



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA EN EMPLEADOS DE UNA DEPENDENCIA PERTENECIENTE A UNA INTENDENCIA DEPARTAMENTAL DEL URUGUAY

AUTORES:

Br. Perdomo, Sandra
Br. Urbin, Andrea
Br. Rodríguez, Rosana
Br. Pizarro, Karina
Br. Cabrera, Martín D.

TUTOR:

Prof. Agda. Esp. Isabel Silva

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la orientación brindada por la Prof. Mg. Miriam Costabel al inicio de esta investigación y la tutoría de la Prof. Agda. Esp. Isabel Silva.

Índice	Página 1
Resumen	Página 2
Introducción	Página 3
Justificación	Página 7
Marco teórico	Página 8
Objetivos	Página 14
Metodología	Página 14
Resultados	Página 20
Conclusiones	Página 34
Referencias	Página 41
Bibliografía	Página 42
Apéndice	Página 49
Índice	Página 50

ÍNDICE

Agradecimientos	Página 1.
Índice	Página 2.
Resumen	Página 3.
Introducción	Página 5.
Justificación	Página 7.
Marco teórico.	Página 8.
Objetivos.	Página 18.
Metodología	Página 18.
Resultados	Página 26.
Discusión	Página 36.
Conclusiones	Página 41.
Sugerencias	Página 43.
Referencias bibliográficas	Página 45.
Bibliografía	Página 46.
Anexos	Página 48.

RESUMEN

El presente, es el trabajo final de investigación de un grupo formado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República (UDELAR), del Plan Carrera Escalonada de la Licenciatura en Enfermería, generación 2010.

El mismo tuvo la finalidad de identificar la presencia de factores de riesgo de neoplasia de Próstata en los funcionarios de una dependencia perteneciente a una Intendencia Departamental del Uruguay, así como también indagar acerca de la realización de exámenes preventivos que permitan la prevención y el diagnóstico precoz.

Para la realización del mismo se aplicó durante las dos últimas semanas del mes de Julio de 2013, el instrumento Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República.

La metodología utilizada fue de tipo descriptivo de corte transversal, tomando una muestra no probabilística de encuestados de sexo masculino entre 40 y 64 años inclusive, trabajadores que aceptaron participar del mismo.

Dentro de los resultados encontrados se destaca que el 28.57% de los encuestados presentaba al menos un factor de riesgo no modificable, mientras que el 95.92% presentaba al menos un factor de riesgo modificable, siendo los más frecuentes la falta de una dieta balanceada, el sedentarismo y el Índice de Masa Corporal (IMC) > 25 . El 100% de los entrevistados que tenía factores de riesgo no modificables también tenía factores de riesgo modificables.

En lo que refiere a la realización de exámenes preventivos se observó que en los hombres entre 40 y 47 años predominaba la falta de control, mientras que a medida que aumentaba la edad, los hombres que se realizaban controles superaban a los que no los realizaban.

Palabras claves

Neoplasia de Próstata

Factores de riesgo no modificables

Factores de riesgo modificables

Cribado de neoplasia de Próstata

INTRODUCCIÓN

El tema a abordar, factores de riesgo de neoplasia de Próstata, se encuentra enmarcado dentro del Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano que lleva a cabo la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería.

El mismo fue seleccionado en conjunto por todos los integrantes del grupo considerando que en el Uruguay el Cáncer de Próstata es la segunda causa de muerte oncológica en los hombres, mostrando una tendencia en aumento en los últimos años.

El instrumento fue aplicado durante las dos últimas semanas del mes de Julio de 2013 a los funcionarios de una dependencia perteneciente a una Intendencia Departamental del Uruguay, tomando una muestra no probabilística de adultos masculinos, cuyas edades se ubican entre los 40 y 64 años.

La elección de esta muestra se hizo según criterio preventivo, dado que los estudios para detección precoz de esta patología se realizan generalmente a partir de los 40 años de edad.

Una vez obtenidos los datos, se realizó una división por rangos etarios para poder determinar si la realización del cribado de Próstata guarda algún tipo de relación con los mismos e identificar una dinámica en los factores de riesgo.

Tanto los cambios en el estilo de vida como la detección precoz pueden disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad o de que la misma avance, por lo que los autores de este trabajo consideran que se hace indispensable la intervención del Licenciado/a en Enfermería en la promoción y prevención del Cáncer de Próstata.

Siguiendo el modelo de Dorothea Orem, se haría necesaria la implementación un sistema educativo de apoyo que regule el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado para lograr de esa forma que las personas implicadas puedan realizarla por sí mismas. Fortalecer las capacidades de autocuidado en pro de disminuir o eliminar los factores de riesgo modificables se convierte entonces en un desafío y un compromiso como profesionales promotores de Salud.

Problema

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de neoplasia de Próstata más frecuentes en los hombres entre 40 y 64 años, trabajadores de una dependencia de una Intendencia del Uruguay durante las últimas dos semanas del mes de Julio de 2013?

JUSTIFICACIÓN

El Cáncer de Próstata ocupa el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad en individuos del sexo masculino del Uruguay luego del cáncer de pulmón.

Según el informe del año 2010 de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer ⁽¹⁾, la Tasa Anual (TA) correspondió al 22,1 significando 648 fallecidos por dicha patología.

Los datos aportados por el informe de mortalidad por cáncer ⁽²⁾ desde 1990 al 2010 muestran que el Porcentaje de Cambio Anual Estimado (*PCAE*) para el período 1990-2008 fue de 0,38 mostrando una tendencia en aumento.

Dentro de los factores de riesgo de neoplasia de Próstata ⁽³⁾ figuran los constitucionales (edad), los étnico-raciales y geográficos, los genéticos, familiares y hereditarios, los hormonales, los antropométricos, la hipertensión arterial, los perinatales, y la Diabetes Mellitus tipo 2. De todos ellos, la edad, los factores étnico - geográficos y los genéticos son los más importantes, pero existen estudios que aseguran que controlando los factores de riesgo antropométricos, la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2 se lograría disminuir la mortalidad por este tipo de cáncer.

Esta investigación está dirigida a la detección de factores de riesgo en una población de hombres comprendidos entre las edades de 40 a 64 años de edad empleados en una dependencia perteneciente a una Intendencia Departamental del Uruguay, durante las dos últimas semanas del mes de Julio de 2013, y a conocer la situación epidemiológica de estos hombres en cuanto a la detección precoz de la neoplasia de Próstata.

MARCO TEÓRICO

EL CÁNCER DE PRÓSTATA

La Próstata es un órgano glandular del aparato genitourinario de los individuos de sexo masculino que se encuentra ubicado en el centro de la pelvis por detrás del pubis, delante del recto y por debajo de la vejiga.

Rodea y envuelve la primera porción de la uretra (*uretra prostática*) y se relaciona además con los conductos deferentes y las vesículas seminales.

Su forma se corresponde con la de una castaña y si bien su tamaño es variable se considera que lo normal se sitúa entre 4 cm de largo por 3 cm de ancho.

Mc Neal ⁽⁴⁾ divide a la Próstata en cuatro regiones: zona anterior, zona periférica, zona central y zona de transición.

Secreta un líquido alcalino rico en enzimas y prostaglandinas indispensable para la supervivencia y maduración de los espermatozoides.

El Cáncer de Próstata ⁽⁵⁾ es uno de los principales problemas médicos en los adultos mayores. El 70% de ellos son diagnosticados después de los 65 años. Como el riesgo de contraer la enfermedad aumenta con la edad, se estima que el impacto de esta enfermedad para el año 2030 será muy grande debido al envejecimiento de la población.

En la actualidad ha aumentado su incidencia estimándose que el 30 a 40% de los varones mayores de 50 desarrollarán la enfermedad en fases asintomáticas, aunque solamente el 25% entrará en fase clínica y únicamente un 8% morirán por esta causa.

La mayoría de los Cánceres de Próstata se ubican en la zona periférica.

El crecimiento del tumor hacia otras áreas fuera de la glándula se produce por la invasión a zonas peri neurales locales o porque atraviesa el tejido fibroso peri prostático. Las primeras áreas invadidas son los ganglios linfáticos regionales, región obturatriz e hipogástrica. Cuando alcanza la vasculatura loco regional se produce la migración de células tumorales hacia regiones más distantes implantándose principalmente en la zona ósea (esqueleto axial y pelvis) o en otros órganos como pulmón, ganglios e hígado.

Aproximadamente el 95% de los Cánceres de Próstata son adenocarcinomas, el 4% posee diferenciación transicional y el 1% corresponde a carcinomas neuroendocrinos.

Los principales factores de riesgo identificados son: la edad, la raza, el antígeno prostático específico (PSA), la historia familiar, la dieta, las alteraciones genéticas y las hormonas sexuales.

Edad: es el factor de riesgo más importante. Los hombres de mayor edad tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. El diagnóstico previo a los 40 años es muy infrecuente pero su incidencia aumenta muy rápido luego de esa edad.

Raza: la mayor incidencia es entre los varones negros de Norteamérica, el riesgo es 1,8 veces mayor que entre los varones blancos.

Antígeno prostático específico (*PSA por su sigla en inglés*): los varones que presentan cifras elevadas tienen mayor riesgo.

Historia familiar: el riesgo se duplica en los varones de 50 años con un hermano o padre diagnosticados de Cáncer de Próstata. Los que poseen más de dos familiares en primer grado con la enfermedad multiplican su riesgo por 7 – 8.

Dieta: las dietas pobres en vegetales y pescado, ricas en carnes rojas y grasas saturadas, el índice de masa corporal elevado y la resistencia periférica a la insulina aumentan el riesgo.

