

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICA DE CIEGO DE
ÁVILA**

José Assef Yara.

Título: Factores de riesgo que influyen en la aparición del adenocarcinoma de próstata en pacientes mayores de 50 años del municipio Baragua.

Autora: Dra. Glenda González Trujillo

Residente de segundo año en la especialidad de MGI.

TUTOR (A):Dr. Maite Castillo Padron Especialista de Primer grado en MGI y Master en Urgencias Medicas.

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

2016

Pensamiento:

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

Fidel Castro Ruz (1987)

Agradecimientos

A la Revolución, por haberme dado la posibilidad de estudiar.

A mi Familia por apoyarme tanto y sacrificarse junto a mí en esta difícil tarea.

A mis Profesores por enseñarme, que no se puede esperar por nadie, si no eres capaz de luchar por lo que quieres.

A los que criticaron....., ellos me hicieron mejorar.

Dedicatoria:

A todos aquellos que aportaron en la realización de esta investigación.

RESUMEN.

Con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian con la elevada incidencia de adenocarcinoma de próstata en el municipio Baragua, se realizó un estudio de casos y controles realizando un análisis de los factores de riesgo que tienen mayor fuerza de asociación con el cáncer de próstata en el área de estudio comprendido en el periodo desde el 2011 hasta abril 2016. La información se obtuvo mediante una planilla para recolectar datos y los resultados fueron expuestos en tablas, entre los principales resultados encontrados en la investigación se vio la edad mayor de 50 años, la raza negra, la dieta, las infecciones e inflamaciones y antecedentes previos de familiares de primera línea con adenocarcinoma de próstata. En el proceso investigativo se emplearon los métodos del nivel teórico: el histórico lógico, el hipotético-deductivo, el analítico-sintético y el inductivo-deductivo, del empírico: la observación y la planilla para recolectar datos y el análisis estadístico.

Palabras clave: Adenocarcinoma de próstata, Factores de riesgo.

INDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Marco teórico.....	6
Métodos.....	11
Análisis y discusión de los resultados.....	18
Conclusiones.....	24
Recomendaciones.....	25
Referencias bibliográficas.....	26
Anexos.....	30

Introducción:

La prevención primaria se define en términos de Salud Pública como una prevención etiológica, es decir, actuaciones que conducen a la reducción de la incidencia de casos de cáncer. Existe acuerdo general sobre el hecho de que la mayoría de los cánceres se producen por factores exógenos; por tanto, aunque no es posible dejar de considerar el importante papel que desempeña la predisposición genética, se puede afirmar que el cáncer es evitable. Éste es el principio fundamental que debe primar en la planificación de medidas de control, y debe considerarse una prioridad sanitaria el desarrollo de todas las medidas posibles que lleven a la eliminación de estos factores causales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que muchos de estos factores están ligados a estilos de vida muy arraigados y, por lo tanto, difíciles de modificar a corto plazo; (1)

El método epidemiológico ha contribuido de forma destacada a la prevención y el control del cáncer. El estudio de la incidencia y la mortalidad de las diferentes localizaciones del cáncer y de su distribución según las características de las personas y de las poblaciones estudiadas generan hipótesis sobre los factores que determinan el riesgo de adquirir cáncer. Dichos factores pueden ser el objeto de estudios epidemiológicos analíticos de carácter, que permiten cuantificar con precisión el riesgo de enfermar asociado a un factor determinado, o bien de estudios experimentales, que permiten establecer la carcinogenicidad de un factor dado. (1,2)

El cáncer se ha convertido en un problema sanitario de primer orden, con el agravante de que tanto su incidencia como su mortalidad aumentan a pesar de los grandes progresos diagnósticos y terapéuticos alcanzados en los últimos años. Es obvio que hay que dedicar todos los esfuerzos posibles para poder reducir el alcance de esta enfermedad y considerar estas actuaciones como prioritarias en toda política sanitaria. (2,3).

La lucha contra el cáncer es un problema que debe abordarse en su conjunto y de forma interdisciplinaria, como un compromiso que nuestra sociedad debe

asumir. No obstante, desde el sector sanitario es necesario promover iniciativas comunitarias, para lo cual los propios profesionales de la salud deben conocer y fomentar las actividades necesarias poniéndolas en práctica desde su relación profesional y personal con la población a la que atienden. (2;6).

Diversos factores, incluyendo la genética y la dieta, han sido implicados en su desarrollo, pero hasta la fecha, las modalidades de prevención primaria conocidas son insuficientes para eliminar el riesgo de contraer la enfermedad. (7,8)

El adenocarcinoma de próstata es una de las primeras causa de muerte en el mundo, sobre todo en aquellos países con elevado desarrollo socio-económico. Según informes de la Organización Mundial de la Salud más del 75% de estas muertes de origen oncológicos se presenta en edades tardías de la vida, (9,10)

El adenocarcinoma de próstata obedece a diversas causas, pero se reconoce que los factores de riesgo tienen una importancia decisiva en su aparición y/o empeoramiento una vez que acontece el evento. La mayor probabilidad para seguir disminuyendo su incidencia descansa justamente en la prevención de los factores que originan la presentación clínica de la enfermedad y el proceso que convoca a la modificación de actitudes y estilos de vida de riesgo para el padecimiento y la interiorización de conductas de autocuidados de salud. Es preciso lograr que el individuo reconozca su responsabilidad para cuidarse, para cumplir tratamientos y para buscar alternativas que le ayuden a mejorar la calidad de vida. El vivir más sabiamente no representa un costo y es asequible a todos. (10;12)

En el mundo las incidencias de la enfermedad oncológicas experimentaron un enorme crecimiento desde el año 1980 hasta el 2000. Este crecimiento no fue consecuencia de la disminución de las enfermedades infecciosas, sino que constituye un reflejo de la adopción de hábitos de vida perjudiciales. Se puede afirmar que la enfermedad oncológica es una enfermedad propia de la

civilización moderna. Si se tienen en cuenta las estadísticas, podría parecer que en los últimos años la mortalidad ha aumentado notablemente. (13,14)

