

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“JOSÉ ASSEF YARA”

CIEGO DE ÁVILA

**Título:** Pesquisa Activa del riesgo de Cáncer de Próstata e Intervención Educativa sobre el Tacto Rectal a pacientes mayores de 50 años de Primero de Enero.

**Autora:** Dra. Dailys Ruiz González.

Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.

**REPÚBLICA DE CUBA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**“JOSÉ ASSEF YARA”**  
**CIEGO DE ÁVILA**  
**UNIDAD DOCENTE DE MORÓN**

**Título:** Pesquisa Activa del riesgo de Cáncer de Próstata e Intervención Educativa sobre el Tacto Rectal a pacientes mayores de 50 años de Primero de Enero.

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
GENERAL INTEGRAL.**



**Autora:** Dra. Dailys Ruiz González.

Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.

**Tutor:** Msc. Jorge Luis Bajuelo López.

2013

## **PENSAMIENTO**

*“... en el campo de la atención primaria tengo la impresión que Cuba ha encontrado el sistema ideal más avanzado del mundo; tendremos una atención óptima desde la base desde el niño que nace hasta el anciano. El médico de familia es un paso colosal de avance en la atención primaria de salud que se brinda a la población, una cosa excelente”.*

**Fidel Castro.**

## **DEDICATORIA**

**A mi mamá por estar siempre en cada momento de mi vida y su ayuda incondicional.**

**A mis abuelos Pablo y Japón por su amor, compañía y ser los impulsores de que yo sea una profesional.**

**A mi esposo Raúl Ruiz Camejo por su comprensión y su constante apoyo.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Revolución Cubana.**

**A mi comandante Fidel, por su ejemplo.**

## **RESUMEN**

Se realizó una pesquisa activa del riesgo de cáncer de próstata e intervención educativa sobre el tacto rectal en los pacientes masculinos mayores de 50 años del consultorio médico de familia # 22 del Municipio Primero de Enero en el período comprendido entre Junio del 2012 a Junio del 2013, con el objetivo de identificar el riesgo de cáncer de próstata, elevar los conocimientos acerca del tacto rectal y a su vez promover su realización. La muestra fue de 79 pacientes escogidos de forma intencional; se utilizaron criterios de exclusión. Para la obtención de los datos se revisaron las fichas familiares, historias clínicas personales, se interrogó a los pacientes además de aplicarles dos encuestas; una en busca de factores de riesgo (Anexo 1) y otra sobre el nivel de conocimiento del tacto rectal (Anexo 3). Se aplicó un programa de intervención educativa a los pacientes masculinos mayores de 50 años mediante los medios de enseñanza y al final se evaluaron los resultados por la encuesta antes descrita (Anexo 3), obteniéndose efectos satisfactorios, representando el mayor por ciento la categoría de conocimiento adecuada, además se logró la realización de exámenes rectales, diagnosticándose así pacientes afectados.

**Palabras clave:** NEOPLASIAS DE LA PRÓSTATA/prevención y control; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.

## INDICE

	Páginas
Resumen	
Introducción	1
Marco Teórico	3
Materiales y Métodos	10
Análisis y Discusión Resultados	13
Conclusiones	18
Recomendaciones	19
Referencias Bibliográficas	20
Anexos	23

## INTRODUCCION

En el mundo existen muchas enfermedades que afectan la salud de la población, donde el cáncer representa la primera causa de muerte y el de próstata no está excluido de esta significativa.

Se denomina [cáncer](#) de próstata al que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del [sistema reproductor masculino](#) llamado [próstata](#). Ubicada exactamente debajo de la vejiga y delante del recto, esta estructura glandular tiene como función producir un líquido que se mezcla con los espermatozoides procedentes de los testículos y con líquido de las vesículas seminales, para formar el semen (1,2).

El Cáncer de Próstata aumenta en frecuencia en los hombres mayores de 50 años, afectando probablemente a los varones de la 8va década de la vida. Cuando más joven es el hombre y aparece el tumor, más letal es la enfermedad.

La verdadera causa del carcinoma de próstata se desconoce ya que no existe un agente específico que lo provoque a pesar que se han evidenciado y demostrado factores predisponentes o de riesgo, asociado de forma coincidente (3,4).

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 terapias, otros, no son capaces de asistir a los centros de salud a quejarse por sus dolencias y padecimientos (5).

Es de conocimiento de todos, que los pacientes masculinos por lo general se les hace difícil acudir al médico, lo que aun no se explica científicamente, pero no deja de ser cierto. Nos hemos visto en la necesidad de llegar a ellos para promover conductas saludables, modificando estilos de vida y en busca de argumentos que pueden dar como resultados el inicio de una enfermedad o lo que ya puede ser un diagnóstico (6).

Las modalidades de prevención primaria conocidas son insuficientes para eliminar el riesgo de contraer la enfermedad. Es objetivo de los profesionales crear estrategias para mejorar la salud y el bienestar de la población. Por revisiones estudiadas se ha comprobado que existe desconocimiento de la enfermedad, de la estrecha e importante relación que guarda Tacto Rectal y Cáncer de Próstata, 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 o 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, se tiene la probabilidad de diagnosticar un cáncer en estadio precoz. Lo que demuestra una vez más lo imprescindible que es el desarrollo de pesquisar y educar a la población masculina, favoreciendo su calidad de vida, luego, en un segundo plano indicar otros estudios más avanzados como la prueba del Antígeno Específico Prostático en sangre, que es otro elemento para hacer el diagnóstico, lo que a diferencia del tacto rectal se requiere de más disponibilidad de recursos (6,7).