Alteraciones genéticas: una alteración en una región del cromosoma 8q24 también constituiría un riesgo de contraer Cáncer de Próstata.

Hormonas sexuales: la DHT (dihidrotestosterona) es el principal andrógeno que interviene en el crecimiento y desarrollo de la glándula prostática. La 5 alfa reductasa (enzima que reduce la testosterona a DHT) actuaría en diferente forma según el grupo racial, su acción sería más intensa en los varones de raza negra por lo que aumentaría el riesgo de Cáncer de Próstata.

Sintomatología

La enfermedad permanece asintomática durante su etapa inicial. Como habitualmente se presenta luego de los 50 años los síntomas miccionales tanto obstructivos como irritativos no se diferencian de la Hipertrofia Prostática Benigna, patología muy frecuente en esa edad.

El 15% de los pacientes solamente, presentan signos como: hematuria, hemospermia, uropatía obstructiva o dolor óseo.

Diagnóstico

El diagnóstico de presunción de neoplasia de Próstata se hace a través del tacto rectal, la concentración sérica de PSA y la ecografía transrectal.

Tacto rectal: como la mayoría de los tumores de Próstata se localizan en la zona periférica, son detectables mediante el tacto rectal cuando su diámetro supera los 0,2 cm. La palpación de un nódulo o asimetría con induración es indicación de biopsia prostática aunque los valores de PSA sean normales.

Antígeno prostático específico (PSA): es una glucoproteína sintetizada en el epitelio glandular prostático y su función es la licuefacción del coágulo de semen. Es secretado al torrente sanguíneo en concentraciones bajas. Cuando la barrera que limita su paso se ve alterada las concentraciones plasmáticas aumentan y pueden ser diagnóstico de Cáncer de Próstata. De todas formas, situaciones como el tacto rectal vigoroso, la prostatitis, la eyaculación, el infarto prostático y la Hipertrofia Prostática Benigna también elevan las concentraciones de PSA. Tiene mayor valor predictivo que el tacto rectal y que la ecografía transrectal.

Ecografía transrectal: no es lo suficientemente sensible y específica en la identificación de lesiones sospechosas o del estadio del Cáncer de Próstata. El 50% de los tumores palpables menores a 1cm no son visibles con este estudio. Además, la mayoría de las lesiones hipoeoicas no corresponden a tumores.

El diagnóstico definitivo es a través de la biopsia prostática o de piezas obtenidas quirúrgicamente.

Biopsia de Próstata: solamente está indicada cuando el valor de la concentración sérica de PSA es mayor a 4 mg/l, el tacto rectal da indicios de sospecha o ambas cosas.

Se pueden utilizar otras pruebas diagnósticas pero generalmente se recurre a ellas cuando hay criterios de que pueda existir invasión fuera de la glándula prostática. Esos estudios son: la tomografía computarizada de pelvis, la resonancia magnética con sonda transrectal, la gammagrafía ósea, la radiografía de tórax, y la tomografía por emisión de positrones integrada con tomografía computarizada con fluorodeoxiglucosa.

Estadificación

En la sección de Anexos (*Anexo 5*), se podrá apreciar el detalle sobre la estadificación, correspondiente a la American Joint Comitee on Cancer (AJCC) y a la Union for International Cancer Control (UICC).

Tratamiento

El tratamiento dependerá del estadio de la enfermedad.

En la enfermedad localizada, estadios I y II el objetivo es curar la enfermedad.

A continuación se citan los diferentes tratamientos:

- Prostatectomía radical: está recomendada en aquellos en que la expectativa de vida es de 10 años o más. En los pacientes con función eréctil normal se recomienda la prostatectomía con preservación nerviosa
- Radioterapia radical: si bien ofrece la misma sobrevida a largo plazo su eficacia no se compara directamente con la cirugía. La elección entre ambas suele estar supeditada a la edad, la existencia de otras patologías concomitantes, el riesgo quirúrgico y la preferencia del paciente.

CRIBADO

- Braquiterapia transperineal de baja dosis: indicada en pacientes con expectativa de vida menor a diez años.

En los pacientes con la enfermedad localmente avanzada se recomienda un enfoque multimodal:

- Prostatectomía con linfadenectomía pélvica ampliada y tratamiento complementario con hormonoterapia.
- Radioterapia sin cirugía previa: es el tratamiento más común y se complementa con bloqueo androgénico.

Cuando la enfermedad está diseminada se indica la hormonoterapia promoviendo la deprivación androgénica.

En el Cáncer de Próstata hormono resistente y resistente a la castración está indicada la quimioterapia y su beneficio se ve exclusivamente en pacientes con metástasis. También puede plantearse la resección transuretral paliativa y la orquiectomía.

FACTOR DE RIESGO

En un contexto epidemiológico es toda causa determinante o condición asociada que aumenta las probabilidades de una persona de contraer un estado patológico.

Evitando la ambigüedad y desde un punto de vista de técnicas multivariantes, los factores de riesgo son variables independientes incluidas en un estudio, que influyen sobre la variable dependiente que corresponde a la enfermedad.

CRIBADO

Corresponde al uso de determinadas exploraciones en forma sistemática, en personas que no tienen síntomas de cáncer pero tienen alto riesgo de contraerlo. Cualquier forma de cribado apunta a la reducción de la mortalidad específica y total, y mejorar la futura calidad de vida de una persona.

Las formas más tradicionales de cribado de Próstata comprenden la exploración rectal mediante tacto y la dosificación de PSA mientras que en algunos países puede agregarse la biopsia prostática a los anteriores.

El uso sistemático del cribado es controvertido dado que tanto la prueba de PSA puede arrojar resultados falsos positivos así como que con el tacto rectal no se puede explorar la totalidad de la glándula, mientras que la biopsia prostática podría acarrear riesgos significativos para los pacientes. No obstante, este método de detección precoz se aplica en varios países del mundo como por ejemplo: Australia, Canadá, Italia, Alemania, Grecia y parte de España. En 1999, la O.M.S. sugirió realizar estudios randomizados antes de aplicar el cribado a las políticas nacionales de salud ⁽⁶⁾. Los estudios realizados en España no han probado con total certeza la eficacia de la aplicación del cribado, sin embargo, el descenso en el diagnóstico de Cáncer de Próstata avanzado sugiere que existe una relación con la realización del mismo.

Las recomendaciones acerca del cribado de Próstata varían de acuerdo a las diferentes escuelas, mientras que el American College of Physicians sugiere realizarlo individualizando la situación de cada paciente, la American Cancer Society aconseja realizarlo anualmente en los mayores de 50 años asintomáticos o a partir de los 40 si tienen antecedentes familiares.

A pesar de las diferencias citadas anteriormente, todos los estudios coinciden en la importancia de la consulta con el Médico Urologo para que éste decida la necesidad de la realización de dichos exámenes teniendo en cuenta las características del propio paciente.

En Uruguay, el Manual de Oncología para el Primer Nivel de Atención ⁽⁷⁾, establece que el tacto rectal como el análisis de PSA son útiles para diagnosticar patologías prostáticas pero no permiten confirmar la malignidad de las mismas, por lo que deberían complementarse con otro tipo de estudios en caso de aparecer alteraciones. Dado que los estudios no han demostrado fehacientemente que la detección precoz reduzca el número de muertes por Cáncer de Próstata, al no existir presunción de esta neoplasia, será el usuario previamente informado y asesorado por su médico quien decidirá si se realiza o no los estudios en cuestión.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea Orem desarrolló la Teoría del Déficit de Autocuidado, la misma está compuesta por diferentes conceptos y tres teorías que los relacionan entre sí: Teoría de Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado, y la Teoría de los Sistemas Enfermeros.

Considera al individuo como agente, como gestor de acciones deliberadas que promuevan y mantengan la vida, la salud y el bienestar.

Autocuidado

Se trata de las actividades que las personas maduras o que están madurando realizan por sí mismas en determinados períodos con la finalidad de mantener un funcionamiento vivo y sano además de continuar desarrollándose.

Teoría del Autocuidado

Esta teoría considera al autocuidado como:

- Una función reguladora que los hombres llevan a cabo o deberían haber llevado a cabo en forma deliberada para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. A diferencia de otras funciones reguladoras, el autocuidado debe aprenderse y desarrollarse por lo que depende de: la etapa de crecimiento y desarrollo de la persona, de los estados de salud y características de los mismos, los niveles de energía y de los factores medioambientales.
- Un sistema de acción por el cual la elaboración de los conceptos de autocuidado, y la actividad de autocuidado constituyen la base para entender los requisitos y las imitaciones para llevarlo a cabo pudiendo beneficiarse de los servicios de enfermería.

Teoría del Déficit de Autocuidado

El concepto básico de esta teoría se basa en que las necesidades de las personas que requieren de un cuidado enfermero se relacionan con las limitaciones parciales o totales de reconocer los requisitos existentes y emergentes para su cuidado o para el cuidado de personas a su cargo.

Teoría de los Sistemas Enfermeros

Considerando que la enfermería es una acción humana, los sistemas enfermeros son diseñados y producidos por enfermeras durante el ejercicio de su profesión y están dirigidos a las personas con limitaciones en su autocuidado o en el cuidado dependiente.

Se pueden reconocer tres sistemas:

- Sistema educativo de apoyo: la enfermera regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado para que el paciente logre el autocuidado
- Sistema parcialmente compensatorio: la enfermera ayuda al paciente si es necesario, compensa sus limitaciones de autocuidado y aplica ciertas medidas de autocuidado al mismo mientras que el paciente acepta los cuidados y la asistencia, regula su actividad de autocuidado y realiza medidas de autocuidado.
- Sistema completamente compensatorio: la enfermera apoya y protege al paciente, compensa su incapacidad de realizar autocuidado y cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.

OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Identificar la presencia de factores de riesgo de neoplasia de Próstata en los funcionarios de una dependencia perteneciente a una Intendencia Departamental del Uruguay.

Objetivo específico:

- Determinar los factores de riesgo más frecuentes.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio: el estudio es epidemiológico, cuantitativo, con diseño descriptivo, de corte transversal.

- **Población:** Todos los funcionarios de sexo masculino, pertenecientes a la dependencia donde se acordó previamente la presente investigación.
- **Muestra:** no probabilística por conveniencia entre 40 y 64 años de edad comprendiendo un total de 49 personas.

Criterios de inclusión:

- Persona de sexo masculino entre 40 y 64 años.
- Que otorgó el consentimiento para participar en la investigación.
- Trabajador de la dependencia autorizada para realizar la investigación.

Procedimiento para la recolección de datos.

Previo a la recolección de datos se obtuvo la autorización de la institución donde se llevó a cabo la misma (*Anexo 2*)

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta estructurada, instrumento avalado y validado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería perteneciente a la UDELAR (*Anexo 4*). Se registró la información en forma personalizada por el investigador formulando las interrogantes verbalmente al participante.

Previo a la encuesta se les informó a los participantes acerca de la presencia de los investigadores y los motivos, con posterior firma de consentimiento informado (*Anexo 3*).

Para el análisis de los datos, se dividió la muestra en tres rangos etarios para poder determinar si existían diferencias relacionadas con la edad, con la presencia de factores de riesgo modificables y en la realización de exámenes preventivos de la patología prostática.

Consideraciones éticas.

Para la investigación, se consideró el decreto de ley del 4 de agosto de 2008, firmado por el Dr. Tabaré Vázquez (*Presidente en ejercicio de la República O. del Uruguay*), con el número 379/2008, en el cual es aprobado el proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud pública, “en forma de apoyo a la investigación y preservando en todos los casos la dignidad humana y los derechos humanos de los sujetos involucrados”

Del citado decreto se destaca para con la presente investigación, el capítulo II, artículo 4, inciso ‘A’: “La observación de principios éticos de la investigación implica: el consentimiento libre e informado de los individuos y la protección de los grupos vulnerables y los legalmente incapaces (principio de autonomía). Se deberá en todos los casos tratar a los sujetos investigados respetando su dignidad e integridad atendiendo a su autonomía y defendiéndolos en su vulnerabilidad”.

También se resalta el inciso “G”: “Contar con el consentimiento libre e informado de los sujetos de investigación prestado de acuerdo con las normas vigentes”.

Para estas dos observaciones se elabora consentimiento informado a firmar por los sujetos investigados y previamente aprobado por docentes de la Facultad de Enfermería.

Definición de las variables

Antecedentes de patologías neoplásicas

Conceptual: el encuestado ha padecido alguna masa tumoral en su cuerpo anteriormente.

Operacional: si el encuestado ha padecido o padece algún tipo de cáncer.

Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.

Raza negra

Conceptual: colectivo de personas que poseen un mayor número, tamaño y densidad de melanosomas, en los melanocitos de la piel, generando así una pigmentación más oscura.

Operacional: si el encuestado pertenece a esta raza.

Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.

Antecedentes familiares de Cáncer de Próstata

Conceptual: que el sujeto entrevistado ha tenido familiares directos ascendentes que han padecido tal cáncer.

Operacional: si el encuestado ha tenido o tiene familiares directos ascendentes que hayan padecido o padezcan cáncer de próstata.

Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.

Actividad física

Conceptual: el sujeto entrevistado realiza ejercicio físico donde genera un gasto energético mayor a su estado basal a través de actividades planificadas y repetitivas con el fin de mantener su condición física.

Operacional: si el encuestado realiza algún ejercicio físico planificado.

Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.

Actividad sexual

Conceptual: expresión de la sexualidad de cada persona donde busca el erotismo y el placer en contacto con otras personas.

Operacional: si el encuestado tiene relaciones sexuales.

Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.

Dieta

Conceptual: conjunto de nutrientes ingeridos en el consumo habitual de alimentos.

Operacional: si el encuestado ingiere alimentos en forma balanceada.

Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.

Hábito nocivo

Conceptual: es un comportamiento perjudicial repetido regularmente por una persona.

Operacional: si el encuestado fuma o ingiere bebidas alcohólicas habitualmente.

Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.

Peso

Conceptual: equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto, debido al efecto causado por la gravedad sobre la masa.

Operacional: medición del encuestado realizada con la balanza del consultorio.

Tipo: cuantitativa, continua.

Talla:

Conceptual: estatura del sujeto.

Operacional: estatura del encuestado medida en el consultorio.

Tipo: cuantitativa, continua.

Índice de masa corporal (IMC)

Conceptual: es una medida de asociación del peso y la talla de una persona, calculada como el cociente del peso sobre la estatura elevada al cuadrado. Menor a 16 corresponde a infra peso, de 18.50 a 24.99 corresponde a delgadez, de 25.00 en adelante corresponde a sobrepeso y mayor a 30 es obesidad.

Operacional: cociente del peso sobre la estatura elevada al cuadrado

Tipo: cuantitativa, continua.

Control con urólogo

Conceptual: visita con determinada frecuencia al médico especialista en vías urinarias.

Operacional: si el encuestado ha consultado al médico especialista en vías urinarias.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Antígeno prostático específico (PSA)

Conceptual: medición del antígeno prostático en sangre.

Operacional: si el encuestado se ha realizado medición del antígeno prostático en sangre.

Tipo: cualitativa, dicotómica nominal.

Tacto rectal

Conceptual: palpación digital de la Próstata realizada por el médico a través del recto.

Operacional: si al encuestado el médico le ha realizado palpación digital de la Próstata a través del recto.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Hematuria

Conceptual: orina con sangre.

Operacional: si el encuestado orina o ha orinado con sangre.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Disuria

Conceptual: difícil, dolorosa y/o incompleta micción.

Operacional: si el encuestado ha tenido difícil, dolorosa y/o incompleta micción.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Nicturia

Conceptual: aumento de la frecuencia de micción durante la noche.

Operacional: si el encuestado se levanta varias veces para orinar durante la noche.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Trastornos en la micción

Conceptual: alteraciones en la expulsión continua de la orina.

Operacional: si el encuestado tiene alteraciones en la expulsión continua de la orina.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Retención aguda de orina

Conceptual: imposibilidad para el vaciamiento adecuado de la vejiga.

Operacional: si el encuestado se ha visto imposibilitado de vaciar la vejiga a pesar de sentir deseos y posibilidad de hacerlo.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

RESULTADOS

Polaquiuria

Conceptual: aumento del número de micciones.

Operacional: si el encuestado ha tenido aumento del número de micciones

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Incontinencia

Conceptual: imposibilidad de retener la orina.

Operacional: si el encuestado no ha podido retener la orina con alguna mínima frecuencia.

Tipo: cualitativa, dicotómica, nominal.

Edad

Conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.

Operacional: tiempo transcurrido desde el nacimiento del encuestado hasta el momento de la entrevista.

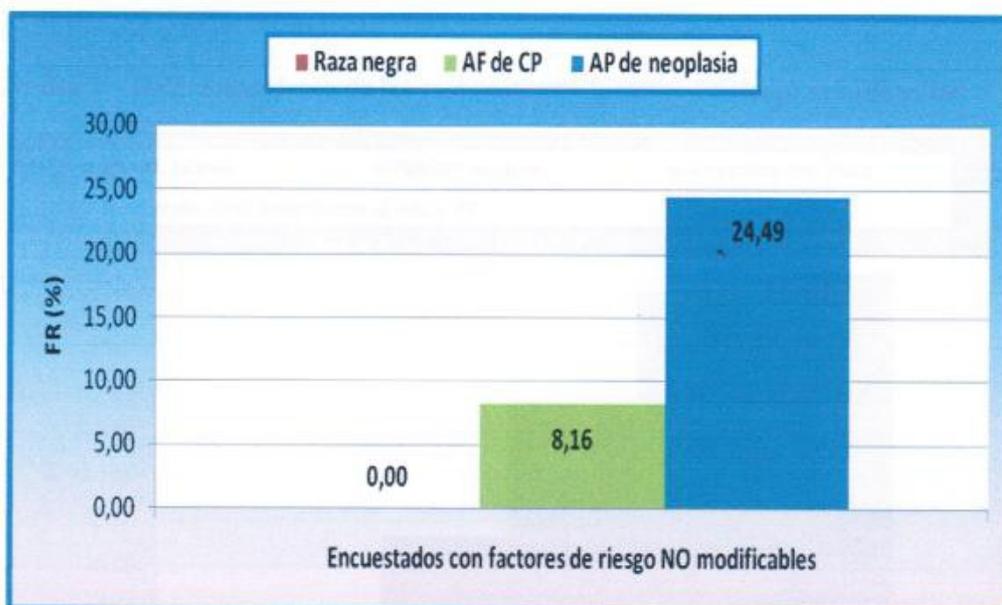
Tipo: cuantitativa, discreta.

RESULTADOS

Tabla I – Distribución de respuestas por factores de riesgo no modificables (n=49).

Factores de riesgo NO modificables				
Factor	FA	FR (%)	TOTAL FA	TOTAL FR (%)
Con AP de neoplasias	12	24.49	49	100
Sin AP de neoplasia	37	75.51		
Perteneciente a raza negra	0	0.00	49	100
No perteneciente a raza negra	49	100.00		
Con AP de CP	4	8.16	49	100
Sin AP de CP	45	91.84		

Gráfica 1 – Relacionamiento de las respuestas de factores de riesgo no modificables.

