UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Enfermería

TÍTULO

DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR, CANTÓN MACHALA 2016 – 2017

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR:

Alex Geovanny Palta Medina

DIRECTORA:

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación titulado: **DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR, CANTÓN MACHALA 2016 – 2017,** de autoría del Sr Alex Geovanny Palta Medina, estudiante de la Carrera de Enfermería, la misma que cumple con los requisitos reglamentarios. Por consiguiente autorizo su presentación y sustentación.

Loja, 9 de Mayo del 2017

Atentamente,

.....

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Alex Geovanny Palta Medina, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autor: Alex Geovanny Palta Medina

Firma:.....

Cedula: 1106015488

Fecha: 09 de Mayo del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Alex Geovanny Palta Medina, declaro ser autor de la tesis titulada **DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR, CANTÓN MACHALA 2016 – 2017,** como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los nueve días del mes de Mayo del dos mil diecisiete, firma el autor.

Firma:.....

Autora: Alex Geovanny Palta Medina
Cedula: 1106015488
Dirección: Bolonia
Correo Electrónico: lalexpalta@gmail.com
Celular: 0994741911

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg.Sc.
Tribunal de grado
Presidenta: Lic. Rosa Amelia Rojas Flores, Mg. Sc
Integrante: Lic. Ana Rocío Granda Sarango, Mg. Sc.
Integrante: Lic. Carmen Piedad Aguilar Chamba, Mg. Sc.

DEDICATORIA

El presente trabajo realizado está dedicado en primer lugar a Dios, quien es el que nos guía, nos da sabiduría y fuerza para seguir adelante; también a mis padres ya que gracias a ellos por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en todos los momentos de mi vida y por apoyarme con los recursos necesarios puedo estar en esta linda institución y poder culminar con mis estudios.

A mis amigos por estar siempre junto a mí, acompañándome y apoyándome para poder realizarme profesionalmente.

A mi directora de tesis, por su dedicación, colaboración y tolerancia que Dios le de toda la sabiduría para que siga educando a las futuras generaciones.

Y especialmente a mi novia Bionay Herrera quien me ha brindado todo su cariño y apoyo para seguir adelante.

Alex Geovanny Palta Medina
Autor

AGRADECIMIENTO

Al finalizar mi trabajo de investigación dejo mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de La Salud Humana, Carrera de Enfermería; a sus dignas autoridades y docentes, que desinteresadamente impartieron sus conocimientos que sirvieron de guía en mi formación profesional, de manera especial a la Mg. Bertila Maruja Tandazo Águila Directora de Tesis, quien me ha brindado su apoyo en el mismo, ya que con su confianza, paciencia y sobre todo conocimientos supo asesorarme para el desarrollo y culminación del trabajo.

Agradezco a Dios quien me ha dado la vida, a mis padres: José y María quien con su bendición he seguido adelante; a mi novia y todos mis amigos, quienes me brindaron su apoyo incondicional y simplemente porque sin ellos no hubiera sido posible acariciar la ilusión de cumplir mis sueños.

A todo el personal del Centro de Salud Aguador y sus usuarios quienes me apoyaron en la recolección de datos.

Alex Geovanny Palta Medina

Autor

ÍNDICE

CARÁTULA…… i
CERTIFICACIÓN…….. ii
AUTORÍA……... iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN…… iv
DEDICATORIA…….. v
AGRADECIMIENTO…… vi
ÍNDICE…….……. vii
1. Título……... 1
2. Resumen……..…. 2
Summary……. 3
3. Introducción……..... 4
4. Revisión de literatura ……..… 7
4.1. Buen vivir……..... 7
4.2.Próstata…….. 9
4.2.1. Signos y síntomas…….… 9
4.2.2. Etiología……..... 10
4.2.2.1.Edad…….….. 10
4.2.2.2.Origen étnico ……..….. 10
4.2.2.3.Herencia…….…... 10
4.3. Etapas: según el AJCC. (*American Joint Committee on Cancer)*…… 11
4.3.1. Categorías T (clínicas)……. 12
4.3.2. Categorías N……..……..... 13
4.3.3. Categorías M……..…..... 13
4.3.4. Estadio I…… 14
4.3.5. Estadio II…….. 14
4.3.6. Estadio III…… 15
4.3.7. Estadio IV…… 15
4.4. Diagnóstico…….. 15
4.4.1. Tacto rectal (TR)……. 18
4.4.2. Antígeno prostático específico (PSA)……. 18
4.4.3. Análisis del PCA3. ……... 19
4.4.4. Ecografía transrectal (ETR)……..……... 19

4.4.5. Biopsia de próstata……..…. 20
4.5.Tratamiento……. 21
4.5.1. Vigilancia activa y tratamiento preventivo…… 22
4.5.2. Cirugía …….. 22
4.5.3. Métodos abiertos de prostatectomía radical …….……. 23
4.5.4. Radioterapia…… 23
4.5.5. Terapia hormonal …….. 24
4.5.6. Quimioterapia……. 25
4.5.7. Inmunoterapia……. 25
4.5.7.1.Posibles efectos secundarios del tratamiento con vacuna…..… 26
4.6.Complicaciones……..... 26
4.6.1. Neoplasia prostática intraepitelial……..…. 26
4.6.2. Atrofia inflamatoria proliferativa ……..… 27
4.6.3. Cáncer de próstata……..... 27
4.7.Determinantes del examen oportuno de próstata …….…….…. 28
4.7.1. Modelo de creencias de salud……..….. 28
4.8.Creencias sobre el examen diagnóstico de próstata……..... 30
5. MATERIALES Y MÉTODOS…….....……..…….. 32
6. RESULTADOS……..… 35
7. DISCUSIÓN…….. 44
8. CONCLUSIONES…….. 47
9. RECOMENDACIONES……..... 48
10. BIBLIOGRAFÍA ……..… 49
11. ANEXOS…….…... 51

1. TÍTULO

DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR, CANTÓN MACHALA 2016 – 2017

2. RESUMEN

Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas diagnósticas**. E**l presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo tuvo como objetivo Establecer los determinantes del examen oportuno de próstata en usuarios del centro de salud Aguador, cantón Machala, participaron 150 hombres que firmaron voluntariamente un consentimiento informado; se realizaron encuestas semiestructuradas con 16 preguntas,los datos se organizaron, tabularon y categorizaron. Los participantes eran en su mayoría de 40 a 50 años de edad, comerciantes, casados con una escolaridad primaria, procediendo gran parte de la zona rural, en cuanto a las actitudes ante la práctica, los usuarios no se han realizado un examen de próstata en un gran porcentaje y entre los que se han realizado es por prevención usando como principal examen el PSA, el periodo de realización es menor a un año; las creencias y conocimientos sobresalientes son un poco desconcertantes, ya que en algunos casos no presentan un nivel óptimo para así obtener un buen grado de prevención ,como por ejemplo el momento de practicarse una prueba el no tener síntomas es un factor destacado para no realizarse una prueba de tamizaje. Teniendo también como notorio que las barreras culturales, económicas y de acceso a servicios de salud superan los beneficios percibidos con el tratamiento, lo cual se refleja en la baja intención de práctica del examen diagnóstico. Se requiere implementar estrategias de educación participativa.

Palabras clave: determinantes, examen oportuno de próstata, neoplasia, tacto rectal.

SUMMARY

Although in recent years have increased health promotion actions, aimed at the early detection and control of prostate cancer, its approach is focused more on the practical aspect of the manifestations, signs, symptoms and treatment than in preventive action. Educational activities mostly unknown force of culture and beliefs as components of attitudes and the decision of practice of certain diagnostic tests. The present research work, it`s to establish the determinants of timely examination of prostate in users of the health center Aguador, Canton Machala period October 2016 - April 2017, Is a descriptive study with 150 volunteer men who signed consent ; we built semi-structured surveys which have 16 questions. The data were organized, tabulated and categorized. Participants were mostly 40 to 50 years old, merchants, married, primary schooling, rural origin, men who didn`t realize a prostate examination, men who realized a prostate examination by prevention, men who have used PSA, men have been done this exam in less than a year , they think that cure if it is detected early, we can have cancer without symptoms, If they feel good they wouldn`t do an examination, we can have a normal life, The treatment is worse than the disease, would treat the prostate cancer, Do not know the diagnostic methods, Do not know the symptoms, You should not have symptoms for a diagnostic test, Having the main barrier at the time of testing is the absence of symptoms. The latter derived from the high cost and low access to the specialized service. The Cultural barriers, economic and access to health services outweigh the perceived benefits of treatment, which is reflected in the low intention to practice the diagnostic test. Participatory education strategies are required.

Key words: determinants, timely prostate examination, neoplasm, rectal examination.

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es un tumor maligno que empieza a crecer en la glándula prostática y que en sus etapas iniciales no presenta síntomas específicos. Más del 65% de todos los cánceres de próstata se diagnostican en hombres de más de 65 años, este cáncer hace que las células del cuerpo cambien y crezcan fuera de control. Sin embargo, en algunos hombres crece con rapidez y se extiende a otras partes del cuerpo, lo que es importante realizarse a tiempo un examen de próstata que consiste en un tacto rectal efectuado por un médico, que permite evaluar su tamaño, su consistencia y su regularidad y detectar cualquier anomalía morfológica, a través de un examen de orina, una Ecografía transrectal, una biopsia de próstata o a través de una prueba de sangre PSA (antígeno prostático específico) (AECC, 2011).

En relación con la mortalidad, el cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos en Ecuador, ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres, el 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233,000 nuevos casos, de los cuales 29,480 serán mortales, aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida Se estima que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más; en pocas ocasiones se presenta antes de los 40 años, y a los 67 años la edad promedio en la que se diagnóstica (IMSS, 2016).

Datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (GLOBOCAN) señala que, las tasas de incidencia más altas se presentan en Austria y América del Norte (111.6 y 97.2 casos por cada 100,000 hombres, respectivamente). Mientras que las tasas más bajas se presentan en los países asiáticos (4.5 a 10.5 casos por 100,000 hombres). En

África del Sur y el Caribe, las tasas de mortalidad son más altas en poblaciones afrodescendientes (19 a 24 muertes por cada 100,000 hombres) (OMS, 2015).

Según GLOBOCAN 2012, un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que, en ese año, en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes y durante el 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2015).

A nivel local, Según estadísticas de cáncer SOLCA 2012 a nivel de zona 7 el número de casos es de 59 en lo referente a tumores malignos de próstata, derivandose: en la provincia del Oro la mortalidad por cáncer de próstata es de 37 casos durante este año, de los cuales 18 son provenientes del cantón Machala de la misma provincia considerándose con un alto índice en las personas habitantes (SOLCA, 2012).

El examen de próstata es un método diagnostico a través del cual se puede detectar anomalías anatómicas o fisiológicas de la glándula prostática. (AMERICAN CANCER SOCIETY , 2016); lo que define también a las determinantes como aquellas circunstancias que pueden establecer una situación a través de actitudes creencias o barreras, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos (OMS, 2010).

De acuerdo al el modelo de creencias de salud en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas

diagnósticas, tales como el EDR, que compromete la concepción de masculinidad y otros elementos propios del machismo latinoamericano. (Cabrera & Lucumí, 2011)

El cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos, ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres, el 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233 000 nuevos casos, de los cuales 29.480 serán mortales, aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida, estimándose que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más; La edad promedio en la que se diagnóstica, es a los 67 años de edad (IMSS, 2016).

Por lo consiguiente, de acuerdo a lo presentado el presente trabajo de investigación busca la respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los Determinantes del examen oportuno de próstata en usuarios del centro de salud “Aguador”, cantón Machala?

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. BUEN VIVIR

En la Constitución del Ecuador del 2008 se define que el Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción, atención integral de salud y también específicas a la salud sexual y reproductiva como derecho de la mujer. Asimismo especifica que el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, con enfoque de género y generacional; La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008).

El Plan Nacional del Buen Vivir propone en uno de sus principales objetivos, mejorar la calidad de vida de la población,que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación, el fomento de la actividad física y en sus políticas expresa promover prácticas de vida saludable en la población, fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad, garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad, brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de

atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural, reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos, propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entorno (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013-2017).

En relación con la mortalidad, el cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos, ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres, el 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233,000 nuevos casos, de los cuales 29,480 serán mortales, aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida Se estima que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más; en pocas ocasiones se presenta antes de los 40 años, y a los 67 años la edad promedio en la que se diagnóstica (IMSS, 2016).

Datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (GLOBOCAN) señala que, las tasas de incidencia más altas se presentan en Austria y América del Norte (111.6 y 97.2 casos por cada 100,000 hombres, respectivamente). Mientras que las tasas más bajas se presentan en los países asiáticos (4.5 a 10.5 casos por 100,000 hombres). En África del Sur y el Caribe, las tasas de mortalidad son más altas en poblaciones afrodescendientes (19 a 24 muertes por cada 100,000 hombres) (OMS, 2015).

Según GLOBOCAN 2012, un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que, en ese año, en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes y durante el 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer

en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2015).

A nivel local, Según estadísticas de cáncer SOLCA en la provincia del Oro la mortalidad por cáncer de próstata es de 37 casos durante el año 2012, de los cuales 18 son provenientes del cantón Machala de la misma provincia considerándose con un alto índice en las personas habitantes (SOLCA, 2012).

4.2. PRÓSTATA

Es una glándula que se desarrolla alrededor de la porción inicial de la uretra, situada en la excavación pélvica, inmediatamente por debajo de la vejiga. Tiene forma de cono, es de color gris, de consistencia dura y de unos 28 cm de largo. Esta glándula crece rápidamente durante la pubertad y se atrofia durante la ancianidad. El líquido que forma esta glándula es alcalino y neutraliza la acidez de la vagina, ya que los espermatozoides no sobreviven en un medio ácido (Barone, 2013).

4.2.1. Signos y síntomas

Por lo general, el cáncer de próstata en etapa inicial no causa síntomas. Los cánceres de próstata más avanzados a veces causan síntomas, como:

- Problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado o necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche
- Sangre en la orina o el semen
- Dificultad para lograr una erección (disfunción eréctil)
- Dolor en las caderas, la espalda (columna vertebral), el tórax (costillas) u otras áreas debido a que el cáncer que se ha propagado a los huesos
- Debilidad o adormecimiento de las piernas o los pies, o incluso pérdida del

control de la vejiga o los intestinos debido a que el cáncer comprime la médula espinal.

Es más probable que la mayoría de estos problemas sean por causa distinta al cáncer de próstata. Por ejemplo, la hiperplasia prostática benigna (un crecimiento no canceroso dela próstata) causa dificultad para orinar con mucha más frecuencia que el cáncer. Aun así, resulta importante que usted le informe a su médico si presenta cualquiera de estos síntomas para que la causa se encuentre y se trate, de ser necesario.

4.2.2. Etiología

4.2.2.1.Edad

Es poco común que el cáncer de próstata afecte a los hombres menores de 40 años, pero la probabilidad de padecer cáncer de próstata aumenta rápidamente después de los 50 años. Alrededor de 6 de 10 casos de cáncer de próstata se detectan en hombres mayores de 65 años.

4.2.2.2. Origen étnico

El cáncer de próstata ocurre con más frecuencia en los hombres de raza negra y en hombres del Caribe con ascendencia africana que en los hombres de otras razas. Los hombres de raza negra también tienen más del doble de probabilidades de fallecer debido al cáncer de la próstata que los hombres de raza blanca. El cáncer de próstata ocurre con menos frecuencia en los hombres asiático-americanos y en los hispanos/latinos que en los hombres blancos. No están claras las razones de estas diferencias raciales y étnicas.

4.2.2.3. Herencia

Parece ser que el cáncer de próstata afecta más a algunas familias, lo cual sugiere que

en algunos casos puede haber un factor hereditario o genético; Si el padre o el hermano de un hombre padecen cáncer de próstata, se duplica el riesgo de que este hombre padezca la enfermedad. (El riesgo es mayor para los hombres que tienen un hermano con la enfermedad que para aquellos con un padre que tiene este cáncer). Asimismo, el riesgo es mucho mayor en el caso de los hombres que tienen varios familiares afectados, particularmente si tales familiares eran jóvenes cuando se les encontró el cáncer.

4.3. ETAPAS: según el AJCC. (*American Joint Committee on Cancer)*

La etapa o estadio (extensión) de un cáncer de próstata es uno de los factores más importantes que se toma en cuenta para evaluar las opciones de tratamiento y para predecir la expectativa de supervivencia (pronóstico) de un hombre. La etapa se basa en lo siguiente:

- Los resultados de la biopsia de la próstata (incluyendo la puntación Gleason)
- El nivel de PSA en la sangre al momento de realizar el diagnóstico
- Los resultados de otros exámenes o pruebas que se hicieron para saber hasta qué punto se ha propagado el cáncer.

Hay dos tipos de clasificación por etapa para el cáncer de próstata:

- La etapa clínica es un estimado de la extensión de su enfermedad que realiza el médico basado en los resultados del examen físico (incluyendo el tacto rectal), los análisis de laboratorio, la biopsia de la próstata, y cualquier estudio por imágenes que haya tenido.
- Si se sometió a una cirugía, sus médicos también pueden determinar la etapa patológica que se basa en los resultados anteriores y los resultados de la cirugía.

Esto significa que si usted se sometió a una cirugía, la etapa de su cáncer podría cambiar después de la operación (por ejemplo, si se encontró cáncer en un lugar donde no se sospechaba que estaba la enfermedad). La clasificación patológica por etapas probablemente sea más precisa que la clasificación clínica, ya que le da a su médico una impresión directa de la extensión de su enfermedad.

4.3.1. Categorías T (clínicas)

Se utilizan cuatro categorías para describir la extensión local del tumor de la próstata, desde T1 hasta T4. La mayoría de éstas también tienen subcategorías.

T1: su médico no puede palpar el tumor ni verlo con estudios por imágenes, como por ejemplo con una ecografía transrectal.

- **T1a:** el cáncer se descubre por casualidad (accidentalmente) durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (un crecimiento no canceroso de la próstata). El cáncer no se encuentra en más del 5% del tejido extirpado.
- **T1b:** el cáncer se detecta durante la TURP, pero está presente en más de un 5% del tejido extirpado.
- **T1c:** el cáncer se encuentra mediante una biopsia por aguja, realizada debido a un nivel aumentado de PSA.

T2: su médico puede palpar el cáncer cuando realiza un tacto rectal (DRE) o lo observa mediante un estudio por imágenes, como ecografía transrectal, pero parece que aún está limitado a la próstata.

- **T2a:** el cáncer se encuentra en la mitad o menos de un solo lado (izquierdo o derecho) de la próstata.
- **T2b:** el cáncer se encuentra en más de la mitad de un solo lado (izquierdo o derecho) de la próstata.
- **T2c:** el cáncer está en ambos lados de la próstata.

T3: el cáncer se extendió fuera de la próstata y pudo haberse propagado a las vesículas seminales.

- **T3a:** el cáncer se extendió fuera de la próstata, pero no afectó a las vesículas seminales.
- **T3b**: el cáncer se propagó hacia las vesículas seminales.

