

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO SUR MORÓN

Comportamiento de los factores de riesgo en el cáncer de próstata en pacientes mayores de 50 años, consultorio 2 área sur, Morón.

Dr. Eliu Josafat Esparza Parga

Ciego de Ávila 2017

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO UNIVERSITARIO SUR MORÓN

Comportamiento de los factores de riesgo en el cáncer de próstata en pacientes mayores de 50 años, consultorio 2, área sur Morón.

“ Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral ”.

Autor: Dr. Eliu Josafat Esparza Parga

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: MsC. Dra. Lourdes del Carmen Gutiérrez Franco

Especialista de primer grado en Medicina General Integral

Máster en Atención Integral al niño

Profesora Asistente.

Asesor: MsC. Carlos Vladimir Morales Más.

Profesor Principal Auxiliar

Ciego de Ávila 2017

PENSAMIENTO

**Donde quiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la
humanidad**

Platón. Atenas 427 – 347 a.c.

DEDICATORIA

Para aquellos que con su acción contribuyen a la lucha contra el cáncer y el sufrimiento humano

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Blanca Estela Parga Rodríguez por brindarme todo el apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi carrera.

A mi hermano de sangre Adam Manuel Esparza Parga por ser motivo de inspiración.

A mis abuelos María de Jesús Rodríguez y Manuel Parga por haber sido pilares fundamentales en mi vida.

RESUMEN.

Las Alteraciones Prostáticas son una de las problemáticas más frecuentes en los hombres mayores, aunque cada vez se detectan más problemas en hombres jóvenes, es el segundo tumor más frecuente. Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo en el cáncer de próstata en pacientes mayores de 50 años durante el año 2016, en el consultorio no 2 del área sur Morón. El universo estuvo constituido por 237 pacientes. Las variables estudiadas fueron los grupos de edad, color de la piel, consumo de alcohol, tabaquismo, vida sedentaria y antecedentes familiares de cáncer de próstata. El grupo de edad con mayor número de factores de riesgo fue de 50 a 54 años, siendo el color de la piel blanco el de mayor incidencia. Existe un elevado número de bebedores sociales y fumadores. La mayoría de los pacientes estudiados no realizan ejercicios físicos, teniendo una vida sedentaria .y consumen dieta rica en grasa animal. Existen 22.36 % de pacientes que tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata, por lo que debemos realizar actividades educativas de promoción y prevención para disminuir la incidencia de esta enfermedad.

Palabras Claves: Factores de riesgo, Cáncer de próstata.

INDICE.

Introducción	1
Marco teórico.....	4
Material y Método.....	35
Resultados y discusión.....	39
Conclusiones.....	44
Referencias bibliográficas.....	45

Introducción:

El comportamiento de la incidencia y mortalidad del cáncer de próstata a nivel mundial, ha sido causante de que se desarrollen nuevos estudios y exámenes, con el propósito de una temprana detención del mismo, una disminución de la pérdida de vidas por esta patología y una calidad de vida beneficiosa para el paciente que contrae esta enfermedad maligna. (1)

Este tumor es el más frecuente en el hombre mayor de 50 años del mundo, para el año 2002 presentaba una tasa de mortalidad estandarizada, para la población mundial, de 19,4 por 100 000 habitantes, representado por el 16,7% de todas las causas de muerte por cáncer en el sexo masculino y el 98% de las defunciones de todas las neoplasias malignas (4). Uno de cada 10 pacientes puede desarrollar cáncer de próstata y 3 de cada 100 pueden morir por dicha causa. Ha sido evidente como diferentes estudios han demostrado que mientras más joven es la persona que desarrolla el cáncer de próstata, mayor es la agresividad de esta enfermedad, y de esta manera se requerirá de tratamientos más radicales. De la misma forma ocurre con el estado de salud de la persona, pues cuanto menos saludable es el enfermo afectado por esta neoplasia maligna, más agresiva será esta. (1)

En Cuba, el cáncer es históricamente una de las primeras causas de muerte, desde 1958 se ubica permanentemente como la segunda causa, hasta la actualidad. En particular el cáncer de próstata es la neoplasia maligna más común en el hombre mundialmente, se estima que ocupa el segundo lugar en los hombres cubanos. Existe una tendencia progresiva al incremento de las tasas de mortalidad por cáncer, en nuestro país fallecen cerca de 14 000 enfermos de cáncer por año y según datos del Registro Nacional del Cáncer, las tasas de incidencia y mortalidad son elevadas. (2)

El cáncer de próstata ha llegado a ser la sexta localización más frecuente en el mundo y la tercera en importancia en los hombres. En el año 2000 el número de casos fue de 543 000, lo que representaba el 10,2 % de todos los nuevos

cánceres en este sexo. En Cuba representaba el 7,8 %de todos los tumores malignos diagnosticados anualmente y la tercera localización de cáncer más frecuente en el hombre cubano, solo precedida por el de pulmón y el de piel (3).

En Cuba, los tumores malignos constituyen la segunda causa de mortalidad desde el año 1958, según datos del Anuario Estadístico. Se diagnostican más de 33 000 casos nuevos cada año. Al cierre del 2009 murieron 21 316 personas, lo que representó 17,9 años de vida potencialmente perdidos, siendo la primera causa de muerte en ocho provincias del país: La Habana, Villa Clara, Sancti Spíritus, Cienfuegos, Las Tunas, Granma, Santiago de Cuba, Guantánamo, y el municipio especial Isla de la Juventud. La incidencia aumenta aceleradamente después de los 65 años, lo que convierte a la prevención y cura del cáncer en reserva de eficacia a nivel social para alcanzar y mantener la Esperanza de Vida de 80 años.

En nuestros días uno de cuatro fallecidos muere por cáncer, y en el grupo de 45 a 64 años, uno de cada tres fallecidos. Según las proyecciones de la salud pública cubana, el propósito es reducir la tasa de mortalidad por cáncer en un 15%.

Para el caso específico del cáncer de próstata las acciones de trabajo estarán encaminadas a dos direcciones: Diagnóstico temprano y tratamiento eficaz (evitaría 1180 muertes).

En el municipio de Morón ocupa uno de las tres primeras causas de muerte y morbilidad por cáncer y en el CMF # 2 del área de salud sur está entre las primeras causas de morbimortalidad.

Problema científico: ¿Cómo caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de próstata en los hombres mayores de 50 años del CMF 2, del área sur Morón?

OBJETIVOS:

GENERAL:

Caracterizar los factores de riesgo del cáncer de próstata en pacientes mayores de 50 años del CMF 2 del área sur Morón.

ESPECÍFICOS:

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

.

I.- MARCO TEÓRICO.

1.1.- El Cáncer de Próstata generalidades en el mundo:

Se denomina cáncer de próstata al que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata. El cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Éstas también podrían propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los huesos y los ganglios linfáticos originando una metástasis.

Esta afección puede causar dolor, micción dificultosa, disfunción eréctil, entre otros síntomas.

La enfermedad se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años. Es el segundo tipo de cáncer más común en hombres. Sin embargo, muchos hombres que desarrollan cáncer de próstata nunca tienen síntomas, ni son sometidos a terapia. Diversos factores, incluyendo la genética y la dieta, han sido implicados en su desarrollo, pero hasta la fecha (2005), las modalidades de prevención primaria conocidas son insuficientes para eliminar el riesgo de contraer la enfermedad.

En un estudio de la Universidad de Islandia llevado a cabo durante cinco años, se determinó que los trastornos del sueño pueden tener una influencia en el padecimiento de la enfermedad, aunque no probaron relaciones del tipo causa - efecto. De acuerdo al estudio, los hombres con trastornos de sueño tienen una propensión de hasta el doble de probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación a aquellos hombres sin los mismos trastornos. (12)

La detección se lleva a cabo principalmente por la prueba en sangre del antígeno prostático específico, llamado PSA (acrónimo inglés de prostate-specific antigen) o por exploración física de la glándula prostática (tacto rectal). Los resultados

sospechosos típicamente dan lugar a la posterior extracción de una muestra tisular de la próstata (biopsia), que es examinada en microscopio.(19)

El tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, o bien una combinación de todas. La edad y el estado de salud general del afectado, tanto como el alcance de la diseminación, la apariencia de los tejidos examinados al microscopio y la respuesta del cáncer al tratamiento inicial, son vitales en la determinación del resultado terapéutico.(11)

Anatomía patológica e historia natural

Histología

Aunque la próstata está formada por muchos tipos de células diferentes, más del 99% de los cánceres de próstata se desarrollan sobre células de una glándula. Las células glandulares producen el líquido seminal que se secreta por la próstata. El término médico del cáncer que se origina en las células glandulares se denomina adenocarcinoma. Debido a que los otros tipos de cáncer de próstata son muy raros, cuando se habla de cáncer de próstata, lo más probable es que se refiera a un adenocarcinoma. Es raro encontrar sarcomas, carcinoma de células transicionales, de células pequeñas, epidermoides o escamosos. La próstata puede ser asiento de metástasis, de cáncer de vejiga, colon, pulmón, melanoma, linfoma u otras neoplasias.

Crecimiento

La mayoría de los cánceres de próstata crecen muy lentamente y persisten durante mucho tiempo sin causar síntomas importantes. Los estudios de series de autopsias muestran que la mayoría de los hombres mayores que mueren por otras enfermedades, también tienen un cáncer de próstata que nadie había diagnosticado antes. Sólo alrededor de un tercio de los casos que se descubren en necropsia, se han manifestado clínicamente. Se desconoce igualmente si los tumores pueden volverse más malignos con el tiempo.

