

*UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE ÁREA
CEBALLOS
CIEGO DE ÁVILA*



Título: Intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer de próstata en la comunidad de Santo Tomás.

Autora: Dra. Lianné Gutierrez Rivero

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

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE ÁREA CEBALLOS
CIEGO DE AVILA**

Título: Intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer de próstata en la comunidad de Santo Tomás.

Autora: Dra. Dra. Lianné Gutierrez Rivero.

Aspirante a Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: MsC. Katia Villamil Fumero

Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente. Master en Salud y desastres.

Asesora: MsC. Magaly Rita Gómez Verano

Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar

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

**Ciego de Ávila
2016**

PENSAMIENTO:

“La verdadera medicina no es la que cura, sino la que precave. La higiene es la verdadera medicina. Más que recomponer los miembros deshechos del que cae rebotando por el despeñadero, vale indicar el modo de apartarse de él.”

José Martí.

DEDICATORIA:

A mis padres por sus esfuerzos y dedicación en brindarme la mejor educación, por inculcarme los valores que me definen hoy como persona y profesional, y por ser ellos el motor que me impulsa a esforzarme más cada día para cumplir mis metas.

A mi novio Aníbal, por su compañía en este viaje no exento de sacrificios, por su apoyo, comprensión, amor y paciencia durante las horas dedicadas a la realización de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS:

A quien me dio la oportunidad de estar hoy cumpliendo mi sueño, La Revolución Cubana, y a nuestro máximo líder Fidel Castro, quien nos convoca como ese gran ejército de batas blancas que cumple con la humana y altruista misión de preservar la salud de nuestro pueblo y el mundo.

A mis padres por su apoyo incondicional y permanecer siempre a mi lado, por ayudarme a crecer y a confiar siempre en mí, y sin los que este sueño no sería posible.

A mi familia por brindarme siempre su apoyo y comprensión.

Para quien ha compartido y soportado junto a mí, las noches de desvelo y malcriadeces sin casi protestar, para quien me ha permitido descubrir la magia de la incondicionalidad, con su permanencia, amor y constancia. Para quien comparte mi vida... Aníbal, porque siempre tuve su hombro para descansar.

A mi tutora Katia Villamil, por su ejemplo, capacidad de trabajo, exigencia e intervenciones, por su apoyo, colaboración práctica y acompañamiento constante sin límites de horario para la terminación de este trabajo.

A mis profesores, en quienes he encontrado apoyo, sabiduría, profesionalidad, ayuda y comprensión.

A mis amigos y amigas, aquellos que siempre estuvieron cerca de mí con una frase de aliento y confianza.

A Todos los que de una forma u otra colaboraron en la realización de este trabajo, haciéndolo suyo.

A todos

Muchas Gracias.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el cáncer de próstata en el poblado de Santo Tomás del área de salud del policlínico de Ceballos, Ciego de Ávila, desde octubre del 2014 hasta el abril del 2016. La muestra quedó conformada por 28 pacientes de entre 25 a 49 años de edad, la selección de la muestra se realizó de forma no probabilística e intencional. Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Se realizó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos, para determinar la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar. Predominó la cuarta década de la vida y la categoría de acompañado resultó significativo. El nivel de escolaridad que predominó resultó el secundario, igualmente la ocupación de campesino resultó mayoritaria. Se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones antes y después respecto a conocimiento general sobre cáncer de próstata, edad de aparición

Palabras clave: Intervención educativa, cáncer de próstata, conocimientos

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO GENERAL.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
METODOLOGÍA	17
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	23
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata constituye uno de los problemas de salud en la medicina, así como el manejo terapéutico asociado a esta patología, que representa uno de los problemas más difíciles en la medicina moderna. El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentes en el hombre; su incidencia aumenta con la edad, los médicos deben tener un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico precozmente.

La próstata es una de las glándulas sexuales del hombre por lo que hace parte del aparato reproductor masculino junto con los testículos, escroto, pene, vesículas seminales y los conductos que sirven para nutrir, guardar y transportar el espermatozoides. En el adulto la próstata se asemeja en forma y tamaño a una nuez localizada justo debajo de la vejiga urinaria y recubriendo totalmente la parte inicial de la uretra.

La principal función de la próstata es producir líquido prostático durante la eyaculación. Este líquido nutre y protege el espermatozoides durante el acto sexual y constituye el principal componente del semen (1-5).

La próstata tiene 3 zonas principales encapsuladas dentro de una cápsula fibrosa: la zona periférica o glándula externa, compuesta por aproximadamente un 65% de tejido glandular, la zona central o glándula interna compuesta por un 25% de tejido glandular y la zona de transición, que rodea la uretra prostática y está compuesta por un 10% de tejido glandular. El cáncer de próstata se desarrolla usualmente en la zona glandular, por lo cual el área más afectada es la glándula externa o zona periférica que contiene más tejido glandular (3,4).

El tamaño de la próstata se equilibra en el adulto con la muerte de células viejas y su reposición por células nuevas. Este equilibrio se regula principalmente por las hormonas andrógenas, en especial la testosterona.

Por la extraordinaria frecuencia con que se presenta el cáncer de próstata, por las circunstancias que rodean su aparición y desarrollo, por las dificultades que ofrece su diagnóstico precoz y por la desorientación que reina en su tratamiento, el cáncer

de próstata ocupa el primer lugar en importancia entre los cánceres que se producen en el sexo masculino y constituye a la vez uno de los problemas más difíciles que se plantean en patología urogenital (6-10).

El cáncer de la próstata es el tipo de cáncer más común entre los hombres. Uno de cada cinco hombres será diagnosticado con cáncer de la próstata durante el curso de su vida y uno de cada 33 hombres morirá a causa de esta enfermedad (11).

Las tasas de defunción de esta enfermedad han crecido sostenidamente hasta alcanzar la cifra de 1.035 muertes en 1996. En Estados Unidos la incidencia alcanzó en 1992, 185.8 nuevos casos por 100.000 hombres, para disminuir por primera vez a 135.3 nuevos casos por 100.000 hombres en 1994. La tasa de defunción de esta enfermedad creció sostenidamente hasta alcanzar la cifra de 5.606 muertes en el 2003 en edad media de 79 años, con cerca de 700.000 casos diagnosticados en el mundo, en el año y una tasa estandarizada mundial de 104/100.000 varones. La distribución geográfica es variable encontrándose la mayor incidencia en Europa y Norteamérica, y la menor entre la población China. En Estados Unidos se diagnosticaron 232.090 casos en el año 2005, constituyendo el cáncer más frecuente alcanzando el 33% de todos los tumores sólidos. El cáncer de próstata rara vez se ve en el hombre menor de 50 años; la incidencia aumenta rápidamente en cada década. Se supone entonces que con el envejecimiento de la población este problema será cada vez mayor constituyendo un verdadero problema de salud (12,13).

En Cuba, el cáncer de próstata constituye la segunda causa de muerte en la población masculina de más de 50 años. La tasa de mortalidad por cáncer de próstata en la población masculina se ha incrementado notablemente en las últimas décadas, con una tasa de 176,6 x 100 000 habitantes. En la provincia de Ciego de Ávila es la primera causa, siendo la tasa de mortalidad por tumores malignos de 160,7 x 100 000 habitantes. Específicamente en el municipio de Morón constituye una causa de morbilidad frecuente con una tasa de mortalidad de 159,7 x100 000 habitantes, siendo el motivo de consulta de la mayoría de los pacientes que acuden al urólogo muchas veces con los síntomas avanzados de la enfermedad (14).

Hace más de 20 años, la mayor parte del cáncer de próstata se descubría cuando su extensión local o a distancia hacía imposible cualquier tratamiento que pretendiera erradicarlo. A partir de los años 90, con el advenimiento de los análisis sistemáticos del PSA y el tacto rectal (TR), se dispararon los diagnósticos de esta patología en fase precoz. El PSA no es más que antígenos prostáticos específicos que se encuentran en sangre y se elevan ante este proceso oncoproliferativo, determinadas circunstancias pueden originar falsos positivos como: montar bicicleta, instrumentaciones urológicas, relaciones sexuales y grandes esfuerzos físicos no obstante la literatura recoge que cumpliendo los requisitos establecidos para su realización es efectiva para el diagnóstico y seguimiento (cuando el tratamiento es adecuado disminuyen los valores del marcador). Una vez realizado el diagnóstico de cáncer de próstata por este medio, se puede eliminar mediante cirugía o radioterapia pues el diagnóstico se realiza en etapas iniciales, evitando la aparición de metástasis, y por tanto la mortalidad inherente (15-17).

El *PSA* es una proteína sintetizada en las células epiteliales prostáticas con la función de licuar el coágulo seminal, y que puede detectarse en el torrente circulatorio. El PSA es una serinaproteasa presente en concentraciones elevadas en el esperma, involucrada en la liquefacción del semen y producida por las células epitelioides de la glándula prostática. Esta glucoproteína representa en la actualidad el marcador biológico más sensible del cáncer de próstata. Los valores definidos como normales del mismo según la literatura son de 0 - 4 ng/L (18).

Un estudio realizado por un Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EEUU (USPSTF) afirma que la evidencia científica muestra que se trata de un test poco útil y que incluso en muchas ocasiones genera más daños que beneficios por lo que no aconsejan esta prueba de forma sistemática, aunque dejan abierta la posibilidad de que cada médico y paciente valoren individualmente su realización (19).

En Cuba una vez alcanzada la esperanza de vida de 78 años de edad, con la reducción de muertes por enfermedades infecciosas, por ejemplo, así como la reducción de la mortalidad infantil, el cáncer, específicamente el cáncer de próstata ha pasado a ser la segunda causa de muerte en el hombre, la primera causa de años

de vida perdidos, y el principal obstáculo que se interpone al objetivo de sobrepasar la esperanza de vida de 80 años. En Cuba se lleva a cabo un Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz de Cáncer de Próstata, que indica la práctica sistemática del tacto rectal a todos los hombres mayores de 45 años de edad que acuden a los centros asistenciales y a los casos necesarios, enviarlos a consultas especializadas en urología para su diagnóstico y seguimiento.

Aun así, en el Municipio de Ciego de Ávila en el año 2014 la Dispensarización de adultos hombres con riesgo de padecer el cáncer de próstata fue deficiente, exhibiendo un mayor índice de morbilidad que en años anteriores, con una tasa de mortalidad de 159,7 x100 000 habitantes, ya que la mayoría de los pacientes al asistir a las consultas de especialistas de urología se presentan con síntomas ya avanzados de la enfermedad, siendo ya ineficaz un tratamiento para su reducción o cura (19).

