipos básicos de salud perteneciente al policlínico norte y médica encargados del programa.

C r i t e r i o s d e i n c l u s i ó n :

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata que expresaron su consentimiento a participar en el estudio.

C r i t e r i o s d e e x c l u s i ó n :

- Pacientes que presentaban afecciones mentales.

C r i t e r i o s d e s a l i d a :

- Pacientes que durante el período de la investigación se trasladaron del área.

Métodos de Investigación:

Del nivel teórico:

- **Histórico - lógico:** Se concreta al estudiar los antecedentes históricos referentes a la evaluación de programas de salud y la situación actual de la problemática que representa el cáncer de próstata, su evolución en el tiempo y su vigencia.
- **Análisis - síntesis:** Permite efectuar un análisis sobre la dimensión de la prevención y control del cáncer de próstata en la población, para lograr a partir del análisis de la calidad de la atención médica comunitaria sobre el programa de prevención y control de cáncer de próstata la síntesis de la información y aplicarla a la metodología propuesta.
- **Inducción - deducción:** Está presente en el abordaje del problema en estudio, partiendo de la problemática general existente para particularizarla en el ámbito local, de manera que se perfeccionen las estrategias para lograr una evaluación objetiva y efectiva del programa de salud.
- **Enfoque sistémico:** Permite el establecimiento de relaciones entre la información obtenida y las variables seleccionadas.

Del nivel empírico:

- Planillas de recolección de la información tanto para caracterizar la muestra como para la información relacionada con las diferentes variables.
- Encuesta a los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata.
- Revisión documental para informarnos adecuadamente sobre las actividades de capacitación e investigación relacionadas con la temática.

Diseño General del Estudio

Se explicó por parte del investigador a todos los participantes la importancia y los detalles del estudio, así como se procedió a la firma del consentimiento a participar, en ello estuvieron implicados los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata (anexo 1)

Finalmente, se procedió a llenar las planillas de recolección de datos (Anexos 2, 3, 4, 5 y 6), que permitió obtener la información sobre el componente estructura (recursos humanos, recursos materiales) y el componente proceso (Valorar el cumplimiento de los protocolos para el componente proceso: Pesquisa pasiva (PSA) a todos los hombres con sintomatología de cáncer de próstata, Pesquisa activa a todos los hombres mayores de 50 años, Pesquisa pasiva a todos los hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea de cáncer de próstata, Adiestramiento del

personal que labora en el programa, Investigaciones realizadas en el área sobre el tema), dichas planillas fueron creadas por el autor y validada por expertos.

Los datos se extrajeron de las historias clínicas individuales (64) pertenecientes a los GBT del policlínico norte, de los familiares y de Estadística del Policlínico. Además, se aplicó el algoritmo sobre dicha patología a estos pacientes. (Anexo 7).

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Descripción	
Edad.	Cuantitativa continua	45 - 54 55 - 64 65 y más	Años cumplidos	Números y porcentos
Grupos vulnerables	Cualitativa nominal dicotómica	Si pertenece	Mayores de 50 años, Hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea, color de la piel no blanca, obesidad, factores relacionados con estilos de vida inadecuados como: alcoholismo, dieta rica en grasas.	Números y porcentos
Componente Estructura Recursos humanos	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable (existencia de 100-90% del personal)	GBT que cuentan con EBS completos y entrenados en la temática prevención	Números y porcentos

			y control del cáncer de próstata	
Recursos Materiales Laboratorio con equipamiento de alta tecnología para diagnósticos efectivos así como consultorios médicos debidamente acreditados.	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable	Un laboratorio con Climatización que permite el almacenamiento adecuado de las muestras de sangre para ser enviadas al laboratorio del sistema ultramicroanalítico (SUMA), materiales como jeringuillas, algodón, agujas, balitas de almacenamientos y otros dispositivos. Presencia de EBS con conocimientos sobre el programa, existencia de HC individuales y Familiares donde estén dispensarizados correctamente estos pacientes se reflejen los antecedentes de los mismos, se	Números y porcentajes