Neoplasia intraepitelial prostática

Algunos médicos creen que el cáncer de próstata procede de una lesión llamada neoplasia intraepitelial prostática (PIN). La PIN comienza a aparecer en los hombres a partir de los 20 años. Casi el 50% de los hombres que tienen PIN alcanzan los 50 años. En esta situación hay cambios de apariencia microscópica (tamaño, superficie, etc.) de las células de la glándula prostática. Estos cambios son clasificados como de bajo grado, lo que significa que se parecen bastante a las células normales, o de alto grado, lo que significa que son células muy alteradas y diferentes de las células normales. Si se diagnostica un PIN de alto grado por biopsia, existe de un 30 a 50% de posibilidades de padecer también un cáncer de próstata. Por esta razón, los varones diagnosticados de un PIN de alto grado, son seguidos muy de cerca con biopsias de próstata periódicamente.

Localización

El cáncer de próstata tiende a ser multifocal y con frecuencia afecta a la cápsula glandular. Al contrario que la hipertrofia benigna de próstata (HBP), el cáncer de próstata predomina en la periferia de la próstata. Ambas características (multifocal y periférico) hacen que la resección transuretral (RTU) NO sea una forma de terapia curativa.

Prevención

Prevención primaria según OPS.

La información actual sobre los factores de riesgo del cáncer de próstata sugiere que algunos casos pueden ser prevenidos. Un posible factor de riesgo que puede ser cambiado es la dieta, existiendo relación, por ejemplo, entre el consumo de polifenoles del vino tinto y una menor incidencia de este tipo de cáncer. Dieta y cáncer de próstata(en español). Cabe disminuir el riesgo de padecer este cáncer consumiendo una dieta baja en grasas y rica en verduras, frutas y cereales.

Parece que las vitaminas y los suplementos minerales pueden disminuir el riesgo de padecerlo. El mineral selenio puede reducir asimismo el riesgo. De todas formas, hay que consumir los suplementos vitamínicos con precaución. Es más

recomendable una dieta ricamente variada con predominio de alimentos de origen vegetal que animal, que contienen todos estos micronutrientes y que actúan positiva y sinérgicamente.

El próstata cáncer prevención trial es un ensayo clínico, que ha reclutado a más de 18.000 hombres mayores de 50 años, para determinar el efecto protector de una sustancia llamada finasterida, capaz de proteger la próstata de las hormonas masculinas, pudiendo reducir el riesgo de cáncer. A pesar de las expectativas creadas, la utilización de finasterida se asoció a una mayor frecuencia de efectos adversos de tipo sexual. Además, se observó que el grupo tratado con el medicamento mostró una mayor tasa de cáncer de próstata más agresivos un efecto científicamente plausible. Cabe señalar, por último, que la prevalencia de cáncer prostático entre aquellos que tomaron placebo estaba muy por encima de lo esperado, obligando así a dudar de los resultados y aplicabilidad de dicho estudio.

Parece que los antiinflamatorios no esteroideos, como la aspirina y el ibuprofeno, tomados diariamente se asocian con una menor incidencia de cáncer de próstata en varones de 60 años o más, de acuerdo con algunos estudios.(3)

La oxitetraciclina (terramicina) es un antibiótico especializado en la cura de infecciones; ha demostrado ser muy útil en pacientes con inflamación de primer grado (cuando ya presentan pequeñas piedras que generan dolor y sangrado). Es importante que esto ocurra antes de cualquier cirugía.

Detección precoz

A menudo puede ser detectado precozmente con la prueba del antígeno prostático específico (PSA) en sangre. También puede detectarse el cáncer de próstata precozmente cuando se realiza un tacto rectal. Debido a que la glándula prostática

se localiza justamente delante del recto, con el tacto rectal se puede apreciar si hay nódulos o áreas de consistencia dura (leñosa) en la próstata que indican a menudo que existe un cáncer. Si estas pruebas se realizan anualmente de rutina y alguno de los resultados fuera anormal, tenemos la probabilidad de diagnosticar un cáncer en estado precoz. (7)

La Sociedad Americana del Cáncer cree que los profesionales de la salud deberían ofrecer la prueba en sangre del antígeno prostático específico, llamado comúnmente PSA (prostate-specific antigen) y tacto rectal anualmente desde los 50 años, a los varones que tengan una esperanza de vida mayor de 10 años. Los hombres con alto riesgo, como los afroamericanos y los varones que tengan familiares de primer grado (padre, hermanos, tíos) diagnosticados de cáncer de próstata a edad temprana, deberían hacerse la prueba a partir de los 45 años.

Los profesionales de la salud deberían facilitar a sus pacientes varones un diálogo abierto sobre los beneficios y riesgos de realizarse las pruebas anualmente. Los pacientes deberían participar activamente en esta decisión para aprender sobre el cáncer de próstata y los pros y contras de la detección precoz y su tratamiento.

El estudio de detección de cáncer de próstata, de pulmón, colorrectal y de ovario, financiado por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, está diseñado para demostrar si ciertos exámenes de detección selectiva pueden reducir el número de muertes por estos cánceres. Este estudio está evaluando la utilidad de la detección precoz con tacto rectal y nivel de PSA en sangre en hombres de 55 a 74 años. Los resultados estarán disponibles a partir de 2010, cuando finalice el estudio.

Antígeno de Cáncer de Próstata-2

El Antígeno de Cáncer de Próstata-2 o APCP-2 es el más reciente descubrimiento realizado en la Universidad Johns Hopkins en Baltimore. Se trata de una proteína que se encuentra presente en el 90% de los casos estudiados donde se

confirmaba cáncer de próstata y en el 98% de los casos donde éste se había propagado más allá de ésta, quedando un relativo nivel de falsos negativos en comparación con la prueba del Antígeno Prostático. Por otro lado, presenta un bajo índice de falsos positivos, dado que tiene un 97% de acierto cuando se trata de verificar que un paciente no sufre de cáncer de próstata. Estos hallazgos fueron publicados en la edición de mayo de Urology.

Antígeno prostático específico (PSA)

El antígeno prostático específico (PSA) es una sustancia proteica sintetizada por la próstata normal y cuya función es la disolución del coágulo seminal. Su producción depende de la presencia de andrógenos y del tamaño de la glándula prostática. Prácticamente es una proteína de síntesis exclusiva en la próstata. Una pequeñísima parte de este PSA pasa a la circulación sanguínea y es precisamente este PSA que pasa a la sangre el que se mide para el diagnóstico, pronóstico y seguimiento del cáncer de próstata. Los niveles en sangre de PSA en los varones sanos son muy bajos, del orden de millones de veces menos que el semen, y se elevan en la enfermedad prostática. Los valores de referencia para el PSA sérico varían según los distintos laboratorios, aunque normalmente éstos se sitúan en 4 ng/mL. El punto de corte de los niveles normales también aumenta según la edad del paciente. De esta forma, unos niveles de PSA séricos de 4 ng/mL pueden considerarse elevados en una persona de 50 años y ser normal en una de 80 años. Los niveles de PSA oscilan de forma aleatoria del orden de un 15% en un mismo individuo. Así, un análisis de PSA de 3 ng/mL se puede repetir en otra ocasión y podría dar un resultado de 3,2 ó 2,8 ng/mL de forma natural. En un paciente hospitalizado, los niveles pueden disminuir hasta un 50%. Aunque el PSA es más abundante en el semen, una pequeña proporción se encuentra también en la sangre. La mayoría de los hombres tienen niveles de PSA por debajo de 4 nanogramos por mililitro de sangre. El nivel de PSA sérico es la prueba más sensible para detectar precozmente el cáncer de próstata, ya que se eleva en el 65% de los casos aproximadamente.

Tacto rectal

Aunque el tacto rectal es menos efectivo, que la prueba del PSA en sangre, para detectar cáncer de próstata, en etapa inicial, (localizado) es indispensable, que se realice como parte del examen físico, porque a veces se pueden palpar, nódulos, induraciones irregularidades o asimetrías en pacientes que tienen niveles normales de PSA, y que requerirían de una biopsia, para descartar o confirmar la presencia de un cáncer prostático. Por esta razón, las guías de la American Cancer Society recomiendan el uso conjunto, tanto del tacto rectal como de la prueba del PSA en sangre para una detección precoz. El tacto rectal también se utiliza cuando se sabe que se tiene un cáncer de próstata, para clasificación del estado de la enfermedad y determinar, clínicamente, si el cáncer ha sobrepasado los límites de la glándula prostática o detectar recidivas después de un tratamiento.

Ecografía prostática transrectal

Se debe realizar cuando el tacto rectal es positivo o cuando el PSA esté elevado. Y ser ordenada conjuntamente con la biopsia transrectal de próstata. Este procedimiento, se lleva a cabo ambulatoriamente. Actualmente se realiza bajo anestesia (sedación) y requiere de preparación previa, (antibióticos y enemas). La ecografía transrectal es el método más empleado para guiar la aguja que extraerá la muestra de tejido para la biopsia de la próstata. Los tumores de próstata y el tejido prostático normal ocasionalmente, reflejan ondas de sonido diferentes, los tumores, cuando se detectan ecográficamente aparecen como imágenes hipoecoicas por lo general alojadas en la periferia de la glándula. Sin embargo la mayoría de los tumores prostáticos son isoecoicos, o sea no se diferencian del tejido normal prostatitis. Por eso se utiliza la ecografía transrectal de próstata para guiar la aguja de biopsia y tomar muestras múltiples, en diferentes áreas de la glándula prostática, lo que se conoce como mapeo prostático, y tomar adicionalmente biopsia de la lesión o nódulo que se detecte durante el estudio ecográfico de la próstata. La ecografía transrectal, por si sola, es una técnica poco sensible e inespecífica para usarla como prueba de detección selectiva, por lo que

la ecografía transrectal no se recomienda de rutina como prueba de detección precoz.

Diagnóstico

Si algunos síntomas o los resultados de las pruebas de detección precoz plantean la posibilidad de un cáncer de próstata, es obligatorio efectuar otras pruebas para decidir si la enfermedad está presente.