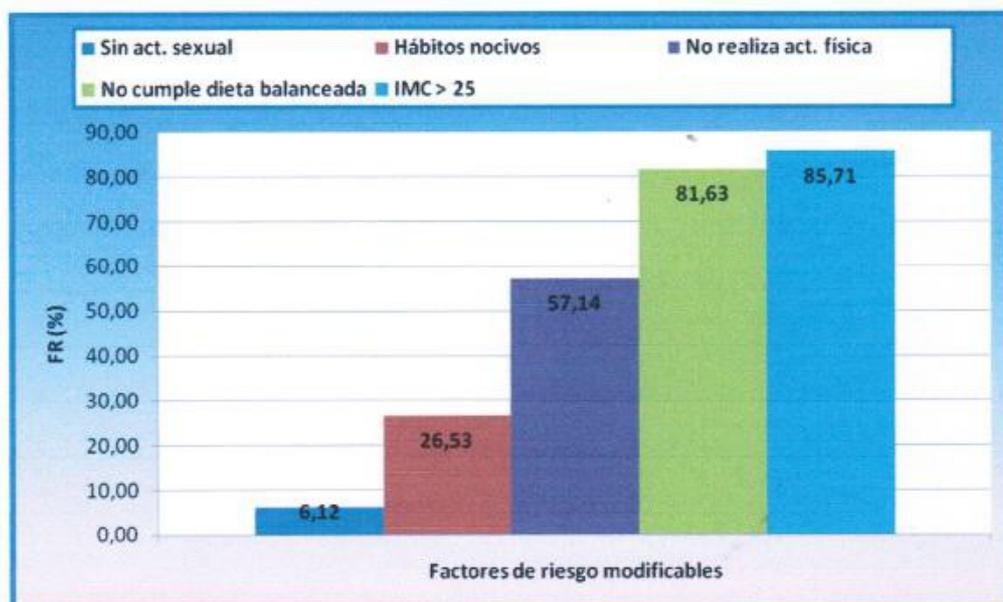


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla II - Distribución de respuestas por factores de riesgo modificables (n=49).

Factores de riesgo modificables				
Factor	FA	FR (%)	TOTAL FA	TOTAL FR (%)
Sin actividad sexual	3	6.12	49	100
Con actividad sexual	46	93.88		
Tabaquista / Alcoholista	13	26.53	49	100
No tabaquista ni Alcoholista	36	73.47		
No realiza actividad física	28	57.14	49	100
Realiza actividad física	21	42.86		
No cumple dieta balanceada	40	81.63	49	100
Cumple dieta balanceada	9	18.37		
IMC > 25	42	85.71	49	100
IMC < 25	7	14.29		

Gráfica 2 – Relacionamiento de las respuestas de factores de riesgo modificables.

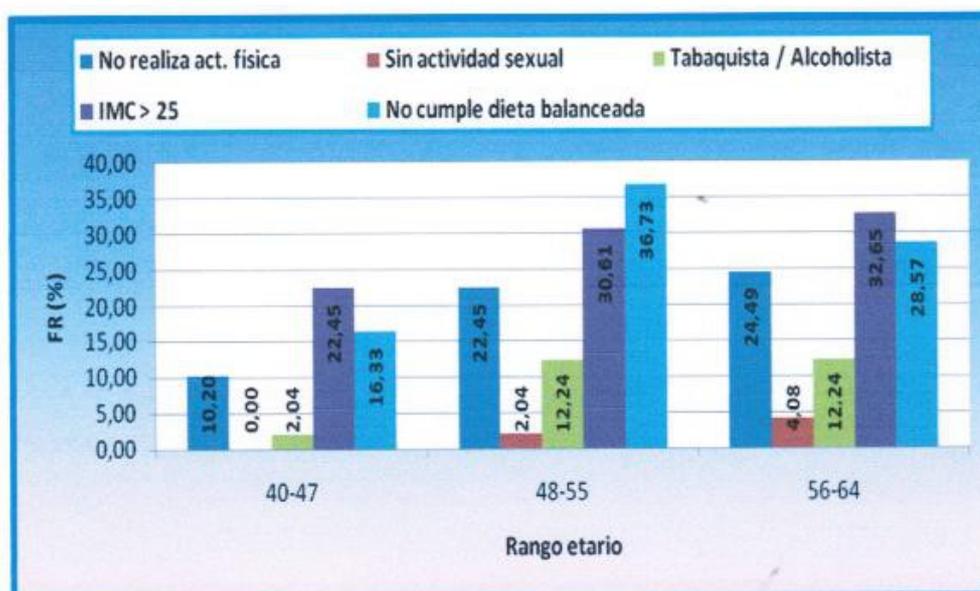


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla III – Distribución de factores de riesgo modificables por rango etario (n=49).

Factores de riesgo modificables										
EDAD	No realiza actividad física		Sin actividad sexual		Tabaquista / Alcohólica		IMC > 25		No cumple dieta balanceada	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
40-47	5	10.20	0	0.00	1	2.04	11	22.45	8	16.33
48-55	11	22.45	1	2.04	6	12.24	15	30.61	18	36.73
56-64	12	24.49	2	4.08	6	12.24	16	32.65	14	28.57
Subtotal	28	57.14	3	6.12	13	26.53	42	85.71	40	81.63
	Realiza actividad física		Con actividad sexual		No tabaquista ni alcohólica		IMC < 25		Cumple dieta balanceada	
Subtotal	21	42.86	46	93.88	36	73.47	7	14.29	9	18.37
TOTAL	49	100	49	100	49	100	49	100	49	100

Gráfica 3 – Factores de riesgo modificables según rango etario.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla IV – Distribución de la cantidad de factores de riesgo no modificables en la muestra (n=49).

Factores de riesgo NO modificables		
Factor	FA	FR (%)
Sin F.R.N.M	35	71.42
Con 1 F.R.N.M.	11	22.45
Con más de 1 F.R.N.M.	3	6.12
Total	49	100

Gráfica 4 – Relación de encuestados con la cantidad de factores de riesgo no modificables de cada uno.

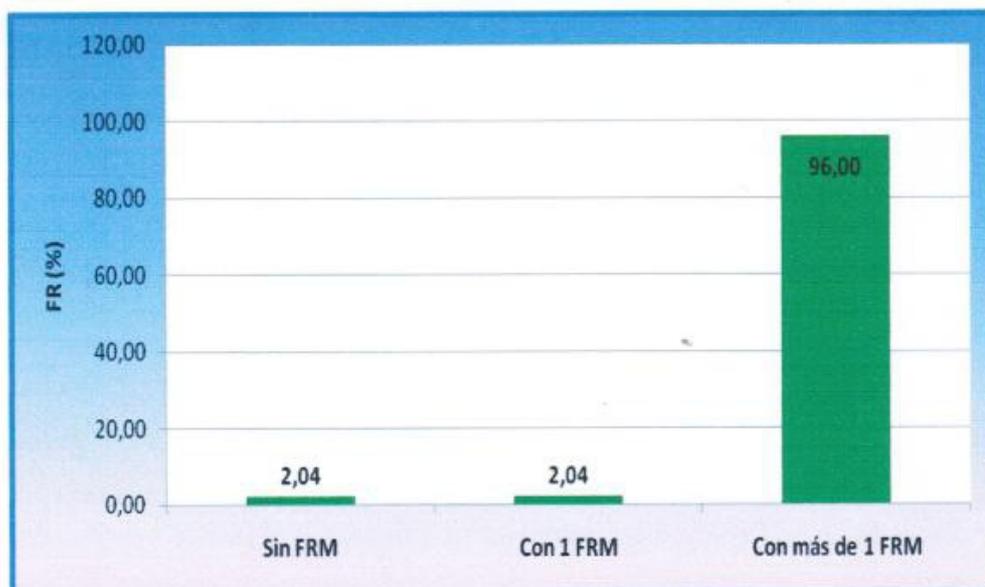


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla V – Distribución de la cantidad de factores de riesgo modificables en la muestra (n=49).

Factores de riesgo modificables		
Factor	FA	FR (%)
Sin F.R.M.	1	2.04
Con 1 F.R.M.	1	2.04
Con más de 1 F.R.M.	47	95.92
TOTAL	49	100

Gráfica 5 – Relación de encuestados con la cantidad de factores de riesgo modificables de cada uno.

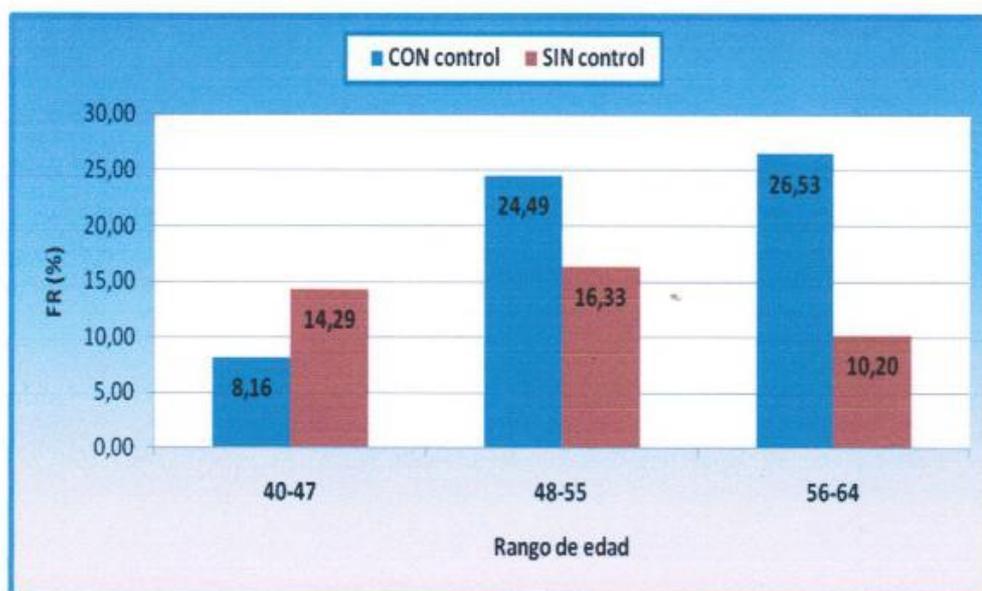


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla VI – Distribución de encuestados con y sin control urológico en relación a rangos de edad (n=49).