En el análisis de situación de salud ha sido un problema priorizado la falta de asistencia de los pacientes a las consultas, principalmente los pacientes masculinos, así como también a la realización del tacto rectal. Por lo que se ha evidenciado la existencia de numerosas enfermedades y dentro de ellas las patologías prostáticas y el cáncer de próstata como tal.

Por todo lo antes descrito se decide dar solución al siguiente problema de investigación.

¿Cómo identificar el riesgo de cáncer de próstata y elevar los conocimientos sobre el tacto rectal del consultorio # 22 del Municipio Primero de Enero?

### **Hipótesis.**

Al aplicar una Pesquisa Activa del riesgo de Cáncer de Próstata e Intervención Educativa sobre el Tacto Rectal dirigido a los pacientes de más de 50 años del CMF # 22, se incorporaran nuevos casos predispuestos a padecer de la enfermedad, aumentará el nivel de conocimiento sobre el examen, el bienestar psicológico de los pacientes que se niegan a su realización y se elevará un gran número de exámenes rectales para un diagnóstico precoz.

Para dar respuesta al problema precisado y la hipótesis de investigación, se proponen los siguientes objetivos:

### **General:**

- Implementar una Pesquisa Activa del riesgo de Cáncer de Próstata e Intervención Educativa sobre el Tacto Rectal en pacientes mayores de 50 años del CMF # 22 de Primero de Enero, durante el período comprendido de junio del 2012 a junio del 2013.

### **Específicos:**

- Caracterizar la muestra de estudio según variables sociodemográficas y clínicas.
- Diseñar una intervención educativa en la población masculina.

- Evaluar los resultados de los métodos de trabajo aplicado.

## MARCO TEORICO

El Cáncer de Próstata es una enfermedad que se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Éstas también podrían propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo originando una metástasis.

El Cáncer de Próstata se asocia generalmente, de modo coincidente con la hiperplasia prostática maligna, pero no se desarrolla a partir de ella.

Como mencionamos anteriormente, se desconoce el agente específico causante de esta enfermedad, por lo tanto, no podemos saber con exactitud la forma en que entra al organismo provocando daños orgánicos. Lo que sí está claro es que el crecimiento de la próstata está influido también por las hormonas sexuales (7,8).

Las investigaciones recientes demuestran que el 95% de los tumores son adenocarcinomas que se originan en la zona periférica y centro de la glándula prostática.

Se ha visto que en la mayor frecuencia de los casos es multifactorial, lo que demuestra que su origen no es único. La forma característica del cáncer de próstata es la consistencia dura y suele presentarse como una induración densa dentro de la sustancia de la próstata, pudiéndose palpar el tumor que se extiende a vesículas seminales y cerca del cuello de la vejiga.

El cáncer de próstata constituye un relevante problema de salud. Un enemigo peligroso, aunque ciertamente poco temido, que se incrementa hoy en el mundo, como también las afecciones prostáticas en general (8).

Su incidencia se ha incrementado en las últimas décadas, en relación con un aumento de la esperanza de vida de la población. La probabilidad de que un varón desarrolle un cáncer de próstata es de un 15%, riesgo que aumenta de forma progresiva con la edad. A los 50 años, el hombre tiene un 42% de posibilidades de desarrollar un cáncer de próstata y un 2,9% de posibilidades de morir del mismo. Según estudios necróticos, un 1% de las autopsias practicadas a varones de 50 años de edad muestran la presencia de cáncer de próstata latente, mientras que ese porcentaje aumenta hasta un 80% a los 70 años de edad, lo cual indica que un elevado porcentaje de este cáncer es subclínico (9,10).

Superando al cáncer pulmonar y de colon, siendo uno de los principales problemas de salud que debe afrontar la población masculina. En Europa, se estima que se diagnostican 2,6

millones de nuevos casos cada año, constituyendo aproximadamente el 11% de todas las neoplasias en los varones y es el responsable del 9% de las muertes por cáncer entre los hombres dentro de la Unión Europea (10).

Se caracteriza por ser la neoplasia con mayor incidencia en Estados Unidos y la segunda causa de muerte por cáncer en dicho país, sigue siendo y probablemente será un problema de salud cada vez mayor con el envejecimiento de la población mundial. El número de hombres con estadios localizados se incrementará en las próximas décadas (11).

Entre los factores de riesgo más importantes están:

Edad.

Aparece principalmente después de los 50 años.

Raza.

Estudios realizados demostraron que es más frecuente en los [afroamericanos](#) que en los blancos, [indios](#) americanos y [asiáticos](#). A nivel mundial las tasas más elevadas corresponden a los sujetos negros de Estados Unidos con un 35 % más elevada que los sujetos blancos. En nuestro país no se evidenció una asociación significativa entre el cáncer de próstata y el color de la piel.

Historia familiar de cáncer de próstata.