Signos y síntomas

El cáncer de próstata precoz normalmente no produce síntomas y se detecta por una elevación del PSA o realizando un tacto rectal. La presencia de síntomas es indicativo de que se halla en una fase avanzada. Entre los síntomas se encuentran: disuria, tenesmo vesical, polaquiuria y nicturia, retención de orina, goteo y hematuria terminal. El inicio brusco y la progresión rápida de los síntomas obstructivos urinarios en hombres del grupo de edad adecuado, tiene muchas probabilidades de ser causado por un cáncer de próstata.

Biopsia

La biopsia de los nódulos de las áreas sospechosas y de zonas al azar permite detectar el cáncer en sólo la mitad de los pacientes que presentan la próstata indurada. La biopsia también ayuda a determinar si el cáncer es o no multifocal. En más del 30% de los pacientes, la biopsia con aguja no puede descubrir el cáncer, teniendo que recurrir a la repetición posterior de las biopsias.

La biopsia por punción con aguja hueca (core biopsia) es la técnica preferida (estándar) para diagnosticar un cáncer de próstata. Una biopsia es un procedimiento en el que se extrae una muestra de tejido y se examina al microscopio. La ecografía transrectal se utiliza para guiar e insertar una aguja fina y hueca a través de la pared del recto en algunas áreas de la glándula prostática. La aguja extrae un cilindro de tejido, normalmente de 1 cm de longitud y de 2 mm de ancho, que se envía a anatomía patológica para examinar si existe cáncer.

Las muestras de la biopsia se envían al laboratorio de anatomía patológica. El patólogo, un médico especialista en diagnosticar enfermedades en muestras de tejido, determinará si existen células cancerosas en la biopsia, examinándola al microscopio. Este análisis normalmente tarda de uno a tres días. Si existe cáncer, el patólogo también asigna un grado (escala de Gleason). La clasificación de Gleason puntúa de 1 a 5 el grado de diferenciación de las 2 estirpes celulares más representativas en el tumor, que al sumarse, dan una puntuación sobre 10:

- Puntuación 2-4. Tumor bien diferenciado.
- Puntuación 5-6. Tumor medianamente diferenciado.
- Puntuación 7-10. Tumor poco diferenciado o indiferenciado (11).

A mayor puntuación, menor diferenciación tumoral, y por tanto mayor gravedad y peor pronóstico.

La biopsia de la próstata es esencial para confirmar el diagnóstico y está indicada cuando se descubre alguna nodularidad al realizar el tacto rectal, al determinar una elevación del PSA sérico o alguna alteración en las pruebas de imagen, o bien cuando aparecen síntomas del tracto urinario inferior en un varón que no tiene causas conocidas de obstrucción(13).

Resultados sospechosos

Algunas veces, cuando el patólogo detecta células prostáticas al microscopio, algunas no parecen cancerosas, pero tampoco parecen normales. Estos resultados a menudo son llamados "sospechosos". Generalmente pertenecen a dos categorías: "atipias" o Neoplasia Intraepitelial Prostática (PIN).

La PIN se divide en bajo grado y alto grado. Muchos hombres desarrollan PIN de bajo grado siendo jóvenes y no necesariamente desarrollarán un cáncer de próstata. La importancia del PIN de bajo grado en relación con el cáncer de próstata aún no está clara.

Pero con hallazgos de atipias o PIN de alto grado, el cáncer puede estar presente a la vez en alguna localización de la glándula prostática. Entre el PIN de alto grado, existe un 30 a 50% de probabilidad de encontrar un cáncer en una biopsia realizada más tarde. Por esta razón, se recomienda repetir la biopsia de próstata en estos casos.

Estadificación

El estadio o etapa de un cáncer es el factor más importante para elegir la opción de tratamiento más adecuada y predecir el pronóstico del paciente. Si se confirma un cáncer, es necesario practicar más pruebas diagnósticas para saber la extensión del cáncer dentro de la próstata y fuera de ella (en la vecindad de la próstata o en otras partes del cuerpo: enfermedad a distancia, diseminada o metastásica). Este proceso, llamado estadificación, ofrece información acerca del cáncer con varias pruebas para determinar la extensión del cáncer.

Los datos obtenidos del tacto rectal, nivel de PSA y puntuación Gleason permiten saber qué pruebas hacen falta para el estudio de extensión. Los hombres con tacto rectal normal, PSA bajo y puntuación Gleason baja, la mayoría de las veces no necesitan ninguna otra prueba más, porque la probabilidad de que el cáncer esté extendido fuera de la próstata es muy baja.

Exploración física

La exploración física, especialmente el tacto rectal, es una parte importante de la estadificación del cáncer de próstata. Con los datos del tacto rectal, se puede decir algunas veces si el cáncer sólo está en un lado "lóbulo" de la próstata, si está presente en ambos lados y si tiene gran probabilidad de extenderse fuera de la glándula prostática. Se debe explorar si los surcos prostáticos están presentes o borrados y si se palpan o no las vesículas seminales (normalmente no se palpan). También hay que palpar los ganglios linfáticos inguinales en busca de adenopatías metastásicas (poco frecuentes). El tacto rectal siempre es usado junto con la prueba del PSA en sangre para la detección precoz del cáncer de próstata.

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de próstata se rige por la información científica disponible que se adapta al sistema sanitario y a los recursos económicos de cada región o país. Debe ser individualizado y considerar muchos factores, sobre todo:

- La edad y la expectativa de vida.
- Las preferencias del paciente con respecto a los efectos secundarios asociados a cada tratamiento.
- Cualquier enfermedad grave que padezca el paciente.
- El estadio y el grado del cáncer.
- La probabilidad de que cada tipo de tratamiento sea curativo.(21)
-

Con los datos del PSA, puntuación Gleason y el estadio clínico T (Tablas de Partin), se puede calcular la probabilidad de que el cáncer de próstata sea:

- Enfermedad de órgano confinada.
- Extensión extra prostática (rotura capsular).
- Invasión de vesículas seminales.
- Invasión de los ganglios linfáticos pélvicos.(9)

Es una costumbre muy extendida en los Estados Unidos (y que cada vez tiene más importancia en España) que el paciente pida una segunda opinión acerca de la mejor opción de tratamiento, según cuál sea su situación, especialmente si hay varias opciones disponibles. El paciente debe sopesar, junto con su urólogo y su familia, los beneficios de cada uno de los tratamientos y también los posibles efectos secundarios y riesgos (13).

Conducta expectante

Si el cáncer no provoca ningún síntoma, crece muy lentamente y es muy pequeño, confinado en una pequeña área de la próstata, se recomienda mantener una conducta expectante. En determinadas circunstancias ésta puede ser la mejor opción. Este tipo de tratamiento se reserva generalmente a varones mayores de 80 años. Debido a que el cáncer de próstata a menudo crece muy despacio, si el paciente es mayor o padece otras enfermedades graves, no es necesario tratarlo.

Algunos hombres eligen esperar y ver, porque no quieren padecer los efectos secundarios de los tratamientos agresivos.

Mantener una conducta expectante no significa que el paciente no vaya a recibir ningún cuidado médico o seguimiento. Todo lo contrario, el cáncer va a ser observado y monitorizado. Normalmente se realizan determinaciones del PSA en sangre y tacto rectal cada seis meses, posiblemente con biopsia guiada por ecografía transrectal anualmente. Si el paciente desarrollara cualquier síntoma o el cáncer creciera más rápidamente, se tiene que considerar pasar a un tratamiento activo (1, 13, 17,22).

Actualmente se está desarrollando un gran estudio patrocinado por el National Cancer Institute y el Veteran affairs cooperative studies program para aclarar cómo el tratamiento activo afecta a la supervivencia y a la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata en diferentes edades, llamado PIVOT (acrónimo inglés de Prostatic Intervention Versus Observation Trial). (23, 25,29,34,35).

Cirugía

La prostatectomía radical es la cirugía que se realiza con la intención de curar el cáncer de próstata. Tradicionalmente, la cirugía se ha efectuado en varones menores de 70 años. Se lleva a cabo más a menudo cuando el cáncer no ha sobrepasado los límites de la glándula prostática (estadios T1 o T2). En esta operación, el urólogo trata de curar el cáncer extirpando la glándula prostática. La prostatectomía radical se realiza tradicionalmente mediante laparatomíasuprapúbica, que es la técnica de referencia o patrón oro actualmente. Desde 1997 se viene practicando la prostatectomía radical laparoscópica, siendo una cirugía menos invasiva y con resultados similares. (4) Una variante es la prostatectomía radical robótica, con el uso del robot Da Vinci, que consigue resultados similares.

Radioterapia

La radioterapia usa rayos X de alta energía (mega voltaje) o partículas para eliminar células cancerosas. La radiación trata el cáncer de bajo grado que está confinado en la próstata o que sólo ha invadido tejido vecino. Las tasas de curación de la radioterapia son similares a las obtenidas con la prostatectomía radical. Si la enfermedad está más avanzada, la radiación puede usarse para disminuir el tamaño del tumor y proporcionar alivio de síntomas actuales o futuros. Tradicionalmente se ha reservado la radioterapia como tratamiento de primera línea en los varones entre 70 y 80 años de edad con cáncer de próstata y con otros problemas de salud que contraindican la cirugía.(29, 36. 37)

Braquiterapia de baja tasa

La Braquiterapia de baja tasa de dosis es un tratamiento mínimamente invasivo que consiste en el implante de ínfimas fuentes radiactivas (semillas), generalmente de Paladio o I-125, directamente en la próstata. Con resultados iguales o mejores que la cirugía radical y la radioterapia externa en el tratamiento del cáncer de próstata localizado de bajo riesgo, presenta una menor morbilidad y mejores índices de calidad de vida del paciente, tal como lo acreditan los estudios del Prostate Cancer Results Study Group (PCRSg) del Prostate Cancer Center of Seattle, USA.(25, 26, 27, 28,29)

Criocirugía

La criocirugía, también llamada crioterapia o crioablación, se emplea algunas veces para tratar el cáncer de próstata localizado, destruyendo por congelación las células tumorales con una criosonda metálica. A través de una sonda vesical se hace circular agua salada tibia para protegerla de la congelación. La sonda de metal se introduce en la próstata a través de una pequeña incisión en la piel del periné guiada por ecografía transrectal. Se requiere anestesia epidural o general durante este procedimiento. En España son aún pocos los centros altamente especializados donde se practica la crioterapia.