T4: el cáncer ha crecido hacia los tejidos adyacentes a la próstata (además de las vesículas seminales), como por ejemplo al esfínter uretral (un músculo que ayuda a controlar la micción), al recto, a la vejiga, y/o a la pared de la pelvis.

4.3.2. Categorías N

Las categorías N describen si el cáncer se ha propagado a los ganglios (nódulos) linfáticos cercanos (regionales).

NX: los ganglios linfáticos adyacentes no fueron evaluados.

N0: el cáncer no se ha propagado a ningún ganglio linfático adyacente.

N1: el cáncer se ha propagado a uno o más ganglios linfáticos cercanos.

4.3.3. Categorías M

Las categorías M describen si el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo,

los huesos y los ganglios linfáticos distantes son los lugares más comunes a donde el cáncer de próstata se propaga, aunque también se puede propagar a otros órganos, como a los pulmones y al hígado.

M0: el cáncer no se ha propagado más allá de los ganglios linfáticos cercanos.

M1: el cáncer se propagó más allá de los ganglios linfáticos cercanos.

- **M1a:** el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos distantes (en el exterior de la pelvis).
- **M1b:** el cáncer se propagó a los huesos.
- **M1c:** el cáncer se propagó a otros órganos tales como los pulmones, el hígado o el cerebro (con propagación a los huesos o sin ella).

4.3.4. Estadio I

El médico no puede palpar el tumor ni verlo con un estudio por imagen, tal como la ecografía transrectal (se detectó el tumor ya sea durante una resección transuretral o se lo diagnosticó mediante una biopsia con aguja realizada debido a un alto nivel de PSA) [T1]. El cáncer aún está limitado a la próstata y no se propagó hacia los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. La puntuación Gleason es 6 o menos y el nivel de PSA es menos de 10.

4.3.5. Estadio II

El médico no puede palpar el tumor ni verlo con los estudios por imágenes, tal como ecografía transrectal (se detectó ya sea durante una resección transuretral o se diagnosticó mediante una biopsia con aguja realizada debido a un alto nivel de PSA) [T1]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El

tumor tiene una puntuación Gleason de 7. El nivel de PSA es menos de 20.

4.3.6. Estadio III

El cáncer ha comenzado a crecer fuera de la próstata y es posible que se haya propagado a las vesículas seminales [T3] pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos [N0] ni a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.

4.3.7. Estadio IV

El cáncer se extendió hacia los tejidos adyacentes a la próstata (excepto a las vesículas seminales), como por ejemplo al esfínter uretral (el músculo que ayuda a controlar la micción), al recto, vejiga y/o a la pared de la pelvis [T4]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.

El tumor puede o no estar creciendo hacia los tejidos cercanos a la próstata [cualquier valor de T se incluye en esta categoría]. El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos cercanos [N1], pero no se propagó a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.

4.4. DIAGNÓSTICO

Qué tan útil o no es la prueba del antígeno prostático específica para detectar o hacer seguimiento al cáncer de próstata, es un tema que ha sido objeto de controversia en los últimos años. En medio de esas discusiones han cobrado una relevancia especial las observaciones que al respecto ha hecho la Global Harmonization Task Force, un respetable organismo dedicado a la auditoría de estudios clínicos, acerca de la poca utilidad y el

impacto sobre la enfermedad, en términos de salud pública.

Con base en eso, la Asociación Americana de Urología se dio a la tarea de revisar los resultados de todos los estudios, terminados o en desarrollo, referentes al cáncer de próstata, desde 1995 hasta el 2013. A partir de ese análisis se obtuvieron sólidas conclusiones que permiten definir nuevas guías ajustadas a la edad de los pacientes, que permiten establecer la necesidad o no de someterlos a pruebas de antígeno prostático y a exámenes clínicos (entre ellos el tacto rectal).

Desde hace 22 años, el antígeno prostático hace parte del chequeo rutinario al cual se someten los hombres para descartar tumores de próstata. La prueba introdujo cambios benéficos a la forma de enfrentar la enfermedad; de hecho se atribuye a su uso en hombres mayores de 40 años, buena parte de la reducción de la mortalidad por esta causa, Sin embargo su práctica indiscriminada ha llevado, como lo enuncian múltiples estudios, a que muchos hombres sean sometidos a tratamientos excesivos o a recibir un manejo de la enfermedad que no necesitan.

Menores de 40 años

En los hombres que aún no han cumplido 40 años no es necesaria la práctica de estudios para el diagnóstico temprano de cáncer de próstata, tampoco pruebas de tamizaje (búsquedas masivas), con el mismo fin; Antes de esta edad la frecuencia de la enfermedad es baja. Someter a hombres, que además no tienen síntomas, a análisis clínicos o de laboratorio, puede traer más riesgos que beneficios, en algunos casos.

Entre 40 y 54 años

De acuerdo con las últimas guías, ya no se recomienda la práctica de exámenes de rutina en este rango de edad. Vale aclarar que la norma tiene sus excepciones: hay que someterse a pruebas si hay antecedentes familiares de este cáncer o si se es afrodescendiente; Hay evidencias que indican que estas condiciones elevan el riesgo de contraer este mal, en estas edades.

Entre 55 y 69 años

Este es el rango de edad en el cual los beneficios de la vigilancia sobre el cáncer de próstata superan los riesgos y permiten prevenir la muerte por este cáncer, en uno de cada mil hombres. A ellos se les recomienda el chequeo, sin excepción, cada dos o cuatro años, dependiendo del comportamiento de los resultados de la prueba de antígeno prostático; así mismo habiendo avance muy importante, pues en estas edades se consolida la búsqueda temprana del cáncer de próstata a través del examen clínico y el análisis de los niveles de antígeno prostático.

Para los mayores de 70 años

Si los hombres no tienen a estas edades síntomas urinarios, no se requieren evaluaciones de próstata de rutina. Como se sabe, el cáncer de próstata tiene una baja velocidad de progresión, de ahí que la expectativa de vida, incluso si se tiene el tumor, es similar a la de cualquier otro hombre de esta edad. Con base en eso, cabe aclarar que tampoco se recomiendan pruebas en varones cuya expectativa de vida es menor a diez años, independientemente de la edad que tengan.

Se realizará primero que todo con un alto índice de sospecha, se tendrá presente que

todo diagnóstico positivo se realiza a través del interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios. Se deben tener en cuenta los factores de riesgo y los síntomas ya descritos. (Urología, 2013)

4.4.1. Tacto rectal (TR)

Para este examen, el doctor introducirá en el recto un dedo cubierto con un guante lubricado a fin de palpar cualquier abultamiento o área firme en la próstata que pueda ser cáncer. Si usted tiene cáncer, algunas veces el DRE puede ayudar a indicar si el cáncer se encuentra en un solo lado de la próstata, o en ambos lados, o si hay probabilidades de que se haya propagado de la glándula prostática a los tejidos cercanos.

4.4.2. Antígeno prostático específico (PSA)

La prueba de sangre del antígeno prostático específico (PSA) se usa principalmente para detectar el cáncer de próstata en los hombres que no presentan síntomas. También es una de las primeras pruebas realizadas en los hombres que presentan síntomas que podrían ser causados por cáncer de próstata.

La mayoría de los hombres sin cáncer de próstata tiene niveles de PSA menores a 4 nanogramos (ng/mL) por mililitro de sangre. La probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta a medida que el nivel de PSA sube.

Cuando se forma el cáncer de próstata, el nivel de PSA generalmente aumenta a más de 4 nanogramos. Sin embargo, un nivel por debajo de 4 no garantiza que un hombre no tenga cáncer. Alrededor del 15% de los hombres que tienen un PSA menor de 4 presentará cáncer de próstata en una biopsia.

Los hombres que tienen un nivel de PSA de 4 a 10 tienen una probabilidad de 1 en 4 de

padecer cáncer de próstata. Si el PSA es mayor de 10, la probabilidad de tener cáncer de próstata es de más de 50%.

No todos los médicos usan el mismo valor límite de PSA para decidir cuándo se debe hacer una biopsia de la próstata. Si el PSA es de 4 o más, algunos médicos pueden recomendar la biopsia, mientras que otros pueden recomendarla comenzando a un nivel más bajo, como 2.5 o 3. También otros factores pueden afectar esta decisión, tales como la edad, la raza, y el antecedente familiar.

4.4.3. Análisis del PCA3.

El análisis del gen 3 del cáncer de próstata (prostate cancer gene 3, PCA3) es una prueba basada en los genes que se realiza con un análisis de orina. A diferencia del PSA, el *PCA3* solamente se encuentra en células del cáncer de próstata. Mediante el uso de un análisis de orina, un médico puede detectar si este gen está presente en el cuerpo. Este análisis no reemplaza el de PSA. Se usa junto con un análisis del PSA para ayudar a decidir si se necesita una biopsia de la próstata. (Oncology, 2016)

4.4.4. Ecografía transrectal (ETR)

Para realizar la ecografía transrectal, se lubrica y coloca una pequeña sonda de aproximadamente el ancho de un dedo en su recto. Esta sonda libera ondas de sonido que entran en la próstata y crean ecos. La sonda detecta los ecos y una computadora entonces las convierte en una imagen en blanco y negro de la próstata.

A menudo, el procedimiento sólo dura unos 10 minutos y se puede realizar en el consultorio del médico o en una clínica ambulatoria. Usted sentirá algo de presión durante la introducción de la sonda, pero usualmente este procedimiento no causa dolor. Se puede adormecer el área antes de realizar el procedimiento.

La ecografía transrectal a menudo se usa para examinar la próstata cuando un hombre presenta un alto nivel de PSA. También se usa durante una biopsia de la próstata para guiar las agujas al área correcta de la próstata.