Exámenes preventivos				
Edad	Con control urológico		Sin control urológico	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
40-47	4	8.16	7	14.29
48-55	12	24.49	8	16.33
56-64	13	26.53	5	10.20
<i>Subtotal</i>	29	59.18	20	40.82
TOTAL	49		100%	

Gráfica 6 – Relación de encuestados con y sin control urológico con rango etario.

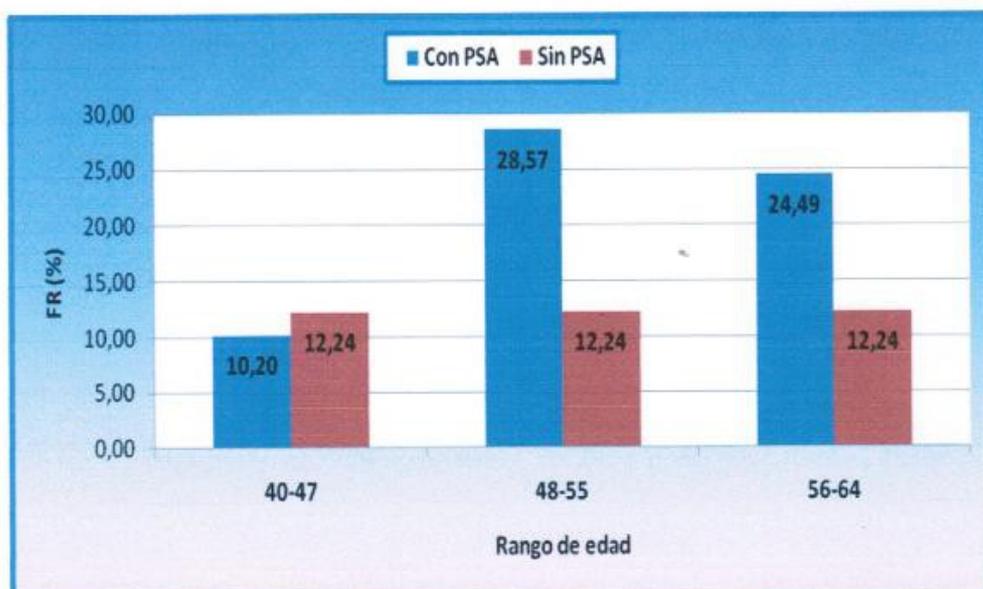


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla VII – Distribución de encuestados dosificación de antígeno prostático en relación a rangos de edad ($n=49$).

Exámenes preventivos				
Edad	Con PSA		Sin PSA	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
40-47	5	10.20	6	12.24
48-55	14	28.57	6	12.24
56-64	12	24.49	6	12.24
Subtotal	31	63.27	18	36.73
TOTAL	49		100%	

Gráfica 7 – Relación de encuestados con y sin dosificación de antígeno prostático con rango etario.

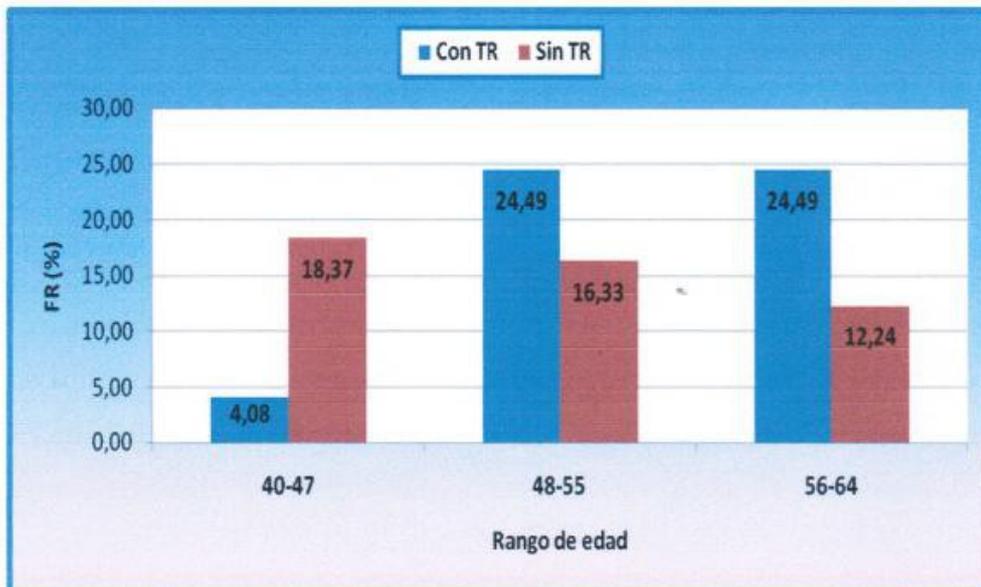


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla VIII – Distribución de encuestados con y sin tacto rectal realizado en relación a rangos de edad (n=49).

Exámenes preventivos				
Edad	Con TR		Sin TR	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
40-47	2	4.08	9	18.37
48-55	12	24.49	8	16.33
56-64	12	24.49	6	12.24
<i>Subtotal</i>	26	53.06	23	46.94
TOTAL	49		100%	

Gráfica 8 – Relación de encuestados con y sin tacto rectal realizado, con rango etario.

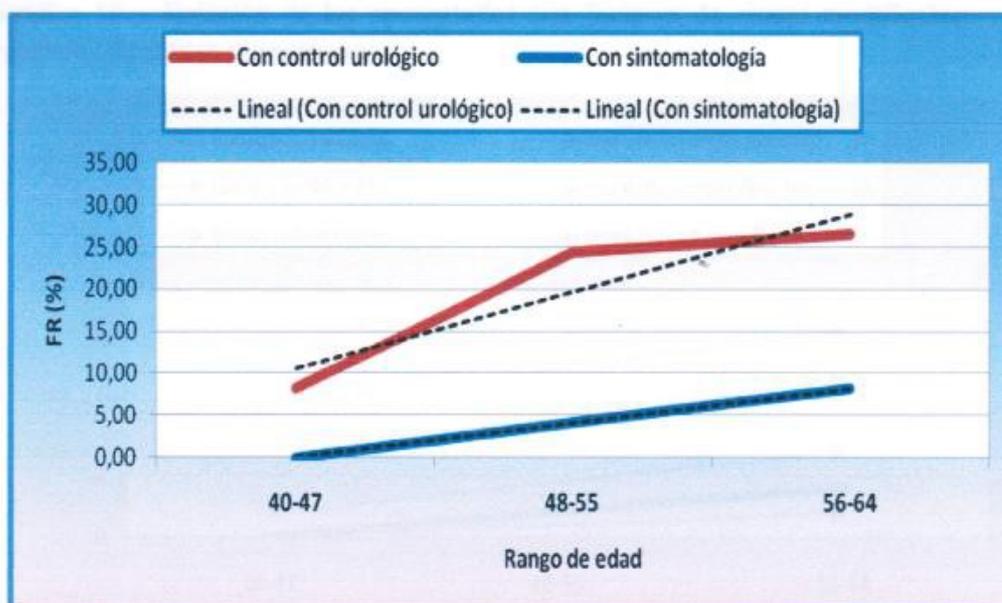


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla IX – Distribución de los encuestados con control urológico en relación a la aparición de sintomatología según rangos de edad ($n=49$).

Edad	Exámenes preventivos		Signos y síntomas	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
40-47	4	8.16	0	0
48-55	12	24.49	2	4.08
56-64	13	26.53	4	8.16
<i>Sin control ni s/s</i>	20	40.82	43	87.76
TOTAL	49	100	49	100

Gráfica 9 – Relacionamiento de los pacientes controlados con urólogo con la aparición de sintomatología, según rangos etarios.

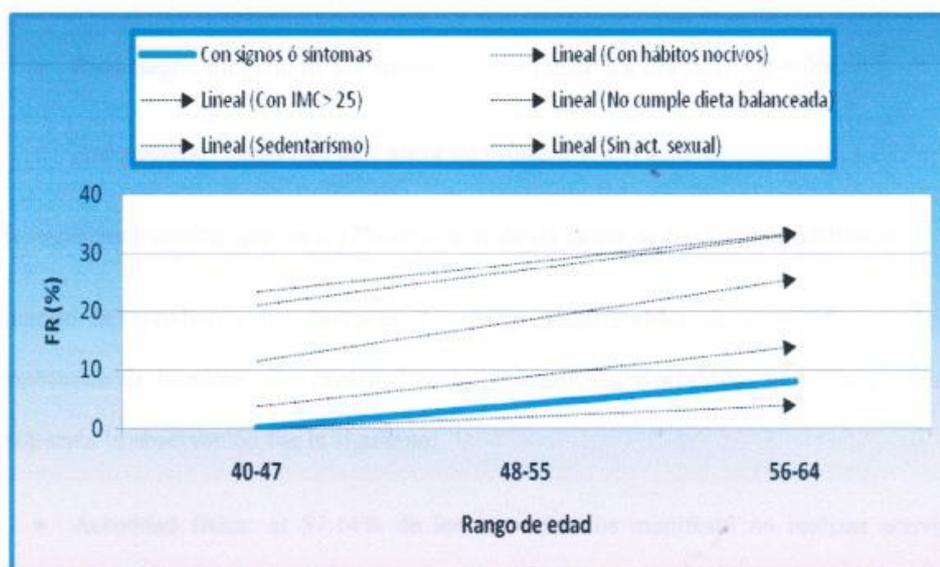


Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

Tabla X – Distribución de los encuestados con factores de riesgo modificables y que han presentado signos ó síntomas, según rangos de edad (n=49).