En esta provincia al igual que en el municipio cabecera, el control de diagnóstico precoz de Cáncer de Próstata constituye una prioridad importante, pero en esta entidad, por los estudios realizados se ha demostrado que no existe un adecuado seguimiento de adultos sanos con riesgos, que aún se continúan presentando dificultades con el diagnóstico de esta patología asociado al desconocimiento general de esta entidad y de sus medios diagnósticos en la atención primaria.

Al encontrarnos con un número elevado de morbimortalidad por esta patología, tanto en nuestra provincia como en el municipio cabecera, debido al grado cultural, a la insuficiente educación por parte de los medios de comunicación como del personal de la salud, es que nos motivamos a la realización de este trabajo y con ello formulamos el problema científico:

Problema: ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y el manejo adecuado acerca del mismo en adultos jóvenes pertenecientes al área de salud de Ceballos en Ciego de Ávila?

Hipótesis de investigación: Si se aplica un programa de intervención educativa se puede modificar y elevar el nivel de conocimientos sobre el impacto y la repercusión del cáncer de próstata en adultos jóvenes pertenecientes a la comunidad de Santo Tomás, Ceballos, municipio de Ciego de Ávila.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad de la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con cáncer de próstata en adultos jóvenes de Santo Tomás del área de salud del policlínico de Ceballos, Ciego de Ávila.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas.
2. Determinar el nivel de conocimientos de los adultos jóvenes sobre cáncer de próstata.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada al efecto.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

El cáncer de próstata es el cáncer de mayor incidencia en los hombres y es la segunda causa de muerte en este grupo. La tasa de incidencia ajustada por edad aumentó a lo largo de las décadas pasadas con un dramático ascenso en los últimos años de los 80 y en los primeros de los 90, asociado al screening con antígeno

prostático específico (PSA), observándose un descenso en los últimos años. La tasa de mortalidad ajustada por edad recientemente muestra un comportamiento en paralelo con la tasa de incidencia. El aumento de incidencia del cáncer de próstata que se observa hasta 1989 es el resultado de la realización de más prostatectomías transrectales. El incremento que se observa luego de esa fecha está determinado por el uso generalizado del PSA para detección temprana y screening de cáncer de próstata (20).

El cáncer de próstata raramente se ve en hombres menores de 50 años de edad, su incidencia luego de esta edad aumenta rápidamente con cada década. La incidencia ajustada por edad es mayor en los hombres de raza negra (142.0 por 100.000) así como también la mortalidad por cáncer de próstata en comparación con los hombres de raza blanca (108.0 por 100.000). Los hombres con una historia familiar de cáncer de próstata presentan mayor riesgo de padecer la enfermedad en comparación con aquellos que no la tienen. Otros factores de riesgo además de la edad, raza e historia familiar de cáncer de próstata, son el consumo de alcohol, interacciones de vitaminas y minerales (21).

Aunque la prevalencia de cáncer de próstata y lesiones preneoplásicas encontradas en las autopsias aumenta por cada década de edad, la mayoría de estas lesiones permanecen clínicamente indetectables. Por otra parte el riesgo estimado de padecer esta enfermedad a lo largo de la vida es de 16%, pero el de morir por la misma es de tan sólo 3 a 4%. Estos dos hechos son los que generan gran parte de la controversia con respecto al beneficio de hacer screening del cáncer de próstata (22).

La morbilidad del carcinoma de próstata clínicamente manifiesto varía en los países a nivel mundial así como en las razas, por ejemplo: la tasa de presentación en Alemania es de 28.5 x 100,000 hombres, en E.U. es de 41 x 100,000 en blancos y de 72 x 100,000 en negros, en Japón de solo 3.4 x 100,000 hombres, lo que pone de manifiesto una verdadera dependencia de la incidencia del carcinoma prostático de la raza afectada. En los últimos 10 años el carcinoma de próstata ha presentado una elevación tanto en su morbilidad como en su mortalidad en nuestro País (23).

La prevalencia (número de casos existentes en un punto dado en tiempo) del cáncer de próstata es difícil de cuantificar, la detección del carcinoma de próstata en aproximadamente 20% de los especímenes de cirugías por hiperplasia prostática benigna y de 30% en autopsias de hombres de más de 50 años lleva a pensar que el cáncer de próstata es la forma más prevalente de cáncer en el adulto masculino (15).

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

Se ha demostrado la influencia de los factores genéticos en el desarrollo del cáncer de próstata con un riesgo de dos a tres veces mayor que la población normal en aquellos pacientes que presentan el antecedente de un padre o un hermano que hayan padecido de cáncer de próstata clínico; y dicho riesgo aumenta más de cinco veces si presenta dos o más parientes cercanos con el mismo padecimiento (24-27).

Se deben diferenciar las siguientes formas de presentación del carcinoma de próstata:

Carcinoma de próstata clínicamente manifiesto: Tumor palpable con o sin síntomas; con o sin metástasis.

Carcinoma de próstata incidental: Hallazgos de tacto rectal normal, APE normal, el tumor puede ser encontrado en forma casual en la pieza quirúrgica de una adenomectomía por hiperplasia prostática benigna. Ya pueden existir metástasis.

Carcinoma de próstata latente: Carcinoma no diagnosticado durante la vida, es un hallazgo de autopsia.

Carcinoma de próstata oculto: Carcinoma cuya manifestación primaria es por metástasis con hallazgos de tacto rectal y APE normales (28).

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

La escala descrita por Gleason en 1970 se ha convertido en un estándar de reporte por los médicos patólogos hoy por hoy, esta escala reporta el grado de similitud entre un acino prostático normal y un acino con cambios por el carcinoma prostático, se reporta de 1 al 5 según el grado de diferenciación del tejido observado al microscopio. El patólogo al hacer un barrido microscópico de una muestra enviada reporta un solo número si la biopsia positiva muestra homogeneidad en el tejido neoplásico, si hay alguna diferencia reporta el número más frecuente encontrado y como segundo número el resto del tejido por lo que al ir la escala del 1 al 5 la suma de ambos números es de 2 el más diferenciado y de 10 el más indiferenciado (29).

El estudio histopatológico proporciona información anexa de importancia además del carcinoma mismo como:

Neoplasia Intraepitelial Prostática (NIP) de alto grado se refiere a un cambio de la arquitectura prostática primordialmente en los acinos y los conductos por células atípicas. Se divide en 2 grandes grupos relacionados la NIP de bajo grado que describe a una NIP con displasia moderada y la NIP de alto grado que incluye que implican una displasia severa. Desde el punto de vista patológico las NIP's se diferencian del adenocarcinoma por la invasión de la membrana basal y por las características de sus núcleos.

En la NIP de alto grado, el riesgo de diagnosticar cáncer en una biopsia posterior varía del 27 al 79%. Y esta se caracteriza por la presencia de nucléolos prominentes. El tiempo para repetir la biopsia en este tipo de casos con NIP de alto grado es de aproximadamente 6 meses.

El término de hiperplasia acinar atípica es inespecífico y es usado para denotar algunas entidades clínicas tales como la neoplasia intraepitelial prostática o focos sospechosos de carcinoma infiltrante. En estos casos se recomienda repetir la biopsia en 3 meses siguientes (30)

La invasión perineoral (IPN) se refiere cuando el cáncer de próstata afecta a los nervios o alrededor de los mismos. La IPN es el principal mecanismo por el cual el cáncer de próstata puede invadir desde la próstata hasta los tejidos peri prostáticos vecinos.

Entre los diversos Factores pronósticos, se han mencionado: la proporción de tumor Gleason 4 ó 5, el volumen tumoral, la invasión vascular intraprostática y, por supuesto, la estadificación, es decir, el grado de progresión local o a distancia que tiene el tumor en el momento de su diagnóstico. Anteriormente se describió la clasificación TNM y pTNM. Discutiremos cómo se precisan ellas en la práctica diaria y sus limitaciones (31-32).

Las herramientas de evaluación del grado de extensión local de enfermedad más usadas son: el tacto rectal y la ecotomografía prostática. Ambas tienen la limitación

de que en la mayoría de los casos la extensión es microscópica y, por lo tanto, imposible de determinar con esos métodos. El nivel de APE se correlaciona con los diferentes estadios de la enfermedad, pero en el caso individual la correlación es pobre. Finalmente la Tomografía Axial Computarizada (TAC) también tiene escaso valor para precisar la extensión local (19).

Se ha podido determinar un error por sub-evaluación de hasta un 40 a 50% en la estadificación clínica con los métodos antes descritos. Una proposición interesante es la formulada por las tablas estadísticas que estiman con grados de certeza variable la etapa de un tumor cuando se conocen el tacto rectal, el grado de Gleason de la biopsia prequirúrgica y el APE. Entre ellas están las tablas formuladas por Partin y colaboradores, validadas también por la Clínica Mayo y nuestra Universidad (20).

Un ejemplo del uso de las tablas de Partin es el siguiente: un paciente con un tumor T2a, APE de 4 ng/ml o menos y un score de Gleason 4 o menos, tiene con un 80% de posibilidades enfermedad confinada a la próstata y casi nula de tener metástasis linfáticas. El mismo caso con tumor T2a, pero con APE de 20 ng/ml y score de Gleason 8 o más, las posibilidades de tener enfermedad confinada se reducen al 5% y la metástasis linfática aumenta en riesgo al 20% (16).

La mejor forma de evaluar el compromiso ganglionar linfático o progresión regional es mediante la resección quirúrgica de esos ganglios. Esto puede ser realizado durante el mismo acto quirúrgico destinado a resecar la próstata, o bien, como un procedimiento laparoscópico independiente. La TAC tiene las limitaciones ya descritas (18).

La extensión sistémica de la enfermedad se estudia observando el compromiso óseo, ya que es excepcional la metástasis visceral sin la ocurrencia previa de metástasis ósea. El esqueleto se evalúa mediante la cintigrafía ósea con Tc99, que si bien es poco específica para cáncer de próstata, ayuda por la distribución de las lesiones y por concentrar la atención en una zona que requiera mayor estudio (33).

En estadios tempranos el carcinoma de próstata no causa ningún síntoma específico, debido a que más del 70% de los tumores se originan en la zona

periférica de la glándula y cuando un nódulo crece lo suficiente como para llegar a causar síntomas obstructivos uretrales, éstos son muy parecidos a los causados por el crecimiento hiperplásico de la glándula prostática: retardo en el inicio de la micción, disminución en el calibre y fuerza del chorro urinario, goteo terminal, tenesmo vesical, es decir, se integra un verdadero síndrome obstructivo urinario bajo. A estos síntomas se le anexan otros como polaquiuria, disuria, ardor transmiccional, la hematuria, que no es patognomónico del carcinoma prostático; o bien pueden presentarse síntomas iniciales propios de metástasis en forma concomitante como dolor óseo en columna lumbar baja (34).