			exponen los resultados del PSA, así como si aparecen síntomas y signos relacionados con la entidad en cuestión	
Componente Proceso: Pesquisa pasiva a los hombres con sintomatología de cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable (90% o más que corresponden a 64 historias clínicas) <i>No aceptable</i> (Menos de 90%)	Historias clínicas escritas en los pacientes con síntomas como: trastornos de la micción, decaimiento, síndrome general, hematuria, dolor lumbosacro, nicturia etc. Historias clínicas que no estén escritos dichos síntomas.	Números y porcentajes
Pesquisa activa a los hombres mayores de 50 años mediante la realización de la prueba del PSA	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptables (90% o más que corresponden a 64 historias clínicas)	Búsqueda por parte del EBS de los pacientes mayores de 50 años o que acuden espontáneamente a realizarse la prueba de PSA	Números y porcentajes

		No aceptable (Menos del 90%)	No se realiza por parte del EBS la búsqueda de los pacientes mayores de 50 años y no acuden espontáneamente para realizarse la prueba.	
Remisión de los casos positivos a consulta de Urología	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable (90% o más que corresponden a 64 historias clínicas) No aceptable (Menos del 90%)	PSA normal, con sintomatología sugestiva de cáncer de próstata, >10ng/ml, resto ver anexo 7 (Algoritmo para prevención y control del cáncer de próstata). No se realiza	Números y porcentajes
Adiestramiento continuo del personal que ejecuta el	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable (Participación de más del 80% del personal	Si la policlínica o la facultad de ciencias médica ofrecen cursos para el	Números y porcentajes

programa		que atiende el programa de cáncer de próstata. No aceptable (Menos del 80%)	entrenamiento de todo el personal. No se han realizado talleres y cursos de entrenamiento relacionados con el programa o no participa el personal que ejecuta el programa.	
Investigaciones realizadas en el área de salud con relación a la temática	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable (30% de las investigaciones son realizadas) No aceptable (menor al 30%)	Trabajo de Terminación de Residencia, Tesis de Maestrías, Tesis Doctorales y otros con esta temática. No se realizan investigaciones sobre esta temática	Números y porcentajes

Evaluación por componentes y elementos

I. Componente Estructura

Se evaluaron dos aspectos:

1. Evaluación de los recursos humanos:

- si fueron aceptables (100-90 %) los dos subcomponentes la calificación fue de bien.
- si fueron medianamente aceptables (89-70 %) la calificación fue de regular.
- si fueron insuficientemente aceptables (69 % o menos) la calificación fue de mal.

2. Evaluación de los recursos materiales:

- si fueron aceptables (100-90 %) los dos subcomponentes la calificación fue de bien.
- si fueron medianamente aceptables (89-70 %) la calificación fue de regular.
- si fueron insuficientemente aceptables (69 % o menos) la calificación fue de mal.

II. Componente Proceso

Se evaluaron cinco aspectos:

1) Pesquisa pasiva (PSA) a todos los hombres con sintomatología de cáncer de próstata.

- Si fueron aceptable (100-90%) la calificación fue de bien.
- Si fueron medianamente aceptable (89-70) la calificación fue de regular.
- Si fueron insuficientemente aceptable (69% o menos) la calificación fue de mal.

2) Pesquisa activa a todos los hombres mayores de 50 años.

- Si fueron aceptables (100-90%) la calificación fue de bien.
- Si fueron medianamente aceptables (89-70) la calificación fue de regular.
- Si fueron insuficientemente aceptables (69% o menos) la calificación fue de mal.

3) Pesquisa pasiva a todos los hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea de cáncer de próstata.

- Si fueron aceptables (100-90%) la calificación fue de bien.
- Si fueron medianamente aceptables (89-70) la calificación fue de regular.
- Sino se cumple (69% o menos) la calificación fue de mal.

4) Adiestramiento del personal que labora en el programa.