La prevalencia de esta enfermedad varía ampliamente de unas áreas geográficas a otras; el adenocarcinoma de próstata continúa siendo una de las primera causa de mortalidad en la mayoría de los países industrializados,. Los datos del Seven Countries Study obtenidos del análisis de 12.770 varones en 18 comunidades de 7 países muestran que la tasa de mortalidad oscila entre 61 por 10.000 individuos y por 10 años en zonas rurales del Japón y 681 en el este de Finlandia, pasando por una tasa del 424 en los E.E.U.U.(15;17)

En España la mortalidad por adenocarcinoma de próstata en el 2006 para los varones fue de 106,3 por 100.000,. Las tasas ajustadas por edad para ese mismo año fueron del 98 y 43 por 100.000 habitantes respectivamente, lo que confirma el descenso que se viene observando en las dos últimas décadas. Estos datos indican una frecuencia relativamente baja en comparación con los países del norte y centro de Europa o con E.E.U.U. A pesar de ello, la enfermedad todavía constituye un grave problema sanitario y uno de los motivos de consulta más frecuentes en España.(18)

En Estados Unidos de América se estima que unos 8 millones de consultas , se deben a trastornos urinarios, de los cuales ingresan en los hospitales unos 5 millones por año; 2 millones de ellos la sintomatología no es de este origen. Anualmente, se estima que 1,2 millones de residentes sufren de adenocarcinoma de próstata fatal o no fatal, siendo fatal en 650.000 personas. En países como Finlandia y Japón las tasas de mortalidad son de 500 por 100 000 y 50 por 100 000 personas cada año respectivamente (19).

La situación comparativa de América Latina, cuya población duplica la norteamericana, es también catastrófica, el 30% de las muertes actuales son producidas por patologías oncológicas y por mal llamada del tercer mundo esta región resulta afectada por la desventaja implícita en la alta pobreza y la

carencias en los sistemas de salud de los recursos disponibles para ayudar a disminuir esta enfermedad. (19,20).

En Cuba el adenocarcinoma de próstata es una de las primera causa de muerte, su aparición y/o empeoramiento dependen en gran medida del estilo de vida de las personas, haciéndose necesario la educación y orientación a la población con fines preventivos. Las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1980 al 2000, que han oscilado desde una tasa de 114 hasta 160/100 000 habitantes. En el año 2008 se reportó un ligero descenso hasta 154/100 000, lo que representó 17 143 muertes atribuidas a enfermedades oncológicas . (20)

Resulta oportuno señalar que en Cuba, la mortalidad por enfermedades oncológicas ocupó el segundo lugar en los grupos de 50-64 años, . Las enfermedades oncológicas produjeron en ese periodo un total de 16 435 defunciones, para una tasa de 146,3 por cada 100 000 habitantes.(21)

El programa de prevención y control de las afecciones oncológicas está concebido para prevenirlas y ejercer gran influencia sobre el control de los factores de riesgo, cambios de los estilos de vida en la población y llevar la atención médica a todos los niveles que permitan disminuir la mortalidad por esta causa .(22)

En la provincia de Ciego de Ávila, según datos obtenidos de forma casuística se ha comportado de forma muy similar a los datos obtenidos por estadísticas cubanas. En el municipio de Baraguá según estadísticas se han registrado una incidencia de 28 casos de adenocarcinoma de próstata por cada 100 000 habitantes en lo que transcurrió del año 2011 a 2016. (23)

Problema: ¿Cuáles serían los factores de riesgo asociados en pacientes con adenocarcinoma de próstata del área de salud Gaspar municipio Baraguá, Ciego de Ávila?

Hipótesis:

La identificación correcta de factores de riesgo del adenocarcinoma de próstata y el análisis de los mismos. que actúan en función del tiempo, pudiera evidenciar la presencia de relación existente entre ellos en pacientes del área de salud Gaspar municipio Baraguá, Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo General: Establecer los factores de riesgo asociados al adenocarcinoma de próstata en pacientes del área de salud Gaspar municipio Baraguá, Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar la muestra de estudio según algunas variables sociodemográficas.
2. Identificar los antecedentes patológicos personales y grado de parentesco en los grupos de estudio.
3. Evaluar la posible asociación entre la presencia de la enfermedad y los factores de riesgo de la misma.

Marco teórico:

El cáncer es en la actualidad es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, y se calcula que 84 millones de personas morirán por esta causa antes del 2025. Por ello cada 4 de febrero, la [Organización Mundial](#) de la Salud (OMS), apoya a la Unión Internacional contra el Cáncer y promueve medios para aliviar la carga global de una afección que, según aseguran expertos, puede prevenirse en muchos casos. (15)

Investigadores señalan que solo en Estados Unidos, China y Reino Unido se evitarían un tercio de los tumores más comunes, si la población tuviera hábitos más sanos en la alimentación, bebiera menos alcohol, e hiciera más ejercicios físicos. Si a ello se suma la aplicación de estrategias como la detección precoz y el tratamiento oportuno y adecuado de los pacientes, entonces las posibilidades son mayores. De acuerdo con un estudio en el 2005 por colaboradores internacionales, el 30% de las neoplasias son prevenibles mediante la modificación de hábitos de vida. (24)

Rachel Thompson, subdirectora de ciencia del Fondo Mundial de Investigación del Cáncer, manifestó, sin embargo, que es aún difícil incidir en la población. Está muy bien alertar sobre lo que se debe comer, o decir cuál es la actividad física necesaria, pero hemos de facilitar que la población realice estos cambios,

aseveró. \”Todo el mundo juega un papel importante, desde las organizaciones internacionales hasta los Gobiernos o la población en general\”, añadió. Por su parte, Peter Baldini, jefe de la Fundación Mundial del Pulmón, exhortó a los Gobiernos a introducir leyes contra el tabaco y elevar el precio de los cigarrillos. No hay una cura mágica para todas las formas de cáncer, pero tenemos la oportunidad y la obligación de proteger a la población del desarrollo de un tumor siempre que sea posible, dijo Baldini.(24, 25)