El crecimiento y diseminación local del tumor causa síntomas directos e indirectos tales como compresión ureteral que condiciona dilatación de las cavidades superiores y al final una insuficiencia renal post renal. Las metástasis óseas pueden causar síntomas dolorosos sobre todo en columna lumbosacra, fracturas patológicas o bien pueden causar un síndrome de compresión de raíces de nervios lumbosacros. Si el enfermo presenta una diseminación metastásica generalizada, éste presenta una rápida afección de sus condiciones generales con anemia, caquexia, edema de miembros pélvicos, obstrucción rectal, fibrinólisis e insuficiencia renal crónica que pueden condicionar una muerte rápida (35).

La exploración física del enfermo prostático es uno de los puntos de mayor importancia en el diagnóstico del carcinoma de próstata, dentro de la que obligatoriamente debe incluirse un tacto rectal anotando todas las características encontradas en la glándula prostática como son tamaño, consistencia, superficie, bordes o presencia de nódulos en su superficie.

Todo nódulo encontrado así como cualquier aumento de consistencia de la glándula, amerita de estudio por medio de una biopsia, transrectal guiada con ultrasonido, ya que hasta en 50% de los nódulos, es posible encontrar datos histológicos de un adenocarcinoma prostático. Desde el punto de vista clínico no es posible diferenciar un nódulo benigno de uno maligno, los cuales son encontrados frecuentemente en el vértice y en la porción basal de ambos lóbulos prostáticos, un nódulo sospechoso de cáncer tiene una consistencia pétreo. Es muy importante delimitar el tamaño del

nódulo palpado, el cual puede estar muy localizado pero algunas ocasiones se puede palpar abarcando todo un lóbulo o ambos, abarcando toda la superficie de la glándula prostática o bien fuera de la misma encontrando las vesículas seminales palpables o toda la superficie anexa a la glándula totalmente dura en lo que se conoce como pelvis congelada. La exploración física debe incluir la exploración de los genitales externos y de ambas extremidades inferiores en busca de edema por obstrucción linfática y la exploración abdominal en busca de masas palpables (36-39).

El Antígeno Prostático Específico. (APE) es una proteasa sérica de membrana de los tejidos humanos que pertenece a la familia de las calicreínas, su principal función es la licuefacción del eyaculado incrementando la movilidad del espermatozoide y facilitando la concepción. Es producido por las células ductales y acinares epiteliales de la glándula prostática. Su valor normal es de 0 – 4 ng/dL (24).

El antígeno prostático específico tiene varias funciones en el carcinoma de próstata: la primera es la detección oportuna; cuando los valores séricos del APE se encuentran por arriba de los niveles de 4 ng/dL es un signo de alarma para el médico ya que existe la posibilidad de que el paciente sea portador de un carcinoma de próstata que no se ha palpado en el tacto rectal. Se considera que cuando su valor es menor de 4 ng/ml solo hay una probabilidad del 15% de encontrar cáncer de próstata, cuando los valores van de 4 – 10 ng/dL. hay una probabilidad del 30 al 35%; y cuando es mayor de 10 ng/dL, la probabilidad es de 60%. Los valores del APE también pueden alterarse por arriba de los niveles normales en otras enfermedades de la próstata como un proceso inflamatorio crónico y aquellos pacientes que cursan con crecimientos de tipo benigno pero con grandes volúmenes de la próstata elevan el APE hasta en un tercio de los pacientes (25,26).

Esto ha provocado que se hayan buscado numerosas estrategias para refinar el APE en la detección del cáncer de próstata, dentro de las cuales se incluyen:

Velocidad del APE: se entiende por velocidad del APE a la diferencia en el valor sérico del APE entre una determinación y la subsiguiente. Los pacientes cuyo APE

sérico aumenta en 0.75ng/dL/año tienen un mayor riesgo de cáncer de próstata. (40)

Densidad del APE: La relación del APE con el volumen de la glándula se denomina densidad del APE. Las concentraciones del APE se elevan alrededor de 0.12 ng/mL por gramo de tejido en la hiperplasia prostática.

Índices de referencia del APE ajustado a la edad:

<u>Edad</u>	<u>APE (ng/dL)</u>
40 – 49	< 2.5
50 – 59	< 3.5
60 – 69	< 4.5
70 – 79	< 6.5

Formas moleculares del APE: El antígeno prostático específico se encuentra a nivel sérico de dos isoformas la libre y la unida a las proteínas. Alrededor del 90% del APE sérico está unido con la α -1-antiquimiotripsina y la macroglobulina, cantidades menores se encuentran en su forma libre.

Ultrasonido Transrectal de la Próstata.

Esta técnica ha demostrado ser una modalidad eficiente en el diagnóstico y estadificación del carcinoma prostático El diagnóstico de cáncer se basa en el hecho de que los nódulos malignos son vistos ultrasonográficamente con hipoecogenicidad, debido a la hiper celularidad del tumor produce una mínima interface entre las células produciendo un eco interno mínimo. Con esta técnica también es posible la estadificación de la enfermedad localizada ya que permite tener información detallada del tumor y la presencia de infiltración de la cápsula prostática o de las vesículas seminales. Tiene una certeza en la estadificación de 64%, especificidad de 78-99% y sensibilidad de 59-84%. Se recomienda utilizar solo después de tener alteraciones en el APE o el tacto rectal (41).

En 1986 se introduce El transductor de 7 MHz mejorando la resolución que permite visualizar la estructura de la próstata correspondiente al concepto de anatomía zonal de Mc Neal.

El Dr. Mc Neal dividió la anatomía zonal de la próstata en 4 zonas: Zona periférica, Zona central, Zona transicional y, Zona Fibromuscular (42-44).

Biopsia Prostática Transrectal

Cada vez que se sospecha un cáncer prostático y se desea tomar una decisión terapéutica, está indicado realizar una biopsia prostática. La técnica más usada actualmente es la biopsia transrectal, idealmente guiada por ecotomografía. Se toma un mínimo de 6 muestras, una por cada sextante, agregando otras por cada región sospechosa al tacto o la ecografía.

El procedimiento requiere una preparación simple que incluya antibióticos profilácticos y un lavado rectal mecánico. El índice de complicaciones es menor, en torno al 2%. Las más frecuentes son: infección urinaria y retención urinaria aguda. En ocasiones puede haber bacteremias que requieran un régimen antibiótico más enérgico y rara vez hospitalización (45).

El informe del patólogo puede ser adenocarcinoma de próstata, en cuyo caso nos interesará conocer el grado de Gleason. La lectura de una biopsia prostática es un trabajo especializado que en ocasiones puede requerir de gran experiencia.

Algunas afecciones pueden ser confundidas con cáncer, entre ellas están la hiperplasia de células basales, la Adenosis, la atrofia, la prostatitis granulomatosa y la neoplasia intraepitelial o PIN (38).

El PIN de alto grado es una alteración morfológica de especial interés por ser vecina a un cáncer o constituir un precursor de éste.

Una biopsia prostática negativa para cáncer no descarta absolutamente su presencia. La toma de las muestras puede haber caído en zonas sanas y no ser representativa de lo que realmente existe en ese momento en la glándula. De allí que

el paciente con sospecha de cáncer deba ser controlado periódicamente, dejando abierta la posibilidad de repetir la biopsia en futuras ocasiones.

Si a un paciente se le diagnostica un cáncer prostático localizado y no se somete a ningún tratamiento, las posibilidades de que fallezca por esa causa durante los próximos 10 años son bajas. Esta observación y una conocida experiencia sueca, que reportó baja mortalidad en pacientes tratados conservadoramente, han sido argumentos para plantear esta conducta. Sin embargo, estos datos tienen que ser evaluados en su verdadero contexto, ya que no son extrapolables a los pacientes con expectativa de vida mayor de 10 años, ni tampoco a los casos de tumores moderadamente o pobremente diferenciados (46)

Por lo expuesto anteriormente, en Cuba se lleva a cabo un Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz de Cáncer de Próstata, que indica la práctica sistemática del tacto rectal a todos los hombres mayores de 45 años de edad que acuden a los centros asistenciales y a los casos necesarios, enviarlos a consultas especializadas en Urología para su diagnóstico y seguimiento. El principal propósito de la presente investigación sería, elaborar un taller como propuesta de intervención educativa para prevenir el cáncer de próstata, la necesidad de una propuesta de intervención para prevenir esta patología que permita adquirir los conocimientos necesarios para cambiar modos y estilos de vida saludables. (47)

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención y modificar conocimientos relacionados con el cáncer de próstata en adultos jóvenes en el poblado de Santo Tomás del área de salud del policlínico de Ceballos, Ciego de Ávila, desde octubre del 2014 hasta el abril del 2016.

Universo y muestra

El Universo de estudio está constituido por 28 pacientes de entre 25 a 49 años de edad. La selección de la muestra se realizó de forma no probabilística e intencional,

es decir, muestra opinática, que coincidió con el universo. La muestra quedó conformada con todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que expresen su consentimiento para ser incluidos en la investigación firmen el obligatorio consentimiento informado y se encuentren en el área durante la investigación (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con afecciones mentales que les impida responder las preguntas de la encuesta.

Criterios de salida:

1. Pacientes que durante el período de la investigación se trasladen del área.
2. Pacientes fallezcan en el momento del estudio.

Metodología

Métodos del nivel teórico:

- Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Área de salud de Ceballos, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- Analítico-Sintético: Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer la existencia de factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados con el cáncer de próstata y su prevención en edades precoces. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.
- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigida por el equipo básico de salud para elevar el nivel de conocimientos de la patología de estudio en el área de salud de Ceballos en Ciego de Ávila.

Técnicas de recogida de datos:

Se utilizó una encuesta de recogida de datos diseñada por los autores de la investigación, evaluado y validada previamente por un consejo científico.

Principales variables de medición de respuesta.

- La variable independiente de la hipótesis es la estrategia de intervención dirigida a los pacientes de 25 a 49 años de la comunidad de Santo Tomás en Ceballos. Se define “Estrategia educativa” como la proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo permite la transformación de los modos de actuación a los pacientes de 25 a 49 años, del policlínico Ceballos.
- Variable dependiente: El conocimiento de las pacientes de 25 a 49 años sanos, del policlínico de Ceballos.