También es útil en otras situaciones. Se puede emplear para medir el tamaño de la glándula prostática, lo que puede ayudar a determinar la densidad del PSA y también puede influir en las opciones de tratamiento del paciente.

4.4.5. Biopsia de próstata

Si ciertos síntomas o los resultados de las pruebas, como la prueba de sangre PSA o el examen digital del recto, sugieren que usted puede tener cáncer de próstata, su médico hará una biopsia de la próstata.

Una biopsia es un procedimiento para extraer pequeñas muestras de la próstata y luego examinarlas al microscopio. Una biopsia por punción con aguja gruesa es el principal método usado para diagnosticar el cáncer de próstata. Por lo general, un urólogo realiza la biopsia, quien es un cirujano que trata los cánceres del tracto genitourinario, incluyendo la glándula prostática.

El médico emplea la ecografía transrectal para “observar” la glándula prostática e insertar rápidamente una aguja delgada y hueca a través de la pared del recto hasta alcanzar la próstata. Al retirar la aguja, se extrae un pequeño cilindro de tejido prostático. Esto se repite varias veces. La mayoría de los urólogos tomará alrededor de 12 muestras cilíndricas de diferentes partes de la próstata.

Aunque el procedimiento parece doloroso, por lo general cada biopsia solo causa una sensación desagradable breve debido a que se hace con un instrumento especial de biopsia con resorte automático. Este dispositivo introduce y retira la aguja en fracciones de

segundo. La mayoría de los médicos que realiza la biopsia adormecerán el área primero al inyectar un anestésico local al lado de la próstata.

La biopsia por sí sola dura aproximadamente 10 minutos y por lo general se realiza en el consultorio del médico. Es probable que se le administren antibióticos antes de la biopsia, y posiblemente por un día o dos después del procedimiento para reducir el riesgo de infección; unos pocos días después del procedimiento, usted puede sentir cierta molestia en el área, y puede notar sangre en su orina. Además puede sangrar un poco por el recto, especialmente si tiene hemorroides. Muchos hombres observan sangre en el semen o semen de color del metal oxidado, lo que puede durar por algunas semanas después de la biopsia (dependiendo de cuán frecuentemente eyacule).

Las muestras obtenidas por medio de la biopsia se enviarán a un laboratorio para observarse con un microscopio y ver si contiene células cancerosas. Si se observa cáncer, también se le asignará un grado. Usualmente los resultados (presentados en un informe de patología) están disponibles de uno a tres días, aunque a veces podría tomar más tiempo.

Aun cuando se toman muchas muestras, las biopsias pueden algunas veces pasar por alto el cáncer si ninguna de las agujas de la biopsia lo alcanza. Esto se conoce como resultado negativo falso. Si su médico sigue teniendo mucha sospecha de que usted tiene cáncer de próstata (por ejemplo, debido a que su PSA está muy elevado), es posible que sea necesario repetir la biopsia para ayudar a confirmar si hay o no cáncer. (American Cancer Society, 2016)

4.5. TRATAMIENTO

Debido a que el cáncer de próstata frecuentemente crece muy lentamente, es posible que algunos hombres (especialmente aquellos hombres de edad avanzada o con otros

problemas graves de salud) nunca necesiten tratamiento contra el cáncer de próstata. En vez de tratamiento, sus médicos pueden recomendar métodos conocidos como espera en observación o vigilancia activa (AMERICAN CANCER SOCIETY , 2016).

4.5.1. Vigilancia activa y tratamiento preventivo

La detección oportuna es un papel fundamental de la enfermería en el primer nivel de atención, ya que es una herramienta para la detección de factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, el equipo sanitario debe realizar promoción de la salud dirigida a vencer la resistencia de los hombres a realizarse valoraciones médicas periódicas que incluyan, además de la identificación de factores de riesgo, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuestos, la detección oportuna de casos y la atención temprana que contribuya a revertir el preocupante panorama del Cáncer de próstata. (Ortiz-Arrazola, Reyes-Aguilar, Grajales-Alonso, & Tenahua-Quitl, 2012)

La vigilancia activa se refiere a la observación minuciosa del cáncer. Por lo general, este método incluye una visita al médico con una prueba de sangre PSA y un examen digital del recto alrededor de cada seis meses. Además, es posible que se hagan anualmente biopsias de la próstata. Si los resultados de la prueba cambian, entonces su médico hablará con usted sobre las opciones de tratamiento.

4.5.2. Cirugía

La cirugía es una opción común para tratar de curar el cáncer de próstata si se cree que no se ha propagado hacia el exterior de la glándula prostática. El tipo principal de cirugía para el cáncer de próstata es la prostatectomía radical. En esta operación, el cirujano extirpa toda la glándula prostática además de una porción del tejido que le rodea,

incluyendo las vesículas seminales. Una prostatectomía radical se puede hacer de maneras diferentes**.**

4.5.3. Métodos abiertos de prostatectomía radical

En el método más tradicional de realizar una prostatectomía, el cirujano opera a través de una sola incisión larga en la piel para extraer la próstata y los tejidos adyacentes. Este tipo de cirugía, a veces referido como un abordaje abierto, se realiza actualmente con menos frecuencia que en el pasado.

4.5.4. Radioterapia

La radioterapia utiliza rayos de alta energía o partículas para destruir las células cancerosas.

La radiación se puede emplear:

- Como tratamiento inicial para tratar el cáncer que aún está solamente en la glándula prostática y que es de bajo grado. Las tasas de curación para los hombres con estos tipos de cánceres son aproximadamente las mismas que para los hombres tratados con una prostatectomía radical.
- Como parte del tratamiento inicial (junto con terapia hormonal) para cánceres que han crecido fuera de la próstata y hacia tejidos cercanos.
- Si el cáncer no se extirpó por completo o regresa (recurre) en el área de la próstata después de la cirugía.
- Si el cáncer es avanzado, para ayudar a mantener el cáncer bajo control por tanto tiempo como sea posible y para ayudar a prevenir o aliviar los síntomas.

4.5.5. Terapia hormonal

A la terapia hormonal también se le llama terapia de privación de andrógenos (ADT) o terapia supresora de andrógenos. El objetivo de este tratamiento es reducir los niveles de las hormonas masculinas, llamadas andrógenos, en el cuerpo, o evitar que estas hormonas afecten a las células cancerosas de la próstata.

Los andrógenos estimulan el crecimiento de las células cancerosas de la próstata. Los andrógenos principales en el cuerpo son la testosterona y la dihidrotestosterona. Los testículos producen la mayor parte de los andrógenos, aunque las glándulas suprarrenales (glándulas que se ubican sobre los riñones) también producen una pequeña cantidad. A menudo, reducir los niveles de andrógenos o evitar que alcancen las células del cáncer de próstata provoca que se reduzca el tamaño de los cánceres o que crezcan más lentamente por un tiempo. Sin embargo, la terapia hormonal por sí sola no cura el cáncer de próstata.

La terapia hormonal se puede emplear:

- Si el cáncer se ha propagado demasiado lejos para ser curado con cirugía o radiación, o si usted no se puede someter a estos tratamientos por alguna otra razón
- Si el cáncer continúa o regresa después del tratamiento con cirugía o radioterapia
- Junto con la radioterapia como tratamiento inicial si usted se encuentra en un riesgo más elevado de que el cáncer regrese después del tratamiento (según una alta puntuación Gleason, un alto nivel de PSA, y/o crecimiento del cáncer fuera de la próstata)
- Antes de la radiación para tratar de reducir el tamaño del cáncer y hacer que el tratamiento sea más eficaz.

4.5.6. Quimioterapia

La quimioterapia (quimio) utiliza medicamentos contra el cáncer que se inyectan en una vena o que se administran por vía oral. Estos medicamentos entran al torrente sanguíneo y van por todo el cuerpo, lo cual permite que este tratamiento sea potencialmente útil para aquellos cánceres que se han propagado a órganos distantes (que han hecho metástasis).

La quimioterapia se usa algunas veces cuando el cáncer de próstata se ha propagado fuera de la glándula prostática y la terapia hormonal ya no es eficaz. La investigación reciente también ha mostrado que la quimioterapia puede ser útil si se administra junto con la terapia hormonal.

La quimioterapia no es un tratamiento convencional para el cáncer de próstata en etapa temprana, pero algunos estudios están determinando si este tratamiento podría ser útil si se administra por un corto periodo de tiempo después de la cirugía.

4.5.7. Inmunoterapia

La vacuna Sipuleucel-T (Provenge) se usa como tratamiento para combatir el cáncer. Contrario a las vacunas tradicionales que refuerzan el sistema inmunitario del cuerpo para ayudar a prevenir infecciones, esta vacuna refuerza el sistema inmunitario para ayudarlo a atacar a las células cancerosas de la próstata. La vacuna se usa para tratar el cáncer de próstata avanzado que ya no responde a la terapia hormonal inicial, pero que causa pocos o ningún síntoma.

La vacuna se produce específicamente para cada hombre. Para producir esta vacuna, se le extraen los glóbulos blancos (células del sistema inmunitario) de la sangre por varias horas mientras usted está conectado a una máquina especial. Entonces, las células se envían a un laboratorio, donde son expuestas a una proteína de las células cancerosas de la

próstata llamada fosfatasa ácida prostática. Luego las células son enviadas de regreso al consultorio médico u hospital, donde se las devuelven mediante una infusión en una vena. Este proceso se repite dos o más veces con 2 semanas de diferencia, de manera que usted reciba tres dosis de células. Estas células ayudan a las otras células del sistema inmunitario a atacar el cáncer de próstata.