- Si fueron aceptables (100-90%) la calificación fue de bien.
- Si fueron medianamente aceptables (89-70) la calificación fue de regular.
- Si fueron insuficientemente aceptables (69% o menos) la calificación fue de mal.

5) Investigaciones realizadas en el área sobre el tema.

- Si fueron aceptables (100-90%) la calificación fue de bien.
- Si fueron medianamente aceptables (89-70) la calificación fue de regular.
- Si fueron insuficientemente aceptables (69% o menos) la calificación fue de mal.

Evaluación parcial por componentes

Componente estructura

- Bien: cuando los dos elementos fueron evaluados con calificaciones en el rango entre 100-90 %.
- Regular: cuando los dos elementos alcanzaron calificaciones en el rango entre 89-70 % o cuando uno de ellos fue de 100-90 % y el otro de 89-70 %.
- Mal: cuando uno o los dos elementos alcanzaron calificaciones en el rango entre 69 % o menos.

Componente proceso

- Bien: cuando los cinco elementos fueron evaluados con calificaciones en el rango entre 100-90 % o cuando cuatro de ellos obtuvieron un rango calificativo similar y uno entre 89-70 %.
- Regular: cuando entre cuatro y tres elementos alcanzaron calificaciones en el rango entre 89-70 % o cuando uno de ellos alcanza la calificación de 69 % o menos.

Mal: cuando dos o más elementos alcanzaron calificaciones en el rango entre 69 % o menos.

- Se diseñaron escalas para la evaluación de los indicadores, que incluyen las categorías: aceptable (se cumplen el 80 % y más de los indicadores evaluados (Pesquisa pasiva (PSA) a todos los hombres con sintomatología de cáncer de próstata, pesquisa activa a todos los hombres mayores de 50 años. pesquisa pasiva a todos los hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea de cáncer de próstata y adiestramiento del personal que labora en el programa, investigaciones realizadas en el área sobre el tema).

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Distribucion de los pacientes con cáncer de próstata de los GBT, según edad en Policlínico Universitario Norte del municipio de Ciego de Ávila. Marzo de 2020 a febrero de 2023.

Grupo de edades	No	%
25-59	4	6,25
60-64	2	3,12
65 y mas	58	90,62
total	64	100

Fuentes: historias clínicas familiares.

La tabla 1 muestra la distribución de la población con cáncer de próstata de los GBT según edad, se presentó la distribución de pacientes según grupo de edades, prevaleciendo el grupo de edades de 65 años y más con 58 pacientes representando el 90,62%. La edad es un factor que se demuestra que está estrechamente relacionado con el cáncer de próstata.

Tabla 2. Evaluación de los pacientes con cáncer de próstata según grupos vulnerables de los GBT en el policlínico norte. 2020-2023

Grupo vulnerables	No	%
Antecedentes Patológicos familiares de cáncer de próstata	24	37,5
Color de piel no blanca	16	25
alcoholismo	2	3,12
obesidad	15	23,43
Dieta rica en grasas	7	10,93

Fuentes: historias clínicas individuales

N = 64

En la **Tabla 2** se presentó la distribución de los pacientes con cáncer de próstata según grupos vulnerables asociados donde se pudo apreciar que prevalecieron los pacientes con Antecedentes Patológicos Familiares de Cáncer Prostático con 24 pacientes representando el 37,5, seguido por los pacientes de color de piel de piel no blanca con un total de 16 pacientes, representando un 25%.

Este resultado pudiera responder a que si bien los factores de riesgo a menudo influyen en la probabilidad de desarrollar cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa ni en sí mismos. El cáncer de próstata es una enfermedad genética ocasionada por acumulaciones de mutaciones cromosómicas, generadas por la selección clonal de células de comportamiento agresivo; en la gran mayoría de casos, las mutaciones son somáticas y únicamente se encuentran en las células tumorales del epitelio prostático, cuando algunas mutaciones están presentes en las células germinales se transmiten de generación en generación y están presentes en todas las células del organismo, incluyendo lógicamente las prostáticas. Esta última modalidad da lugar a los síndromes familiares de cáncer prostático.