Etapas de la intervención educativa

Fase Organizativa:

El escenario a utilizar en la intervención fue un local del Policlínico de Ceballos, el cual se habilitó para la actividad que debe contar con los requisitos indispensables para la ejecución de la misma (iluminación, ventilación, medios informáticos, etc.). Se conformó un grupo integrado por 28 adultos jóvenes a los que se les aplicó el cuestionario (Ver anexo II).

Fase de Intervención:

Después de aplicado el cuestionario se detectaron las necesidades de aprendizaje y se impartió el programa de intervención educativa creado a partir de dichas necesidades (Ver anexo III) por parte del autor. Esta estuvo estructurada en 6 clases tipo conferencia de 45 minutos de duración cada una y 2 clases prácticas de 1 hora cada una, impartándose al grupo de participantes, en la cual se ofreció información actualizada en cuanto a:

- Concepto.
- Grupos de riesgo.
- Factores de riesgo
- Cuadro clínico.
- Formas de presentación más frecuente
- Principios del tratamiento
- Complicaciones más frecuentes.
- Medidas a tomar para su prevención y diagnóstico precoz.

Fase de Evaluación:

Luego de concluido el programa de intervención educativa, en la última sesión de trabajo se aplicó el cuestionario post-prueba donde se podrá evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por los pacientes sujetos de investigación después de la intervención comunitaria.

Técnica de recolección de la información

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

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

Técnicas para las clases realizadas en la intervención.

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

Técnicas afectivo participativa (TAP): En nuestros días resulta indispensables que los especialistas se actualicen en los métodos y técnicas a emplear y sobre todo tener presente que la charla, la entrevista, las dramatizaciones, etc. que se han empleado de forma sistemática es necesario enriquecerlas con las TAP, en las que la población se involucra directamente en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

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

Tabla de operacionalización de variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de edad
Nivel de Escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria sin terminar.	Según nivel de escolaridad	Número y Porcentaje

		Primario. Secundario. Preuniversitario. Universitario.	vencido	según grupo de pertenencia
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Desempleado. Obrero. Profesional. Campesino. Jubilado. Otro.	Según labor a la que se dedica.	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero. Casado. Acompañado. Viudo. Divorciado.	Según estado civil	Número y porcentaje según estado civil
Nivel de Conocimiento	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuado. No adecuado.	Validación según cuestionario.(anexo III)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Escala evaluación del nivel de conocimientos por temas: Aparece en el anexo III.

Nivel de conocimientos generales:

Adecuado: Cuando responde al menos seis preguntas de forma adecuada.

Inadecuado: Cuando tiene menos de seis preguntas de forma adecuada.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

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

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Además se realizó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este pre-experimento se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

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

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

. **Título:** Intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer de próstata en la comunidad de Santo Tomás.

Tabla 1. Distribución de participantes según estado civil y edad. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Estado Civil	N	Edad			
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Soltero	4	22,2	2,8	25	31
Casado	9	45,5	3,8	40	49
Acompañado	11	37,3	5,7	29	47
Divorciado	4	44,7	3,3	41	49

Total	28	39,6	7,6	25	49
Prueba T para la igualdad de medias $p = 0,000$					

Fuente: cuestionario

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según estado civil de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades de los mismos, así como sus valores extremos.

Se pudo observar que 11 personas se encontraban en la categoría de acompañado con mayor representación en la muestra, con una media de edades de 37,3 años y una desviación media de los datos respecto al mencionado promedio de 5,7 años con un valor mínimo de 29 y máximo de 47 años. Le siguió la categoría de casado con 9 participantes con una mayor media de edades de 45,5 años y los datos se desviaron de su media en 3,8 años como promedio, los valores extremos fueron de 40 y 49 años.

Según el resultado de la prueba T para evaluación de diferencia de medias en muestras independientes, la media de edades general resultó significativamente menor (39,6) que la media de edades de las categorías de casado y divorciado, lo cual determina la diferencia estadística entre las edades de los sujetos de la investigación.

Se conoce que la edad tiene un papel preponderante a la hora de prevenir el cáncer de próstata, este raramente se presenta en hombres menores de 50 años de edad, pero su incidencia luego de esta edad aumenta rápidamente con cada década, por lo que se hace cada vez más imprescindible el conocimiento general sobre el mismo en los adultos jóvenes sanos. Siendo los profesionales de la salud los que deben facilitar a sus pacientes varones un diálogo abierto sobre los beneficios de su conocimiento y detección precoz, y los pacientes deberían participar activamente en esta decisión para aprender sobre el cáncer de próstata.

En un estudio de casos y controles realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (34) sobre factores de riesgo de cáncer de próstata, evidencian una fuerte correlación entre la intensidad de la actividad sexual, estado civil y cáncer de

próstata, explicada principalmente por la alta probabilidad de infección causada por un agente de transmisión sexual, generalmente presente en hombres promiscuos o que confirmen mantener frecuencia de relaciones con prostitutas. Refieren además que lo niveles de actividad sexual incrementada pudiera ser indicio de niveles de andrógenos circulantes más elevados, resultados que permitieron evaluar el carácter de riesgo de diferentes factores probablemente asociados a la aparición del cáncer de próstata.

Tabla 2. Distribución de participantes según nivel de escolaridad. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel escolar	N	%
Primaria sin terminar	2	7,1
Primario	5	17,9
Secundario	13	46,4
Pre-Universitario	5	17,9
Universitario	3	10,7
Total	28	100,0

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el nivel de escolaridad evaluado según nivel terminado.

Se pudo observar que 13 de los participantes, presentaban un nivel de escolaridad secundario, para un 46,4% del total. Le siguió el nivel primario y pre-universitario con distribuciones idénticas para un 17,9% respectivamente.

Los valores porcentuales encontrados en la muestra de estudio, determina que existe un nivel medio general en el nivel de escolaridad alcanzado en la población estudiada.

Se destaca por esta información la importancia del grado escolar, para el conocimiento y detección precoz del cáncer de próstata siendo la educación una variable clave en la explicación de los fenómenos relacionados con dicha enfermedad.

En un estudio realizado en Santiago de Cuba por Aglae Cáceres (33) señala que la información y los consejos no son eficaces si no se complementan con objetivos formativos en términos de actitudes, se requiere del carácter interactivo del proceso enseñanza aprendizaje para que al final el educando lleve a cabo el aprendizaje al ser el coproductor del mensaje.

Tabla 3. Distribución de participantes según ocupación. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Ocupación	N	%
Desempleado	2	7,1
Obrero	8	28,6
Profesional	4	14,3
Campesino	12	42,9
Jubilado	1	3,6
Otro	1	3,6
Total	28	100,0

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según ocupación laboral actual.

Se pudo observar que 12 de los sujetos de la investigación se encontraban en la categoría de campesino, para un 42,9% del total. Le siguió la categoría de obrero con 8 participantes para un 28,6% y la categoría de profesional con 4 sujetos para un 14,3% del total.

En un estudio de casos y controles realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (34) sobre factores de riesgo de cáncer de próstata, reportan una asociación del trabajo agrícola, con una particular referencia al uso de pesticidas, con el cáncer de próstata, presentan también la hipótesis de que el exceso de riesgo de los trabajadores agrícolas podría ser atribuido a algún contaminante que se concentra en el tejido graso de los animales, ya que suelen ser estos altos consumidores de estos productos.

En una tesis presentada en Santiago de Cuba, por Aglae Cáceres (33) expone que el desempeño profesional por sí solo no propicia la modificación de los comportamientos y las conductas en la población, sino que el mismo tiene que estar complementado por la satisfacción de requerimientos sociales, que imprimen variabilidad y dinamismo a las acciones de salud.

Por ello en este proyecto intervencionista estuvieron presentes participantes con variedad identificada en el contexto socio laboral con la característica general, de la necesidad de cambios en la concepción y profundización de conocimientos sobre el cáncer de próstata, logrando mediante esto impacto social, que permita transferir las experiencias de los participantes.

Tabla 4. Distribución de participantes según nivel de conocimiento general sobre cáncer de próstata. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	16	57,1	28	100,0

Insatisfactorio	12	42,9	0	0,0
Total	28	100,0	28	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos general de cáncer de próstata, evaluado antes y después de aplicar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que antes de la intervención, 16 personas presentaban un nivel adecuado de conocimientos para un 57,1% del total, mientras que 12, no respondía adecuadamente las preguntas al respecto, representando el 42,9% de los participantes. Demostrando este dato que una importante parte de la población en estudio desconocía que el cáncer de próstata es un tumor maligno que se desarrolla en dicho órgano glandular del sistema reproductor masculino, llegando a ocasionar metástasis a otros niveles y la muerte, si no se realiza una detección precoz del mismo.

Una vez terminado el programa capacitante, las respuestas de satisfactoria se encontraron en las 28 personas que participaron en la actividad científica para un 100,0% del total, por lo que el programa resulto efectivo para lograr una modificación del nivel de conocimiento inicial. Las diferencias encontradas, resultaron muy significativas.

Tabla 5. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre edad de aparición del cáncer de próstata. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	24	85,7	28	100,0
Insatisfactorio	4	14,3	0	0,0

Total	28	100,0	28	100,0
-------	----	-------	----	-------

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos edad de aparición del cáncer de próstata, evaluado antes y después del programa capacitante.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 4 personas respondieron de forma inadecuada la interrogante sobre este tema, para un escaso 14,3% de la muestra, mientras 24 de ellos (85,7%), respondían de forma satisfactoria en la identificación de la respuesta adecuada.

Al finalizar la intervención capacitante, la totalidad de los participantes en el estudio (28; 100,0%), fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

En un estudio presentado en Camagüey por Hernández Sáez(30), refiere que el cáncer de próstata se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años de edad, sin embargo, este importante dato es ignorado generalmente por la población masculina joven, para quienes esta enfermedad es característica entre la sexta y séptima década de vida, no prestando importancia muchos de ellos a la necesidad de su detección precoz, y a la presencia en nuestro país de la realización del tacto rectal y el antígeno específico, llamado comúnmente (PSA), como programa priorizado.

Tabla 6. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre riesgos potenciales de padecer cáncer de próstata. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación	
	Antes	Después

	No.	%	No.	%
Satisfactorio	1	3,6	13	46,4
Insatisfactorio	27	96,4	15	53,6
Total	28	100,0	28	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre los riesgos potenciales de padecer cáncer de próstata, evaluado antes y después de la intervención.