El adenocarcinoma (ADC) es un carcinoma que tiene su origen en células que constituyen el revestimiento interno de las externas. Estas células son las encargadas de sintetizar y de verter los productos que generan en la luz glandular. (26)

Los adenocarcinomas son un conjunto de cánceres muy frecuentes puesto que se originan en un tipo de células que se encuentran en continua división celular y que presentan mayor riesgo de mutaciones.(27, 28)

El cáncer prostático es la neoplasia más común en el varón y la segunda causa de muerte por cáncer. Más del 50 % de los pacientes se presentan con lesiones localmente avanzadas o metastásicas, 70 a 80 % de los pacientes con cáncer avanzado de próstata responderá a la hormonoterapia, sin embargo, el 10 % vivirá menos de 6 (seis) meses y el 50 % vivirá menos de 2 (dos) años. La supervivencia media en el cáncer avanzado de próstata es de 1,8 años. (29)

La próstata es una glándula que pertenece al Sistema reproductor masculino, está localizada justo debajo de la vejiga (el órgano que recoge y desecha la orina) y delante Del recto (la parte inferior del intestino). Su tamaño es Como el de una nuez y rodea una parte de la uretra (el tubo que conduce la orina al exterior desde la vejiga). La glándula prostática produce un fluido que forma parte del semen. (29;31)

La glándula prostática está dividida anatómicamente en tres zonas:

Zona central (25% de la glándula) contiene los ductos (conductos eyaculatorios). Zona de transición (10%) cerca de la uretra, región en donde se desarrolla hiperplasia benigna. Zona periférica (65%) región posterolateral, más susceptible al desarrollo del cáncer. La mayoría de los cánceres de próstata son adenocarcinomas (70% de la región periférica, 20% de la zona transicional y 10% de la central). (32)

El cáncer de la próstata es una enfermedad que se desarrolla principalmente en varones de edad avanzada. A medida que los hombres envejecen, la próstata puede agrandarse y bloquear la uretra o la vejiga. Esto puede ocasionar dificultad para orinar o interferir con la función sexual. El problema se conoce con el nombre de hiperplasia prostática benigna que a menudo precisa de la cirugía para corregirlo. Los síntomas de la hiperplasia prostática benigna o de otros problemas que afectan la glándula pueden ser similares a los síntomas del cáncer de la próstata. Es un tumor de crecimiento lento y silente, es decir no suele mostrar síntomas que indiquen su presencia. Por esta razón, en muchas ocasiones su diagnóstico se produce cuando el tamaño del tumor es ya grande o cuando se ha extendido a zonas u órganos cercanos. (33)

Algunos médicos creen que el cáncer de próstata procede de una lesión llamada neoplasia intraepitelial prostática (PIN). La PIN comienza a aparecer en los hombres a partir de los 20 años. Casi el 50% de los hombres que tienen PIN alcanzan los 50 años. En esta situación hay cambios de apariencia microscópica (tamaño, superficie, etc.) de las células de la glándula prostática. Estos cambios son clasificados como de bajo grado, lo que significa que se parecen bastante a las células normales, o de alto grado, lo que significa que son células muy alteradas y diferentes de las células normales. Si se diagnostica un PIN de alto grado por biopsia, existe de un 30 a 50% de posibilidades de padecer también un cáncer de próstata. Por esta razón, los varones diagnosticados de un PIN de alto grado, son seguidos muy de cerca con biopsias de próstata periódicamente. (33,34)

Esta afección puede causar dolor, micción dificultosa, disfunción eréctil, entre otros síntomas. La enfermedad se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años. Es el segundo tipo de cáncer más común en hombres.

Sin embargo, muchos hombres que desarrollan cáncer de próstata nunca tienen síntomas, ni son sometidos a terapia. Diversos factores, incluyendo la genética y la dieta, han sido implicados en su desarrollo, pero hasta la fecha, las modalidades de prevención primaria conocidas son insuficientes para eliminar el riesgo de contraer la enfermedad.(35)

En las primeras fases, cuando el tumor está limitado a la próstata, puede ser asintomático o acompañarse de síntomas obstructivos leves atribuibles a una hiperplasia benigna (disminución del calibre o interrupción del chorro de orina; aumento de la frecuencia de la micción, sobre todo nocturna; dificultad para orinar o escozor durante la micción).(36)

Cuando los tumores son localmente avanzados se acompañan de síntomas obstructivos claros, además puede haber hematuria (sangre en la orina) o signos de infección (estos dos últimos son poco frecuentes). (36)

Cuando se trata de tumores avanzados puede aparecer edema o hinchazón de piernas (debido al crecimiento de ganglios linfáticos regionales) dolores óseos (por extensión tumoral al hueso) e incluso debilidad o pérdida de fuerza en piernas (compresión de la médula espinal).(37)

El cáncer de próstata es el más frecuente de todos los cánceres entre los varones. Factores de riesgo mas comunes son los siguientes.

Edad: La edad es el principal factor de riesgo para el cáncer de próstata. El riesgo de desarrollar un cáncer de próstata empieza a aumentar a partir de los 50 años en hombres de raza blanca y a partir de los 40 años en hombres de raza negra o con historia familiar (padre o hermano) de *cáncer de próstata*. *Casi dos de cada tres casos de cáncer de próstata* se detectan en hombres mayores de 65 años. (38,39)

Raza: el cáncer de próstata es más frecuente en hombres de raza negra que en hombres de otras razas. Además, los hombres de raza negra tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticados en una etapa avanzada, y tienen más del doble de probabilidad de morir de cáncer de próstata en comparación

con los hombres blancos. Por otra parte, la tasa más baja de cáncer de próstata se observa en individuos de raza asiática. (40).