Tabla 3. Evaluación de los recursos humanos.

Recursos humanos	Aceptable		No aceptable	
	No.	%	No.	%
Equipos básicos de salud completos	45	100,00	0	0,00

Grupo básico de trabajo completo	3	100,00	0	0,00
---	---	--------	---	------

Fuente: Guías de recolección de datos (Anexo 4)

La tabla 3 muestra la evaluación de los recursos humanos encargados de la atención del control y prevención del cáncer de próstata y demuestra la existencia de los tres GBT conformados por 45 equipos básicos de salud los cuales están integrados por médicos y enfermeras para un 100 % evaluado de aceptable.

Tabla 4. Evaluación de los recursos materiales.

Recursos materiales	Aceptable		No aceptable	
	No.	%	No.	%
Laboratorio con equipamiento de alta tecnología para diagnósticos efectivos	1	100,00	0	0,00
CMF debidamente acreditados	45	100,00	0	0,00

Fuentes: planillas de recolección de datos (anexo 2 y 4)

La tabla 4 expone los datos relacionados con la existencia de recursos materiales para el componente estructura: un laboratorio con condiciones estructurales y técnicas que dispone de equipamiento adecuado para la realización de la toma de muestra de sangre para PSA y su traslado al Laboratorio del sistema ultramicroanalítico (SUMA), así como los 45 CMF correspondientes a los tres GBT con un mínimo de condiciones requeridas, para un 100% ambas variables evaluadas de aceptables.

Componente proceso

Tabla 5. Evaluación del control y prevención del cáncer de próstata según el componente proceso (Pesquisa pasiva a los hombres con sintomatología de cáncer de próstata) de los GBT del policlínico norte, 2020-2023.

Componente proceso en los tres GBT del policlínico norte	Aceptable		No aceptable	
	No.	%	No.	%
Pesquisa pasiva a los hombre con sintomatología de cáncer de próstata	58	90,62	6	9,37

Fuentes: Guías de recolección de datos (anexo 3 y 5).

La tabla 5 muestra la evaluación del control y prevención de cáncer de próstata según el componente proceso (pesquisa pasiva de los síntomas de cáncer de próstata).

Teniendo en cuenta que se evaluaron 64 historias clínicas pertenecientes a los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata en los 45 CMF pertenecientes al policlínico norte los cuales se evaluaron de aceptables para un 90,62 % y un 9,37 % restante no aceptable lo que significa que en la mayoría de los consultorios se está aplicando adecuadamente programa.

Tabla 6. Evaluación de pesquisa activa a hombres mayores de 50 años.

Componente proceso en los tres GBT del policlínico norte	Aceptable		No aceptable	
	No.	%	No.	%
Pesquisa activa a hombres mayores de 50 años	44	68,75	20	31,25

Fuentes: pacientes y familiares.

La tabla 6 muestra la evaluación del control y prevención de cáncer según el componente proceso (pesquisa activa a hombres mayores de 50 años) teniendo en cuenta que se evaluaron 64 historias clínicas en los GBT del policlínico norte los cuales se evaluaron de no aceptable, para un 68,75 y un 31,25.

Tabla 7. Evaluación sobre la remisión de los casos positivos a consulta de Urología.

Evaluación sobre la remisión de los casos positivos a consulta de urología	No.	%
Aceptable	64	100 %
No aceptable	-	-

La tabla 7 muestra que en el 100 % de las historias clínicas revisadas existe evidencia de remisión a la consulta de urología a pesar que en 6 historias no se reflejaron los síntomas del paciente, es evaluado de aceptable. No se encontró evidencia sobre este aspecto en estudios similares. A pesar de la importancia que tiene un tratamiento adecuado para un buen control del adulto mayor, todavía existen deficiencias ya que deben estar reflejados los tratamientos en la totalidad de las historias clínicas para garantizar una adecuada conducta terapéutica.

Tabla 8. Evaluación del adiestramiento continuo del personal que ejecuta el programa.