Si el paciente tiene antecedentes de primer orden, tiene mucho más riesgo que el resto de la población. El impacto de la historia familiar en la probabilidad de sufrir esta patología supone un incremento de riesgo relativo entre 1,5 y 5 veces en función de un mayor número de parientes varones afectados o un parentesco más próximo. Se considera que entre el 5-10% de los cánceres de próstata están causados por mutaciones heredadas con alta prevalencia, porcentaje que se incrementa al 33% de los casos diagnosticados antes de los 60 años y a más del 40% de los diagnosticados antes de los 55 años (11,12).

Dieta.

Existen evidencias que sugieren que una dieta rica en grasa animal incrementa el riesgo Trabajo agrícola.

Refiriéndose particularmente al uso de fertilizantes.

Otros factores. Entre ellos se encuentran la [vasectomía](#), la [hiperplasia](#) prostática benigna, la [obesidad](#), el [sedentarismo](#), la exposición a radiaciones, los altos niveles de testosterona, la exposición al cadmio y los virus de transmisión sexual, hábitos de vida, actividad sexual, consumo de tabaco, actividad física, factores ambientales, infecciones virales y los factores exógenos (13,14).

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, consumiéndola baja en grasas y rica en verduras, frutas y [cereales](#). 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 (15).

Otro factor de riesgo modificable es el tabaquismo, por tanto es de gran importancia abandonar el hábito de fumar para disminuir la vulnerabilidad a padecer cáncer de próstata y otras enfermedades (16).

El cáncer de próstata precoz normalmente no produce síntomas y se detecta por una elevación del Antígeno Prostático Específico o realizando un tacto rectal. La presencia de síntomas indica que se halla en una fase avanzada, entre ellos se encuentran: [disuria](#), [tenesmo vesical](#), [polaquiuria nocturna](#), retención de orina, goteo, [hematuria terminal](#), micción dolorosa o con ardor, orinar poca cantidad frecuentemente, [eyaculación](#) dolorosa, sangre en la orina, incapacidad para orinar, dolor continuo en la parte baja de la espalda, la [pelvis](#) y en la zona superior de los muslos.

Para hacer un diagnóstico del cáncer de próstata se requiere de la disposición de lo paciente a la realización del tacto rectal, que forma parte del chequeo físico anual recomendado para los hombres mayores de 50 años de edad, según la Asociación Americana del Cáncer. Mediante la inserción de un dedo enguantado en el recto, el médico palpa la superficie de la próstata a través de la pared del intestino. Masas sospechosas, texturas anormales o durezas que llevarán a investigaciones posteriores.

Antígeno prostático específico (P.S.A., siglas en inglés). Es una proteína producida en la próstata que puede elevarse cuando el cáncer está presente.

Ecografía prostática transrectal. Se debe realizar cuando el tacto rectal es positivo o cuando el PSA esté elevado. Este procedimiento dura sólo algunos minutos y se lleva a cabo ambulatoriamente.

Punción/Biopsia de próstata. La única manera de determinar si una masa sospechosa es por aguja. También puede obtenerse una biopsia mediante una operación, se toma una muestra y se estudia (17).

Los 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: [Neoplasia Intraepitelial Prostática](#), la cual se divide en bajo grado y alto grado. Muchos hombres desarrollan [Neoplasia Intraepitelial Prostática](#) de bajo grado siendo jóvenes y no necesariamente desarrollan un cáncer de próstata. La importancia del bajo grado en relación con el cáncer de próstata aún no está clara. Pero con hallazgos de [Neoplasia Intraepitelial Prostática](#) de alto grado, el cáncer puede estar presente a la vez en alguna localización de la glándula prostática. Entre la 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 (18).

Se clasifica en varias etapas.

Etapa I (A). El cáncer de próstata en esta etapa no se siente y no causa ningún síntoma. El cáncer se encuentra solamente en la próstata y se detecta de forma casual.

Etapa II (B). Las células cancerosas se encuentran en la glándula prostática únicamente. El tumor puede detectarse por medio de una biopsia por aguja, o simplemente por [tacto rectal](#).

Etapa III (C). Las células cancerosas se han diseminado fuera del recubrimiento, o sea de la cápsula de la próstata a los tejidos circundantes.

Etapa IV (D). Diseminación por metástasis a los ganglios linfáticos cerca o lejos de la próstata, los órganos y tejidos situados lejos de la misma, huesos, [hígado](#) o [pulmones](#).

El cáncer de próstata también se puede clasificar usando T (tamaño del tumor), N (grado de diseminación a los ganglios linfáticos) y M (extensión de la diseminación a otras partes del cuerpo) (18).

Los estudios son insuficientes para demostrar que la detección precoz del cáncer de próstata mediante determinadas pruebas en grandes grupos de hombres, pueda disminuir la tasa de mortalidad. Mientras esta información esté vigente, el hacer o no una prueba de detección precoz del cáncer depende de la decisión a la que lleguen entre sí los pacientes con sus médicos. 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, de los pros y contras de la detección precoz y del tratamiento del cáncer de próstata.

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. 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 (19).

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, extensión extra prostática, invasión de vesículas seminales, invasión de los ganglios linfáticos pélvicos. Es una costumbre 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 conversar, junto con su médico y su familia, los beneficios de cada uno de los tratamientos y también los posibles efectos secundarios y riesgos. Debido a que el cáncer de próstata puede ser tratado por distintas especialidades, sobre todo urología y oncología radioterápica, cada especialista optará por informar al paciente que forma de tratamiento es la mejor opción. Para solucionar esto, actualmente se recomienda que todos los casos de cáncer de próstata sean evaluados por un comité de tumores (20).