Historia familiar: El riesgo de cáncer de próstata está fuertemente influenciado por la historia familiar. Aquellos hombres que tienen un familiar de primer grado (padre o hermano) diagnosticado de cáncer de próstata tienen más probabilidad de desarrollar la enfermedad. Tan sólo un 5-10% de los cánceres de próstata tienen un componente hereditario.

En el cáncer de próstata hereditario la edad de aparición es más precoz (antes de 55 años) y a menudo los pacientes tienen familiares de primer grado afectados. Se han descubierto genes implicados en una mayor susceptibilidad al desarrollo de un cáncer de próstata. (38,39)

Dieta: recientes estudios sugieren que el consumo elevado de grasas animales puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de próstata. Por otro lado los suplementos de vitamina E y selenio y el consumo elevado de licopenos podrían tener un efecto protector en algunos estudios de prevención. (38,39).

Infección e inflamación de la próstata: Algunos estudios han sugerido que la prostatitis (inflamación de la glándula prostática) puede estar asociada a un riesgo aumentado de cáncer de próstata, aunque otros estudios no han encontrado tal asociación (38,39).

¿Es posible prevenir el cáncer de próstata?

Los tomates (crudos, cocidos o productos que contienen tomate como salsas) y las sandías tienen un alto contenido de licopenos. Estas sustancias son antioxidantes que ayudan a prevenir el daño al ADN. Algunos estudios preliminares sugieren que los licopenos podrían ayudar a reducir el riesgo de cáncer de próstata, aunque un estudio más reciente no encontró asociación entre los niveles sanguíneos de licopeno y el riesgo de cáncer de próstata. Las investigaciones sobre el tema continúan. (40)

Para estudiar los posibles efectos del selenio y la vitamina E en el riesgo de cáncer de próstata, varios investigadores llevaron a cabo un estudio llamado Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). En este estudio clínico, alrededor de 35.000 hombres fueron escogidos al azar para tomar uno o ambos de estos complementos o bien un placebo. Después de un promedio de cinco años de uso diario, ninguno de los complementos demostró una reducción del riesgo de cáncer de próstata. (41)

Varios estudios actualmente buscan los posibles efectos de los derivados de la soja (isoflavonas) en el riesgo de cáncer de próstata.

En un estudio que se realizó en hombres con alto riesgo de desarrollar cáncer de próstata, la administración del fármaco Finasteride consiguió reducir un 25% el riesgo de cáncer de próstata comparado con un placebo. Sin embargo, este medicamento causa efectos secundarios como descenso del apetito sexual e impotencia. Por otra parte, mejora los síntomas urinarios asociados a la hiperplasia prostática. También se observó una mayor tasa de tumores de alto grado (que tienen peor pronóstico) en los pacientes que tomaron el fármaco dentro del estudio. Con todo ello, no se puede recomendar el uso de este fármaco de forma estándar hoy en día como agente preventivo. Están en marcha otros estudios clínicos con otros fármacos que puedan tener un papel en la prevención el cáncer de próstata. (41)

Metodología

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo de casos y controles, para establecer los factores de riesgo asociados al adenocarcinoma de próstata en pacientes del área de salud Gaspar municipio Baraguá, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido 2011 a 2016

Universo y muestra

El universo de estudio quedó conformado por 29 pacientes mayores de 50 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata que fueron pareados a uno por dos dando como muestra 58 pacientes, residentes del área de salud de

Gaspar de Ciego de Ávila. Se trabajó con la totalidad del universo que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

Pacientes que dieron su disposición a participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusion:

Pacientes que no dieron su disposición a participar en el estudio.

Pacientes diagnosticados con adenocarcinoma de próstata que residan en otra provincia.

Pacientes o personas que presenten antecedente psiquiátrico o trastorno neurológico asociado.

Criterios de salida:

Pacientes que durante el estudio hubiesen fallecido.

Este esquema analítico se inicia a partir de un grupo, denominado "casos", constituido por un grupo de sujetos (u otras entidades) caracterizados por presentar el desenlace, enfermedad o variable dependiente que se desea estudiar. Se entiende que el carácter probatorio de esta condición debe ser de la máxima rigurosidad, utilizándose para tales efectos, diferentes métodos diagnósticos, que pueden ir desde mediciones de cierta simplicidad, hasta sofisticados exámenes o test diagnósticos.

El sujeto "caso" puede ser un individuo portador de una enfermedad o incluso una persona que haya fallecido por tal condición. Entre estos sujetos "casos" el investigador explora el antecedente de presencia (o exposición) en el pasado a una o más variables relacionadas con la variable dependiente en estudio.

Este diseño busca determinar la frecuencia de exposición a la(s) variable(s) independientes(s) entre individuos afectados, la que se comparará con similar

frecuencia entre un grupo de individuos libres de la presencia de enfermedad, grupo que denominaremos "controles".

Definición de casos: Pacientes mayores de 50 años diagnosticados con adenocarcinoma de próstata registrado dispensarialmente en estadísticas del policlínico de Gaspar de Ciego de Ávila.

Definición de control: Persona mayor de 50 años no diagnosticado con adenocarcinoma de próstata , que no tenga síntomas ni signos de la enfermedad y que pertenezca a la población del área de salud de Gaspar.

Los pacientes escogidos para el estudio fueron denominados "casos", estos fueron pareados con los sujetos "control" dos por cada caso pareados por las variables edad ,color de la piel, antecedentes de familiares de primera línea con adenocarcinoma de próstata ,infección o inflamación de la próstata y estado nutricional.

El grupo control pareado estuvo conformado por 56 pacientes, que presentaban edades similares a partir del caso que se pareó.

Diseño general del estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, para establecer la relación entre el adenocarcinoma de próstata y factores de riesgo en pacientes diagnosticados y atendidos en el área de salud del municipio de Gaspar de Ciego de Ávila.

Primeramente se profundizó mediante el análisis de bases de datos sobre el comportamiento de factores de riesgo que inciden en la aparición del adenocarcinoma de próstata en pacientes enfermos.