Capacitación	Aceptable		No aceptable	
	No .	%	No .	%
Adiestramiento continuo del personal que ejecuta el programa.				

Tabla 9. Evaluación de investigaciones realizadas en el área de salud con relación a la temática

Investigacion	Aceptable		No aceptable	
	No .	%	No .	%
Investigaciones realizadas en el área de salud con relación a la temática.	1			

CONCLUSIONES

En el estudio predominó las edades de 65 años y más. Existe tres grupos básico de trabajo y 45 equipos básicos de salud completos. Los consultorios poseen condiciones estructurales mínimas necesarias. En las 64 historias clínicas se identificó que los pacientes con sintomatología de cáncer de próstata se le realizan pesquisa pasiva ademas de que presentan valores de no aceptables en la pesquisa activa a mayores de 50 años en el ámbito de que no se va a buscar los pacientes de esta edad, se envían a la consulta de urología una vez que presenten sintomatología y PSA alterado . El área de salud cuenta con programas de capacitaciones muy limitadas, así como investigaciones relacionadas con esta temática pero son muy limitadas . Al evaluar parcialmente los dos componentes, se identificaron deficiencias en el cumplimiento de

protocolos del programa de prevención y control de cáncer de próstata en el Policlínico Universitario Norte del municipio Ciego de Ávila. Ello influye en la calidad y funcionamiento de dicho programa que directamente repercute en la calidad de la atención médica que se brinda a estos pacientes, a expensas del resultado parcial del componente proceso con evaluación de mal por las calificaciones de mal en dos elementos y de regular en un aspecto. Lo cual no se corresponde con los buenos resultados obtenidos en el componente estructura, sostén material y de recursos que debe asegurar la sostenibilidad del proceso en la ejecución de dicho programa.

Recomendaciones

1. Exponer los resultados de esta evaluación ante el consejo de dirección para la futura toma de decisiones.
2. Incrementar la pesquisa activa a los pacientes mayores de 50 años.

3. Fomentar la capacitación del personal responsable del programa de prevención y control de cáncer de próstata y la realización de investigaciones relacionadas con el tema.
4. Realizar evaluaciones frecuentes para determinar deficiencias en el programa y corregirlas para aumentar la calidad en el cumplimiento del mismo.

Bibliografía

1. Sedano-Basilio JE, Mayorga-Gómez E, Mayorga-Gómez G, Garza-Sainz V, Cornejo-Dávila I, Uberetagoiyena-Tello de Meneses AM, et al. Epidemiología de los tumores genitourinarios en una década. Rev. Méx. Urol [Internet] 2018; [citado 27 nov 2021] 76(3):131-140. Disponible en:
https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S200740851600015X.pdf?locale=es_ES

2. Cruz-Martínez F, Trujillo-Hernández B. Métodos diagnósticos utilizados en la predicción de recurrencia en cáncer de próstata tras prostatectomía radical Rev. M éx. Urol [Internet] 2019[citado 28 nov 2021]; 75(4):185-186

Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S2007408515000932.pdf?locale=es_ES

3. Vinas Casasola MJ, Fernández Navarro P, Fajardo Rivas ML, Gurucelain Raposo JL, Alguacil Ojeda J. Original Distribución municipal de la incidencia de los tumores más frecuentes en un área de elevada mortalidad por cáncer Gac Sanit. [Internet] 2019[citado 21 enero 2020]; 31(2):100–107. Disponible en:

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0213911116302606.pdf?locale=es_ES

4. Cáncer de próstata y cáncer de testículo. Gajate Borau T, Alonso-Gordoa Molina Villaverde R, Medicine [Internet] 2019[citado 13 enero 2020]; 2(33): 1966-79. Disponible en https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0304541217301166.pdf?locale=es_ES

5. Sáenz Medina J, Rodríguez Reina G, Vázquez Alba D JI. Martínez de Salamanca JI. Vela C, Carballido Rodríguez J. Patología prostática no tumoral. Hiperplasia prostática benigna. Prostatitis. Medicine [Internet] 2020[citado 15 enero 2021]; 11(83):4939-49 Disponible en https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0304541215001791.pdf?locale=es_ES