Factores de riesgo modificables											Signos y síntomas	
Edad	No cumple dieta balanceada		Tabaquista / Alcoholista		IMC > 25		No realiza act. física		Sin actividad sexual		FA	FR (%)
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)		
40-47	8	16.33	1	2.04	11	22.45	5	10.20	0	0.00	0	0
48-55	18	36.73	6	12.24	15	30.61	11	22.45	1	2.04	2	4.08
56-64	14	28.57	6	12.24	16	32.65	12	24.49	2	4.08	4	8.16
Subtotal	40	81.63	13	26.53	42	85.71	28	57.14	3	6.12	6	12.24
	Cumple dieta balanceada		No tabaquista ni alcoholista		IMC < 25		Realiza act. física		Con actividad sexual		Sin signos ni síntomas	
Subtotal	9	18.37	36	73.47	7	14.29	21	42.86	46	93.88	43	87.76
TOTAL	49	100	49	100	49	100	49	100	49	100	49	100

Gráfica 10 – Relación de los encuestados con factores de riesgo modificables y la aparición de signos y/o síntomas.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano – Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería – UDELAR.

DISCUSIÓN

Los datos recolectados mediante la aplicación del instrumento otorgado por la Cátedra de Adulto y Anciano (*Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano*) fueron analizados conforme a las variables presentadas anteriormente.

En lo que respecta a los **factores de riesgo no modificables** se observó que un 28.57% de los encuestados tenía uno o más de ellos. Dentro de los mismos se consideraron tres variables: antecedentes de patología neoplásica, raza negra y antecedentes familiares de Cáncer de Próstata.

- Antecedentes de patología neoplásica: se encontró un número elevado de encuestados que afirmaron tener dichos antecedentes, FR = 24.49%.
- Raza negra: ninguno de los encuestados pertenecía a esa raza, FR = 0%.
- Antecedentes familiares de Cáncer de Próstata: FR = 8.16%.

Es importante resaltar que un 6.12% tenía más de un factor de riesgo no modificable.

Cuando se estudiaron los **factores de riesgo modificables** se encontró un número importante de hombres que presentaban los mismos, interiorizándonos en cada variable propuesta la observación fue la siguiente:

- Actividad física: el 57.14% de los entrevistados manifestó no realizar actividad física, las FR (%) aumentan a medida que aumenta la edad, por lo que el primer rango de edad, 40 a 47, fue de un 10.20%, para el segundo rango, 48 a 55, fue de 22.45% mientras que para el último rango, 56 a 64, fue de un 24.49%.

- Actividad sexual: el 6.12% aseguró no tener actividad sexual, los mismos se encontraban en el segundo y tercer rango etario.
- Dieta: el 81.63% respondió negativamente con respecto a realizar dieta, la moda se ubicó en el segundo intervalo de edades, 48 a 55, correspondiendo a un 36.73%
- Hábitos nocivos: el estudio consideró a la ingesta de alcohol y al tabaquismo en forma conjunta, al analizar esta variable encontramos que la FR fue de un 26.53% teniendo dos modas de 12.24% situadas en el segundo y en el tercer intervalo.
- IMC > 25: Esta variable fue la que presentó la mayor FR, siendo de 85.71%, situándose la moda en el rango etario de 56 a 64, representando un 32.65%.

Al realizar una visión en conjunto de las respuestas obtenidas acerca de los factores de riesgo modificables, el 95.92% presentaba más de un factor de riesgo modificable.

El 100% de los encuestados que tenían factores de riesgo no modificables tenían al menos un factor de riesgo modificable también.

A modo de resumen de los datos más interesantes se debe hacer hincapié que cerca de la tercera parte de los hombres encuestados presentaba al menos un factor de riesgo no modificable, que solamente el 2.04% de los encuestados no presentaba factores de riesgo modificables y que todos los que tenían factores de riesgo no modificables tenían asociados al menos un factor de riesgo modificable.

Al intentar comparar la información recabada con los datos nacionales no se encontraron estudios epidemiológicos acerca de los factores de riesgo de Cáncer de Próstata, sin embargo se pueden comparar las cifras obtenidas con los datos existentes acerca de factores de riesgo tales como el sobrepeso y obesidad, la ausencia de actividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la dieta que son comunes a otras patologías y de los cuales se encontraron estudios.

La 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles ⁽⁸⁾, realizada en el año 2006, indicó que el 60,10% de los hombres tenía un IMC > 25 por lo que es importante destacar que la muestra seleccionada supera ampliamente las cifras nacionales dado que el 85.71% de los encuestados tenía un IMC > 25. En lo que respecta a la falta de actividad física, la misma investigación informa que el 29% de los individuos de sexo masculino tenía un nivel bajo de actividad física, frente al 57.14% de los encuestados en este estudio afirmó no realizar actividad física. El resultado obtenido casi duplica al de la investigación con la que se compara.

En cuanto al tabaquismo, los fumadores, al momento de la 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, representaron un 37,20% del total de hombres a los que se entrevistó, mientras que el porcentaje de hombres que puede ser considerado bebedor actual es del 53%. En este estudio, se consideró al tabaquismo en forma conjunta al alcoholismo como hábitos nocivos, los que representaron el 26.53%, por lo que no se puede distinguir con certeza cuántos de ellos eran fumadores, cuántos consumían alcohol o cuántos tenían ambos hábitos. Llama la atención la diferencia en menos que se observó entre las respuestas de los encuestados con las cifras nacionales.

Con respecto a la dieta, los datos a nivel nacional fueron estudiados de acuerdo a los componentes de la dieta por lo que no justifica la comparación de los resultados.

La patología prostática difícilmente sea diagnosticada previa a los 40 años de edad, por lo que la muestra seleccionada se situó entre 40 y 64 años. Además, se repartió la muestra en tres rangos etarios para poder saber si existían diferencias relacionadas con la edad.

Se consideró importante saber si los integrantes de la muestra se habían realizado algún tipo de control médico relacionado con la prevención y con el diagnóstico precoz de patología prostática, considerándose para ellos las variables: control con urólogo, antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal; los hallazgos fueron los siguientes:

- Control con Urólogo: la FR de encuestados que aseguró haber realizado control con Urólogo fue de 59.18%. En el primer rango etario, de 40 a 47, la consulta es infrecuente, mientras que aumenta en los otros dos rangos situándose la moda de 26.53% en el intervalo de 56 a 64 años.
- Antígeno Prostático Específico (PSA): la FR de encuestados que afirmó haberse realizado el examen de PSA fue de 63.27% ubicándose la moda en el rango etario de 48 a 55, significando el 28.57%.
- Tacto rectal: la FR de encuestados que contestó haberse realizado control con tacto rectal fue de 53.06%, y la moda se ubicó en el rango etario de 48 a 55 y en el de 56 a 64 con un 24.49%.

Cabe destacar que el cribado suele sugerirse que se realice luego de los 40 años por lo que las cifras obtenidas y el predominio de controles en los encuestados de los dos últimos rangos etarios estudiados podrían relacionarse entre otras cosas a esa causa.

Siguiendo la línea de investigación del Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano, se estudió la presencia de signos y síntomas relacionados con la patología, las variables que se incluyeron fueron: hematuria, disuria, nicturia, trastornos en la micción, retención aguda de orina, polaquiuria e incontinencia, sin embargo, se decidió tomarlas a todas ellas en su conjunto considerándose afirmativa la presencia de signos y síntomas ante la respuesta afirmativa a una sola de ellas. El resultado es que se encontró un 12.24% de encuestados que admitieron haber tenido al menos un signo o síntoma de los anteriormente citados.

Se encontró un aumento de la presencia de signos y síntomas en entrevistados con factores de riesgo modificables.

Es importante también destacar que los encuestados que presentaron signos y síntomas también se encontraban dentro de los que se realizaron algún tipo de control preventivo lo que nos plantea la interrogante si el control fue por prevención o fue consecuencia de los signos o síntomas que presentaron.

CONCLUSIONES

La aplicación del instrumento del Estudio Epidemiológico de la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería de la UDELAR, permitió identificar en la muestra la presencia de factores de riesgo no modificables y modificables. Mientras que el 28.57% de los encuestados presentó algún factor de riesgo no modificables, el 97.96% presentó factores de riesgo modificables. Los factores de riesgo modificables más frecuentes fueron: el IMC > 25, el no cumplimiento de dieta balanceada y la falta de actividad física.

Es interesante resaltar que todos los que presentaron factores de riesgo no modificables también tenían asociados factores de riesgo modificables.

Se observó que los exámenes preventivos que se realizan luego de los 40 años son poco frecuentes en el primer rango etario (40 a 47) incrementándose a medida que aumenta la edad. Este aumento en la realización de exámenes en forma conjunta con la edad podría estar relacionado con la realización de los mismos suele sugerirse luego de los 40 años. También se pudo apreciar que hay una relación de los exámenes preventivos con la aparición de signos y síntomas de patología prostática. Como el incremento es similar en ambos casos no es posible identificar la causa específica.