4.5.7.1. Posibles efectos secundarios del tratamiento con vacuna

Los efectos secundarios de la vacuna suelen ser más leves que los de la terapia hormonal o la quimioterapia. Los efectos secundarios comunes pueden incluir fiebre, escalofríos, cansancio, dolor de espalda y de articulaciones, náuseas y dolores de cabeza. Con más frecuencia, estos efectos comienzan durante las infusiones de las células y no duran más de un par de días.

Algunos hombres pueden presentar síntomas más graves, incluyendo problemas para respirar y presión arterial alta, lo que usualmente se alivia después del tratamiento. (American Cancer Society, 2016)

4.6. COMPLICACIONES

Algunos estudios sugieren que el cáncer de próstata comienza con una afección precancerosa, aunque esto aún no se conoce con certeza. Estas afecciones se encuentran a veces cuando se le realiza una biopsia de la próstata a un hombre (extirpación de pequeños fragmentos de la próstata para detectar cáncer).

4.6.1. Neoplasia prostática intraepitelial

En la neoplasia prostática intraepitelial (prostatic intraepithelial neoplasia, PIN), hay cambios microscópicos en la apariencia de la glándula prostática, pero las células

anormales no parecen invadir otras partes de la próstata (como sí lo harían las células cancerosas). Basándose en cuán anormales se ven los patrones de las células, se clasifican de la siguiente forma:

- PIN de bajo grado: los patrones de las células de la próstata se ven casi normales.
- PIN de alto grado: los patrones de las células se ven más anormales.

En algunos hombres esta afección ya comienza a aparecer en la próstata desde los 20 a 29 años de edad.

Muchos hombres comienzan a presentar una neoplasia de bajo grado cuando son jóvenes, pero no necesariamente padecen cáncer. El posible vínculo entre la neoplasia prostática intraepitelial de bajo grado y el cáncer de próstata aún no está claro.

Si se encontró una neoplasia prostática intraepitelial de alto grado en la muestra de la próstata que se obtuvo mediante biopsia, hay aproximadamente 20% de probabilidades de que usted también tenga cáncer en otra área de la próstata.

4.6.2. Atrofia inflamatoria proliferativa

En la atrofia inflamatoria proliferativa (proliferative inflammatory atrophy, PIA), las células de la próstata lucen más pequeñas de lo normal, y hay signos de inflamación en el área. La PIA no es cáncer, pero los investigadores creen que algunas veces puede convertirse en una PIN de alto grado o tal vez directamente en cáncer de próstata.

4.6.3. Cáncer de próstata

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecen en forma descontrolada. Las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en células

cancerosas y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo; La próstata es una glándula que sólo tienen los hombres. Esta glándula produce parte del líquido que conforma el semen.

4.7. DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA

4.7.1. Modelo de creencias de salud

Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas diagnósticas, tales como el examen diagnostico rectal (EDR), que compromete la concepción de masculinidad y otros elementos propios del machismo latinoamericano. Este problema genera barreras comunicacionales que afectan tanto las actividades del sector salud como el acceso a los servicios de las personas en riesgo de padecer el cáncer de próstata.

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente, se ha adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios, los comportamientos de autocuidado en higiene bucal o el uso de tabaco.

En su origen, el MCS se basó en teorías del aprendizaje clásicas y populares; en particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que esta produzca el resultado esperado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un factor importante condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. El MCS es una teoría construida sobre la base de la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el *valor* será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la *expectativa*, la creencia en que una acción posible de realizar puede prevenir o mejorar la situación.

En la actualidad, como resultado de la evolución que ha tenido la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación funcional del MCS.

El MCS se basa en las siguientes premisas:

· La creencia −o percepción− de que el cáncer de próstata es importante para la población o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.

· La creencia −o percepción− de que la persona se considera vulnerable a ese problema.

· La creencia −o percepción− de que la acción que se va a tomar, producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la confluencia de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en este caso conducentes a la realización de las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata.

La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo, la que determina su comportamiento. Aunque este aspecto es muy discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, se presenta aquí una opción de explicación útil para complementarla con otras teorías, principalmente con algunos elementos de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y del modelo de promoción de la salud para el cuidado holístico de enfermería planteado por Nola J. Pender (Muñoz Astudillo, Sossa Pinzón, Ospina, Grisales, & Rodríguez García, 2011).

4.8. CREENCIAS SOBRE EL EXAMEN DIAGNÓSTICO DE PRÓSTATA

Las percepciones sobre el origen y forma de presentación de la enfermedad tienden a limitar la intención y acción de los individuos. Por ser la próstata un órgano reproductor, la enfermedad oncológica que allí se presenta se asocia casi exclusivamente a los comportamientos sexuales de los hombres, lo cual afecta la susceptibilidad percibida y/o reconocida de la enfermedad, en la medida que implica la aceptación implícita de ser "mujeriego" o bohemio, lo que puede ser calificado como una conducta social o moralmente incorrecta. A pesar de que la percepción de predestinación de enfermedad, coincide parcialmente con el conocimiento existente sobre su historia natural, es posible que la construcción de esta creencia se haya realizado desde el saber popular y de las vivencias de los participantes, más que desde el saber científico, dada la baja información que los participantes dicen haber recibido y, según lo propuesto por Oakley, en cuanto a que las vías en las cuales la gente percibe su salud y enfermedad en la vida diaria, son muy

diferentes a las del enfoque médico. La menor susceptibilidad percibida de la enfermedad en estratos bajos puede estar asociada con una menor posibilidad de percibir acciones efectivas para enfrentarla, lo cual se corresponde con la menor información de la que hombres de estos estratos disponen.

Una variable crítica para participar en las pruebas de tamización para el cáncer, tal como lo plantea Rimer, es el grado de importancia que tenga el síntoma para los individuos, lo cual contribuye a explicar la baja intención de práctica de los participantes en el estudio. Este aspecto debe ser considerado en intervenciones de educación y comunicación en salud, de tal forma que se incremente en los individuos el nivel de conciencia en cuanto al curso asintomático que caracteriza la enfermedad.

Las barreras identificadas con respecto a la masculinidad, están asociadas con lo planteado por Doyal, en cuanto a qué producto del proceso de construcción social se ha configurado un prototipo de hombre en el que predomina la percepción de invulnerabilidad y fortaleza, que asume ciertos papeles y riesgos, reprime y amputa otros. La renuencia a admitir debilidad o decadencia, o sentir que se reduce su capacidad, producto de una enfermedad, puede llevar a que no se busque oportunamente atención en salud, configurando un fenómeno que ha sido denominado "masculinidad marginalizada".

Observaciones similares fueron realizadas recientemente por Banks, al considerar que los hombres tienen múltiples características que explican su resistencia a buscar ayuda: consideran que su fortaleza se afirma si se mantienen en silencio; los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad son considerados de dominio femenino; ellos y la sociedad consideran que sus necesidades de salud son menores y, adicionalmente frente a todo esto, se ha desarrollado un menor número de opciones para la obtención de información y prestación de servicios en salud. (Cabrera & Lucumí, 2011)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio denominado **DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR CANTÓN MACHALA**, es de tipo descriptivo ya que con este estudio permitió describir las condiciones de salud que están atravesando y han atravesado los usuarios en los que se realizó la investigación; observacional y de corte transversal que ayudó a conocer los factores más influyentes para la realización del examen de próstata. Basado el estudio en hombres mayores de 40 años, esta edad para los hombres la más susceptible para contraer una patología como es el cáncer de próstata por contar con conocimientos insuficientes sobre realizarse el examen diagnóstico.

El área de estudio donde se realizó la investigación, fue en el Centro de Salud Aguador que se encuentra ubicado en la parte norte de la ciudad de Machala, sus límites son: norte. Av. La primavera; sur. Centro de salud el paraíso; este. Cementerio parque de la paz; oeste. Av. Las palmeras. Cuenta con un Médico Responsable, dos Médicos Generales, una Obstetra, una Odontóloga, una Auxiliar de Odontología, una Enfermera líder y una enfermera Rural, dos Auxiliares de Enfermería, una Auxiliar de Farmacia, personal de estadística, un Microscopista, un Auxiliar Administrativo de Salud y una Técnica de Atención Primaria en Salud. Los cuales se brinda servicios como: atención medica los distintos grupos etáreos, vacunas, odontología, farmacia y estadística. Siendo su cobertura de aproximadamente de 22 barrios.

El centro de salud cuenta aproximadamente con un UNIVERSO DE 500 hombres de esta edad para poder realizar el estudio, pero en base a esto se obtiene una muestra de 218 usuarios, basándose en la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\mathrm{N}\sigma^2 Z^2}{(N-1)(\pm e^2) + \sigma^2 Z^2}$$

Descripción de la fórmula:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ =Desviación estándar de la población que generalmente tiene un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador. X lo general se usa el 1.96.

e = Límite aceptable de error muestral que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador. En este caso se pone 0.05%

$$n = \frac{\mathrm{N}\sigma^2 Z^2}{(N-1)(\pm e^2) + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{500 \text{ x } 0.5^2 \text{ x } 1.96^2}{(500-1)(0.05^2) + 0.5^2 \text{x } 1.96^2}$$

$$n = \frac{480}{2.2075}$$

$$n = 218$$

Tamaño total de la muestra: 218 participantes.

Debido a algunos criterios de exclusión como: limite en tiempo de aplicación de encuestas, pocas personas que asisten al centro de salud y la negación de no participar, la muestra decae en un número de 150 usuarios.

Para la recolección de datos se aplicó una encuesta, la cual consta primero de un consentimiento informado, seguido de un cuestionario, que es instrumento compuesto por ítems con indicadores de características sociodemográficas y preguntas específicas sobre el examen de próstata obteniendo respuestas sobre su conocimiento y aplicación del mismo.

El procesamiento y análisis de los resultados se lo hizo a través del programa informático Excel y así poder hacer representación a través de tablas.