6. Natal, C., Caicoya, M., Prieto, M., & Tardón, A. Incidencia de cáncer en relación con la participación en un programa de cribado poblacional. Medicina Clínica, 144(4), 156-160. (2015). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4967393>

7. Moyer, V. A. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of internal medicine, 160(4), 271-281. (2014).Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleID=1791499&csrt=10772375032857733912>

8.Álvarez S. Temas de Medicina General Integral. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

9. Faria R, Soares MO, Spackman E. Optimising the Diagnosis of prostate cancer in the era of multiparametric magnetic resonance imaging. Eur Urol. 2018; 73:23-30.

10. Acosta PLY, Correa ML, González GM, Acosta FA. Caracterización clínica-epidemiológica del cáncer de próstata. Rev Univ Méd Pinar [en línea] 2013 [citado 9 Ene 2022]; 9(2):2-13. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/160/104>

11. Cuba. Ministerio Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2018[en línea]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018 [citado 9 Ene 2021]. Disponible en:

<http://www.bvs.sld.cu/revistas/anuario>

12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio D de la carrera de Medicina. La Habana: Viceministerio de Docencia e investigación; 2015.

13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de la asignatura Urología. La Habana: Viceministerio de Docencia e investigación; 2015.

14. Brito N, Villamil K, Galbán T, Verano M. Evaluación del algoritmo para el control del cáncer de próstata en el Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila. Rev. Mediego. [Internet] 2019 [citado 28 nov 2019] v: 22(No 3). [Aprox.10 pantalla] Disponible en <http://www.revmediego.sld.cu>.

15. Romero Pérez T, Abreu Ruiz G, Luna Morales C, Sierra Pérez D, Gandul Salabarría L, Planas Labrada R. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Control del cáncer en la Atención Primaria de salud: experiencias cubanas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011 [citado 29 nov. 2021]. Disponible en: http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica&alias=378-control-del-cancer-en-la-aps-experiencias-cubanas-2009&Item_id=226

16. Rodríguez Robles A, Huarte Garibay RT, Aragon Acosta E, López Morales S. La próstata: generalidades y patologías más frecuentes. Rev de medicina [en línea]. 2019 [citado 20 Dic 2021]; 62(4):1-2. Disponible en: <http://dcl.org/10.22201/fm244865e2019.62.4.07>

17. Mondragon Carranza E, Lopez Terranza D, Perez Zamora JJ. Conocimientos y actitudes en prevención del cáncer de próstata en varones de 18 a más en un centro de salud de Lima [Tesis en enfermería]. Perú: Facultad de Ciencias de Salud; 2019.

18. Ruiz López AI, Pérez Mesa JC, Cruz Batista Y, González Lorenzo LE. Actualización sobre cáncer de próstata. CCM [en línea]. 2017 [citado 13 Dic]; 21(3): [aprox. 15 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-3812017000300021&lng=

19. María Márquez, Leonardo Sosa. screening del cáncer de próstata. National Cancer Institute; Screening for Prostate Cancer; 2018.

20. Barry M J. Prostate Specific Antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. New England Journal of Medicine 344(18): 1373-1377, 2019.

17. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Ciudad Habana. Cuba 2014. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata.

21. Domínguez Ruiz JM, Factores de riesgo ocupacionales en el desarrollo del cáncer de próstata en el estudio Multicaso-Control-Spain [Tesis doctoral] Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona ;2018.

22. Devita V, Lawrence T, Rosenberg S. "Devita, Hellman and Rosenberg's Cancer Principles & Practice of Oncology". 10th edition. Wolters Kluwer Health. USA. 2015. pág. 932-980.

23. Ferrís-i-Tortajada J, Berbel-Tornero O, García-i-Castell J, López-Andreu J, Sobrino-Najul E, Ortega-García J. (2017). "Factores de riesgo ambientales no dietéticos en el cáncer de próstata". Actas Urológicas de España, Elsevier. 35(5): 289-295.