Se observó que en la evaluación inicial realizada al comienzo de la investigación con fines diagnósticos, solo 1 de los participantes indicaban los ítems correctos del cuestionario para este tema, representando tan solo el 3,6% del total, mientras 27 (96,4%), no demostraban conocimientos suficientes para el mismo.

Una vez concluido el programa educativo y pasado un tiempo prudencial, se aplica nuevamente el cuestionario con un resultado positivo de 13 participantes (46,4%), mientras que 15 sujetos (53,6%) no lograron responder los ítems adecuados, disminuyendo así la cifra inicial, aunque con mayor valores porcentuales en la categoría de respuesta insatisfactorio por lo que el programa no resultó efectivo para realizar una modificación positiva en este acápite, modificación que resultó significativa al analizarla con la prueba de McNemar que presentó un resultado muy inferior a 0,05.

En un estudio de casos y controles realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (34) sobre factores de riesgo de cáncer de próstata, refieren que se encontró evidencia estadísticamente significativa con la historia familiar, siendo muy notorio el hecho de que la proporción de familiares con cáncer de próstata sea mayor en los casos que en los controles. Se evidencia un incremento del riesgo en familiares de individuos con esta enfermedad, lo cual fundamenta la idea de que los mecanismos genéticos juegan un papel importante en esta, considerándose como uno de los riesgos potenciales del cáncer de próstata.

Así como también reportan importantes diferencias entre el cáncer de próstata según el color de la piel, sugiriendo un mayor riesgo en individuos de origen africano.

Tabla 7. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo asociados. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	4	14,3	27	96,4
Insatisfactorio	24	85,7	1	3,6
Total	28	100,0	28	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo asociados del cáncer de próstata, evaluado antes y después del programa comunitario.

Se pudo observar que en la encuesta inicial, 4 personas poseían conocimientos adecuados sobre los mencionados factores de riesgo, para un 14,3% del total de participantes, mientras 24 (85,7%), hacían una mala selección de los ítems consignados en la encuesta referente a este tema.

Ya una vez terminado el programa capacitante, al reevaluar a los participante, la cifra de encuestados que demostró un nivel adecuado de conocimientos, se elevó hasta 27 para una modificación positiva con el 96,4% del total. La mejoría resultó significativa al analizar el resultado de la prueba estadística utilizada.

Las recomendaciones para prevenir el cáncer se pueden resumir de la siguiente forma: Si adopta un estilo de vida sano, puede prevenir ciertos tipos de cáncer y mejorar su salud general. Alrededor del 30% de todos los casos de cáncer que se diagnostican en los países desarrollados están relacionados con la exposición al

tabaco. Además, no podemos olvidar que el tabaco no sólo provoca cáncer, sino también otras enfermedades de gran trascendencia, tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica o infarto de miocardio etc. Numerosos estudios han evaluado la relación entre actividad física y reducción de riesgo de cáncer, especialmente el de próstata (31).

En un estudio similar realizado en Camagüey, por Hernández Sáez (30), esta refiere que en cuanto a la variable de factores de riesgo que incrementan el riesgo de padecer cáncer de próstata entre la población masculina; al encuestar a los pacientes se constató el desconocimiento de la totalidad de estos; el 81,4 % reconoció como riesgo más importante la edad mayor de 40 años, el 75,9 % los antecedentes familiares, luego de aplicada nuevamente la encuesta se logró un incremento notable de los conocimientos en un 100 % en todos los ítem evaluados.

Tabla 8. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre síntomas asociados al cáncer de próstata. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	5	17,9	28	100,0
Insatisfactorio	23	82,1	0	0,0
Total	28	100,0	28	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 8 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre síntomas asociados al cáncer de próstata, evaluado antes y después de aplicar la intervención capacitante.

Se pudo observar que antes de aplicar la mencionada intervención, 5 participantes, para un 17,9% del total, presentaba conocimientos considerados adecuados por la

clave de calificación utilizada, mientras 23, no respondían adecuadamente los ítems consignados para un 82,1% del total.

Al finalizar la intervención capacitante, la totalidad de los participantes en el estudio (28; 100,0%), fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

Hernández Sáez (30) concluye que, las características clínicas de la enfermedad reconocidas por los pacientes, fue otro indicador importante evaluado. Se tuvo en cuenta que una vez reconocidas permiten acudir oportunamente al médico, porque incluso ante la presencia de los síntomas existe una fuerte tendencia a negar la enfermedad y dilatar la consulta médica y el tratamiento. Se encontraron hallazgos similares a los planteados anteriormente, en estudios de intervención realizados sobre este tema en un grupo de pacientes donde antes de la intervención existía un 77 % que lo desconocían por completo y después de su aplicación el 100 %, no sólo lo conocían sino que habían sido preparados para capacitar a los padres sobre el tema (33).

Tabla 9. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre complicaciones del cáncer de próstata. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	28	100,0	28	100,0
Insatisfactorio	0	0,0	0	0,0
Total	28	100,0	28	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 9 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre complicaciones del cáncer de próstata, evaluado antes y después de aplicar el programa de intervención.

Se pudo observar en la encuesta inicial diagnóstica los 28 (100,0%) participantes del estudio respondían adecuadamente los ítems consignados en la encuesta. Al finalizar la intervención capacitante, la totalidad de los participantes en el estudio (28; 100,0%), mantuvieron las respuestas de las preguntas satisfactoriamente, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

Tabla 10. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de próstata. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	3	10,7	28	100,0
Insatisfactorio	25	89,3	0	0,0
Total	28	100,0	28	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 10 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de próstata, evaluado antes y después de aplicar la intervención capacitante.

Se pudo observar que antes de aplicar la mencionada intervención, 3 participantes, para un 10,7% del total, presentaba conocimientos considerados adecuados por la

clave de calificación utilizada, mientras 25, no respondían adecuadamente los ítems consignados para un 89,3% del total.

Al finalizar la intervención capacitante, la totalidad de los participantes en el estudio (28; 100,0%), fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

En un estudio de casos y controles realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (34) sobre factores de riesgo de cáncer de próstata, revelan una asociación de esta entidad, con historia anterior de enfermedad venérea, relacionada positivamente con la aparición a edades tempranas a estas enfermedades, por lo que hacen énfasis en la importancia de una sexualidad responsable. Recomiendan además una variedad de comida saludable con mayor prevalencia en la de origen vegetal, así como tomates, cítrico, sandías, ricos en vitaminas y minerales, y limitando el consumo de carne roja, especialmente la que contiene grasa o está procesada. Se mostró aumento del riesgo de cáncer de próstata asociado a bajos niveles de inactividad física, señalando para una de las medidas de prevención de esta enfermedad el establecimiento de modos y estilos de vida saludables.

Tabla 11. Distribución de participantes según nivel de conocimiento global sobre cáncer de próstata. Ceballos, Ciego de Ávila. 2016.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	3	10,7	27	96,4
Insatisfactorio	25	89,3	1	3,6
Total	28	100,0	28	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 11 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos general demostrado en todas las interrogantes anteriores y evaluadas antes y después de la intervención comunitaria realizada.

Se pudo observar que en la encuesta diagnóstica, aplicada al comienzo de la investigación, solo 3 personas poseían un nivel global de conocimientos evaluado de adecuado por la clave de calificación, representando el 10,7% de los participantes, mientras que 25 (89,3%), no demostraban conocimientos adecuados para los diferentes aspectos evaluados referentes a la enfermedad parasitaria.

Al concluir la actividad capacitante y aplicar la encuesta final, la cifra de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 27, los que representaron el 96,4% del total, logrando así una modificación positiva que resultó significativa según la interpretación de la prueba estadística utilizada, por lo que se considera que de forma general, la capacitación resultó efectiva logrando los objetivos trazados.

Los buenos resultados obtenidos con la aplicación de la intervención, nos alientan a pensar que estos conocimientos adquiridos van a sentar las bases para crear comportamientos y hábitos favorables, con la posibilidad de que los vayan incorporando a su estilo de vida cotidiano y la consiguiente disminución de aquellas conductas de riesgo para la salud, mejorando la salud integral y así obtener mejor calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.

Al evaluar los conocimientos en la investigación, inicialmente se comprobó que las pacientes desconocían sobre el programa de tamizaje implementado a nivel nacional para la detección del cáncer de próstata. En este sentido Vela, et al, (34) señala que el diagnóstico precoz reduce el riesgo de muerte en un 56-79 %, aunque su importancia fundamental está en el diagnóstico precoz de la enfermedad (35,36).

Piñeiro (37), señala que en la promoción de actitudes adecuadas con respecto al tamizaje, es de vital importancia la labor del equipo básico de salud, que labora en la comunidad, pero este no debe limitarse solamente a brindar información, sino que debe supervisar que se realice adecuadamente.

Por otro lado, para conocer el impacto real de las intervenciones educativas sobre las conductas y sobre los resultados en términos de salud, la evaluación del proceso resulta ser una condición imprescindible para medir correctamente el impacto de intervenciones educativas sobre las conductas y los resultados en términos de indicadores de salud. Además, dichas evaluaciones pueden ayudarnos a comprender los determinantes psicosociales de las conductas y los aspectos operativos que son claves para el éxito de las intervenciones, todo ello en el marco de la promoción de la salud (31).

CONCLUSIONES

Predominó la cuarta década de la vida y la categoría de acompañado resultó significativo. El nivel de escolaridad que predominó resultó el secundario, igualmente la ocupación de campesino resultó mayoritaria. Se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones antes y después respecto a conocimiento general sobre cáncer de próstata, edad de aparición. Se observó un cambio significativo pero negativo en el conocimiento sobre riesgos potenciales de padecer la enfermedad. Se logró un cambio positivo y significativo en el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo asociados, síntomas asociados, complicaciones, medidas de prevención del cáncer de próstata y nivel global de conocimientos en los participantes, por lo que se concluye que la intervención resultó efectiva.