La apariencia de los tejidos prostáticos en las imágenes ecográficas cambia con la congelación. Para estar seguro de que se destruye el suficiente tejido prostático sin dañar a los tejidos vecinos, el urólogo observa cuidadosamente las imágenes de la ecografía durante este procedimiento. Esta técnica precisa también de la colocación de un catéter suprapúbico, a través de una incisión en la piel del abdomen, hasta la vejiga para vaciarla de orina. El catéter se retira al cabo de una o dos semanas hasta que la inflamación prostática desaparezca. Después de este procedimiento, puede haber algunas molestias en el área donde fueron insertadas las sondas. El paciente debe estar ingresado en el hospital alrededor de 24 horas. La criocirugía es menos invasiva, presenta una menor pérdida de sangre, una corta hospitalización, un corto periodo de recuperación y menos dolor que la cirugía sea cual sea el método empleado. Es una técnica mínimamente invasiva, que al igual que la cirugía, asegura haber destruido el órgano tumoral y además puede repetirse más veces si es necesario. La Asociación Americana de Urología (A.U.A.) la considera dentro de sus guías clínicas como un tratamiento de futura referencia.(12,29,30,31,32)

Efectos secundarios

La congelación lesiona los nervios cercanos a la próstata y causa impotencia en la mayoría de los hombres sometidos a criocirugía. Esta complicación ocurre con la misma frecuencia que en la prostatectomía radical y todas las modalidades de tratamiento del cáncer de próstata. Alrededor del 50% refieren hinchazón en el pene o en el escroto después de la criocirugía, normalmente durante dos semanas, y la mayoría de los hombres recuperan la función normal de recto y vejiga tras ese tiempo. (12,29,30,31,32)

HIFU

Una de las muchas aplicaciones de la tecnología HIFU es para tratar el cáncer localizado de próstata, usando ultrasonidos focalizados de alta intensidad (en inglés "HIFU"). La energía se libera a partir de una sonda endorrectal. Las ondas

de ultrasonidos viajan a través de las paredes del recto sin dañarlo y son focalizadas en la próstata. Esta focalización produce un calentamiento intenso e instantáneo que provoca la destrucción irreversible de la zona seleccionada, sin dañar los tejidos circundantes. El tratamiento, que dura de 1 a 3 horas, puede llevarse a cabo bajo anestesia epidural. Esta opción terapéutica actualmente ya no se considera como experimental. (12, 29, 30, 31,32)

Bloqueo hormonal androgénico

El objetivo del tratamiento hormonal es disminuir los niveles de hormonas masculinas, los andrógenos. El principal andrógeno se llama testosterona. Los andrógenos, producidos sobre todo en los testículos, promueven el crecimiento de las células cancerosas de la próstata. Cuando los niveles de andrógenos son bajos, los cánceres de próstata se reducen y crecen más lentamente. Pero el tratamiento hormonal no cura el cáncer ni es substitutivo de un tratamiento curativo.

El tratamiento hormonal puede ser usado en varias situaciones:

- Como primera línea (tratamiento inicial o primario o principal) si el paciente no está preparado para una cirugía o radioterapia o no puede ser curado con estos tratamientos porque el cáncer ha sobrepasado los límites de la próstata.
- Después de un tratamiento inicial, como cirugía o radioterapia, si el cáncer persiste o hay recaída.
- Junto con radioterapia como tratamiento inicial (terapia adyuvante) en ciertos grupos de hombres que tienen alto riesgo de recurrencia.
- Algunos médicos están ensayando el tratamiento hormonal antes de la cirugía o radioterapia (tratamiento neoadyuvante), con el objetivo de reducir el cáncer y poder hacer el tratamiento primario más efectivo. La efectividad de este procedimiento todavía no está demostrada, pero parece que es superior con radioterapia.
- Algunos médicos piensan que el tratamiento con bloqueo hormonal es más efectivo si se empieza tan pronto como sea posible, una vez que el cáncer

se ha diagnosticado en un estadio avanzado, pero no todos los médicos están de acuerdo.

- Tradicionalmente se ha reservado al bloqueo androgénico completo para varones mayores de 80 años con cáncer de próstata sintomático o avanzado.(25,13,29,32,33)

Quimioterapia

Algunas veces se recurre a la quimioterapia si el cáncer de próstata está extendido fuera de la glándula prostática y el tratamiento hormonal no hace efecto (hormonorresistencia). En la “quimioterapia sistémica” se administran fármacos por vía intravenosa o por vía oral, los cuales entran en el torrente sanguíneo y alcanzan todas las partes del cuerpo, haciendo que este tratamiento sea potencialmente eficaz en los cánceres que han metastatizado (que se han extendido hacia órganos distantes de la próstata. (25, 13, 29, 32,33)

El objetivo de este tratamiento no es eliminar todas las células cancerosas, pero puede disminuir el crecimiento del cáncer y reducir el dolor. Se obtiene respuesta parcial objetiva entre el 10 y el 40% de los casos. La quimioterapia no está indicada como tratamiento en caso de cáncer de próstata precoz.

Tratamiento paliativo

La mayoría de los tratamientos anteriores tienen por finalidad eliminar o destruir las células del cáncer de próstata o ralentizar su crecimiento. Pero también es un objetivo muy importante la “calidad de vida” del paciente, que consiste en eliminar el dolor y otros síntomas que disminuyen la calidad de vida. El dolor y otros síntomas pueden ser tratados muy efectivamente:

- Con analgésicos, especialmente opioides, que son muy efectivos. No hay por qué inquietarse por la adicción o dependencia, porque lo importante es mitigar el dolor. Se deberían eliminar muchas falsas creencias sobre los opioides utilizados en el dolor oncológico.

- Con bifosfonatos que son sustancias que pueden aliviar el dolor causado por metástasis óseas y también puede enlentecer el crecimiento de estas metástasis. El ácido zoledrónico (Zometa) es el primer bifosfonato recientemente aprobado para el uso de las metástasis óseas del cáncer de próstata.
- Con esteroides: Algunos estudios sugieren que los esteroides, como la prednisona y la dexametasona, pueden aliviar el dolor de huesos en algunos hombres con cáncer de próstata metastásico.
- Con radioterapia: Tanto con radioterapia externa como con radiofármacos se puede calmar el dolor óseo.(13,15,18,19)

Es muy importante que el dolor sea tratado con efectividad, para que el paciente se sienta mejor y pueda concentrarse en cosas que sean más importantes en la vida. Algunos estudios han demostrado que los pacientes que reciben un buen tratamiento analgésico, pueden vivir más tiempo y mejor.

Opciones según estado

El estado del cáncer de próstata es uno de los factores más importantes para decidir el tratamiento más idóneo. Las opciones de tratamiento están basadas en el sistema AJCC (TNM):

Estado I

Si el paciente no presenta ningún síntoma, es mayor o tiene algún problema importante de salud, mantener una conducta expectante es la mejor opción. Si el paciente es joven y presenta buen estado de salud, hay que considerar la prostatectomía radical o la radioterapia, especialmente si la puntuación Gleason o el PSA no es muy baja.

Estado II

Comparado con el estado I, los cánceres del estadio II tienen tendencia a crecer rápidamente y a extenderse fuera de la próstata y provocar síntomas. Como en el estadio I, la conducta expectante con seguimiento del PSA es a menudo una buena opción para los hombres que no tienen síntomas, especialmente si son

mayores o tienen otros problemas de salud importantes. Las opciones terapéuticas para los hombres más jóvenes y con buena salud incluyen:

- Prostatectomía radical, a menudo extirpando los ganglios linfáticos pélvicos, algunas veces precedido por tratamiento hormonal.
- Radioterapia externa sola.
- Braquiterapia sola.
- Braquiterapia y radioterapia externa combinada (las dos formas de radioterapia pueden ir acompañadas de 3 a 6 meses de supresión androgénica).
- Criocirugía (comparada con la cirugía o con la radioterapia, la efectividad a largo plazo es mucho menos conocida).

Estado III

Las opciones de tratamiento incluyen:

- Conducta expectante para los hombres mayores en los que el cáncer no produce síntomas o que tienen problemas importantes de salud.
- Prostatectomía radical en casos seleccionados, sin conservación de las bandeletas nerviosas, a menudo con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos, algunas veces precedidos por tratamiento hormonal.
- Radioterapia externa sola.
- Braquiterapia y radioterapia externa combinada.
- Tratamiento hormonal de supresión androgénica solo.
- Radioterapia más supresión androgénica (las dos formas de radioterapia pueden ir acompañadas entre 3 y 6 meses de tratamiento hormonal).

Estado IV

Las opciones de tratamiento incluyen:

- Tratamiento de supresión androgénica.
- Radioterapia externa junto con tratamiento de supresión androgénica.
- Resección transuretral para calmar síntomas como sangrado u obstrucción urinaria.
- Conducta expectante si el paciente es mayor y el cáncer no produce síntomas o el paciente presenta otros problemas más importantes de salud.

- Si los síntomas no se alivian con el tratamiento estándar y el cáncer continúa creciendo y extendiéndose, la quimioterapia puede ser una opción. El paciente puede incluirse en un ensayo clínico. El tratamiento del estadio IV incluye tratamiento paliativo para aliviar síntomas como el dolor de huesos.(13,14,15,16,21,23)

Recurrencia

Si el cáncer recae después de la cirugía o de la radioterapia, el siguiente tratamiento dependerá de los tratamientos efectuados hasta ese momento. Si el paciente ha sido tratado con prostatectomía radical y el cáncer recidiva sólo en un área pequeña, se puede optar por la radioterapia externa. Si el tratamiento inicial fue la radioterapia y el cáncer recidiva, la prostatectomía radical puede ser una opción en casos seleccionados debido al alto riesgo de potenciales efectos secundarios, por lo que el tratamiento alternativo será la hormonoterapia de supresión androgénica.