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 extirpando la glándula prostática más los tejidos de alrededor. La prostatectomía radical se realiza tradicionalmente mediante [laparatomía suprapúbica](#), que es la técnica de referencia o patrón oro actualmente. Desde [hace algunos años](#) se viene practicando la prostatectomía radical laparoscópica, siendo una cirugía menos invasiva y con resultados similares.

Una variante es la prostatectomía radical robótica, con el uso del robot da Vinci, que consigue iguales resultados con menores tasas de complicaciones, especialmente sangrado, incontinencia e impotencia.

La radioterapia usa [rayos X de](#) alta energía 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.

La [criocirugía](#), también llamada crioterapia o crio ablación, se emplea algunas veces para tratar el cáncer de próstata localizado, congelando las células con una sonda de metal. 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 incisión en la piel del periné guiada por ecografía transrectal. Se requiere anestesia epidural o general durante este procedimiento.

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 demasiado 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, mientras la próstata está inflamada por la congelación. El catéter se retira al cabo de una o dos semanas. Después de este procedimiento, puede haber algunas

molestias en el área donde fueron insertadas las sondas. El paciente debe estar ingresado en el hospital uno o dos días.

La criocirugía es menos invasiva, presenta una menor pérdida de sangre, una corta hospitalización, un corto periodo de recuperación y menos dolor que la prostatectomía radical. Pero comparado con la cirugía o la radioterapia, se conoce mucho menos la efectividad de esta técnica a largo plazo. Las técnicas actuales que usan la guía de la ecografía transrectal y que monitorizan con precisión la temperatura, sólo están disponibles desde hace pocos años. Se requiere un largo seguimiento de 10 a 15 años para recoger y analizar los datos; por eso muchos médicos aún consideran la criocirugía como un tratamiento experimental (21).

El Cáncer de Próstata constituye en la actualidad un grave problema en la salud pública mundial, con un elevado índice de morbimortalidad, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, es la segunda causa de muerte en el varón. Su incidencia se ha incrementado en las últimas décadas, en relación con un aumento de la esperanza de vida de la población (22).

En Cuba el cáncer de próstata representa el 7,8 % de todos los tumores malignos diagnosticados anualmente. La neoplasia de próstata no deja de ser un grave problema de salud que puede afectar a los hombres a nivel mundial. Los hombres de nuestro país no están excluidos de esta patología. En la provincia de Ciego de Ávila están afectados 208 pacientes desde el 2007 hasta el año 2012, y en el Municipio Primero de Enero 16 pacientes. En el área de salud que se realiza la investigación, se ha comprobado que en estudios anteriores, hay existencia de pacientes con afecciones prostáticas y hasta fallecidos a causa de esta patología.

De aquí la importancia del estudio del Cáncer de Próstata, lo que reviste tomar las estrategias correspondientes en cuanto a la profundización de esta enfermedad.

### **Alcance comunitario de la intervención educativa.**

Mediante esta investigación se identifican pacientes predispuestos a padecer de enfermedades prostáticas o a un corto o largo plazo de Cáncer de Próstata, se logra la satisfacción psicológica y de conocimiento sobre el Tacto rectal, así como su realización.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio pre-experimental de pesquisa activa, intervención educativa tipo antes y después a los masculinos de más de 50 años pertenecientes al consultorio # 22 del Policlínico de Primero de Enero en el periodo comprendido entre Junio del 2012 a Junio del 2013, con el objetivo de identificar el riesgo de cáncer de próstata y elevar el nivel de conocimiento sobre el tacto Rectal y promover la realización del mismo. La muestra en estudio fue de 79 pacientes escogidos de forma intencional. El proceso de recolección de la información se obtuvo a partir del contacto directo con los pacientes mediante el interrogatorio, los datos recogidos de historias clínicas personales, fichas familiares y con la aplicación de una encuesta (Anexo 1), en busca de factores de riesgo y otra (Anexo 3) sobre el nivel de conocimiento del tacto rectal. Instrumentos diseñados al efecto por el autor y tutor del trabajo.

Luego se aplicó el programa de intervención educativa a través charlas educativas, dinámicas de grupos y videos, a todos los pacientes mayores de 50 años, se evaluaron los resultados de las técnicas educativas por la segunda encuesta antes mencionada (Anexo 3). Se tuvieron en cuenta las siguientes variables para toda la realización de las actividades.

### Variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
<b>Grupos de edad</b>	Cuantitativa continúa.	50 -59 60 – 69 70 -79 +80	Según años cumplidos.	Número y Porcentaje según grupo de edad.
<b>Color de la piel</b>	Cualitativa policotónica.	Blanca: Mestiza: Negra:	Se explica así mismo.	Número y Porcentaje.
<b>Ingestión de grasa animal</b>	Cualitativa policotónica.	La Ingieren:  No la Ingieren:	Ingestión de grasa animal.	Número y Porcentaje.
<b>Hábito de fumar</b>	Cualitativa policotónica.	Fumadores:  No Fumadores:	Se explica así mismo.	Número y Porcentaje.