RECOMENDACIONES

- Promover la asistencia de los hombres a partir de los 45 años de edad a las consultas médicas para la realización del antígeno prostático específico (PSA) y el examen físico de la glándula a través del tacto rectal.
- Realizar estudios más extensos con la implementación de estrategias de intervención educativa, para poder elevar la percepción del riesgo ante el cáncer de próstata.
- Aplicar los resultados obtenidos en esta investigación, mediante plegables y otros medios de divulgación en las consultas de consejería de salud de cada institución médica, en la atención primaria y secundaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2011;360:1320-1328.
2. Carlsson SV, Aus G, Hugosson J. How screening does affect erectile function and urinary incontinence following radical prostatectomy — results from the European randomized study of screening for prostate cancer (ERSPC). *J Urol*. 2010;183 Suppl 4:e669.
3. Shikanov S, Dignam JJ, Eggener SE. Hazard of prostate cancerspecific mortality over time following radical prostatectomy. *J Urol*. 2011;183 Suppl 4:e53.
4. Loeb S, Ross AE, Allaf ME, et al. Can we stop PSA testing 10 years after radical prostatectomy? *J Urol*. 2010;183 Suppl 4:e115.
5. Van Poppel H, Joniau S. An analysis of radical prostatectomy in advanced stage and high-grade prostate cancer. *Eur Urol*. 2008;53:253—9.
6. Gallina A, Briganti A, Suardi N, et al. Long-term outcome of Gleason 8-10 node negative prostate cancer: The importance of local control. *Eur Urol Suppl*. 2011;9:266.
7. Gontero P, Spahn M, Briganti A, et al. Is surgery for high-risk localized prostate cancer valid in the elderly population? An analysis of the influence of age on cancer-specific and overall survival. *Eur Urol Suppl*. 2010;9:223.
8. Nilsson AE, Schumacher MC, Carlsson S, et al. Age at surgery and educational level affect long-term urinary incontinence after radical. *Eur Urol Suppl*. 2010;9:253.
9. Bolla M, Van Poppel H, Tombal B, et al. 10-year results of adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy in pT3N0 prostate cancer (EORTC 22911). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2010;78:S29.
10. Morgan SC, Walker-Dilks C, Goldman B, et al. Does the benefit of adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy for pathologic T3 or margin-positive prostate cancer extend to all pathologic subgroups? A meta-analysis of the randomized trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2010;78:S29—30.
11. Warde PR, Mason MD, Sydes MR, et al. Intergroup randomized phase III study of

- androgen deprivation therapy (ADT) plus radiation therapy (RT) in locally advanced prostate cancer (CaP) (NCIC-CTG, SWOG, MCR-UK, INT: T94-0110; NCT00002633). *J Clin Oncol*. 2010;28:959s.
12. Mottet N, Peneau M, Mazon J, et al. Impact of radiotherapy (RT) combined with androgen deprivation (ADT) versus ADT alone for local control in clinically locally advanced prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28:343s.
 13. Scher HI, Beer TM, Higano C, et al. Antitumour activity of MDV3100 in a phase 1-2 study of advanced prostate cancer. *Eur Urol Suppl*. 2012;9:285.
 14. Scher HI, Beer TM, Higano CS, et al. Antitumour activity of MDV3100 in castration-resistant prostate cancer: a phase 1-2 study. *Lancet*. 2011;375:1437—46.
 15. Montesino-Semper M, Madero-Jarabo R, Solsona-Narbón E, et al. Treatment of carcinoma in situ of the bladder associated or not associated to muscle-invasive transitional carcinoma using two different BCG doses: The standard or one-third dose. A five year follow-up. *Eur Urol Suppl*. 2010;9:91.
 16. Serretta V, Altieri V, Morgia G, et al. Monthly maintenance after early intravesical chemotherapy. *Eur Urol Suppl*. 2011;9:325—6.
 17. Skolarus T, Ye Z, Hollenbeck B, et al. Repeat resection of bladder tumours: prevalence and outcomes. *J Urol*. 2012;183 Suppl 4:e398.
 18. Chamie K, Saigal C, Hanley J, et al. Quality of care for patients with high-grade non-muscle-invasive bladder cancer. *J Urol*. 2012;183 Suppl 4:e568—9.
 19. Roth B, Burkhard FC, Studer UE. Early enteral versus parenteral nutrition following cystectomy and ileal urinary diversion: Results of a prospective randomised trial. *Eur Urol Suppl*. 2012;9:318.
 20. Hofner T, Haferkamp A, Milakovic S, et al. Renal function decline after urinary diversion — a retrospective comparison study of ileal conduit and ileal orthotopic neobladder in consideration of patient comorbidity. *Eur Urol Suppl*. 2012;9: 320.
 21. James ND, Hussain SA, Hall E, et al. Results of a phase III randomized trial of synchronous chemoradiotherapy (CRT) compared to radiotherapy (RT) alone in muscle-invasive bladder cancer. *J Clin Oncol*. 2012;28:346s.
 22. James N, Hussain S, Hall E, et al. Results of a phase III randomized trial of

synchronous chemo-radiotherapy (RT) alone and standard vs. reduced high volume RT in muscle invasive bladder cancer (MIBC) (BC2001 CRUK/01/004). *Int J Radiat Oncol.* 2012;78:S2—3.

23. De Santis M, Bellmunt J, Mead G, et al. Randomised phase II/III trial comparing gemcitabine/carboplatin (GC) and methotrexate/carboplatin/vinblastine (M-CAVI) in patients (pts) with advance urothelial cancer (UC) unfit for cisplatin-based chemotherapy (CHT): phase III results of EORTC study 30986. *J Clin Oncol.* 2012;28:951s.

24. Díaz Ángel. Qué es el antígeno prostático específico; Lima.[Internet]. 2010 [citado 20 agosto 2015];10(7):[Aprox. 6p.]. Disponible en:

<http://drgdiaz.com/eco/prostata/psa.shtml>

25. Uribe Arcila JF. Cáncer de próstata ¿Qué es el antígeno prostático específico?. Colomb. [Internet]. 2011 [citado 10 diciembre 2015]; 20(12):[Aprox 10.]. Disponible en:

http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/healthprofessional#Section_1682

26. María Márquez, Leonardo Sosa. screening del cáncer de próstata. National Cancer Institute; Screening for Prostate Cancer; 2011.

27. Barry MJ. Prostate Specific Antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. *New England Journal of Medicine* 344(18): 1373-1377, 2011.

28. Chodak GW, Schoenberg HW: Early detection of prostate cancer by routine screening. *Journal of the American Medical Association* 252(23): 3261-3264, 1984.

29. Martín Moreno JM. El código europeo contra el cáncer. Tercera revisión (2013): insistiendo y avanzando en la prevención del cáncer. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 673-679.

30. Hernández Sáez I. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de próstata. *AMC vol.15 no.3 Camagüey mayo-jun.* 2011.

31. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de salud en Cuba para el 2015 [monografía en Internet]. 2006 [citado Enero 2016].
32. Dr. Acevedo Castro Boris Ernesto. Generación de anticuerpos monoclonales contra el antígeno específico de próstata (psa) para la detección del psa y su purificación. [Tesis] Universidad de Ciencias Médicas La Habana – Cuba. 2012
33. Msc. Aglae Cáceres Diéquez. Superación profesional de posgrado en la atención primaria de salud, una estrategia didáctica para la modificación de comportamientos y conductas a favor de los estilos de vida saludables. Tesis. Santiago de Cuba. Cuba 2011.
34. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Ciudad Habana. Cuba 2014. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata.
35. Fernández M, Zarraonandía. Detención de cáncer de próstata. España. [Internet]. 2007.[citado 11 septiembre 2015];13(9):[Aprox. 8p.]. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/prostata/page15>
36. Iwerks Jimmy. Qué es la próstata. EEUU.[Intenet] 2009; [citado 20 mayo 2015]:12(8):[Aprox.5p.].Disponible en:

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-prostata>
37. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional de Prevención y Control del Cáncer [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 12 Dic 2015].
38. World Health Organization. World Health Statistics [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 12 Dic 2015].
39. Tutt Bryan. Cáncer de próstata en estadio I. HealthProfessional. [Internet] 2010;[citado 20 Febrero de 2016]; 18 (5):[Aprox. 6p.]. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/HealthProfessional/page9>

40. Pérez Fírvida José Luis, FernándezSalgado Mercedes, Pérez López María Eva
Etiología del cáncer y carcinogénesis, tomo I
41. Harrison 16 Ed. Principios de Medicina Interna Edición en Español HARRISON
ONLINE > Parte V. Oncología y hematología > Sección 1. Enfermedades
Neoplásicas > Capítulo 68. Aspectos genéticos del cáncer > pag 2722
42. Dr. Hamer. El artículo "Exposing cancer's deep evolutionary roots", publicado en el
número especial de julio de PhysicsWorld, [Internet] 2013 [citado 11 octubre
2015]; 20 (5):[Aprox 3p.]. Disponible en: [http://www.medicina21.com/Actualidad-V3784
Nuevas teorias sobre el origen del cancer.html](http://www.medicina21.com/Actualidad-V3784Nuevas-teorias-sobre-el-origen-del-cancer.html)
43. Agrest Alberto. Cáncer de próstata. Medicina (B. Aires) v.65 n.5 Buenos
Aires. [Internet]. 2005 [citado 21 enero 2016]; 13(8):[Aprox 3p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802005000500013&script=sci_arttext
44. Carballido Rodríguez J. El cáncer de próstata. España:[Internet] 2010 [citado 23
enero 2016]; 18(6):[Aprox. 8p.]. Disponible en:
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/Patient/page1>
45. Laurent Azoulay, Ph.D., Centre for Clinical Epidemiology, Lady Davis Institute,
Jewish General Hospital, and department of oncology, McGill University, Montreal,
Canada; Anthony D'Amico, M.D., Ph.D., chief, radiation oncology, Brigham and
Women's Hospital, Boston, Journal of Clinical Oncology, online. Se
relaciona el uso de estatinas con un riesgo menor de muerte por cáncer de
próstata. 2013, Revista HealthDay. [Internet] 2011 [citado 6 noviembre 2015]; 20
(5):[Aprox 3p.]. Disponible en:
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_142273.html
46. Fernández M, Zarronandía. Detención de cáncer de próstata. España. [Internet].
2007. [citado 11 septiembre 2015]; 13(9):[Aprox. 8p.]. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/prostata/page15>

47. Acevedo Diego. Forma en que se realiza el examen (PSA). Chile.[Internet]. 2011 [citado 16 diciembre 2015];5(4):[Aprox. 4p.]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003346.htm>

48. Análisis del antígeno prostático específico (PSA). Madrid – España. [Internet]. [citado 2016]; 11(6):[Aprox 3]. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/antigeno-prostatico-especifico>

49. Dr. Rafael Rodríguez Martín. Cáncer de próstata en atención primaria. Saned grupo; [Internet]. [citado 2 enero 2016];11(5):[Aprox 10p.]. Disponible en:<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2002/tema7/cancer.t>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1-Alonso C, Domingo J, Honey P. Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora. Bilbao: Ediciones Mensajero; 2004.