6. RESULTADOS

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR, CANTÓN MACHALA

Variables sociodemográficas	**F**	**%**
EDAD		
40-50	***62***	***41%***
51-60	50	33%
61-70	18	12%
71 y mas	20	13%
TOTAL	150	100%
OCUPACION		
Publicista	2	1%
Jornalero	21	14%
Chofer	20	13%
Jubilado	12	8%
Albañil	22	15%
Desocupado	26	17%
Agricultor	10	7%
Comerciante	***33***	***22%***
Ingeniero	4	3%
TOTAL	150	100%
ESTADO CIVIL		
Soltero	38	25%
Casado	***72***	***48%***
Viudo	10	7%
Divorciado	6	4%
Unión estable	24	16%
TOTAL	150	100%
INSTRUCCIÓN		
Primaria	***82***	***55%***
Secundaria	57	38%
Superior	11	7%
TOTAL	150	100%
RELIGIÓN		
Católica	***123***	***82%***
Cristiana	20	13%
Otra	7	5%
TOTAL	150	100%
PROCEDENCIA		
Urbana	56	37%
Rural	***94***	***63%***
TOTAL	150	100%

Fuente: encuestas reajustada de (Pereira de Paiva, Salvador da Motta, & Harter Griep, 2011)
Elaboración: Alex Palta Medina, interno rotativo de Enfermería- UNL, 2016-2017

Análisis: los participantes de la investigación, la edad promedio va desde los 40 a 50 años, que equivale al 41%, la ocupación principal que desarrollan los usuarios es de comerciante en un 22%, las personas que no tienen trabajo ocupan un 17%. Según su estado civil los casados representan un 48%.

En el nivel de escolaridad el 55% de los usuarios han culminado sus estudios primarios, las creencias religiosas la principal es la católica en un 82%, La mayoría de usuarios pertenecen a un área rural en un 63%, considerándose un alto riesgo por lo que se encuentran alejados e impide la realización de controles en el centro de salud.

Según la literatura en los hombres que aún no han cumplido 40 años no es necesaria la práctica de estudios para el diagnóstico temprano de cáncer de próstata, tampoco pruebas de tamizaje (búsquedas masivas), con el mismo fin, mientras que hombres mayores de 45 años obtienen el rango la edad en el cual los beneficios de la vigilancia sobre el cáncer de próstata es mucho más beneficiosa.

TABLA 2

ACTITUDES EN RELACIÓN ALA PRÁCTICA PREVENTIVA DE PRÓSTATA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR

Prácticas relacionados al examen de próstata	**f**	**%**
Realización del examen de próstata		
SI	44	29%
NO	***106***	***71%***
TOTAL	150	100%
Motivo de la solicitud		
Rutina de prevención	***23***	***52%***
Tenía síntomas	17	39%
Propio participante lo solicito	4	7%
Casos de cáncer en la familia	0	0%
TOTAL	44	100%
Tipo de prueba realizada		
PSA	***22***	***50%***
Tacto rectal	13	30%
Ecografía	9	20%
Examen de orina	0	0%
TOTAL	44	100%
Tiempo en la que se realizó la prueba		
Hace menos de un año	***14***	***32%***
Entre uno y dos años	11	25%
Entre tres y cinco años	6	14%
Hace más de cinco años	13	30%
TOTAL	44	100%

Fuente: encuestas reajustada de (Pereira de Paiva, Salvador da Motta, & Harter Griep, 2011)
Elaboración: Alex Palta Medina, interno rotativo de Enfermería- UNL, 2016-2017

Análisis: Según estudios realizados en los hombres mayores de 45 años al realizar una práctica precoz para prevenir el cáncer de próstata superan los riesgos y permiten prevenir la muerte por este cáncer, en uno de cada mil hombres. A ellos se les recomienda el chequeo, sin excepción, cada dos o cuatro años, dependiendo del comportamiento de los resultados de la prueba de antígeno prostático. (Urología, 2013)

TABLA 3

CREENCIAS EN RELACIÓN AL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR

		f	%
El Cáncer de próstata puede ser curado si es detectado precozmente.	***SI***	***108***	***72%***
	NO	42	28%
TOTAL		**150**	**100%**
Si se presenta síntomas en el cáncer de próstata	***SI***	***86***	***57%***
	NO	64	43%
TOTAL		**150**	**100%**
Sintiéndose bien, es necesario hacer examen de próstata.	***SI***	***96***	***64%***
	NO	54	36%
TOTAL		**150**	**100%**
Un hombre con Cáncer de próstata puede tener una vida normal?	SI	20	14%
	NO	***130***	***86%***
TOTAL		**150**	**100%**
El tratamiento del Ca de próstata es peor que la enfermedad.	SI	71	47%
	NO	***79***	***53%***
TOTAL		**150**	**100%**
Se trataría si tuviera cáncer de próstata.	SI	22	15%
	NO	***128***	***85%***
TOTAL		**150**	**100%**

Fuente: encuestas reajustada de (Pereira de Paiva, Salvador da Motta, & Harter Griep, 2011)
Elaboración: Alex Palta Medina, interno rotativo de Enfermería- UNL, 2016-2017

Análisis: En cuanto a las creencias del Cáncer de próstata el 72% considera que puede ser curado si se detecta precozmente, un 57% de ellos piensan que se puede tener cáncer de próstata sin presentar síntomas; el 64% de los participantes piensan que no deben realizarse un examen preventivo si se siente bien, en cuanto a la actitud frente a tener una vida normal el 81% de usuarios creen que al contraer esta enfermedad ya no se puede tener una vida normal.

El 47% consideran que el tratamiento es peor que la enfermedad y el 43% piensan que eso les ayudaría a sobresalir y llevar la enfermedad; EL 85% menciona que se trataría la enfermedad, mientras que un 15% ya no se trataría y considera mejor dejarlo así.

Las percepciones sobre el origen y forma de presentación de la enfermedad tienden a limitar la intención y acción de los individuos; Considerando una variable crítica para

participar en las pruebas de tamizaje para el cáncer, tal como lo plantea Rimer, es el grado de importancia que tenga el síntoma para los individuos, lo cual contribuye a explicar la baja intención de práctica de los participantes en el estudio. Este aspecto debe ser considerado en intervenciones de educación y comunicación en salud, de tal forma que se incremente en los individuos el nivel de conciencia en cuanto al curso asintomático que caracteriza la enfermedad.

TABLA 4

BARRERAS PARA REALIZARSE UN EXAMEN DE PRÓSTATA

	f	%t
Dificultades en caso de realizarse un examen de próstata		
El médico nunca me ha solicitado	7	5%
Tengo miedo de hacerlo	8	5%
Prefiero nunca saber de una enfermedad como el cáncer de próstata	3	2%
No presentó síntomas	***42***	***28%***
Nunca lo consideró importante	6	4%
No tengo Tiempo	19	13%
Considero que los hombres no deberían hacerlo	3	2%
No consigo hora para consulta con especialista	2	1%
Dolor	5	3%
Perdida de hombría	6	4%
Faltar hacia la religión	0	0%
Hacerse homosexual	0	0%
Miedo de encontrar un cáncer	5	3%
Vergüenza	8	5%
Nose/ ninguna	36	24%
TOTAL	150	100%

Fuente: encuestas reajustada de (Pereira de Paiva, Salvador da Motta, & Harter Griep, 2011)
Elaboración: Alex Palta Medina, interno rotativo de Enfermería- UNL, 2016-2017

Análisis: Las barreras que se presentaron para la realización del exámen de próstata con mayor frecuencia fueron el no presentar síntomas en 28%, el no tener tiempo en un 13%y el 24% menciona no tener dificultad para realizarse estos exámenes.

Las barreras identificadas con respecto a la masculinidad, están asociadas con lo planteado por Doyal, en cuanto a qué producto del proceso de construcción social se ha configurado un prototipo de hombre en el que predomina la percepción de invulnerabilidad y fortaleza,

al considerar que los hombres tienen múltiples características que explican su resistencia a buscar ayuda: consideran que su fortaleza se afirma si se mantienen en silencio; los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad son considerados de dominio femenino.

TABLA 5

CONOCIMIENTOS RELACIONADOS A LA IMPORTANCIA DEL EXAMEN PREVENTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR

		F	%
Conocimiento sobre los métodos para realizar el examen de próstata	SI	41	27%
	NO	***104***	***69%***
	EN PARTE	5	3%
TOTAL		**150**	**100%**
Métodos que se utilizarían en caso de realizarse una tamizaje de próstata	Exámen de orina	23	15%
	PSA	***59***	***39%***
	Tacto rectal	39	26%
	Ecografía	29	19%
TOTAL		**150**	**100%**
Usted piensa que es importante tener síntomas para realizarse un examen de próstata	SI	50	33%
	NO	***92***	***61%***
	EN PARTE	8	5%
TOTAL		**150**	**100%**
Conocimientos de los síntomas para realizarse un examen de próstata	SI	61	41%
	NO	***89***	***59%***
TOTAL		**150**	**100%**
Importancia para realizarse un examen de próstata	***Por salud***	***118***	***79%***
	Porque el medico lo solicitó	3	2%
	Porque le salvaría la vida	7	5%
	Le ayudaría a detectar un cáncer de próstata	22	15%
TOTAL		**150**	**100%**

Fuente: encuestas reajustada de (Pereira de Paiva, Salvador da Motta, & Harter Griep, 2011)
Elaboración: Alex Palta Medina, interno rotativo de Enfermería- UNL, 2016-2017

Análisis: Un grave problema al que se enfrentan los usuarios del Centro de salud Aguador es la falta de conocimientos en cuanto al diagnóstico oportuno del examen de próstata obteniéndose un 69% que no sabe. Pero en el momento de elegir que exámen se realizaría, mencionan principalmente el PSA con un 39%; En base a todo esto los usuarios no considera importante tener síntomas para hacerse un examen diagnóstico en un 61% y el 59% desconocen los síntomas por los cuales deben realizarse un examen y el 49% que si

los conocen señalaron poliuria, dolor y anafrodisia, considerándose los principales síntomas para que un hombre se realice un examen de próstata.