24. Oraá Tabernero N, Cruzado Rodríguez J, Ossola Lentati G, Martínez del Pino N, Sánchez Fuertes M, Martínez Castellanos F. Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. Rev de Psicooncología [en línea]. Jul 2017 [citado 26 Dic 2020];14(2-3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/Psic/article/download/57083/51519>

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada Evaluación del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Norte, Ciego de Ávila. Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

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

Mi participación es voluntaria por lo cual y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al, autor de la investigación que me brinda explicaciones.

A los _____ días del mes _____ de 2022.

Anexo 2

Guía para recolección de la información en el Laboratorio del de la Policlínica Norte de Ciego de Ávila. ¿El Laboratorio dispone de equipamiento para la realización de la toma de muestra de sangre para PSA y su traslado al Laboratorio del sistema

ultramicroanalítico (SUMA)? · Jeringuillas Sí: _____ No: _____ · Algodón Sí: _____ No: _____ · Guantes Sí: _____ No: _____ · Agujas Sí: _____ No: _____ · Pipetas Sí: _____ No: _____ · Balitas de almacenamiento Sí: _____ No: _____ · Otros dispositivos alternativos necesarios para el procedimiento Sí: _____ No: _____

Anexo 3

Guía para recolección de la información en el Departamento de Estadística de la
Policlínica Universitaria Norte de Ciego de Ávila. Pacientes reportados en las hojas de
cargo de los consultorios del GBT#3 con cualquier diagnóstico cuya sintomatología
pudiera hacer sospechar un cáncer de próstata. Consultorio del Médico de la Familia
(CMF) No.: _____ No. de Historia Clínica: _____ Nombre y apellidos del paciente:
_____ Edad: _____
Diagnóstico: _____

Anexo 4

Guía para recolección de la información en los consultorios del médico y la enfermera de la familia de los GBT de la Policlínica Universitaria Norte de Ciego de Ávila.

- **Componente estructura**

Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No.: _____ Equipo Básico de Salud (EBS) Completo: _____ Incompleto: _____ Existencia de médico Sí: _____ No: _____ Existencia de enfermera Sí: _____ No: _____ Existencia de personal médico y de enfermería con nivel de conocimiento para la aplicación del programa de control de cáncer de próstata Sí: _____ No: _____.

Grupo básico de trabajo (GBT): Completo: _____ Incompleto: _____.

- **Recursos Materiales**

Existencia de un local de consulta con condiciones mínimas de privacidad e iluminación Sí: _____ No: _____ Existencia de guantes en el local de consulta Sí: _____ No: _____

Anexo 5

Guía para recolección de la información a partir de las historias clínicas individuales y familiares en los consultorios del médico y la enfermera de la familia de los GBT de la Policlínica Universitaria Norte de Ciego de Ávila. Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No.: _____ Historia Clínica (HC): _____ Edad del paciente: _____ Aspectos a precisar en las historias clínicas:

1. ¿Se recogen en las historias clínicas de los pacientes reportados en las hojas de cargo los síntomas o signos sospechosos de cáncer de próstata? Sí: _____ No: _____
Cuáles: _____

2. Los pacientes incluidos en los grupos de riesgo están dispensarizados y tienen su programación de consultas y terrenos en la historia de salud familiar Si _____
No _____

3. ¿Se le indicó la prueba del PSA a este paciente? Sí: _____ No: _____ 4.
¿Está reflejado en la historia clínica el resultado del PSA? Sí: _____ No: _____

5. Si el resultado del PSA es normal y está reflejado en la historia clínica, ¿se indicó la realización del tacto rectal? Sí: _____ No: _____

6. ¿Están descritas las características de la próstata encontradas en el examen físico? Sí: _____ No: _____

7. Si el resultado del PSA es alterado, ¿se reflejó en la historia clínica la remisión del paciente a la consulta de Urología? Sí: _____ No: _____

8. ¿En las historias clínicas de los hijos y hermanos de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata está reflejado este antecedente como factor de riesgo de la enfermedad? Sí: _____ No: _____

9. Entre los pacientes con antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primera línea, ¿se indicó la prueba del PSA a los de 45 años y más? Sí: _____ No: _____

10. ¿Está reflejado en la historia clínica el resultado del PSA de estos pacientes? Sí: _____
No: _____

Guía para recolección de la información sobre actividades de superación como talleres, entrenamientos, así como investigaciones realizadas en el Área de Salud sobre esta temática

1 ¿Se ha entrenado en el último año el personal de los GBT y del Laboratorio?