2-Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leyva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico “José Martí”. EducMedSuper [serie en Internet]. 2011 [citado 29 Oct 2015]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200010.

3-Bayarre Veá H, Oliva Pérez M. Métodos y técnicas aplicados a la investigación en Atención Primaria de Salud. La Habana: ENSAP; 2001.

4- Coutin Marie G. La ética de la investigación en salud. La Habana: ENSAP ; 2011.

5-Delamorit. La interacción didáctica. Madrid: Kapeluz; 20

ANEXOS

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ quien suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en la investigación sobre: modificación de modo y estilo de vida saludables sobre cáncer de próstata en pacientes sanos, en la comunidad de Santo Tomás, Ceballos. Se me ha explicado:

En qué consiste la investigación y la importancia de esta para nuestra salud.

Mi participación es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del estudio cuando yo lo considere necesario no afectará mis relaciones con los médicos y la institución, los que me seguirán atendiendo según las normas y leyes del Estado Cubano.

Para que 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 _____ del año _____

Nombre y firma del sujeto de investigación

CUESTIONARIO

Fecha:

Datos generales:

Nombre y apellidos: _____

Edad: ____ años.

Estado Civil: *Marque con una X según corresponde:*

Soltero Casado Acompañado Divorciado Viudo.

Escolaridad: *Marque con una X según corresponda:*

Primaria sin terminar Primaria Secundaria Preuniversitaria
Universitaria

Ocupación: *Marque con una X según corresponda:*

Desempleado Obrero Profesional Campesino Jubilado Otro.

1. Pregunta sobre conocimiento general acerca del cáncer de próstata: Marque con una X la pregunta que considere correcta.

- a) ___ El cáncer de próstata se denomina al tumor maligno que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino.
- b) ___ Se le considera un tumor benigno de uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino.
- c) ___ Se le considera una enfermedad infectocontagiosa frecuente en el sexo masculino.
- d) ___ Se le considera una enfermedad resultante del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio.

e) ___ Es un resfriado común, catarro, resfrío o romadizo que es una enfermedad infecciosa viral leve del sistema respiratorio superior que afecta a personas de todas las edades.

f) ___ Es una inflamación (irritación con hinchazón y presencia de células inmunes adicionales) de la uretra (el conducto por el que se elimina la orina del cuerpo) que puede continuar durante semanas o meses.

2. ¿A qué edad considera usted que es frecuente la aparición del cáncer de próstata? Marque con una X según corresponda.

a) De 20 a 39 años: _____

b) De 10 a 19 años: _____

c) De 50 a 80 años: _____

d) De 30 a 49 años: _____

e) Es frecuente en todas las edades: _____

3. Conocimiento sobre riesgos potenciales de aparición de cáncer de próstata. Marque con una X según corresponda.

a) ___ En el adulto mayor.

b) ___ No existe relación de este con el hábito de fumar.

c) ___ Pacientes con herencia familiar.

d) ___ Pacientes que tengan más de tres hijos

e) ___ En los deportistas

f) ___ Está asociado a la inactividad física, el sedentarismo y la obesidad.

g) ___ La raza blanca

h) La raza negra

4. Factores de riesgo asociados al cáncer de próstata. Marque con una X según corresponda.

a) Tiene aparecer en sujetos sedentarios y obesos.

b) En sujetos con una vida sexual inactiva.

c) Personas con antecedentes de hábitos tóxicos.

d) Sujetos con una dieta inadecuada de alimentación.

e) Personas que ingieran antiinflamatorios como el ibuprofeno.

f) Sujetos con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

5. ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata? Marque con una X según corresponda.

a) Disminución del calibre y la fuerza del chorro, así como su interrupción brusca.

b) Disuria: micción dolorosa y difícil.

c) Vómitos

d) Micciones frecuentes pero de escasa cantidad.

e) Dolor de cabeza

f) Dolor de oído

g) Presencia de sangre mezclada con la orina

h) Necesidad de pujar o realizar un esfuerzo para expulsar la orina.

i) Dolor al tener contacto sexual.

- j) ___ Pueden presentar decaimiento, pérdida de peso y del apetito.
6. ¿Conoces las principales complicaciones que se pueden presentar? Marque con una x según corresponda.
- a) ___ Muerte súbita.
 - b) ___ caída del pelo.
 - c) ___ Gastritis.
 - d) ___ metástasis y muerte.
 - e) ___ Infecciones en todos los niveles
7. Conocimiento acerca de las medidas de prevención del cáncer de próstata. Enumere las medidas que usted cree correctas.
- a) ___ Cambiado de la dieta a baja en grasas y rica en verduras, frutas y cereales.
 - b) ___ ingestión de vitamina E de forma diaria.
 - c) ___ Tomar mucha agua.
 - d) ___ Realizarse periódicamente el pesquisaje establecido en la atención primaria de salud.
 - e) ___ Disminuir la ingesta de alcohol.
 - f) ___ Comer mucha carne roja.

ANEXO III

Validación según cuestionario

Escala evaluación del nivel de conocimientos por temas.

Pregunta 1: Sobre el Cáncer de Próstata. Marque con una x

Adecuado: si marca el acápite (a,).

Inadecuado: si no marca el acápite correcto (b,c,d,e,f).

Pregunta 2: ¿A qué edad considera usted que es más frecuente la aparición del cáncer de próstata?:

Adecuado: si marca el acápite (c).

Inadecuado: si marca cualquiera de los otros acápite

Pregunta 3: ¿Cuáles son las personas que más riesgos tienen de padecer el cáncer de próstata?

Adecuado: si marca el acápite (a,c,h)

Inadecuado: si marca otro acápite

Pregunta 4: Responda verdadero (V) o falso (F) cuando se aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

Adecuado: si marca el acápite (b,c).

Inadecuado: si marca otro acápite

Pregunta 5 ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata?

Adecuado: si marca todos los acápite (a,b,d,g,h,j)

Inadecuado: si marca otros acápite.

Pregunta 6: ¿Conoces las principales complicaciones que se pueden presentar?

Adecuado: si menciona alguna complicación

Inadecuado: si no menciona ninguna complicación.

Pregunta 7: Conocimiento acerca de las medidas de prevención del cáncer de próstata.

Adecuado: si menciona alguna medida

Inadecuado: si no menciona ninguna medida

Anexo IV

Programa de intervención educativa

Título: Conociendo sobre el Cáncer de próstata.

Objetivo General: Que las pacientes del consultorio de la comunidad de Santo Tomás del policlínico Ceballos alcancen un nivel de información sobre cómo prevenir el Cáncer de próstata y que a la vez les permita comprender las consecuencias que trae el mismo para ellos y su salud.

Evaluar la eficacia de un programa de Intervención comunitaria sobre ¿Cómo prevenir los factores de riesgo del Cáncer de próstata en los pacientes sanos en el Policlínico de Ceballos de la provincia de Ciego de Ávila en el periodo comprendido desde Octubre 2014 hasta mayo del 2015?

Dirigido a: Los pacientes del Consultorio de la comunidad de Santo Tomas del Policlínico de Ceballos de la provincia de Ciego de Ávila, la cual se estima en.

Lugar: Aula del policlínico De Ceballos diseñada para la actividad.

Profesora: Dra. Lianné Gutierrez I. Residente de primer año de Medicina General Integral

El curso consta de:

- 6 conferencias de 45min de duración cada una para un total de 3 horas.
- 2 clases prácticas de 1 hora de duración cada una para un total 2 horas
- Para un total de 5horas.

Se realizará con una frecuencia semanal.

Contenidos a impartir por temas.

Clase #1

Fecha: Enero del 2015

Hora: 1:30 pm

Lugar: Local policlínico de Ceballos.

Temática: Introducción sobre el Cáncer de Próstata.

Objetivo:

- ✓ Dar a conocer el contenido del Ensayo de Intervención comunitaria sobre el Cáncer de Próstata.
- ✓ Lograr que los integrantes del grupo se familiaricen

Duración: 45 min

Recursos: Médicos, local, folletos especializados, lápices.

Técnicas participativas: Charla introductoria.

Diálogo.

Se iniciará controlando la participación de las pacientes, seguidamente cada paciente realizará una presentación personal donde harán referencia a:

- Nombre y Apellidos
- Edad
- Estado Civil
- Motivos de su presencia
- Preferencia (Tema Libre)

Nota: Los temas que cada paciente abordará en su presentación serán de interés nuestro, además esto permitirá ir creando un ambiente agradable, ameno que contribuya a la inhibición de las pacientes y su familiarización en el grupo.

Seguidamente se realizará una breve panorámica de las temáticas que se abordarán durante el proyecto, así como dar a conocer el contenido del ensayo del programa de intervención comunitaria y su posterior aplicación

Temática:

- Conceptos y Clasificación.
- Cuadro clínico y etiología del Cáncer de próstata
- Principales complicaciones
- Factores predisponentes y determinantes.
- Principales consecuencias y riesgos

Luego se explicará la frecuencia con la que se realizarán las actividades, el tiempo de duración, los recursos que se utilizarán y las formas en que desarrollarán las actividades.

Clase #2

Fecha: Enero del 2015

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico de Ceballos.

Temática: Cáncer de Próstata. Conceptos y clasificación.

Objetivo: Definir el concepto de cáncer de próstata a partir de la conceptualización de dicho término , así como su análisis, haciendo uso de la bibliografía especializada para ello, que contribuya a la formación de un estilo y modo de vida responsable en los pacientes.

Motivación: Se reparten marcadores con mensajes relacionados con la sesión a impartir y se les invita a que cada uno lea su mensaje.

Tipo de actividad: Clase conferencia.

Duración: 45 min

Recursos: Médicos, local, folletos especializados, Marcadores con mensajes de salud, hojas de papel, Lápices.

Técnicas participativas: Clase conferencia.

Charla educativa.

Desarrollo

- Control de la participación de las pacientes.
- Realizar una breve panorámica de la temática que se abordará
- ¿Cuáles creen ustedes que sean los factores que cada día hacen que existan más casos con cáncer de próstata?

Incentivar la participación:

Se profundizará en la importancia que tiene la familia en esta etapa que experimenta el hombre y el rol que juega el conyugue en la vida del paciente y las consecuencias asociadas a la insuficiente orientación sobre modo y estilo de vida que poseen, todo esto se realizará sentados en círculo y además se mostraran propagandas traídas sobre el cáncer de próstata.

Conclusiones

Reflexiona en lo estudiado y emite tu criterio al respecto.

Clase #3

Fecha: Enero del 2015

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico De Ceballos.

Temática: Cuadro clínico y etiología del Cáncer de Próstata.