En cuanto a la importancia se considera que el motivo principal para hacerse un examen es por salud en un 79% frente a un 15% considera que le ayudaría a detectar un cáncer de próstata.

Frente a la literatura la percepción de predestinación de enfermedad, coincide parcialmente con el conocimiento existente sobre su historia natural, es posible que la construcción de esta creencia se haya realizado desde el saber popular y de las vivencias de los participantes, más que desde el saber científico, dada la baja información que los participantes dicen haber recibido y, según lo propuesto por Oakley, en cuanto a que las vías en las cuales la gente percibe su salud y enfermedad en la vida diaria, son muy diferentes a las del enfoque médico.

7. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el cáncer de próstata se destaca como el de primera localización entre los tumores malignos en el sexo masculino y que no se dispone de suficientes estudios que aborden los conocimientos, actitudes y prácticas sobre exámenes de tamización, por lo cual este estudio puede aportar elementos que pudieran utilizarse para fortalecer los clubes de vida e implementar estrategias orientadas a la prevención del cáncer de próstata.

Los estudios realizados y que están referidos a los conocimientos, creencias o práctica del examen de próstata son de escasa cantidad y los que hacen referencia al tema han sido realizados en países desarrollados de tipo cuantitativo. Por esta razón se realiza este estudio para Establecer los determinantes del examen oportuno de próstata en usuarios del centro de salud Aguador, cantón Machala periodo Octubre 2016- Abril 2017.

En el presente estudio se identificó que la mayoría de los usuarios tienen un nivel de escolaridad baja, pertenecen a la zona rural, considerándose un alto riesgo por lo que se encuentran alejados e impide la realización de controles en el centro de salud. En un estudio realizado en Medellín 2011 hace referencia también en gran porcentaje de un nivel de escolaridad baja, donde los hombres de estratos bajos se consideraron más susceptibles a presentar cáncer de próstata, lo que puede estar asociado con una menor posibilidad de percibir acciones efectivas para enfrentar la enfermedad, relacionado con la dificultad de acceder a información sobre el tamizaje preventivo de próstata.

En relación a la práctica del examen de próstata el 29% de usuarios que presentan un nivel de conocimientos alta sobre la realización, síntomas y manifiestan que se lo han practicado por prevención, hace menos de un año; en comparación con 71% que nunca se lo ha realizado.

Paiva, Motta y Griep realizaron en Brasil en el 2007 una investigación utilizando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas y obtuvieron resultados diferentes a los de este estudio debido a que poco más de la mitad de los hombres informó ya haberse realizado los exámenes de rastreo de cáncer de próstata, pero se identificó también una frecuencia inadecuada de realización en los últimos doce meses.

En cuanto a las creencias de los usuarios sobre el cáncer de próstata en esta investigación manifestaron que puede ser curado si se detecta precozmente, que si se siente bien ya no se realizaría un examen diagnóstico, que con la enfermedad ya no se puede tener una vida normal y el tratamiento es peor. Un estudio similar realizado en Brasil muestra que las creencias referidas por los hombres del estudio son que el cáncer puede ser curado si es diagnosticado precozmente. Además la mayoría de los sujetos creen que el cáncer puede ser encontrado en los exámenes de rastreo. Sin embargo, un porcentaje considera que el tratamiento es peor que la enfermedad (36,1%) por el desconocimiento acerca de los mismos. El fuerte impacto causado por el cáncer de próstata hace que los hombres creen barreras en cuanto a su tratamiento, esto sucede debido a factores como: la falta de información.

Una acentuación importante es la de barreras expuestas en los usuarios como el de no hacerse un examen por no presentar síntomas, tener miedo, vergüenza y el no tener el tiempo suficiente para ir a realizárselo. El estudio realizado en Medellín 2012 considera la relación entre beneficios y barreras percibidas frente a la realización de las pruebas para el diagnóstico de cáncer de próstata muestra que si bien los entrevistados aprecian las ventajas del diagnóstico y tratamiento oportuno, existen tres grandes barreras que tienen peso similar y son determinantes a la hora de tomar la decisión: la falta de información personalizada, el efecto negativo de la prueba sobre la masculinidad y el temor al

diagnóstico. Habiendo una gran diferencia de resultados en cuanto a algunas percepciones en el caso de obtener un efecto negativo en su masculinidad.

Un grave problema al que se enfrentan los usuarios del Centro de salud Aguador es la falta de conocimientos en cuanto al diagnóstico oportuno del examen de próstata obteniéndose un 69% que no sabe y 27% que si lo conoce. Pero en el momento de elegir que exámen se realizaría mencionan principalmente el PSA con un 39% seguido del tacto rectal en un 26% y la ecografía en un 19%, además consideran que no es importante tener síntomas para hacerse un examen diagnóstico en un 33% y el 59% desconocen los síntomas por los cuales deben realizarse un examen y el 49% que si los conocen señalaron que el orinar mucho, tener dolor y el bajo apetito sexual son los principales síntomas para que un hombre se realice un examen de próstata.

En cuanto a la importancia se considera que el motivo principal para hacerse un examen es por salud en un 79% frente a un 15% considera que le ayudaría a detectar un cáncer de próstata, estos resultados son diferentes a un estudio realizado en Medellín en el 2012 evidenciandose una mayor proporción de participantes que han recibido información sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana, de los cuales el tacto rectal es el más conocido; además, esos participantes consideran que los exámenes deben realizarse anualmente.

Cerca de la mitad de individuos afirmó que no conocían los signos y síntomas del cáncer de próstata, y un poco menos consideraron que los 40 años era la edad adecuada para empezar a practicarse los exámenes.Los hombres que dijeron haber recibido información sobre el cáncer de próstata o exámenes de detección temprana identificaron al médico con un 59,6% como la principal fuente de información y su recomendación sería la principal razón para realizarse los exámenes con un 85,5%.

8. CONCLUSIONES

- En cuanto a las actitudes en relación a la práctica preventiva del examen de próstata, la mayoría de los usuarios no se han realizado un examen preventivo, de los que se han realizado, la mitad lo hizo por prevención y un menor porcentaje porque tenía síntomas; en relación a las creencias del cáncer de próstata ellos manifiestan que se puede tener esta enfermedad sin presentar síntomas, que no deben realizarse un examen preventivo si se siente bien y que al adquirir la enfermedad no se puede tener una vida normal.

- Los conocimientos de los usuarios de centro de salud Aguador en cuanto al diagnóstico oportuno de próstata son deficientes ya que se obtuvo un gran porcentaje de aquellos que no saben y una menor cantidad mencionan que si los conocen; además señalaron que los síntomas para realizarse el examen son: poliuria, tener dolor y anafrodisia. En el momento de elegir que exámen se realizaría, mencionan principalmente es el PSA (Antígeno prostático específico) , tacto rectal y la ecografía

9. RECOMENDACIONES

- Que el ministerio de salud pública junto al personal de salud fortalezca la prevención del cáncer de próstata en los hombres más vulnerables, los cuales pudieran tener mayores barreras de acceso a los programas de prevención y pueden presentar menos posibilidad de tener conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas respecto de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata.

- A la Universidad Nacional de Loja para que fomente investigaciones de tipo cualitativas, realizándose entrevistas a profundidad que permitan identificar la situación de la población y plantear la formulación de propuestas de acción social orientadas a empoderar a los hombres mayores de 45 años de su autocuidado.

- A la comunidad del centro de Salud Aguador para que se integre en las campañas de concientización sobre la importancia de los controles médicos preventivos a partir de los 45 años de edad, debido a que son más susceptibles a presentar la enfermedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

AECC. (mayo de 2011). *Asosiaciòn española contra el càncer* . Obtenido de https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/GuiaProstata.pdf

AMERICAN CANCER SOCIETY . (2016). Obtenido de http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-early-diagnosis

American Cancer Society. (20 de Abril de 2016). Obtenido de http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002319-pdf.pdf

Anatomía y Fisiología del Cuerpo Humano. (s.f.). Obtenido de http://www.colimdo.org/media/4277966/anatomofisiologia.pdf

Cabrera, G. A., & Lucumí, D. I. (2011). Obtenido de http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/262/265

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). Obtenido de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

Cueva, D. P. (Abril de 2015). *Buena Total* . Obtenido de https://www.saludsa.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador

Diego Iván Lucumí, G. A. (2011). Obtenido de http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/262/265

IMSS, M. (2016). *IMSS*. Obtenido de http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata

Ministerio de Salud Publica. (2013-2017). Obtenido de Prioridades de Investigacion en Salud: http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf

Modelo de Atencion Inegral de Salud Familiar y Comunitaria . (2012). Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Muñoz Astudillo, M., Sossa Pinzón, L., Ospina, J., Grisales, A., & Rodríguez García, J. (2011). *Scielo* . Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a11

OMS. (2010). Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/

Organizacion Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ortiz-Arrazola, Reyes-Aguilar, Grajales-Alonso, & Tenahua-Quitl. (2012).Obtenido de http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n1/v10n1a2.pdf

Plan de Estudios de la Carrera de Enfermeria. (2013-2015). Obtenido de file:///D:/Users/Toshiba%20Satellite/Downloads/planestudios2013-04deseptiembre2015-1%20(1).pdf

Plan Nacional para el Buen Vivir. (2013-2017). Obtenido de http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf

Romero, F. R. (2012). *Scielo.* Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013948019

SOLCA. (2012). Obtenido de http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Mapas2-1.jsp

11. ANEXOS

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Alex Geovanny Palta Medina** , portador de la cédula de identidad N° **1106015488**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy amablemente vuestro consentimiento para colaborar con el desarrollo de la investigación titulada "**Determinantes del examen oportuno de próstata en los usuarios del centro de salud Aguador, cantón Machala.**", en la cual deben responder algunas preguntas y cada una de ellas con sus opciones a escoger.