Para la recogida de la información se conformó un formulario (fuente de información primaria), planilla de factores de riesgo asociada al adenocarcinoma de próstata (ver anexo II) la cual fue aprobada por criterio de expertos del área de salud de Gaspar y por el consejo científico del área, además se comenzó la recogida de controles pareados partiendo de los datos que aportaron los pacientes enfermos.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe las manifestaciones del adenocarcinoma de próstata en pacientes enfermos. Por último se procedió al análisis de los resultados dando salida a los objetivos a través de las conclusiones y recomendaciones.

Métodos utilizados

Los métodos de la investigación científica empleados están determinados por el objetivo general y las tareas de investigación previstas.

En el ámbito teórico se emplean los siguientes métodos:

Análisis y síntesis, inducción – deducción estos se emplean durante todo el proceso de la investigación.

Histórico – lógico para conocer del objeto de estudio sus antecedentes, estado actual y poder realizar predicciones sobre su desempeño futuro.

Modelación matemática, partiendo de la definición de las variables mediante la aplicación de instrumentos de recolección de datos determinantes para valorar las características del adenocarcinoma de próstata en edad adulta.

Hermenéutico para realizar la interpretación de algunos datos cualitativos que intervienen en la investigación.

Enfoque sistémico que permite conocer los elementos integradores, sus relaciones funcionales, propiedades y jerarquización.

Se emplearon métodos del nivel empírico como la observación, aplicación de cuestionario y revisión de documentos. Los métodos son empleados para la recolección, organización, tabulación, presentación y análisis de los datos obtenidos.

Como fuente de información primaria se utilizó la planilla de recolección de datos, por lo que no se especificó debajo de cada tabla por ser repetitivo y monótono.

Variables sociodemográficas y clínicas.

VARIABLES	-TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Edad	Cuantitativa Continua	50-55 años 55-60 años 60-65 años 65-70 años 70-75 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de edades
Antecedentes patológicos familiares de Adenocarcinoma de próstata.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según referencia familiar de antecedentes de la enfermedad	Número y porcentaje según grupo de edades
Grado de parentesco del adenocarcinoma de próstata	Cualitativa nominal politómica	No parentesco. Madre. Padre. Hermano. Tío.	Según parentesco asociado a la enfermedad del paciente.	Número y por ciento según grupos de edades
Antecedentes Patológicos Personal de inflamación o infección de la próstata	Cualitativa nominal Dicotómica	prostatitis Hiperplasia prostatica benigna	Según datos recogidos en cuestionario.	Número y por ciento según grupos de edades
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanco Mestizo Negro	Según tonalidad cromática de la piel.	Número y porcentaje según grupo de edades

Estado nutricional	Cualitativa Nominal Politómica	peso deficiente peso adecuado ($>18.8a<25.6$) sobrepeso ($\geq 25.6a\leq 28.6$) obesidad (≥ 28.6)	Según historia clínica CUANDO EL índice sea (≥ 28.6)	Número y porcentaje según grupo de edades
--------------------	--------------------------------------	--	---	--

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIAR

Variables sociodemográficas y clínicas.

Se aplicó el cuestionario tanto a los casos como a los controles seleccionados como fuente de obtención de los datos en el estudio, fue válida por expertos.

Se realizaron exhaustivos seguimientos a través de las historias clínicas de los hombres, en el que se tuvo pendiente la aplicación de Medidas antropométricas como el peso, la talla, además se tuvo en cuenta los antecedentes patológicos personales y familiares, la evaluación nutricional, los signos vitales (FR, FC y TA), la dieta, la manifestación de hábitos tóxicos y el manejo y cumplimiento de los tratamientos según las afecciones que presentaban.

Plan de análisis de los resultados:

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar.

Para describir la relación factores de riesgo y adenocarcinoma de próstata se realizó una tabla de contingencia de todos los factores de riesgo que incidieron o no en la aparición de la patología estudiada. Para el análisis de los datos se utilizará el programa SPSS versión 15.0, para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación $\leq 0,05$. Se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas y se realizó en cálculo del Odd Ratio para la cuantificación de riesgo.

Interpretación del valor de OR calculado

Estrictamente hablando el odds ratio indica la magnitud de asociación entre exposición y outcome (en otras palabras, el riesgo de haber estado expuesto dada la enfermedad). Esta interpretación es compleja y difícil de entender, por lo que se permite su interpretación considerando el riesgo asociado o no a la exposición. Como el odds ratio es un buen estimador del riesgo relativo (calculado en estudios prospectivos), se utiliza esta propiedad para facilitar la comprensión del indicador.

Procedimientos éticos:

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos, del mismo modo se aplicaron las pautas personalistas del respeto a la dignidad humana. La información del estudio, se obtuvo a través de una entrevista individual, esta se recogió en los formularios que se llenarán por los autores de la investigación y se completó con los datos consignados en la historia clínica del paciente. De la misma manera, con privacidad y lenguaje claro, se ejecutarán las entrevistas con los controles sanos.

Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (ver Anexo I). Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, 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 paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el

estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado. Se aplicaron los principios de beneficencia y no maleficencia al procurar el bienestar de todos los participantes, sin establecer distinciones ni prioridades por lo que la justicia formará parte de toda la práctica médica implicada.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Factores de riesgo que influyen en la aparición del adenocarcinoma de próstata en pacientes mayores de 50 años del municipio Baragua.

Tabla 1. Participantes según medias de edades e adenocarcinoma de próstata . Policlínico Gaspar, Ciego de Ávila, .

Edad en años						
	Casos	Controles	Total			
	No.	%	No.	%	No.	%
50-55	7	24,1	14	24,1	21	24,1
55-60	5	17,2	9	15,5	14	16,0
60-65	9	30,0	19	32,7	28	32,1
65-70	4	13,7	12	20,6	16	18,3
70-75	4	13,7	4	6,8	8	9,1
Total	29	100	58	100	87	100

Fuente: Historia clínica individual y familiar.

Cuestionario para la investigación.