<b>Obrero o ex obrero agrícola y contacto con fertilizantes</b>	Cualitativa nominal politómica.	Si: No:	Según profesión.	Número y Porcentaje.
<b>Antecedentes Patológicos Personales</b>	Cualitativa dicotómica.	Historia personal de enfermedad maligna de próstata. Presente: Ausente:	Afección prostática en el paciente pesquisado.	Número y Porcentaje.
<b>Antecedentes Patológicos Familiares</b>	Cualitativa dicotómica.	Historia de algún familiar con enfermedad maligna de próstata. Presente: Ausente:	Afección prostática en un miembro de la familia del paciente pesquisado.	Número y Porcentaje.
<b>Síntomas y signos</b>	Cualitativa	-Astenia. -Anorexia. -Pérdida de peso. -Dificultad para orinar -Orinas oscuras o sanguinolentas. -Orinas muy frecuentes en las noches. -Dolor al orinar -Dolor óseo. -Orinas frecuentes pero escasas.	Síntomas y Signos prostáticos Característicos que acompaña a la enfermedad oncológica.	Número y Porcentaje.
<b>Nivel de conocimiento sobre el tacto rectal</b>	Cualitativa nominal discontinua.	Adecuado: de las 5 preguntas de la encuesta 3 o más correctas. Inadecuado: de las 5 preguntas de la encuesta 2 correctas.	Según los conocimientos que demuestren en la encuesta.	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia.
<b>Realización del tacto rectal</b>	Cualitativa dicotómica.	Se lo realizaron No se lo realizaron	Según realización de la técnica.	Número y Porcentaje.

Los resultados obtenidos fueron computarizados y reflejados en tablas mediante programas de software Microsoft Office Word. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (proporción y porcentaje).

## **Aporte práctico de la investigación**

La investigación tiene como intención inicial identificar los factores de riesgo que predisponen a cáncer de próstata en la población masculina y una vez logrado este propósito educarlos, brindándole información, con la finalidad de elevar los conocimientos a través de los medios de enseñanza.

Los participantes de forma voluntaria y anónima, accedieron a llenar encuestas, lo que nos dio la oportunidad de investigar predisposición masculina y evaluar la preparación en cuanto a la estrecha relación que guarda cáncer de próstata con tacto rectal y la importancia de su realización, para evitar diagnósticos tardíos y sin alternativas de solución, al contrario lograr tratamientos tempranos y oportunos.

El programa educativo estuvo tutorado, asesorado y creado sobre las bases psicopedagógicas de la educación para la salud, además posee un enfoque comunicativo y para la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como bases las ciencias Filosóficas, la Pedagogía y la Psicología, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización a la propuesta.

La intervención tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto como máxima de cualquier empeño educativo en el que el hombre transforma al mundo en la medida en que se transforma a sí mismo.

Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, teniendo en cuenta la ley de la Pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual posibilita su instrumentación, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo.

## **Aspectos Éticos**

Para esta investigación se contará con la afirmación del comité de ética e investigación de la institución. Se cumplirá estrictamente con el proceso de confiabilidad de la información.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 1: Distribución de la muestra según grupos de edad.**

Grupos de edad (años)	Masculino	
	#	%
<b>50-59</b>	35	44.3
<b>60-69</b>	22	27.8
<b>70-79</b>	13	16.5
<b>más de 80</b>	9	11.4
<b>Total</b>	79	100

El grupo de edad que predominó fue de 50-59 años que representó un 44.3%, siguiéndole el grupo etario de pacientes entre los 60-69 años, lo que demuestra la mayor prevalencia de adulto jóvenes correspondiéndose con estudios del Grupo Nacional de Oncología (8).

**Tabla 2: Distribución de la muestra según color de la piel.**

Color de la piel.	#	%
<b>Blanca</b>	61	77.2
<b>Negra</b>	7	8.8
<b>Mestiza</b>	11	14
<b>Total</b>	79	100

En esta tabla se puede observar que el color de la piel que predominó en los pacientes en estudio fue la piel blanca representando 77.2 %, para un grupo de 61 masculinos, siguiéndole en orden los pacientes con piel mestiza para un 14 %. Contradictorio con estudios de Ranado de la Orden S., Saá Requejo C., Quintás Viqueira A (4), donde las tasas más elevadas de cáncer de próstata corresponden a los sujetos negros, lo que evidencia que en esta población puede existir un menor número de pacientes predispuestos en relación con este factor.

**Tabla 3: Distribución de la muestra según la ingestión de grasa animal.**

<b>Ingestión de grasa animal.</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>La ingieren</b>	72	91.1
<b>No la ingieren</b>	7	9
<b>Total</b>	79	100

La tabla 3 nos muestra que la ingestión de grasa animal es un factor de riesgo presente en la mayor parte de la población, representando el 91.1 % del total. En asociación con estudios revisados en la bibliografía (19). Se plantea que existe una mayor predisposición de la población de forma general.