Metástasis

Si el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo, el paciente debe recibir tratamiento hormonal antiandrogénico. El dolor de huesos puede ser tratado con radioterapia externa, con radiofármacos y bifosfonatos. La quimioterapia y otros tratamientos incluidos dentro de un ensayo clínico también deben tenerse en cuenta.

1.2.-La atención al cáncer de próstata en Cuba:

En Cuba, el cáncer es históricamente una de las primeras causas de muerte, desde 1958 se ubica permanentemente como la segunda causa, hasta la actualidad (7, 38).

En particular el cáncer de próstata es la neoplasia maligna más común en el hombre mundialmente, se estima que ocupa el segundo lugar en los hombres

cubanos (7, 8,39). Existe una tendencia progresiva al incremento de las tasas de mortalidad por cáncer, en nuestro país fallecen cerca de 14 000 enfermos de cáncer por año y según datos del Registro Nacional del Cáncer, las tasas de incidencia y mortalidad son elevadas.

El cáncer de próstata ha llegado a ser la sexta localización más frecuente en el mundo y la tercera en importancia en los hombres. En el año 2000 el número de casos fue de 543 000, lo que representaba el 10,2 % de todos los nuevos cánceres en este sexo. En Cuba representaba 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 (Registro Nacional del Cáncer, 2003). Este tumor es el más frecuente en el hombre mayor de 50 años en el mundo, para el año 2002 presentaba una tasa de mortalidad estandarizada, para la población mundial, de 19,4 por 100 000 habitantes, representado por el 16,7% de todas las causas de muerte por cáncer en el sexo masculino y el 98% de las de funciones de todas las neoplasias malignas (IARC, 2005). Uno de cada 10 pacientes puede desarrollar cáncer de próstata y 3 de cada 100 pueden morir por dicha causa.

Ha sido evidente como diferentes estudios han demostrado que mientras más joven es la persona que desarrolla el cáncer de próstata, mayor es la agresividad de esta enfermedad, y de esta manera se requerirá de tratamientos más radicales. De la misma forma ocurre con el estado de salud de la persona, pues cuanto menos saludable es el enfermo afectado por esta neoplasia maligna, más agresiva será esta. El comportamiento de la incidencia y mortalidad del cáncer de próstata a nivel mundial, ha sido causante de que se desarrollen nuevos estudios y exámenes, con el propósito de una temprana detención del mismo, una disminución de la pérdida de vidas por esta patología y una calidad de vida beneficiosa para el paciente que contrae esta enfermedad maligna (21,27, 40).

El incremento de la incidencia y mortalidad por cáncer, entre otros determinantes, ha provocado que su control constituya un nuevo reto para la salud pública cubana. Se han identificado un conjunto de prioridades que a juicio de expertos pueden favorecer el control del cáncer en el presente año. De ellas, se ha obtenido la guía de obligatorio cumplimiento para las diferentes áreas e instituciones, de manera que la formulación de sus objetivos operacionales y las actividades/indicadores de trabajo le den salida. Dichas prioridades son:

1. Actividades de promoción y educación para la salud, con amplia participación comunitaria e intersectorial.
2. Estabilidad en el funcionamiento de los servicios con regionalización de aquellos que no se puedan tener o mantener en las instituciones, prestándole mayor atención al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.
3. Formación y reorientación de los recursos humanos según especialidades y necesidades del sistema.
4. Desarrollar investigaciones que permitan preservar la salud y el bienestar de la población cubana en función de la excelencia de los servicios, y la introducción y generalización de los nuevos conocimientos de la ciencia y la innovación tecnológica.
5. Utilización eficiente de los recursos financieros y materiales haciendo cumplir los reglamentos, manuales de procedimiento, protocolos de tratamiento, etc.
6. Garantizar como parte del proceso de fortalecimiento de la institucionalización del país, las funciones necesarias de cada estructura de dirección, así como continuar perfeccionando la base reglamentaria ya establecida. (2, 5, 7,8)

En consecuencia, dicho accionar se ha dedicado a propiciar su cumplimiento, e inducir, desde la gestión del conocimiento, que los directivos fomenten la auto preparación y la auto responsabilidad, socialicen el conocimiento acerca de las nuevas formas de organización que se han establecido para el control del cáncer, asuman una visión integral y sistémica, dispongan de toda la documentación necesaria que sirva de consulta obligada para el trabajo diario, y mantengan un control sistemático y una exigencia permanente en el cumplimiento de las regulaciones establecidas para el control de los tumores malignos.(29,33)

En Cuba, aún con los logros que exhibe la salud pública, el cáncer continúa ocupando la segunda causa de muerte de forma ininterrumpida desde el año 1958. En la actualidad, lejos de lograr una tendencia decreciente, la curva muestra una tendencia al ascenso, amenazando con desplazar las enfermedades cardiovasculares para pasar, en un periodo de tiempo breve, a ser la primera causa de muerte.

El panorama cubano, es semejante al que sufre el mundo, siendo el cáncer un problema que afecta a todos los países, independientemente de la raza, cultura, nivel de desarrollo económico y sistema político-social existente.

Prestigiosas autoridades sanitarias a nivel mundial, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que el 40% del cáncer puede ser prevenible si se produce un cambio en los estilos de vida (incorporación de una dieta saludable, régimen de actividad física adecuado, abandono del consumo de tabaco y alcohol, práctica de sexo protegido, entre otros), donde un 30% sería curable si se diagnostica tempranamente y se trata con la tecnología disponible hoy día, y otro 30% al menos, podría tener una mayor sobrevida y una mejor calidad de vida con el tratamiento adecuado eficazmente implementado. (2, 41, 42)

Todo este esfuerzo depende en gran medida de la capacidad de la población para elegir estilos de vida saludables, estar alertas para identificar los signos de alarma del cáncer, y solicitar ayuda médica especializada de manera oportuna.

La OMS recomienda cuatro componentes de control de cáncer para reducir la morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes³, que son los siguientes:

Prevención: Incluye acciones integradas a la prevención de otras enfermedades crónicas y problemas relacionados, lo cual ofrece un mayor potencial de salud pública y un método más eficaz a largo plazo para controlar el cáncer.

Detección temprana: Detecta o diagnostica la enfermedad en una fase temprana, cuando existe un alto potencial de curación (ej. cáncer de cuello o de mama). Existen intervenciones que permiten la detección temprana y el tratamiento eficaz de aproximadamente un tercio de los casos, por lo que se proponen dos estrategias:

- Diagnóstico temprano, que generalmente implica que el paciente sea consciente de los primeros signos y síntomas, lo que lo llevará a solicitar atención médica para la confirmación diagnóstica y el tratamiento.
- Pesquisaje de individuos asintomáticos y aparentemente sanos para detección de lesiones pre cancerosas o de una fase temprana del cáncer, y para organizar su derivación para diagnóstico y tratamiento.

Tratamiento: pretende curar la enfermedad, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida restante después de la confirmación de cáncer mediante los procedimientos apropiados disponibles. El tratamiento más eficaz y más efectivo está asociado a los programas de detección temprana, y sigue los estándares de atención basados en evidencias científicas. Los pacientes se pueden beneficiar de una curación o de una vida más larga en casos de cánceres, que aunque diseminados, tienen muy buena respuesta al tratamiento. Este componente

aborda también la rehabilitación dirigida a mejorar la calidad de vida de los pacientes con limitaciones a consecuencia de la enfermedad.(13, 45,48)

Cuidados paliativos: satisfacen las necesidades de todos los pacientes que requieren alivio de los síntomas, así como las necesidades de atención psicosocial y de apoyo a los pacientes y sus familias, en particular cuando los enfermos se encuentran en la fase avanzada de la enfermedad y tienen muy pocas probabilidades de curación, o cuando se enfrentan a la fase terminal.

En Cuba la estrategia para el control del cáncer integra los esfuerzos para la educación y promoción de acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población; la detección y prevención de factores de riesgo a nivel poblacional desde la atención primaria de salud, así como el pesquiasje activo y sistemático de las principales causas de incidencia/mortalidad por cáncer.

Dicha estrategia contiene además el control de la calidad, el seguimiento e interrelación con los niveles de atención secundario y/o terciario para la confirmación diagnóstica, y el tratamiento oportuno; haciendo uso adecuado de productos biotecnológicos que propicien el control prolongado de la enfermedad, así como la ejecución y conducción de los cuidados continuos que se prestan, desde el momento del diagnóstico hasta la muerte y el duelo. Encierra la atención a los cuidados paliativos y el dolor, como unos elementos importantes a tener en cuenta, para disminuir la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. (11, 12,13, 50)

Para ejecutar estas acciones la Atención Primaria de Salud (APS) juega un papel fundamental como estrategia desde el nivel primario de atención, de ahí la necesidad de mejorar las competencias para el buen desempeño de los profesionales y técnicos de la salud en el policlínico , por una parte, para promover la creación de valor a partir de la optimización de los recursos humanos, el

desarrollo de espacios de conocimiento y aprendizaje; y la interrelación con instituciones de otros niveles de organización del sistema nacional de salud, vinculadas con la atención a los pacientes con cáncer, así como los proveedores de los servicios y otros sectores que actúan sobre el mismo problema de salud; y por otra, para lograr que las acciones y conocimientos epidemiológicos, de promoción y educación, clínicos, de formación de recursos humanos, tecnológicos y sociales que se generen, puedan constituir los insumos para la gestión que agregue valor en cada proceso, e incremente el capital estructural de la organización y la efectividad en la toma de decisiones.