En la tabla 1. Por la distribución de los casos según edad donde se observa que el adenocarcinoma es más frecuente entre los 60-65 años, teniendo una fuerte asociación causal y aumentado las posibilidades de desarrollar la enfermedad: de 60-65años (OR = 4, 10); de 50-55años (OR =2, 80) y 55-60años (OR =1,72). Mientras que de 65-70años (OR = 0,61); de70-75años (OR =0,22); no tenía una fuerte asociación causal y aumentado las posibilidades de desarrollar la enfermedad. Y un riesgo estadísticamente significativo con un valor de 60-65($p > 0,1700$).

En otros estudios sobre la edad se ha concordado lo siguiente, observándose mayor frecuencia de adenocarcinoma de próstata entre los 50 años Resultado similar se observó en pacientes de 65 años.

En estudios realizados en la Habana por el autor Guillermo Alonso Díaz no hallaron asociación de la edad, lo cual se justifica, dado que todo factor de riesgo tiene influencia desigual. Mientras que en otros en cuanto a la distribución de adenocarcinoma de próstata, el porcentaje fue evidentemente

superior en las edades de menos de 60 años, de 65 a 70 años y 75 años o más. Estas diferencias resultaron ser altamente significativas por el alto valor de la prueba de χ^2 y la $p < 0,01$ (tabla 1). La edad de 70-75 años se escogió como la categoría de menor riesgo para comparar, a partir de ella, el resto de las edades, lo que dio por resultados: menos de 50-55 años (OR = 2,40); de 60-65 años (OR = 2,90); de 55-60 años (OR = 1,39); de 70-75 años (OR = 1,06) y de 60 y más (OR = 11,75), por lo que en los hombres mayores de 60 años se duplicó el riesgo de tener un adenocarcinoma de próstata, siendo 11 veces mayor la frecuencia.

Tabla 2 Distribución de los pacientes según color de la piel con adenocarcinoma de próstata en el municipio Baragua en 2016.

Color de la piel	casos	controles	Total			
	N	%	No	%	No	%
Blanca	7	24,1	21	36,2	28	32,1
Negra	22	75,8	37	63,7	59	67,8
Total	29	100	58	100	87	100

Al realizar el análisis, se asocia con la posibilidad de desarrollar la enfermedad a un nivel de (OR: 2,74), teniendo una fuerte asociación causal y considerándose que la asociación es estadísticamente significativa con un valor de ($p < 0,0497$).

En estudios realizados en la provincia de Matanzas se define que fueron más frecuentes los pacientes con raza negra a padecer la enfermedad con un 69% Coincidiendo con esto otros autores como la dct. María del Carmen Soliguera Leal y el dct. García Florido pero aumentando estas probabilidades a 5 veces.

Identificándose Como factor de riesgo los antecedentes de ADC Presentando una fuerte asociación causal con un (OR: 1, 62) (16, 29).

Coincidiendo estos resultados con estudios realizados en el municipio Inías de Guantánamo por el dct. Velázquez Pavón MN y también por el dct. De la Paz en La Habana los que tuvieron una fuerte asociación causal e incremento de las posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Tabla3: Relación entre la Infección e inflamación de la próstata en pacientes del municipio Baragua en 2016.

Infección o inflamación de la próstata	Casos	Controles	Total			
		%		%		%
Infecciones (prostatitis)	7	224,1	19	32,7	26	29,8
Inflamaciones(Hiperplasia Prostática benigna)	22	75,8	39	67,2	61	70,1
Total	29	1100	58	100	87	100

En la tabla 3, se visualiza la relación existente entre la Infección e inflamaciones de la próstata, donde las distribuimos sobre su clasificación etiológica. Prevalciendo en los casos de prostatitis y hiperplasia prostática benigna Al realizar el análisis bivariado, no tiene una fuerte asociación con la posibilidad de desarrollar la enfermedad a un nivel de (OR: 0.37), ni tampoco una fuerte asociación causal y se considera que la asociación es estadísticamente significativa con un valor de ($p < 0,0129$).

Mientras que en otros estudios realizado por expertos en la Habana como el dct. Araujo Rodríguez del Policlínico Docente “Luis E. de la Paz Reyna sobre Este factor ha ganado protagonismo en la última década. Múltiples estudios realizados han demostrado que las infecciones comunes y la respuesta inflamatoria que estas desencadenan se asocian con adenocarcinoma de próstata.

Más de la mitad de los casos con esta enfermedad fueron sujetas a esos estudios, fueron atribuibles a la presencia de una o más infecciones. Se calcula que el 22 % de todos los pacientes con esta patología se deben a trastornos que antes cursaron con inflamación de la próstata.

Tabla 4: Relación entre los antecedentes patológicos familiares en pacientes del municipio Baragua en 2016.

Antecedente patológicos familiares de adenocarcinoma de próstata	Casos	Controles	Total			
		%		%		%
SI	16	55,1	30	51,7	46	52,8
NO	13	44,8	28	48,2	41	47,1
Total	29	100	58	100	87	100

En la tabla 4, se muestra la relación existente entre los antecedentes de familiares de primera línea, donde se manifiesta, que entre los controles y los casos expuestos a ese factor prevalecen los casos. Al realizar el análisis bivariado, se asocia con la posibilidad de desarrollar la enfermedad a un nivel de (OR: 2,74), teniendo una fuerte asociación causal y considerándose que la asociación es estadísticamente significativa con un valor de ($p < 0,0497$).

Refiriéndose en estudios realizados en la provincia de Matanzas que los pacientes con antecedentes de cáncer de próstata, tienen una probabilidad de tener otro de 1,6 veces que las que no lo presentan.

Coincidiendo con esto otros autores como la dct. María del Carmen Soliguera Leal y el dct. García Florido pero aumentando estas probabilidades a 5 veces. Identificándose como factor de riesgo los antecedentes de adenocarcinoma de próstata en padres o hermanos. Presentando una fuerte asociación causal con un (OR: 1,62) (16, 29).