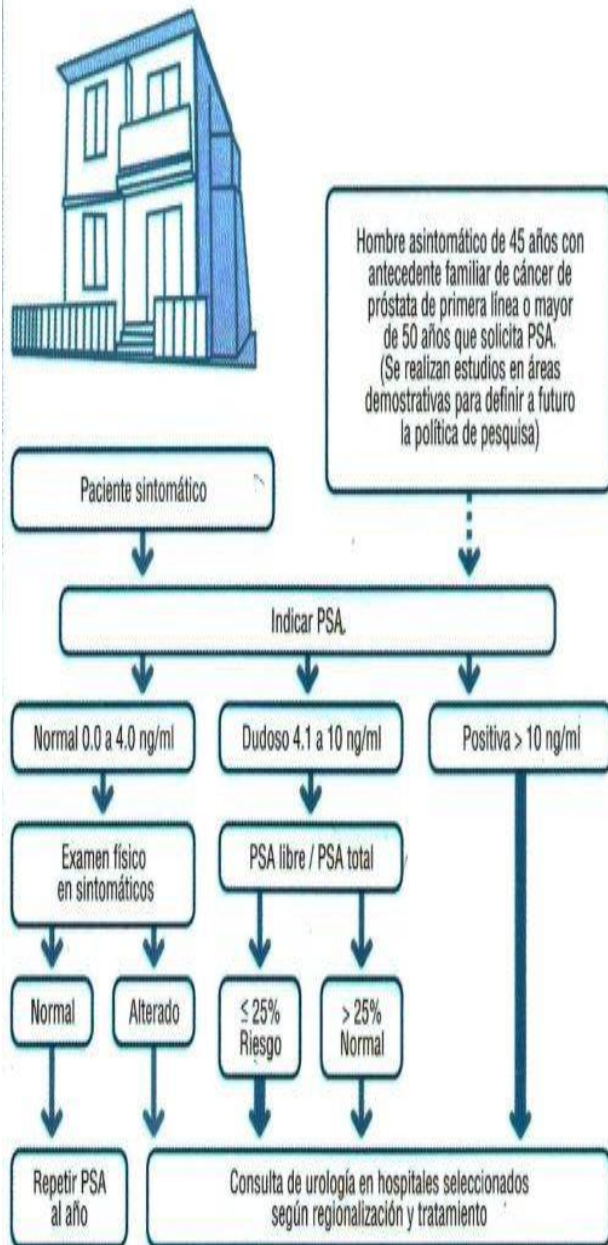
Si_____No_____

2 ¿Se han ofertado por parte del área de salud cursos y talleres de entrenamientos?

Si_____No_____

3. ¿Hay algún personal de los GBT o del área de salud cursando maestrías sobre esta temática? Si_____No_____.

ALGORITMO DEL CONTROL DE CÁNCER DE PRÓSTATA



Para el diagnóstico temprano se indica la determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA) a todo paciente con síntomas y signos de sospecha de cáncer de próstata (disuria, oliguria, polaquiuria, nicturia, cistitis, hemospermia, hematuria, tenesmo vesical, retención de orina, pérdida de fuerza del chorro de la orina, goteo, hematuria terminal, incontinencia, u otros).

Los hombres asintomáticos mayores de 45 años con antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primera línea y los de 50 años o más que lo soliciten espontáneamente, se le indicará también determinación de PSA. Las muestras se procesarán en los laboratorios SUMA de los Centros Especializados de Pesquisa Activa Integral (CEPAI).