**Tabla 4: Distribución de la muestra según el hábito de fumar.**

<b>Habito de Fumar.</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>Fumadores</b>	58	73.5
<b>No fumadores</b>	21	26.5
<b>Total</b>	79	100

En la tabla anterior se puede apreciar que del total de la muestra en estudio el 26.5 % en menor cuantía representa a los no fumadores y el 73.5% a los fumadores, lo que evidencia mayor riesgo de patología prostática maligna de estos pacientes, en correspondencia con lo afirmado por el autor Díaz Alonso G (12), que el tabaquismo es un factor de riesgo por lo general presente en todos los pacientes con cáncer de próstata.

**Tabla 5: Distribución de la muestra según profesión y el contacto con fertilizantes.**

Profesión.	#	%	Contacto con fertilizantes.			
			Si	%	No	%
<b>Obreros y ex obreros agrícolas</b>	61	72.2	8	9.4	53	62.7
<b>No obreros agrícolas</b>	18	27.3	X			
<b>Total</b>	79	100	X			

En esta tabla se puede observar que al distribuirse la muestra según la asociación con el trabajo agrícola, se constató que 61 pacientes son obreros agrícolas, representando el mayor %, el 72.2 % y el menor % los no agrícolas, para un 27.3%. Están en contacto directo con productos químicos el menor número de pacientes, el 9.4 % de los pacientes de riesgo evidente.

**Tabla 6: Distribución de la muestra según antecedentes de enfermedad.**

<b>Antecedentes de enfermedad protática</b>	#	%
<b>Familiares</b>	11	14
<b>Personales</b>	5	6.3
<b>Sin Antecedentes</b>	63	79.7
<b>Total</b>	79	100

La tabla anterior nos muestra que el tipo de antecedentes más frecuente en este estudio fueron los familiares, constituyendo el 14 % del total, acentuando una vez más los resultados

que las mutaciones hereditarias tienen una alta prevalencia, correspondiente con estudios del Instituto Nacional de Oncología (5), a diferencia de los antecedentes personales que en la población representó 6.3%.

**Tabla 7: Distribución de la muestra según la presencia de síntomas y signos.**

Tacto Rectal	#	%	Examen positivo.	
			Si	No
Se lo realizaron	8	10.1		
			4	4
No se lo realizaron	71	89.9	X	
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	X	

La tabla anterior nos muestra que de un total de 79 pacientes 16 pacientes están presentando sintomatología prostática, representando un 20.2 % donde favorablemente 63 pacientes no presentan sintomatología alguna con el mayor % de 79.8, se muestra la asociación que existe entre síntomas y factores de riesgo, porque de los 16 pacientes sintomáticos 11 tienen factores de riesgo. En correspondencia con la bibliografía estudiada (15). Demuestra que los factores de riesgo pueden desencadenar afecciones prostáticas malignas.

**Tabla 8: Distribución de la muestra según realización del tacto rectal.**

Presencia de síntomas	#	%
Los presentan	16	20.2
No los presentan	63	79.8
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior podemos observar que luego de la intervención educativa 8 pacientes sintomáticos se realizaron el examen diagnóstico por primera vez, representando el 10.1%, lo que no deja de ser un resultado satisfactorio a pesar que el mayor % esta representado por los que no asistieron a la ejecución del mismo, para un 89.9 %. De los exámenes realizados 4 pacientes se les diagnosticó un aumento de volumen prostático. Este resultado evidencia la necesidad con que se realizó la investigación y nos habla a favor de las ventajas de la aplicación de intervenciones educativas, lo que no deja de ser cierto lo eficaz que fue la labor realizada por el personal de salud y la necesidad de seguir trabajando con la población masculina.

**Tabla 9: Distribución de la muestra según conocimientos sobre el Tacto Rectal.**

<b>Conocimientos sobre el tacto rectal.</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
		<b>%</b>		<b>%</b>
<b>Adecuado</b>	15	18.9	47	59.5
<b>Inadecuado</b>	64	81.1	32	40.5
<b>Total</b>	79	100	79	100

En la tabla anterior se evidencian resultados muy favorables, elevándose el nivel de información considerablemente sobre aspectos generales sobre el tacto rectal a un grupo de 47 pacientes de la muestra en estudio en la categoría de adecuada, representando un 59.5 %, quedando solamente como inadecuada un 40.5 %, ya que antes de la intervención educativa solo 15 pacientes tenían conocimientos correctos representando el 18.9 %. Se demostró nuevamente en comparación con otras literaturas estudiadas de Sandoval Jiménez Odalys, Santana Sarrhy Lourdes, Coll Ruiz Mario (7), que este aspecto es uno de los mayores a reforzar en los programas de estrategias educativas.

## **CONCLUSIONES**

La investigación en el CMF # 22 de Primero de Enero constituyó la pesquisa activa del riesgo del Cáncer de Próstata, ya que evidenció un grupo de pacientes propensos a padecer esta patología y quedó claro que una población no está exenta de predisponentes de una enfermedad. Se probó una vez más que la pesquisa activa constituye un método de trabajo en la atención primaria y la identificación oportuna de los problemas de salud. Mediante el trabajo educativo con los pacientes, se pueden mejorar los conocimientos y hacer que estos sean llevados a la práctica. Se logró promover un grupo de exámenes rectales y con esto el diagnóstico de casos afectados. Se evaluaron los pacientes con factores de riesgo evidentes y tacto rectal positivo, con el fin de la búsqueda de otras alternativas para corroborar el diagnóstico en la atención secundaria o terciaria, así como se crearon listados registrando estos casos y se reconsideró la aplicación nuevamente de las técnicas educativas desde otros contextos.