Realizando una visión general del trabajo de investigación, los autores del mismo consideran que fue posible identificar la presencia de factores de riesgo de Cáncer de Próstata en los funcionarios encuestados, así como reconocer los más frecuentes y determinar si se han sometido a un cribado de Próstata.

El aumento de la mortalidad por Cáncer de Próstata debe ser considerado por los enfermeros en su calidad de promotores de salud y no solamente desde el punto de vista meramente asistencial.

Siguiendo el modelo de Dorothea Orem, la capacidad de autocuidado debe ser reforzada y para ello nada mejor que la implementación de un sistema educativo de apoyo mediante el cual el Licenciado/a pueda instruir acerca del autocuidado hasta que el usuario comprenda y lleve a cabo esas actividades por sí mismo. En este caso, instruir acerca de la importancia de eliminar los factores de riesgo modificables, del control urológico y de la realización de exámenes para la detección precoz constituye una prioridad y un compromiso como promotores de salud.

SUGERENCIAS

Como se citó anteriormente, las acciones para prevenir el Cáncer de Próstata, deben estar dirigidas a la disminución y eliminación de los factores de riesgo modificables y a fomentar el diagnóstico precoz.

Para ello se sugiere:

- Integrar al Licenciado/a en Enfermería a la atención primaria de salud en el lugar de trabajo.
- Elaborar estrategias que promuevan y fomenten los hábitos de vida saludables entre los trabajadores de la dependencia donde se realizó esta investigación, como por ejemplo la creación de espacios con aparatos para realizar ejercicios que puedan ser usados en los tiempos libres, organizar eventos deportivos, etc.
- Coordinar la consulta con Nutricionista para aquellos funcionarios con IMC > 25 o para cualquier otro que así lo requiera.
- Coordinar con los diferentes centros asistenciales la consulta con el Urólogo (en lo posible dentro del horario de trabajo para que el funcionario no lo asuma como una carga más sino que perciba que existe interés por su salud).
- Promover y sugerir la realización de dosificación de PSA eximiéndolo del pago de ticket (este podría ser asumido por la propia Intendencia Departamental).

La prevención reduce los costos asistenciales por lo tanto, lo que se invierta en ella redundará en: un ahorro para el sistema sanitario, una disminución de los índices de ausentismo y por sobre todas las cosas una mejora en la calidad de vida de los hombres.

2. Instituto Nacional de Estadística de España (INEC) y el Consejo Asesor Nacional de Cáncer. *Prevalencia y mortalidad por Cáncer en Uruguay (1999-2016)*.
3. Paredes-Díazpala J., García-Cachofa F., Bustos-Torres O., y J.A. Ortega-García (Eds). *Factores de riesgo y mecanismos en el Cáncer de Próstata*. *Anales Urología Española* 2011; 35(2):210-224.
4. Bahíuka, M. A., Chapar, M., A., Costa, W. S. de. *Prevalencia de Leishmaniasis y Síndrome del Boca del Lirón glandular de la zona de Parícutin en la Población Urbana del Chil. Arca*, 20(3):254-261, 2002.
5. Muñoz-Juárez Mattheis R., López-Poveda M., Sánchez-Francés M., y Melero-Villaverde K. *Actualización en Cáncer de Próstata*. *Medicina*, 2011; 11(26):1578-87.
6. Ministerio de Salud y Consumo (España). *Distribución del cribado de cáncer en España*. *Cáncer de Próstata*. ACRP, 2006(2), p.239-271.
7. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). *Directorio general de la Salud*. Programa Nacional de Control del Cáncer. *Manual de Diagnóstico para el Primer Nivel de Atención*, p. 94.
8. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). *Directorio general de la Salud*. División Epidemiología. *II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles P 19-21*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer. Mortalidad por Cáncer en Uruguay 2010 p 24
2. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer Mortalidad por Cáncer en Uruguay 1990-2010
3. Ferris-i-Tortajada J., García-i-Castell J., Berbel-Tornero O. y J.A. Ortega-García J.A. Factores de riesgo constitucionales en el Cáncer de Próstata. Actas Urológicas Españolas 2011; 35(5):282-288
4. Babinski, M. A., Chagas, M. A., Costa, W.S. & Pereira, M. J. Morfología y fracción del área del lumen glandular de la zona de transición en la Próstata humana Rev. Chil. Anat., 20(3):255-262, 2002.
5. Martínez-Amores Martínez B., Durán Poveda M., Sánchez Encinas M. y Molina Villaverde R. Actualización en Cáncer de Próstata. Medicine. 2013;11(26):1578-87
6. Ministerio de Sanidad y Consumo (España) Descripción del cribado de cáncer en España. Cáncer de Próstata. AATRM 2006/01 p 279-286
7. Ministerio de Salud Pública (Uruguay) Dirección general de la Salud. Programa Nacional de Control del Cáncer. Manual de Oncología para el Primer Nivel de Atención. p 94
8. Ministerio de Salud Pública (Uruguay) Dirección general de la Salud. División Epidemiología. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. P 19-27

BIBLIOGRAFÍA

- Babinski, M. A., Chagas, M. A., Costa, W.S. & Pereira, M. J. Morfología y fracción del área del lumen glandular de la zona de transición en la Próstata humana Rev. Chil. Anat., 20(3):255-62, 2002.
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer. Mortalidad por Cáncer en Uruguay 2010
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer Mortalidad por Cáncer en Uruguay 1990-2010
- Curto S., Prats O., Ayestarán R., - Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay. Rev. Med. Uruguay 2004; 20: 61-71
- Ferris-i-Tortajada J., García-i-Castell J., Berbel-Tornero O.y J.A. Ortega-García J.A. Factores de riesgo constitucionales en el Cáncer de Próstata. Actas Urológicas Españolas 2011;35(5):282-88
- García F. Miguel (Centro de Salud Alameda. Madrid) - Risk factors: a not-at-all strange ambiguity at the heart of present day medicine; At. Primaria 1998; 22: 585-95.
- Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C., Baptista Lucio P., Metodología de la Investigación. McGraw Hill 02, 01-06, 11:01-26
- Ilic D., Neuberger M., Djulbegovic M., Dahm P.; Cribado para el Cáncer de Próstata, Disponible de: <http://summaries.cochrane.org/CD004720/screening-for-prostate-cancer#sthash.QWmtlDjG.dpuf> [Actualizado 31, Enero, 2013]

- Martínez-Amores Martínez B., Durán Poveda M., Sánchez Encinas M. y Molina Villaverde R. Actualización en Cáncer de Próstata. Medicine. 2013;11(26):1578-87
- Ministerio de Sanidad y Consumo (España) Descripción del cribado de cáncer en España. Cáncer de Próstata. AATRM 2006/01
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay) Dirección general de la Salud. División Epidemiología. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2006
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay) Dirección general de la Salud. Programa Nacional de Control del Cáncer. Manual de Oncología para el Primer Nivel de Atención
- Raile Alligood M., Marriner Tommey A., Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier 7ª edición. 265-80.

ANEXO 1

Cronograma de actividades para desarrollo de Trabajo Final de Investigación

Semana >>>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Revisión del protocolo																							
Presentación del protocolo																							
Autorización de campo																							
Recolección de datos																							
Procesamiento de datos																							
Análisis de datos																							
Evaluación de datos																							
Correcciones																							

ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
LICENCIATURA DE ENFERMERIA
CARRERA ESCALONADA
GENERACION 2010



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA INVESTIGACION CIENTIFICA

Junio de 2013.

Sr. [a quien corresponda].
Dirección [lugar de investigación].

Presente.

Estimado Sr.,

Mediante la presente, docentes de la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, solicitamos a Usted formalmente, tenga a bien conceder autorización a los estudiantes que se detallan a continuación para acceder a sus instalaciones con motivo de realizar un trabajo de Investigación científica en el marco del trabajo final de investigación correspondiente la carrera de Licenciatura de Enfermería.

Dicha investigación tiene como objetivo la identificación de factores de riesgo de cáncer de próstata en hombres cuyas edades van desde los 40 hasta los 65 años de edad, fundamentados en que esta patología es la segunda causa de mortalidad en hombres del Uruguay, después del cáncer de pulmón que ocupa el primer lugar.

Los estudiantes que intervienen son:

Sandra Perdomo

Andrea Urbin (C.I.

Karina Pizarro (C.

Rosana Rodríguez

Martín Cabrera (C

Sin más, quedamos a su disposición para evacuar cualquier duda o inconveniente que surja y aguardamos su favorable respuesta.

Atentamente,

Por Cátedra de Adulto y Anciano – Facultad de Enfermería

Prof. Agda. Esp. Isabel Silva

ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
LICENCIATURA DE ENFERMERIA
CARRERA ESCALONADA
GENERACION 2010



CONSENTIMIENTO INFORMADO

[Lugar], ___ de _____ de 2013.

Estimado Señor,

Lo estamos invitando para participar en este estudio de investigación científica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender los apartados que se detallan a continuación. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase en absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le aclare dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces le será solicitado que firme esta forma de consentimiento.

Esta investigación se encuentra avalada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

- 1) **JUSTIFICACION:** El cáncer de próstata ocupa el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad en hombres luego del cáncer de pulmón. Según un informe del 2010 de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer significó 648 fallecidos por dicha patología.
- 2) **OBJETIVO:** Identificar la presencia de factores de riesgo de cáncer de próstata en los funcionarios de [lugar de investigación].
- 3) **PROCEDIMIENTO:** En caso de aceptar, se le realizará una encuesta sobre sus hábitos, antecedentes familiares y médicos. Se le tomarán medidas y como única técnica invasiva se le realizará una medición de glicemia capilar.
- 4) **RIESGOS:** No existen riesgos durante ni posterior a esta investigación. Toda la información que proporcione será manejada con carácter confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de la investigación.
- 5) **ACLARACIONES:** Su decisión de participar es de carácter completamente voluntaria.
No habrá ninguna consecuencia desfavorable para Usted en caso de no aceptar la invitación.
Si decide participar en la investigación puede retirarse en el momento en que lo desee pudiendo informar o no las razones de su decisión.
En caso de sentirse incómodo ante alguna parte de la encuesta podrá decirse al investigador y abstenerse de responder.
No tendrá que hacer gasto alguno durante la encuesta así como no recibirá pago alguno por su participación.