En el policlínico, como institución encargada de fomentar, proteger y restablecer la salud de la población, se pueden asumir hoy las más diversas y trascendentales actividades en el campo de la atención sanitaria, la formación de recursos humanos, y la investigación, gracias al arsenal terapéutico, tecnológico y de recursos humanos con que cuenta.(4, 49, 44)

Unido a esto, la preparación que tienen los especialistas de Medicina General Integral (MGI), permite abordar el problema salud- enfermedad desde una perspectiva integral, lo que puede constituir una de las mayores fortalezas del sistema, integrando de manera armónica todas las acciones para la prevención de los factores de riesgo: (tabaquismo, alcoholismo, relaciones sexuales desprotegidas, sedentarismo, dieta inadecuada, exposición a radiaciones solares, estrés, entre otras) y al mismo tiempo la satisfacción de las necesidades de los pacientes oncológicos y de sus familiares.(21,22,23)

En la actualidad, mejorar la calidad de los procesos para el control del cáncer constituye un desafío en el nivel primario de atención, debido al número considerable de nuevos casos que se diagnostica, y el tiempo que estos permanecen en la comunidad para continuar su evolución. El desarrollo de un conjunto de acciones encaminadas a garantizar con calidad, el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, es de gran utilidad para favorecer

de manera importante la reducción en la incidencia y la mortalidad por cáncer, y el incremento en la esperanza de vida de la población cubana.(11,9,15)

Estas acciones interrelacionadas entre sí, orientadas a lograr el control de la enfermedad, con el valor añadido aportado por la institución y sus factores humanos en cada etapa, se le denomina procesos, los cuales son considerados como el conjunto de actividades que se realizan de forma secuencial para conseguir el resultado esperado, a partir de determinadas entradas. Estos pueden clasificarse en:

Estratégicos: realizados por el equipo de dirección, muy relacionados con la misión / visión, proporcionan directrices a los demás procesos. Son los que se refieren a leyes, estándares, normativas, guías y en general a todos aquellos elementos que constituyen marco de acción, y permitan mantener la institución en correspondencia con su escenario de actuación.

- Clave o fundamentales: desarrollados por los equipos básicos de salud, tienen impacto en el paciente, creando valor para éste. Constituyen las actividades esenciales del servicio, es decir, su razón de ser. Son de suma importancia y de su adecuado cumplimiento depende en parte el éxito en el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, el seguimiento y la rehabilitación del paciente. Entre ellos se destacan la dispensarización de la población, a partir de la cual se puede evaluar e intervenir de forma planificada y programada la atención, la regionalización de los servicios para garantizar la atención oportuna de los pacientes en instituciones que dispongan de los recursos necesarios para ello, la remisión de los casos sospechosos a las consultas de referencia, según los protocolos definidos para los tipos de cáncer priorizados, entre otros.
- De apoyo: que le dan soporte a los procesos anteriores. Normalmente están dentro de una función y sus clientes son internos. Son desarrollados por el

personal del resto de los servicios vinculados al control de la enfermedad⁵, entre los que se encuentra el servicio de medios diagnósticos, rehabilitación integral, asistencia social, estadística, además de la intersectorialidad y el apoyo comunitario.(13,43)

La gestión por procesos expresa la interdisciplinaridad, interinstitucionalidad, integralidad e integración necesarios para la atención al problema cáncer en este nivel de atención, siempre y cuando su gestión sea adecuada y esté en equilibrio dentro de la organización en el contexto actual. Corresponde a los directivos de las instituciones realizar la planificación de las acciones, la gestión estratégica, y los controles adecuados, vigilando los resultados de cada uno de los procesos que se llevan a cabo, y la intervención en los mismos siempre que sea necesario.

En gran medida, los resultados en el control del cáncer son el reflejo del esfuerzo educativo para la promoción de salud y prevención de riesgos, así como de la disponibilidad de recursos materiales para el tamizaje en población de mayor riesgo y su contribución al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, (que incluye la rehabilitación integral y los cuidados al final de la vida).

El control del cáncer es posible sólo si se concibe al individuo de forma integral y se consolidan los esfuerzos de la comunidad, la familia y el equipo de salud, para involucrar de forma armónica a todas las áreas e instituciones del sistema nacional de salud y otros sectores de la sociedad., por lo que educar en salud es imprescindible.

La Educación para la Salud, para ser efectiva, no puede lograrse exclusivamente a partir de la transmisión de información, obviando el papel de los aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y a la asimilación de mensajes de salud, y los que se refieren a la formación de nuevas conductas y estilos de vida^{12,13}. Es necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones^{12,14}. Por eso se insiste en que hay que buscar nuevas y más efectivas formas de transmitir mensajes de

salud que desarrollen motivaciones y actitudes de auto cuidado, y que se concreten en conductas protectoras efectivas^{15, 12, 16,17}.

Tal propósito no podría lograrse sin el autocontrol o la autorregulación del comportamiento, definido como "el manejo que el propio individuo realiza acerca de las circunstancias externas o internas, así como de las consecuencias asociadas a una determinada conducta, que determinan su motivación hacia dicha conducta y la probabilidad de que realice su ejecución"^{12,15}. Se entiende por circunstancias externas la disponibilidad de medios para realizar la conducta (tiempo, espacio, recursos), las condiciones favorables del medio ambiente físico y social, la programación de reforzamientos medio-ambientales favorables al incremento o disminución de la conducta (elogios, premios, críticas). En las condiciones internas se incluyen la motivación "intrínseca" (no generada directamente por otros), los conocimientos, las convicciones, las creencias de autoeficacia y las emociones asociadas a la conducta ^{9, 16, 18,19}. De esta forma, si el individuo puede regular la influencia de las circunstancias externas y de las condiciones internas que llevan a una determinada conducta perjudicial para la salud, estará efectuando un autocontrol del comportamiento que fomenta la protección y la prevención.

Mahoney y Mahoney¹⁹ han propuesto el método conocido como "SCIENCE", que enfatiza el carácter científico del autocontrol para lograr cambios medidos, progresivos y permanentes. Una adaptación del mismo fue hecha por Flórez, con las siglas "PRISA-NO", que enfatizan el carácter gradual de esos cambios²⁰. Los pasos generales son:

P – Planteamiento del problema concreto a resolver y de los propósitos específicos que la persona aspira a lograr como resultado.

R – Aspectos del comportamiento sobre los cuales la persona recolecta información, mediante la auto-observación y el uso de registros apropiados, así

como el registro de información acerca de las circunstancias externas o internas asociadas al comportamiento.

I --Identificación del patrón de comportamiento propio de la persona, entendido como una descripción que ella hace en sus propios términos del estado actual en relación con el comportamiento que va a someter a cambio.

S – Lluvia de ideas sobre las soluciones posibles a los problemas identificados en su patrón de comportamiento, soluciones que se centran en la modificación de las circunstancias asociadas al mismo.

A – Adopción de una solución que resulte ser la más razonable entre las anteriores, comprometiéndose a hacer y no a ser, fijando límites a la ejecución deseada a partir de la actual, anticipándose como posible por la propia persona (expectativas de autoeficacia), y aproximándose sucesivamente hacia la modificación de las circunstancias más difíciles a partir de las más fáciles.

N – Nivelación que la persona efectúa sobre la evolución del comportamiento, con el fin de tener datos objetivos que le indiquen esta evolución y la pertinencia de la solución adoptada, si es posible cuantificando algún parámetro pertinente.

El PRISA-NO fue aplicado inicialmente al autocontrol de comportamientos alimenticios, de ejercicio físico, de control de emociones y hábitos de tabaquismo o de consumo de alcohol, en una empresa estatal colombiana²¹. Se obtuvieron resultados favorables en muchas conductas protectoras, y se comprobó que los que modificaron establemente sus comportamientos eran los que previamente habían elaborado un compromiso de autocontrol.

En la búsqueda de una mayor efectividad en la educación y la promoción de salud que lleve hacia el autocontrol del comportamiento se han generado varios modelos. Todos ellos hacen énfasis en las variables que determinan la

probabilidad de una acción preventiva (**A**), siguiendo la fórmula general: **A = P + S + E – C**, donde **P** es la susceptibilidad o probabilidad de sufrir un daño, **S** es la severidad del daño, **E** la efectividad de la precaución y **C** los costos de la precaución. Los llamados “modelos de creencias de salud”, (desde los clásicos basados en la expectativa de beneficios y la vulnerabilidad percibida, hasta los modelos centrados en la auto eficacia, la teoría de la acción social y las normas subjetivas internas), ponen énfasis en una u otra variable determinante del cambio¹⁴. Sin embargo, muchas personas se perciben a sí mismas con un bajo peligro de caer en un mal hábito. Si los programas preventivos no incorporan etapas en las que el individuo identifique amplia y objetivamente su propia susceptibilidad, la percepción de severidad del daño no garantiza el paso a etapas de acción. Por otra parte, en su manejo, los costos y beneficios del cambio son realmente multidimensionales. El costo de evitar un factor de riesgo puede ser múltiple, mientras que los beneficios pueden quedarse en el plano de una ganancia “hipotética”(22).

Ninguno de los modelos tradicionales hace énfasis en la adopción de precauciones o de cambio de conductas como un proceso que transcurre por etapas. Los modelos de etapas tratan de explicar cómo se adquiere el comportamiento saludable a través de una serie de fases, cuáles son las barreras a superar para proseguir de una a otra, y qué acciones son necesarias para ello. Además, facilitan la evaluación de la posición de entrada de una persona en relación con un determinado factor de riesgo, orientan hacia la secuenciación de las intervenciones, (preventivas o terapéuticas), y facilitan la conformación de grupos de personas que deben recibir intervenciones similares. Son mucho más eficaces porque conceptualizan la acción preventiva como un proceso que requiere acciones sucesivas correspondientes a objetivos diferentes, e incrementan la probabilidad de llegar a la fase final. Los más conocidos son: el modelo de adopción de precauciones/PAP, de Weinstein y Cols^{23, 24}, y el modelo transteórico/MTT, elaborado por Prochaska y Di Clemente. (15,25).