## **RECOMENDACIONES**

Recomendamos extender la aplicación del proyecto de Pesquisa Activa del riesgo de Cáncer de Próstata e Intervención Educativa sobre el Tacto Rectal en pacientes mayores de 50 años de todo el municipio de Primero de Enero, las áreas de salud de la provincia de Ciego de Ávila y en otras provincias donde se registre alta incidencia y prevalencia de pacientes afectados, en busca del diagnóstico precoz de esta patología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Instituto Nacional de Oncología. "Propuesta para abordar el problema Cáncer de Próstata". La Habana: Minsap; 2011.
2. Álvarez-Blanco MA, Escudero-de los Ríos PM, Hernández-Toríz N Cáncer de Próstata. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=29419>
3. Freidenreich Axel, Aus Gunna, Bolla Michel, Joniau Steven, Matveev Vsevolod B., Schmid Hans Peter et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2012 Jun 08]; 33(2): 113-126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062009000200004>.
4. Ranado de la Orden S., Saá Requejo C., Quintás Viqueira A. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2012 Jun 08]; 30(6): 574-582. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210)
5. [Leticia Fernández](#),<sup>1</sup> [Yaima Galán](#),<sup>2</sup> [Rosa Jiménez](#),<sup>3</sup> [Ángela Gutiérrez](#),<sup>4</sup> [Marta Guerra](#),<sup>5</sup> [Celia Ma. Pereda](#),<sup>6</sup> [Celia Alonso](#),<sup>7</sup> [Antonio Agudo](#),<sup>8</sup> [Elio Riboli](#)<sup>9</sup> y [Carlos González](#)<sup>8</sup> Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000300002&script=sci_arttext)
6. Ilepuz Losa C., Borque Fernando Á., Rioja Sanz L.A... ¿Which is the most appropriate diagnostic algorithm for prostate cancer screening? Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2005 Mayo [citado 2012 Jun 08] ; 29(5): 465-472. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062005000500005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000500005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062005000500>
7. Sandoval Jiménez Odalys, Santana Sarrhy Lourdes, Coll Ruiz Mario. Valor del tacto rectal y el antígeno prostático específico en el pesquiasaje del adenocarcinoma de próstata. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2012 Jun 08]; 41(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932002000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932002000400005&lng=es).
8. 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; 2010.
9. 10.Konski 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*. 2009; 106(12): 2598-602.
  10. Chávez M F, Romero P T, González M S, Lence A J, Santos M T .Riesgo de morir por cáncer en Cuba. *Rev Cubana Oncol* 2008 ; 13(1):5-11
  11. 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*.2011; 10(3):215-9
  12. Díaz Alonso G. Epidemiología del cáncer de Próstata. *Rev Cubana Ged Gen Integr* 20; 2010(4): 378-81.
  13. Greene KL, Meng MV, Elkin EP. Validation of the Kattan preoperative nomogram for prostate cancer recurrence using a community based cohort: results from cancer of the prostate strategic urological research endeavor (capsure). *J Urol*. 2009; 171 (6): 2255-9.
  14. Ministerio de salud pública. Anuario estadístico. La Habana: MIPSAP; 2005.
  15. Delongchamps NB, Singó A, Haas GP. The role of prevalence in the diagnosis of prostate cancer. *Cancer Control*.2011; 13(3): 158-68.
  16. Galán Y, Álvarez ME, Guerra L, Priscila Torres B, Mariela García J, Fernández Garrote L et al. Mortality and Survival from Prostate Cancer in Cuba, 1977-1999. *European Journal of Cancer Prevention*. 2008; 13(5): 377-381.
  17. López MA, Grosman H, Bellora OG, Surur DM, Grispon D et al. Epidemiología del cancer de prostata en la óptica de una campaña de detección temprana. *Rev. Argent Urol*. 2010; 69(4): 210-219.
  18. Grau Abalo JA, Chacón Roger M. Comunicación y apoyo al enfermo: herramientas básicas del acompañamiento. En Material II Congreso Internacional de Tanatología. México:
  19. Romero Cagigal I., Ferruelo Alonso A., Berenguer Sánchez A. Dieta y cáncer de próstata. *Actas Urol Esp* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2012 Jun 08]; 27(6): 399-409. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062003000600001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000600001&lng=es)

20. Freddy Castillo Guerra, Lissi Lisbet Rodríguez Rodríguez, Olga Lidia Alfonso Pérez, Julio Cesar Vigil Quiñonez. Efectividad del tratamiento del cáncer de próstata en Villa Clara. Acta Médica del Centro, Vol. 5, No. 3 Especial, 2011. citado 23 de septiembre del 2013. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r3\\_11sup/cancer.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r3_11sup/cancer.htm)
21. Esther Gilda González Carmona, Oscar Lorenzo García, Yumar de la Paz Pérez. Cáncer de próstata y sexualidad. Acta Médica del Centro, septiembre 13, 2010. citado 23 de septiembre del 2013. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_12/prostata.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_12/prostata.htm)
22. Dr. Alfredo Rousseaux Modesí<sup>1</sup>, Dr. Leonel Blanco García<sup>2</sup>, Dra. Ayanis. Reyes Pacheco<sup>3</sup>, Dr. Rafael Sánchez Reyes<sup>4</sup>, Lic. Brenda Baglán Acosta. Mortalidad por tumores malignos en el Policlínico Universitario. 23 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/?offset=70>

## Anexos

### ANEXO1

Nos encontramos haciendo una pesquisa activa mediante esta encuesta sobre el riesgo de Cáncer de Próstata.