Coincidiendo estos resultados con estudios realizados en el municipio Inías de Guantánamo por el dct. Velázquez Pavón MN y también por el dct. De la Paz

en La Habana los que tuvieron una fuerte asociación causal e incremento de las posibilidades de desarrollar la enfermedad

Tabla5. Relación entre el Estado nutricional en pacientes del municipio Baragua en 2016.

Estado Nutricional	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Peso deficiente	4	13,7	8	13,7	12	13,7
Peso adecuado	7	24,1	17	29,3	24	27,5
Sobrepeso	9	31,0	21	36,2	30	34,4
Obesidad	9	31,0	12	20,6	21	24,1
Total	29	100	58	100	87	100

En la tabla 5 se ilustra la relación existente entre el estado nutricional del paciente con adenocarcinoma de próstata con los que han tenido el riesgo pero un producto normo peso. Siendo más relevante con un estado nutricional por sobrepeso (OR = 2,15) ($p > 0,081$); peso adecuado (OR = 0,63)($p > 0,331$); peso deficiente (OR = 0,89)($p > 1,002$) y obesidad (OR = 0,62)($p > 0,580$). ; prevaleciendo por su fuerte asociación causal los pacientes con sobrepeso y no siendo estadísticamente significativo.

En investigaciones realizadas en países desarrollados por autores como la doctora Teresa Guerrero Cueto no se observa relación entre el aporte de energía de la dieta consumida y el adenocarcinoma de próstata. Los pacientes cuyo aporte de energía por la dieta es inferior a 1 750 kcal por día tienen Adenocarcinoma de prostata con un peso similar a aquellas con un aporte de 2 750 kcal/día.

Resultando en investigaciones realizadas en el policlínico docente José Milanés de Matanza por el doctor Montero Mesa que al analizar la relación entre el estado nutricional se ve predominio de sobrepeso

CONCLUSIONES

Predominó la quinta década de la vida. El color negro de la piel resultó el más frecuente . El riesgo de padecer adenocarcinoma de próstata resultó mayor en

los pacientes con antecedentes familiares . El factor de riesgo más observado resultó ser la edad quedando relevado a una condición de vigilancia el estado nutricional las inflamaciones e infecciones de la próstata y el color de la piel.

RECOMENDACIONES

Trazar estrategias encaminadas a modificar o eliminar muchos de los factores de riesgo aquí hallados.

Hacer extensivo el estudio al resto de los consultorios médicos populares del estado.

Insertar dentro del accionar médico-preventivo de la Atención Primaria el estudio de los factores de riesgo que inciden en la aparición del adenocarcinoma de próstata.

Bibliografía:

1. DeKernion J, Neuwirth A, Dorey F et al. Prognosis of patients with stage D1 prostate carcinoma following radical prostatectomy with and without early endocrine therapy. J Urol 2010.(1) 29,41,59.

2. William J. Catalona and Smith DS. 5 Year tumor recurrence rates after anatom; 357-58.
3. Velasco A. Evolución del cáncer de próstata estadio D2 con manipulación hormonal. Rev Chil Urol2013 p. 3, 7-14,
4. Rosenberg H, Valenzuela A, Martínez P. Cáncer de Próstata. Clasificación Morfológica. Rev Chil Cir 1977; 2(2): 29: 84 - 89.
5. Crawford ED, Eisenberg MA, McLeod D et al. A controlled trial of leuprolide with and without flutamide in prostatic carcinoma. N Engl J Med2014; 321: 419 - 424.
6. Labrie F, Dupont A, Belanger A et al. New hormonal therapy in prostatic cancer. Combined treatment with LHRH agonist and an antiandrogen. Clin Invest Med2013; 5: 267 - 275.
7. Martínez P; Castillo O. Ketoconazol en el tratamiento del cáncer prostático avanzado. Rev Med Chil2012; 2(2-3): 113: 309 - 311.
8. Fossa SD. Quality of life palliative radiotherapy in patients with hormone resistant prostate cancer. Br J Urol2016; 2(2): 74: 345 - 351.
- 9...Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. t. II. La Habana Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 783-89.
10. CPHE. Datos estadísticos del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Matanzas.Matanzas: CPHE; 2013.
11. Parrilla Paricio P, Jaurrieta Más E, Moreno Azcoita M. Cirugía AEC: Manual de Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Editorial Médica Latinoamericana SA; 2011. p. 739-816.
12. Gómez NA. Temas selectos en Cirugía. Cap. IX. Buenos Aires: Libros Virtuales Intramed; 2015 [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.intramed.net>

13. Pollock RE. Manual de Oncología Clínica da UICC. 8va ed. Caps. 4, 6, 7, 8, 23. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2013.
14. Manoukian Forones N. Guía de medicina ambulatorial e hospitalar de Oncología. Parte IV. Cap. 13. São Paulo: UNIFESP; 2012
15. Schwartz SS. Principios de Cirugía II. 7ma. ed. Madrid: Mac Graw Hill Interamericana; 2012. p. 581-643.
16. Abbas K, Mitchell F. Robbins Basic Pathology. 8th ed. Philadelphia: Saunder/Elsevier; 2014. p. 742-9. .
17. Newman LA, Martin RF. Cáncer de mama. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2012. p 279-569.
18. Alfonso Hernández L. Oncología. Preguntas y respuestas. La Habana/Barcelona: Instituto Nacional de Oncología y Radiología de Cuba/ Prous Science, SA; 2011. p. 375-418.
19. Galán Y, Romero T, Lage A. Situación actual y futura del cáncer en Cuba. La Habana: Unidad Nacional de Control de Cáncer; 2015.
20. Tonwsend CM. Sabiston: Tratado de Cirurgia. A base Biológica da Pratica Cirúrgica Moderna. 17ma ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier; 2015. p. 867-946.
21. Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM. Oncología quirúrgica. M.D. Anderson, Cancer Center. Madrid; Ed. Marbán; 2015. p. 1-40.
22. Lenhard RE Jr. Clinical Oncology. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2015. pp. 251-68.
23. Buzaid AC. Manual de Oncología Clínica. Câncer de Mama. 3ra ed. São Paulo: Livraria Cientifica Ernesto Reichmann; 2015. p. 2-38.
24. Carlson RW, Brown E, Burstein HJ. NCCN Task Force report: adjuvant therapy for breast câncer. J National Comparative Cancer Network. 2016;4 Sup 1:S1–26.