El modelo de Weinstein (PAP) establece 7 etapas en el proceso de cambio, a partir de: a) la información que tiene la persona sobre el comportamiento de riesgo/precaución, su implicación y decisión de iniciar y mantener conductas protectoras, y, b) de las barreras que suelen establecerse en ese proceso. Así, en una primera etapa, la persona desconoce sobre el comportamiento de riesgo/precaución y necesita información sobre ella. En una segunda etapa la persona tiene esa información, pero no se ha involucrado en un plan de medidas. En una tercera etapa, la persona se encuentra indecisa antes de empezar a actuar, quiere que se le ayude, pero aún no se ha decidido y, con frecuencia, alude a ideas irracionales como mecanismos para minimizar su propio riesgo ("optimismo no realista" según Weinstein). Algunas personas llegan a una cuarta etapa, decidiendo no actuar. Por alguna razón no desea adoptar la precaución (se levanta una barrera de percepción selectiva: tienden a fijar solamente lo que apoya su decisión y dejan de lado cualquier información contraria), lo cual requiere de mucha información des confirmatoria y, si fuese preciso, excluir temporalmente al individuo del proceso de cambio en el marco de un grupo de intervención. En una quinta etapa la persona se decide a actuar, ha tomado la decisión, pero por alguna razón no ha puesto en práctica la conducta protectora, (se requiere un "empujón" para el inicio de la acción). La sexta etapa se refiere al inicio de la acción y la séptima, a su mantenimiento (12,13).

El PAP, elaborado originalmente en E.E.U.U. por Weinstein se ha implementado en numerosas investigaciones en Colombia como metodología para la prevención de la violencia intrafamiliar²⁶, para la prevención del alto riesgo en el embarazo de adolescentes (27), para la prevención de la farmacodependencia en niños de edad escolar (28), y para el cambio de distintos factores de riesgo en la localidad de Chapinero¹⁶. A partir de los resultados con estas investigaciones, Flórez ha hecho un intento de descubrir los procesos psicológicos subyacentes a la adopción del comportamiento saludable en las etapas del PAP²⁸.

Material y Método

Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Longitudinal Retrospectivo para caracterizar los factores de riesgo del cáncer de próstata en los hombres mayores de 50 años del CMF 2, del área sur de Morón, durante el año 2016.

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

.Universo de estudio

Estuvo constituido por la población mayor de 50 años del CMF 2, del área sur Morón en el que se incluyeron los 237 pacientes

Criterios de inclusión.

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

Criterios de exclusión.

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

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupo de edades	Cuantitativa continua	50-59	Edad en años	Número y porcentaje
		60-69	según Carné	

	interval	70-79 80 y +	de Identidad	
Color de la piel	Cualitativo Nominal politómica	Blanco Negro Mestizo	Según la descripción operacional	Número y porcentaje
Tabaquismo	Cualitativo ordinal	No fumadores. Leve (5 o menos cigarrillos diarios) Moderado (6 a 15 cigarrillos diarios) Severo (1 cajetilla diaria)	Según la descripción operacional	Número y porcentaje
Alcoholismo	Cualitativo Nominal politómico	Abstemios (Los que nunca beben) Bebedores sociales (Los que beben ocasional, cuando comparten en una fiesta con un grupo de amigos o en familia) Alcohólicos (los que bebe todos los días y siente necesidad de hacerlo sin motivo alguno)	Según acción operacional realizada por el autor.	Número y por ciento según factores de riesgo.
Dieta rica en grasa animal	Cualitativo Nominal dicotómica	Si No	Según grupo que pertenece	Número y por ciento según factores de riesgo.

Vida sedentaria	Cualitativo Nominal dicotómica	Pacientes que realizan ejercicios físicos. Pacientes que no realizan ejercicios físicos.	Según al grupo que pertenecen y a la encuesta.	Número y por ciento según factores de riesgo.
Historia familiar de cáncer de próstata	Cualitativo Nominal dicotómica	Si No	Según grupo que pertenece	Número y por ciento según factores de riesgo.

Se utilizaron métodos y técnicas de diversos niveles, así tenemos que:

Del nivel teórico:

--Histórico – lógico: Se emplean con el propósito de conocer la evolución histórica que ha tenido el Cáncer de Próstata en Cuba, para lograr una percepción más objetiva del fenómeno estudiado y comprender su movimiento y proyección.

--Analítico y sintético: Se utiliza con el propósito de comprender los nexos y las relaciones que se dan en el contenido, permite jerarquizarlo según su relación con el fenómeno objeto de estudio. Además se emplea fundamentalmente en la elaboración del diagnóstico sobre el estado actual del problema, así como en la interpretación de fuentes bibliográficas para determinar las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico y para arribar a conclusiones.

--Inductivo-deductivo. Se utiliza para seguir un orden lógico en los fundamentos teóricos del tema y arribar a conclusiones parciales y generales.

Del nivel empírico

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

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

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

Ética

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

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

Grupo de edades	Total	%
50-59	78	32.92
60-69	44	18.57
70-75	72	30.37
80 y +	43	18.14
Total	237	100.00

Fuente: Encuesta

En la tabla se aprecia que el 32,92% de pacientes comprendidos en el grupo de edad de 50-59años, se consideran como factor de riesgo a padecer la enfermedad, seguidos por el grupo de 70-75 años con un 30,37%, lo que coincide con un estudio realizado por el Grupo Nacional de Oncología en el año 2013, donde a través de estudios necrósicos, un 1% de las autopsias practicadas a varones mayores de 50 años de edad muestran la presencia de cáncer de próstata latente,

Tabla 2. Distribuir pacientes según color de la piel.

Color de la piel	Total	%
Blanco	155	65.40
Negra	52	21.94
Mestiza	30	12.66
Total	237	100.00

Fuente: Encuesta

En la tabla se demuestra que el color de la piel que predomina es el blanco con un 65.5% del total de pacientes .

Esto no se relaciona con otros estudios realizados donde se considera probablemente por razones genéticas, el desarrollo y crecimiento de la enfermedad es más rápida en la población negra o mestiza, siendo este estudio publicado porDíaz Alonso en 2013, en la Revista Cubana de Epidemiología, donde plantea que los hombres afroamericanos tienen el más alto riesgo de desarrollar cáncer de próstata con más del 50% de posibilidades.

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

Grupo de edades	Consumo de alcohol							
	Abstemios		Bebedor social		Alcohólicos		Total	%
	No	%	No	%	No	%	No	%
50 a 59	9	3.80	66	27.84	3	1.26	78	32,92
60 a 69	15	6.33	29	12.23	0	0	44	18,57
70 a 79	20	8.44	52	21.95	0	0	72	30,37
80 y mas	29	12.23	14	5.91	0	0	43	18.14
total	73	30.80	161	67.93	3	1.26	237	100.00

Fuente: encuesta

En la tabla se puede apreciar que de 237 pacientes, el 67.93% son bebedores sociales, siendo el grupo de edad de 50-59 el mayor número de bebedores sociales con un 27.84 %

El autor considera que teniendo en cuenta estos resultados, se debe hacer hincapié en el trabajo sistemático del médico y la enfermera de la familia en aras de disminuir el número de bebedores sociales.

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

Tabla 4. Distribuir pacientes según habito de fumar y grupo de edad

Grupo de edades	Habito de fumar									
	No fumadores		Leve (5 cigarros o mas al dia)		Moderado (de 6 a 15 cigarros al dia)		Severo (una cajetilla diaria)		Total	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
50 a 59	6	2.53	17	7.17	11	4.64	44	18.58	78	32,92
60 a 69	7	2.95	10	4.22	12	5.06	15	6.32	44	18,57
70 a 79	1	0.43	14	5.91	17	7.17	40	16.88	72	30,37
80 y mas	9	3.79	3	1.26	5	2.11	26	10.98	43	18,14
total	23	9.70	44	18.56	45	18.98	125	52.76	237	100.00

Fuente: encuesta

Los datos estadísticos revelan que el 52.76 % de los pacientes son fumadores mientras que el 9.70 % no fuman, predominando este habito de fumar en las edades comprendidas entre 50-59 años de edad.

Esto coincide con lo descrito en la Revista Cubana de Salud del 2013 donde se plantea que los pacientes fumadores presentan un 70% de probabilidades de presentar cáncer de próstata mientras que los no fumadores tienen un 30% de posibilidades de no desarrollar la enfermedad, aunque e menor el porciento de fumadores debemos continuar trabajando en la promoción y prevención de este factor de riesgo.

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

Grupo de edades	No Consumo de grasa animal		Consumo de grasa animal		Total	%
50-59	12	5.07	66	27.85	78	32,92
60-69	14	5.91	30	12.66	44	18,57
70-79	33	13.92	39	16.46	72	30,37
80 y mas	10	4.21	33	13.92	43	18,14
Total	69	29.11	168	70.89	237	100,00

Fuente: Encuesta

Esta tabla demuestra que el 70.89 %de los pacientes consumen grasa animal, mientras que el 29.11%no la consumen.

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

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

Grupos de edad	Practica de ejercicios		No practica de ejercicios		Total	%
50 a 59	43	18.15	35	14.76	78	32.92
60 a 69	15	6.32	29	12.24	44	18.57
70 a 79	19	8.02	53	22.36	72	30.37
80 y mas	11	4.65	32	13.50	43	18.14
Total	88	37.14	149	62.86	237	100.00

Fuente: encuesta

En esta tabla se demuestra que el 62,86 % de las personas llevan una vida sedentaria porque no realizan ejercicios físicos tienden a tener más probabilidades de tener metástasis en otros órganos y desarrollar la enfermedad con más probabilidad, estudios similares al nuestro del Dr. Rodríguez, 2013.

Tabla 7 Distribuir pacientes según historia familiar de cáncer.

Historia familiar de cáncer de próstata	Total	%
Si	53	22.36
No	184	77.64
Total	237	100,00

Fuente: Encuesta

Esta tabla demuestra que el 22.36% de los pacientes estudiados tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata, esto se corresponde con estudios realizados por Camacho Rodríguez que refiere que un hombre tiene más probabilidad de contraer cáncer de próstata si su padre, hermano o hijo ha tenido la enfermedad o hayan muerto por causa de esta patología.