No habiendo dudas ni preguntas acerca de la participación en la investigación, yo he leído y comprendido la información que antecede y han sido respondidas mis dudas y preguntas. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en la investigación pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Convento en participar en este estudio de investigación amparado por el Decreto de ley 379/2008 del 04 de agosto de 2008.

En fe de lo expresado, firmo libremente junto al investigador:

Investigador/a	Aclaración	Participante	Aclaración
----------------	------------	--------------	------------

ANEXO 4

Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y anciano



DATOS DEL ENTREVISTADO

Nombre	C.I.
--------	------

Indique el dato que corresponda

Montevideo	Interior	Barrio	Manzana/Solar	Calle	Número						
Fecha entrevista		Número de visitas									
Sexo	Edad	Trabaja	Tipo Ocupación Anterior	Tipo Ocupación Actual	Jubilado	Pensionista					
F M											
Con quien vive											
Solo		Cónyuge		Hijo/a		Neto		Otros			
Nivel de educación		Primaria completa		Secundaria completa		Tercaria completa					
Cobertura médica		Si		No							
Servicio de emergencia móvil											
Inmunización vigente		Si		No		No sabe					
Vacunas		Si		No		Neumococo		Antigripal		Antitetánica	
Estado Civil											
Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Unión Libre			
Mayor de 65 años		Si		No		Carnet de salud de adulto mayor		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular		Si		No		No sabe	
Edad al fallecer		Padre		Madre		Tíos	

	Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemia			
	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	
Si																						
No																						

Antecedentes Personales

Factores de riesgo modificables

	Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Estrés	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipemia	Enfermedades Respiratorias
Si								
No								

U. R. - Facultad de Enfermería - Cátedra de la Salud del Adulto y Anciano Anexo Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano - 1 - 2016

**Estudio
Epidemiológico
Salud del Adulto y anciano**



I) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)

Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo afirmativo)					
	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco
	Si	No	Si	No	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

Factores de riesgo modificables

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios					
	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes
Consumo carnes rojas					
Consumo pollo					
Consumo cerdo o derivados					
Consumo pescado					

Realiza ejercicio físico					
	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Camina					
Corre					
Otro tipo de actividad					
	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal
Come con sal					
	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	1 vez al mes
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consumo comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral		Si	No
Trabajo rural			
Trabajo con productos químicos (anilinas, barniz, cadmio)			

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

Realiza control médico											Preventivo	Rutina
Cardiólogo	Si	No	Geriatra	Si	No	Medicina Gral.	Si	No	Otros			

U. R. - Facultad de Enfermería - Cátedra de la Salud del Adulto y Anciano - Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano - 1. Base de datos



Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y anciano

Exámenes	Control P/A (1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	ECU/TER (4)	Oxina (5)	ECG Ap (6) Último (1)	Digital de vena de codo (7)	Sangre (8)	R. TX (9)	Alcohol (10) (11)
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolaou (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colposcopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Eco de mama			

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolores de cabeza fuertes, repentinamente y sin causa conocida		
Visión doble		
Somnolencia		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
IMC		
Perímetro de la cintura		
Cifra de glucemia		
Cifra de colesterolemia		
P/A	Valor último	

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)	
Pfeiffer	Lawton y Brody

**Estudio
Epidemiológico
Salud del Adulto y anciano**

Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano



II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

Factores de riesgo NO modificables

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos Enf. A. Digestivo			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe

Factores de riesgo modificables

Consumo alcohol		Frecuencia		Fumador		Cuantos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No		
Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de hidratos de carbono			
Si	No	Si	No	Si	No		
Observaciones							

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

Factores de riesgo NO modificables

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	Antecedentes Familiares
									Si No Si No
Acalasia									
Radioterapia previa									
Esofagitis Cáustica									
Divertículos esofágicos									

Factores de riesgo modificables

Presenta ud. reflujo gastro esofágico		Si	No
Observaciones			
Consumo de alimentos muy calientes		Si	No

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Disfagia para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonía			



Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y anciano

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESTÓMAGO E INTESTINO

Factores de riesgo NO modificables										
Antecedentes Familiares					Padres fallecidos					
Sí		No			Sí		No			
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>			Anemia megaloblástica o perniciosa (causada por la deficiencia de vitamina B12)			Gastritis aguda o crónica				
Sí		No			Sí		No			
Antecedentes Familiares										
Padre	Sí		No		Madre	Sí		No		
Tiene sangre tipo A			Sí			No			Quién	
						Sí		No		Quién
Cáncer de estómago										
Cirugía previa del estómago										
Cáncer de colon no polipósico										
Poliposis familiar Adenomatosa										
Observaciones										

Factores de riesgo modificables		
Consumo una dieta que incluye:	Sí	No
Cantidades elevadas de alimentos carnes y pescados curados con sal		
Alimentos con alto contenido de almidón y con poca fibra		
Vegetales en vinagre		
Alimentos y bebidas que contienen nitratos y nitritos (salga, saluga, en 3 veces lavados)		
El abuso del tabaco		
El abuso del alcohol		
Exposición a factores ambientales como polvos y vapores en el lugar de trabajo		

EXÁMEN SÍNTOMAS		
Síntomas (marque Sí o No)	Sí	No
Malestar o dolor en el abdomen		
Náuseas y vómitos		
Diarrea o estreñimiento		
Pesadez abdominal después de las comidas		
Pérdida del apetito		
Fatiga y debilidad		
Vómitos con sangre o sangre en las heces		

**Estudio
Epidemiológico
Salud del Adulto y anciano**



III) FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGÍA DE PRÓSTATA - CP (Cáncer de próstata)

Factores de riesgo NO modificables

Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de C.P.	
Si	No	Si	No	Si	No

Factores de riesgo modificables

Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Factores de riesgo modificables

Obesidad		
Peso	Talla	IMC > 25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS	Si	No
Control con Urólogo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Si	No
Hematuria		
Disuria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en inicio, chorro débil, entrecortado, micción prolongada, urgencia)		
RAO		
Polaquiuria		
Incontinencia		



Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y anciano

IV) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

Factores de riesgo NO modificables

			Antecedentes Familiares		Padres fallecidos	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambian de color, duelen o sangran			Si	No		

Factores de riesgo modificables

	Si	No
Exposición al medio ambiente		
Horas de exposición al sol a horas inapropiadas		
Uso de sombra como protección		
Exposición a RX ej: laborales		
Exposición a sustancias químicas		
Tiene en cuenta el índice de radiación ultravioleta		

V) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

Factores de riesgo

	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (aclare cual)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Uso lentes (registre Artigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabajo donde se expongan los ojos o tengan riesgo, o mucho esfuerzo visual		
Traumas peri oculares y oculares (anteriores)		
	Especifique cuales	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Isotretinoín, Sumatripan, Clonidina, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		

ANEXO 5

ESTADIFICACION DEL CANCER DE PROSTATA Y CLASIFICACION T.N.M.

(T.N.M.: Tumor, ganglios linfáticos regionales, metástasis)

T	Tumor primario
Tx	No se puede evaluar el tumor primario
T0	No existen signos de tumor primario
T1	Tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen
T1a	Tumor detectado como hallazgo casual en una extensión ≤ al 5% del tejido reseado
T1b	Tumor detectado como hallazgo casual en una extensión > 5% del tejido reseado
T1c	Tumor identificado por punción biopsica (por ejemplo, debido a PSA elevado)
T2	Tumor limitado a la próstata
T2a	Afecta a la mitad de un lóbulo prostático o inferior
T2b	Afecta a más de la mitad de un lóbulo
T2c	Afecta a ambos lóbulos
T3	Tumor que se extiende a través de la cápsula prostática.
T3a	Extensión extra prostática uni o bilateral
T3b	Invade la vesícula seminal
T4	Tumor que invade estructuras adyacentes, distintas a las vesículas eminales: cuello vesical, esfínter externo, recto, elevadores del ano o pared pélvica.

Nota: un tumor detectado en uno o ambos lóbulos mediante biopsia pero no palpable ni visible por técnicas de imagen se considera T1c

Nota: la invasión del vértice o la cápsula prostática, pero no más allá de la misma, se considera T2.

N	Ganglios linfáticos regionales
Nx	No se pueden evaluar
N0	Mo se demuestran metástasis ganglionares
N1	Metástasis en uno o más ganglios regionales

Nota: las metástasis < 0,2 cm pueden designarse como N1Mi

M	Presencia de metástasis a distancia
M0	No hay metástasis
M1	Presencia de metástasis
M1a	Metástasis ganglionares no regionales
M1b	Metástasis óseas
M1c	Metástasis en otras localizaciones

Nota: cuando hay más de una localización metastásica se considera M1c

AGRUPACION POR ESTADIOS				
Estadio I	T1a	N0	M0	Gleason 2-4
Estadio II	T1a	N0	N0	Gleason 3-10
	T1b-c	N0	N0	
	T1-T2	N0	N0	
Estadio III	T3	N0	N0	
Estadio IV	T4	N0	N0	
	Cualquier T	N1	N0	
	Cualquier T	Cualquier N	M1	