25.2016 American Cancer Society, Inc. All rights reserved. The American Cancer Society is a qualified 501(c)(3) tax-exempt organization. Cancer.org is provided courtesy of the Leo and Gloria Rosen family.

26. Serrano Brambila EA, Monterrubio JLL, Morales AR, López UC, Wingartz Plata HF, Aranda JM. Impacto de la privación androgénica total en los pacientes con obstrucción a la salida de la vejiga por cáncer de próstata avanzado. Bol Col Mex Urol 2012; 14:104-107.

27. Maganto Pavón E. Tratamiento hormonal. En: De Torres Mateos JA, ed. Cáncer de próstata. Barcelona: Ediciones Doyma SA; 27(7):, 2013:83-101.

28. O'Connor JM, Martin C, Orlando M, Nervo A, Mandachain M, Chacón R. Tratamiento hormonal del cáncer de próstata con mantenimiento de la potencia sexual: Antiandrógenos periféricos más finasteride. Seguimiento a largo plazo. Oncología Clínica 2013; 6 (supl 2): 869.

29. Farreras P-Rozman C. Medicina interna. 13ª.ed. Madrid: Harcourt Brace SA; 2014: vol 1:1166.

30. Herenú RC, Mocellimi Iturralde JA, Scorticati CH. Urología. 4ª.ed.BsAs: El Ateneo SA; 2014:256.

31. Hidalgo JL, Caccia G. Relación entre antígeno prostático específico (PSA), mejoría sintomática (MS) y supervivencia (SV) en pacientes (PTS) con cáncer metastático de próstata (CMP) tratados con bloqueo androgénico completo (BAC). Oncología Clínica 2011; 5 (Supl 2): 376.

32. Velasco Palma A. Evolución del cáncer de próstata estadio D2 con manipulación hormonal. Revista Chilena de Urología 2013; 61:17-20.

33. Kirik D. Immediate versus deferred hormone treatment for prostate cancer: how safe is androgen deprivation? BJU Int 2011; 86:220.

34. Walsh PC, De Weese TL, Eisenberger MA. RE: Structures debate: Immediate versus deferred androgen suppression in prostate cancer-Evidence for deferred treatment. J Urol 2011; 166: 508-516.

35. Samsom DJ, Seidenfeld J, Schmitt B y col. Systematic review and meta-analysis of monotherapy compared with combined androgen blockade for patients with advanced prostate carcinoma. *Cancer* 2012; 95 (Supl 2): 361-376.
36. Krupski TL, Smith MR, Chanlee W y col. Natural history of bone complications in men with prostate carcinoma initiating androgen deprivation therapy. *Cancer* 2014; 101 (Supl 3): 541-549.
37. Douglas Scherr, Reid Pitts W, JR, Darracott V, JR. Diethylstilbesterol revisited: Androgen deprivation, osteoporosis and prostate cancer. *J Urol* 2012; 167: 535-538.
38. Torres A, Mondragón S, Robert A, Flores D, Méndez L. Utilidad del Ketoconazol como tratamiento en el paciente con cáncer prostático D2 con progresión después de tereapia hormonal primaria. *Revista Chilena de Urología* 2016; 61:33.
39. Smith DC, Chay CH, Dunn RL y col. Phase II trial of paclitaxel, estramustine, etoposide and carboplatin in the treatment of patients with hormone-refractory prostate carcinoma. *Cancer* 2013; 98 (Supl 2): 269-276.
40. Nishimura K, Nonomura N, Yasunaga Y y col. Low doses of oral dexametasone for hormona-refractory prostate carcinoma. *Cancer* 2011; 89 (Supl 12): 2570-2576.
- 41.ientes son otros sumarios del PDQ que contienen información relacionada con el cáncer de próstata:

ANEXOS.

Anexo 1.

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: : Factores de riesgo que influyen en la aparición del adenocarcinoma de próstata en pacientes mayores de 50 años del municipio Baragua

Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

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

Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los _____ días del mes _____ de 2014.

Firma del participante _____

Autor: _____

Anexo 2.

CUESTIONARIO

Estudio de factores de riesgo asociados a la elevada incidencia de adenocarcinoma de próstata en pacientes mayores de 50 años del municipio Baraguá.

1. Datos generales

❖ Nombre:

❖ Edad: _____

❖ Color de la Piel: Blanco_____ Mestizo_____ Negro_____

❖ Marcar con una X si es caso o control

☐ Caso: _____

• Control: _____

2. Factores de Riesgo relacionados con el componente Biología Humana del Campo de Salud.

2.1 Antecedentes patológicos familiares

❖ Tiene usted antecedentes patológicos familiares de adenocarcinoma de próstata marque con x Si o No:

SI _____ NO _____

❖ En caso afirmativo, grado de parentesco:

Padre _____ hermanos _____
Abuelos _____ Tios _____

2.2 Antecedentes Patológicos Personales

❖ Tiene usted Antecedentes personales de inflamaciones o infecciones de la próstata .

SI _____ NO _____

3. Factores de Riesgo relacionados con el componente Estilos de Vida del Campo de Salud.

3.1 Obesidad.

Peso Kg. _____ Talla cm. _____ IMC _____

❖ Usted realiza algún ejercicio físico.

Si _____ No _____

❖ En caso afirmativo responda la intensidad de la actividad física

3.5 realizacion del tacto rectal

Usted se realiza.el tacto rectal.

Si _____ No _____

3.6realizacion de la psa

Usted se realiza.el tacto rectal.

Si _____ No _____

❖ En caso afirmativo responda cuando.