CONCLUSIONES

El grupo de edad con mayor número de factores de riesgo fue de 50 a 54 años, siendo el color de la piel blanco el de mayor incidencia. Existe un elevado número de pacientes bebedores sociales y fumadores. La mayoría de los pacientes estudiados no realizan ejercicios físicos, teniendo una vida sedentaria y consumen grasa animal. El 22.36% de los pacientes estudiados tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata.

Referencias Bibliográficas.

1. Byrne, J.; Khuder, S.: "Meta-analysis of prostate cancer and farming". Is J IndMed; 31: 580-586?, 2013.
2. Galán, Y.; Fernández L. y Jiménez R.: "Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata". Revista cubana de salud pública; 6-7, 2015.
3. Instituto Nacional de Oncología y Radiología de Cuba. INOR. Registro Nacional del Cáncer: "Incidencia por cáncer en Cuba", 1995, 1996.
4. Ministerio de Salud Pública. MINSAP.Dirección Nacional de Estadísticas:"Principales causas de muerte enCuba". La Habana, MINSAP, 2012.
5. Oficina Nacional de Estadísticas. ONE: Censo de población y viviendas. La Habana, Cuba, 2013.
6. Organismo Internacional para Investigación sobre el Cáncer. IARC: "Cáncer mundial. Registro de estadísticas mundiales sobre cáncer".
7. Un servicio electrónico del Internacional Agency forResearchon cáncer. [ref. 2005] [consultado el 7 de marzo del 2012] disponible en web: http://www_dep.iarc.fr.
8. Ramos, M.: "Distribución geográfica de algunos tumores malignos en Cuba". Tesis de doctorado. Facultad de geografía. Universidad de la Habana, 2009.
9. Registro Nacional del Cáncer: "La neoplasia maligna prostática en Cuba", [ref. 2003] [consultado el 5 de junio del 2011]. Disponible en web: <http://www.regisnaccan.cu/index.prostataencuba.cu>.
- 10.Salazar, Romero, Monteagudo: "Cáncer. Epidemiología, promoción y educación para la salud". [ref. 2012] [consultado el 8 de marzo del 2008] disponible en web: www.msc.es/salud/epidemiologia/cancer/cancer.html.
- 11.MINSAP. Estrategias Nacionales para los Cuidados Continuos al paciente oncológico en etapas avanzadas. Folleto en prensa, 2006.
- 12.OMS. Asistencia paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: OMS, 1995, 82-6. 14.

13. Grau, J., Chacón, M. La preparación para la muerte en el paciente, la familia y el equipo de salud: principios y técnicas de intervención. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003. Capítulo 38, T. 3, 2340-2422.
14. Gómez Sancho, M., Grau, J. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid: Arán, 2006. WHO. Cancer Pain Relif. Geneva: WHO, 2013, 2nd. ed
15. Reyes, M.C., Grau, J., Chacón, M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2009.
16. Reyes, M.C., Rodríguez, M., Bermúdez, R. Caracterización de la enseñanza de los Cuidados Paliativos en la carrera de Medicina. Facultad 10 de Octubre. Revista electrónica Pedagogía Universitaria 2007, XII (5): 23-32.
17. Grau, J, Llantá, M, Chacón M, Massip, C, Barbat, I. Los aspectos psicosociales en el control del dolor en enfermos de cáncer: Hacia un abordaje integral. Guadalajara, Todo en impresión, 2014.
18. Gómez-Sancho, M. Enfermedad terminal y Medicina Paliativa. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T. I, Cap. 7, 100-112.
19. Bruera, E. Por qué y cómo hacer investigaciones en Cuidados Paliativos en Latinoamérica. IV Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Libro de resúmenes. Lima, Perú, marzo de 2013; p. 3.
20. Martín, M., Grau, J., Lechuga, M. Psicología de la Salud y dolor crónico. En: Hernández, E., Grau, J. (Eds.) Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: CUCS, 2005, II Parte, cap. 5, 349-357.
21. Gómez-Sancho, M. Negación de la muerte. Medicalización de la muerte. La aventura de morir en el hospital. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T. I, Cap. 2, 31-52.
22. Bayés, R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial, 2016.

23. Walker, S.N., Scechrist, K.R., Pender, N.J. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *NursingResearch* 1987, 36(2), 76-81.
- 19.- Mahoney, M.J., Mahoney, K. Control permanente de peso: una solución total al problema de las dietas. México, DF: Trillas, 1995.
24. Flórez, L. La dimensión psicológica en la promoción de salud: el programa "Escuela Saludable". En: Flórez, L., Botero, M.M., Moreno, B. *Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: ALAPSA, 2005, 181-192
- 21.- Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J., Sechrist, K.R. A spanish language version of the Health- Promoting Lifestyle Profile. *NursingResearch* 1990, 39(5), 268-73.
25. Gil, F., León, J.M., Jarana, L. *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide, 2015. 49
26. Weinstein, N.D., Klein, W.M. Unrealist optimism. Present and future. *J of Soc and Clin Psychology* 1996, 15:1-6.
27. Weinstein, N.D., Rothman, A.J., Sutton, S.R. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology* 2013, 17(3):290-9.
28. Prochaska, J., DiClemente, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. NY: 1982, 19, 276-88.
29. Flórez, L., Jiménez, M.C., Morales, M.T. Diseño e implementación de un programa para la prevención del maltrato infantil, dirigido a estudiantes de básica primaria de una concentración rural. *Investigación docente no publicada*, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá, 1998.
30. Moya, M.S., Niebles, G.A. Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes. *Tesis de Grado Profesional no publicada*, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá, 1998.

31. Flórez, L. Implementación del Proceso de Adopción de Precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología* 1998, 1:7-20.
32. Prochaska, J., Velicer, W. The transtheoretical model of health behavior change. *American J of Health Behavior* 1997, 12:38-48.
33. Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J.. In search of how people change. *American Psychologist* 1997, 47,1102-14.
34. Velicer, W., Hughes, S., Fava, J., Prochaska, J. An empirical typology of subjects within stage of change. *Addictive Behaviors* 2015, 20(3):299-320.
35. DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velázquez, M., Rossi, J. The process of smoking cessation: an anylisis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1991, 59(2):295-304.
36. Grau, J., Chacón, M., Romero, T. et al. Evaluación del Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos en su primera fase de implementación. *Memorias del 23th Annual Meeting of the International Association of Cancer*
37. Registries. Palacio de Convenciones, La Habana, octubre 2011.
38. Registro Nacional de Cáncer (RNC). Publicación interna, 2005 64.
39. Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., Harlos, M., Kristianson, L. Dignity in the therminally ill: an empirical model. *SocialScienc& Medicine*, 2012; 54: 433-443.
40. MINSAP. Estrategias Nacionales para los Cuidados Continuos al paciente oncológico en etapas avanzadas. Folleto en prensa, 2006.
41. OMS. Asistencia paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: OMS, 1995, 82-6. 14.
42. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Oncología. Reunión Nacional de Consenso de elaboración de las guías de diagnóstico y tratamiento del cáncer prostático: Cáncer de próstata, Información general. Ciudad Habana: MINSAP; 2011.

43. Sandoval Jiménez Odalys, Santana Sarrhy Lourdes, Coll Ruiz Mario. Valor del tacto rectal y el antígeno prostático específico en el pesquise del adenocarcinoma de próstata. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2012 Jun 08]; 41(4)
44. Leticia Fernández,¹ Yaima Galán,² Rosa Jiménez,³ Ángela Gutiérrez,⁴ Marta Guerra,⁵ Celia Ma. Pereda,⁶ Celia Alonso,⁷ Antonio Agudo,⁸ Elio Riboli⁹ y Carlos González⁸. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000300002&script=sci_arttex
45. Romero Cagigal I, Ferruelo Alonso A., Berenguer Sánchez A.. Dieta y cáncer de próstata. Actas UrolEsp [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2014 Jun 08]; 27(6): 399-409. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000600001&lng=es.
46. Freidenreich Axel, AusGunnar, Bolla Michel, Joniau Steven, MatveevVsevolod B., Schmid Hans Peter et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Actas UrolEsp [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2012 Jun 08]; 33(2): 113-126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062009000200004>. 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. 2012; 10(3):21
47. Delongchamps NB, Singó A, Haas GP. The role of prevalence in the diagnosis of prostate cancer. Cancer Control. 2014; 13(3): 158-68.
48. Kanski A, Eisenberg D, Horwitz E, Hanlon A, Pollack A, Hanks G et al. Does age matter in the selection of treatment for men with early-stage prostate cancer? Cancer. 2013; 106(12): 2598-602.
49. Grau Abalo JA, Chacón Roger M. Comunicación y apoyo al enfermo: herramientas básicas del acompañamiento. En Material II Congreso Internacional de Tanatología. México: DF: 2006.

50. Carter B. S., Carter H. B., Isaacs J. T.:
Epidemiologyevidenceregardingpredisposingfactorstoprostatecancer.
Prostate, 16.187, 2010a.

ANEXOS.

Anexo 1.Consentimiento Informado.

Yo _____ paciente del consultorio 2 de ____
años, estoy de acuerdo a participar de forma activa en el estudio.

Se me ha explicado que:

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

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

Firma del paciente.

Firma del médico

Anexo 2. Encuesta

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Color de la piel: ____ Blanco

____ Negro

----- Mestizo

4. Historia familiar de cáncer de próstata

____ Si

____ No

5. ¿Usted Fuma?

____ Sí ____ No

En caso de ser positiva su respuesta marque:

____ Leve (5 o menos cigarrillos diarios)

____ Moderado (6 a 15 cigarrillos diarios)

____ Severo (1 o más cajetillas diaria)

6. ¿Consume bebidas alcohólicas?

____ Sí ____ No

En caso de ser positiva su respuesta marque:

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

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

7. ¿Usted realiza actividades físicas ?

Si -----

No -----