Objetivo: Describir las diferentes manifestaciones clínicas del cáncer de próstata, haciendo uso de la bibliografía especializada para ello mediante el diálogo y el debate que contribuya a un extenso conocimiento de dicha enfermedad.

Tipo de actividad: Teórico práctica.

Duración: 45 min

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Técnicas participativas: Juego de tarjetas

Análisis de situaciones

Introducción

- Control de la participación de las pacientes.
- Realizar una breve panorámica de la temática que se abordará.

Introducir el tema y el objetivo de la clase:

Para darle cumplimiento al objetivo de la clase se realizará dos actividades.

La primera actividad consiste en describir el cuadro clínico, para ello se utilizará un juego de tarjetas donde en una estará los diferentes síntomas y signos que pueden presentarse y en la otra la explicación de cada uno de ellos y según el contenido se hacen coincidir siendo los pacientes los protagonistas.

El cáncer de próstata es el cáncer de mayor incidencia en los hombres y es la segunda causa de muerte en este grupo. La tasa de incidencia ajustada por edad aumentó a lo largo de las décadas pasadas con un dramático ascenso en los últimos años. Por ello es importante el conocimiento de los síntomas y signos, para reconocerlos una vez instalados.

En estadios tempranos el carcinoma de próstata no causa ningún síntoma específico, debido a que más del 70% de los tumores se originan en la zona periférica de la glándula y cuando un nódulo crece lo suficiente como para llegar a causar síntomas obstructivos uretrales, éstos son muy parecidos a los causados por el crecimiento hiperplásico de la glándula prostática: retardo en el inicio de la micción, disminución en el calibre y fuerza del chorro urinario, goteo terminal, tenesmo vesical, es decir, se integra un verdadero síndrome obstructivo urinario bajo. A estos síntomas se le anexan otros como polaquiuria, disuria, ardor transmiccional, y la hematuria

El crecimiento y diseminación local del tumor causa síntomas directos e indirectos tales como compresión ureteral que condiciona dilatación de las cavidades superiores y al final una insuficiencia renal post renal.

La profesora profundizará en el cuadro clínico y su etiología.

Profundizar en: Los principales factores predisponentes a la aparición del Cáncer de Próstata.

¿Influye el modo o estilo de vida en la etiología del mismo?

¿Por qué se dan?

¿Cuáles son las pacientes más vulnerables?

Esto provoca un complejo proceso de toma de decisiones entre somáticos psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos.

Conclusiones Responder la interrogante que a continuación se muestra mediante la técnica de la lluvia de estrellas.

¿Se puede considerar que el cáncer de próstata es una enfermedad prevenible?

Clase #4

Fecha: Enero del 2015

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico Ceballos.

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Temática: Principales complicaciones del Cáncer de próstata.

Objetivos: Que los pacientes conozcan sobre los riesgos que sufren al padecer el Cáncer de próstata haciendo uso de la bibliografía especializada para ello, que permita el fomento de un modo y estilo de vida saludable.

Tipo de actividad: Interactiva, Charla educativa.

Duración: 45 min

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Técnicas participativas: Completamiento de frase – Confidencias

Introducción

- Control de la participación de los pacientes.
- Se realiza una breve reseña de cómo se desarrollará la clase.

Para ello presentará un "Condón" inflado y dentro de él aparecerá un papelito con el tema de la clase, el cual deberá ser roto por un estudiante, el que será seleccionado de la forma siguiente:

En una cajita aparecerán varios números en correspondencia con la cantidad de participantes, estos deberán escoger un papelito y observar su número, luego la enfermera mencionará uno de los números y este deberá explotar el "Condón" con el tema de la clase.

Una vez escogido el tema de la clase:

Se introduce el tema y el objetivo de la clase.

Desarrollo

¿Cuáles son las complicaciones de padecer el Cáncer de Próstata?

Desarrollo Haciendo uso de la técnica de completamiento de frase se inicia la clase.

Frase: Las principales complicaciones del Cáncer de Próstata son:

Los criterios emitidos se pondrán en la pizarra y se procederá a realizar otra actividad para especificar las complicaciones, para ello se utilizará condones inflados con papelitos dentro conteniendo las complicaciones, cada condón aparecerá enumerado y en ese orden los participantes tendrán que romper, en cada caso se profundizará en las complicaciones transmitiendo el mayor número de conocimientos posible.

Una vez terminada la actividad se realizará una comparación con las ideas que inicialmente emitieron los pacientes y realizará las correcciones precisas y las valoraciones precisas.

Conclusiones

La clase concluirá con una actividad coordinada y autorizada donde prima la participación de casos de la comunidad que han sufrido estas complicaciones y que harán sus "Confidencias" así se llama la actividad.

Clase #5

Fecha: Febrero del 2015

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico Ceballos.

Temática: Factores predisponentes y determinantes.

Objetivo: Ejemplificar los factores predisponentes y los factores determinantes del Cáncer de próstata

Tipo de actividad: Conferencia

Duración: 45 min

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Técnicas participativas: Conferencia

Introducción

- Control de la participación de las pacientes
- Realizar una breve panorámica de lo que se va a impartir.

Introducir el objetivo y el tema

Desarrollo

¿Cuáles son los factores predisponentes? En cada uno se profundizará

¿Cuáles son los factores determinantes? En cada uno se profundizará

Conclusiones

¿Qué son los factores predisponentes y los factores determinantes?

Para responder lo anterior se dará a cada paciente un papel donde ellos expondrán sus respuestas sin necesidad de poner nombre.

Clase #6

Fecha: Febrero del 2015.

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico de Ceballos.

Temática: Como realizar el diagnóstico de cáncer de próstata y el tratamiento eficaz que se lleva a cabo en el mismo.

Tipo de actividad: conferencia

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Objetivo: Exponer como realizar el diagnóstico oportuno y precoz del cáncer de próstata, así como la administración de un tratamiento eficaz para el mismo.

Introducción

- Control de la participación de las pacientes
- Realizar una breve panorámica de lo que se va a impartir.

Introducir el objetivo y el tema

Desarrollo

¿Conoce usted como realizar el diagnóstico del cáncer de próstata?

Tacto rectal:

La exploración física del enfermo prostático es uno de los puntos de mayor importancia en el diagnóstico del carcinoma de próstata, dentro de la que obligatoriamente debe incluirse un tacto rectal anotando todas las características encontradas en la glándula prostática como son tamaño, consistencia, superficie, bordes o presencia de nódulos en su superficie. La exploración física debe incluir la exploración de los genitales externos y de ambas extremidades inferiores en busca de edema por obstrucción linfática y la exploración abdominal en busca de masas palpables.

Antígeno Prostático Específico. (PSA)

Es una proteasa sérica de membrana de los tejidos humanos, su principal función es la licuefacción del eyaculado incrementando la movilidad del espermatozoide y

facilitando la concepción. Su valor normal es de 0 – 4 ng/dL (24), tiene varias funciones en el carcinoma de próstata: la primera es la detección oportuna; cuando los valores séricos del APE se encuentran por arriba de los niveles de 4 ng/dL es un signo de alarma para el médico. Se considera que cuando su valor es menor de 4 ng/ml solo hay una probabilidad del 15% de encontrar cáncer de próstata, cuando los valores van de 4 – 10 ng/dL., hay una probabilidad del 30 al 35%; y cuando es mayor de 10 ng/dL, la probabilidad es de 60%.

Índices de referencia del APE ajustado a la edad:

Edad APE (ng/dL)

40 – 49 < 2.5

50 – 59 < 3.5

60 – 69 < 4.5

70 – 79 < 6.5

Ultrasonido Transrectal de la Próstata

Esta técnica ha demostrado ser una modalidad eficiente en el diagnóstico y estadificación del carcinoma prostático. Tiene una certeza en la estadificación de 64%, especificidad de 78-99% y sensibilidad de 59-84%. Se recomienda utilizar solo después de tener alteraciones en el APE o el tacto rectal (27).

Biopsia Prostática Transrectal

El procedimiento requiere una preparación simple que incluya antibióticos profilácticos y un lavado rectal mecánico. El índice de complicaciones es menor. El informe del patólogo puede ser adenocarcinoma de próstata, en cuyo caso nos interesará conocer el grado de Gleason. Una biopsia prostática negativa para cáncer no descarta absolutamente su presencia. De allí que el paciente con sospecha de cáncer deba ser controlado periódicamente, dejando abierta la posibilidad de repetir la biopsia en futuras ocasiones.

¿Cuál es su tratamiento específico?

Tratamiento preventivo:

Se considera imprescindible tener presente, para el pesquisaje constante de esta patología, los factores de riesgo y la práctica del tacto rectal en todo paciente con más de 45 años. El paciente con factores de riesgo debe realizarse un tacto rectal anual y un PSA cada 6 meses, con vistas a detectar a tiempo cualquier alteración. En caso de tacto dudoso o alterado y/o PSA mayor de 4 ug/ml, el paciente debe ser biopsiado en busca del tumor

Variantes terapéuticas del cáncer prostático:

Existen 3 variantes terapéuticas en este tumor: la cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia.

Conclusiones

¿Puede usted mencionar algunas medidas para el diagnóstico oportuno del cáncer de próstata?

Para responder lo anterior se dará a cada paciente un papel donde ellos expondrán sus respuestas sin necesidad de poner nombre.

Clase #7

Fecha: Febrero del 2015

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico Ceballos.

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Temática: Cáncer de Próstata. Consolidación del tema.

Objetivos:

Integrar todos los conocimientos que se han adquirido en los encuentros anteriores.

Desarrollo:

Se realizará por parte del profesional una exposición integradora y completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos más relevantes.

Recursos: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas. Todo lo necesario para lograr un mejor aprendizaje de todo lo anterior.

Clase #8

Fecha: Marzo del 2015

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico Ceballos

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Temática: Aplicación del ensayo nuevamente sobre el Programa de Intervención Educativa.

Se aplicará nuevamente el acápite de la encuesta realizada al inicio de la investigación que nos sirvió de diagnóstico para determinar el nivel de información de la muestra estudiada. Con los nuevos resultados obtenidos podemos comparar y dar a conocer los resultados del ensayo de Intervención Educativa.

Se darán a conocer los resultados de la efectividad del programa que tendrá como elemento esencial el cuestionario aplicado en el encuentro anterior.

Se darán a conocer a cada participante su evaluación especificando que la mejor es el conocimiento que ha sido capaz de obtener de la misma. Se concluirá con una actividad recreativa propuesta por los participantes.