- Nombre \_\_\_\_\_.

- En que grupo de edad se encuentra usted  
50-59 \_\_\_\_ 60-69 \_\_\_\_ 70-79 \_\_\_\_ +80 años \_\_\_\_.
- Color de la piel.  
Blanca \_\_\_\_ negra \_\_\_\_ mestiza \_\_\_\_.
- Ingiere la grasa animal.  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
- Es fumador  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
- Es obrero o ex obrero agrícola Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
- Tiene en este momento o ha tenido contacto con fertilizantes.  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
- Usted ha presentado alguna enfermedad de la próstata.  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
- Tiene en este momento o ha tenido familiares que hallan presentado cáncer de prostática.  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
- Presenta usted alguno de estos síntomas o signos.  
Decaimiento, agotamiento o cansancio \_\_\_\_.  
Pérdida de apetito \_\_\_\_ . Pérdida de peso \_\_\_\_ .Dolor óseo \_\_\_\_ .  
Dificultad en la salida de la orina (obstrucción o orina en gotas) \_\_\_\_ .  
Orinas oscuras o sanguinolentas \_\_\_\_ .  
Orinas muy frecuentes en las noches \_\_\_\_ .  
Dolor en el momento de la salida del chorro \_\_\_\_ .  
Orinas muy frecuentes pero escasas \_\_\_\_ .

## ANEXO 2

### DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Participantes: Masculinos de más de 50 años de bajo y alto coeficiente intelectual, la gran mayoría son obreros agrícolas, carecen de conocimiento sobre el examen del Tacto Rectal y con poca participación en su realización, con actitudes negativas por lo general ante la misma y falta de interés. Conformando un grupo de 79 pacientes.

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los pacientes.

Para la ejecución de este trabajo utilicé un programa educativo para aplicar conocimientos sobre el Tacto Rectal sensibilizar a los masculinos mayores de 50 años y promover la realización del mismo.

Dinámica grupal con debate de situación.

Debate y reflexión.

Conferencia, juego de conocimientos.

Programa educativo para aplicar conocimientos sobre el Tacto Rectal sensibilizar a los masculinos mayores de 50 años y promover la realización del mismo.

#### ***Tema 1: Masculinos alertas***

Sumario:

- 1 -Presentación de los coordinadores y los participantes.
- 2 -Expectativa de los participantes.
- 3 -Programa y metodología.
- 4 -Problemática de los pacientes.

Objetivos:

1. Crear un medio de confianza e intimidad.
2. Valorar las necesidades grupales y las expectativas que promueve la actividad.
3. Presentar el programa y la metodología a seguir.
4. Proyectar lo problemática actual de los pacientes.

***Tipo de Actividad: Dinámica grupal con debate de situación. “La escuela”***

Recursos: Lápices y hojas.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Doctora del área.

Participantes: Masculinos de más de 50 años.

Tema 2: Definición Sexual Segura.

Sumario:

1 - Conflictos del los pacientes.

2 - Los deseos sexuales.

Objetivos:

Valorar las complejidades y conflictos a los que se puedan enfrentar así como las nuevas experiencias.

Tipo de Actividad: Debate y reflexión sobre. “Los tropiezos”

Recursos: Lápices y hojas

Frecuencia: Quincenal

Responsable: Psicólogo y doctora del área.

Participantes: Masculinos mayores de 50 años.

Tema 3: Tacto Rectal, generalidades.

Sumario: Concepto, medios de protección y seguridad, técnica de diagnóstico precoz.

Objetivo:

Insertar el examen del Tacto Rectal como una técnica de diagnóstico oportuna y necesaria.

Tipo de Actividad: Conferencia, juego de conocimientos. “Diagnóstico prematuro.”

Recursos: Equipo de video

Frecuencia: Mensual

Responsable: Clínico y doctora del área.

Participantes: Masculinos mayores de 50 años.

### ANEXO 3

Nos encontramos haciendo una encuesta anónima a población masculina de más de 50 años del CMF #22 sobre el tacto rectal.

A continuación aparecerán una serie de preguntas que usted contestará marcando con una X según sus conocimientos.

**I-Sabes lo que es el Tacto Rectal. Si\_\_\_ No\_\_\_.**

**II-Se lo han realizado alguna vez. Si\_\_\_ No\_\_\_.**

- Por su médico\_\_\_\_\_.
- Por su enfermera\_\_\_\_\_.

**III-Consideras que es una técnica de fácil realización. Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_.**

- Pude afectar tu definición sexual\_\_\_\_\_.
- No afecta tu definición sexual\_\_\_\_\_.

**IV-En cuantas posiciones se puede realizar.**

- Una posición \_\_\_\_\_.
- Dos posiciones\_\_\_\_\_.
- Tres posiciones\_\_\_\_\_.

**V-Se utilizan medios de protección para causar la menor molestia al paciente y facilitar su realización. Si\_\_\_ No\_\_\_.**