Su participación en este estudio es voluntaria. Se agradece la veracidad al llenar el instrumento y los resultados serán confidenciales de manera que no serán accesibles por otras personas.

Consiento voluntariamente la participación en esta investigación

Fecha: ……..…….

……..

Firma del participante.

ANEXO 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Las siguientes preguntas son de carácter múltiple, puede marcar con una (x) la opción que usted considere.

DATOS GENERALES

EDAD ( )

OCUPACION:……..

ESTADO CIVIL:……

Nivel de escolaridad

Primaria o menos	Secundaria	Técnico y superior
( )	( )	( )

Religión

Católica ( )

Cristiana ( )

Otra ( )

Procedencia

Urbana ( )

Rural ( )

1. **¿Usted se ha realizado un examen de próstata? (si su respuesta es no pase a la pregunta 5)**
- Si ( )
- No ( )
- No se/no recuerdo( )

2. **Motivo de la consulta**
- Rutina de prevención ( )
- Tenía síntomas( )
- El propio participante solicitó ( )
- Casos de cáncer en la familia( )
- Otro ( )

3. **¿Qué tipo de prueba se realizó?**
- PSA (Antígeno prostático específico) ( )
- Tacto rectal…….. ( )
- Ecografía…… ( )
- Examen de orina…….. ( )

4. **¿Cuándo fue la última vez que realizó?**

- Hace menos de un año
- Entre uno y dos años
- Entre tres y cinco años
- Hace más de cinco años

5. **¿El Cáncer puede ser curado si es detectado precozmente?**

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

6. **Un hombre puede tener Cáncer sin síntomas**

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

7. **Si se siente bien, es necesario hacer examen de próstata**

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

8. **¿Usted conoce cuales son los métodos para realizar el examen de próstata?**

- Si ( )
- No( )
- En parte( )

9. **De los siguientes métodos, cuál cree usted que se debe realizarse para un diagnostico precoz del CA de próstata.**

- PSA (Antígeno prostático específico) ( )
- Tacto rectal…….. ( )
- Ecografía…… ( )
- Examen de orina……..( )

10. **Usted piensa que es importante tener síntomas para realizarse un examen de próstata.**

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

11. **Usted Conoce alguno de los síntomas por los cuales usted se debe realizar un examen de próstata**

- Si (mencione los que conoce)
- No

12. **¿Qué dificultades tiene usted en caso de realizarse un examen de próstata?**

- El médico nunca me ha solicitado…… ( )
- Tengo miedo de hacerlo…….. ( )
- Prefiero nunca saber de una enfermedad como el cáncer de próstata ( )
- No presentó síntomas…… ( )
- Nunca lo consideró importante…….. ( )
- No tengo Tiempo…… ( )

- Considero que los hombres no deberían hacerlo…….. ( )
- No consigo hora para consulta con especialista…… ( )
- Dolor……. ( )
- Perdida de hombría…… ( )
- Faltar hacia la religión…….. ( )
- Hacerse homosexual…….( )
- miedo de encontrar un cáncer……. ( )
- vergüenza…… ( )
- No se…… ( )

13. ¿Porque cree usted que es importante realizarse un examen de próstata?

- Por salud…… ( )
- Porque el medico se lo receta……. ( )
- Porque le salvaría la vida…….( )
- Le ayudaría a detectar un cáncer de próstata. ( )

14. **Un hombre con Cáncer de próstata puede tener una vida normal**

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

15. El tratamiento del Ca de próstata es peor que la enfermedad

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )
- ( )

16. ¿Si tiene Cáncer de próstata, es mejor dejarlo así, no tratar?

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

Encuesta reajustada de (Pereira de Paiva, Salvador da Motta, & Harter Griep, 2011)

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

ANEXO 3

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN

Lic. Graciela Maribel Palta Medina
DOCENTE DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA PARTICULAR "SIMÓN BOLÍVAR"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR, CANTÓN MACHALA" autoría del Joven Alex Geovanny Palta Medina egresado de la carrera de enfermería perteneciente a la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

La certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 21 de Abril del 2017

Lic. Graciela Palta Medina
ENGLISH TEACHER

Lic. Graciela Maribel Palta Medina
1104253438
DOCENTE DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA PARTICULAR "SIMÓN BOLÍVAR"

ANEXO 4

PROYECTO DE TESIS

a. Tema:

DETERMINANTES DEL EXAMEN OPORTUNO DE PRÓSTATA EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD AGUADOR, CANTÓN MACHALA

b. Introducción

El cáncer de próstata está inmerso en el área número cuatro de las neoplasias y línea de enfermedades genitourinarias, incluido la próstata (Ministerio de Salud Publica, 2013-2017), mientras que en la carrera de enfermería el presente tema corresponde a la línea seis denominado trastornos del comportamiento humano en la región sur del país (Identificación de factores de riesgo y actividades de prevención, curación y reinserción social en personas con cáncer) (Plan de Estudios de la Carrera de Enfermeria, 2013-2015).

El examen de próstata es un método diagnostico a través del cual se puede detectar anomalías anatomías o fisiológicas de la glándula prostática. (AMERICAN CANCER SOCIETY , 2016); lo que define también a las determinantes como aquellas circunstancias que pueden establecer una situación a través de actitudes creencias o barreras, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos (OMS, 2010).

El cáncer de próstata es un tumor maligno que empieza a crecer en la glándula prostática y que en sus etapas iniciales no presenta síntomas específicos. Más del 65% de todos los cánceres de próstata se diagnostican en hombres de más de 65 años, este cáncer hace que las células del cuerpo cambien y crezcan fuera de control. Sin embargo, en algunos hombres, puede que crezca con rapidez y se extienda a otras partes del cuerpo, lo que es importante realizarse a tiempo un examen de próstata que consiste en un tacto rectal efectuado por un médico, que permite evaluar su tamaño, su consistencia y su regularidad y detectar cualquier anomalía morfológica, a través de un Examen de orina, una Ecografía transrectal, una Biopsia de próstata o a través de una prueba de sangre PSA (antígeno prostático específico) (AECC, 2011).

El cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos, ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres, el 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233 000 nuevos casos, de los cuales 29.480 serán mortales, aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida, estimándose que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más; La edad promedio en la que se diagnóstica, es a los 67 años de edad (IMSS, 2016).

Datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (GLOBOCAN) señala que, las tasas de incidencia más altas se presentan en Austria y América del Norte (111.6 y 97.2 casos por cada 100.000 hombres, respectivamente); ya que las tasas más bajas se presentan en los países asiáticos (4.5 a 10.5 casos por 100,000 hombres). En África del Sur y el Caribe, las tasas de mortalidad son más altas en poblaciones afrodescendientes (19 a 24 muertes por cada 100.000 hombres) (OMS, 2015).

Según GLOBOCAN 2012, un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que, en ese año, en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes y durante el 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2015).

A nivel local, las estadísticas de cáncer SOLCA en la provincia del Oro la mortalidad por cáncer de próstata es de 37 casos durante el año 2012, de los cuales 18 son provenientes del cantón Machala, considerándose con un alto índice en las personas habitantes (SOLCA, 2012).

En un estudio realizado en Medellín Colombia la información recolectada de 83 encuestas; Los hombres que dijeron haber recibido información sobre exámenes de detección temprana identificaron al médico con un 59,6 % (34) como la principal fuente de información y su recomendación sería la principal razón para realizarse los exámenes con un 85,5 %. El 67,5 % (56) de participantes no han recibido información sobre la utilidad de los exámenes de detección temprana. El 68,7 % presentaron un conocimiento adecuado sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata. Conclusión: Se ha demostrado que el estudio realizado en Colombia sobresale que los hombres no presentan los conocimientos necesarios como para poderse aplicar o realizarse un examen de detección temprana (Arbeláez, R. Montealegre, 2012).

Ingresos individuales mensuales realizados en Cali Colombia; los individuos consideraron que la única forma de sospechar del cáncer de próstata es haciéndose el tacto rectal o el antígeno prostático específico, aunque es mayor el porcentaje que están en desacuerdo en que el tacto rectal puede amenazar su hombría, virilidad o masculinidad. El 34,9 % (29) estuvieron de acuerdo o indecisos sobre esta opinión. El 56,6 % de los participantes presentaron una actitud inadecuada sobre los exámenes utilizados en la detección temprana

del cáncer de próstata. Conclusión: Las barreras identificadas con respecto a la masculinidad, en cuanto a qué producto del proceso de construcción social se han configurado un prototipo de hombre en el que predomina la percepción de invulnerabilidad y fortaleza, que asume ciertos papeles y riesgos, reprime y amputa otros. La renuencia a admitir debilidad o decadencia, o sentir que se reduce su capacidad, producto de una enfermedad, puede llevar a que no se busque oportunamente atención en salud (Cabrera, 2011).

El estudio realizado en Santa Rosa de Cabal (Colombia) expresaron que no se habían examinado por razones que adujeron: "Eso da temor por los resultados" (63%), "no he tenido síntomas" (15%), "dicen que eso acelera el cáncer" (5%), "afecta la autoestima" (12%), "porque da dolor y vergüenza"(5%). El 67% manifestó voluntad de realizarse el examen durante los próximos doce meses porque: "Eso sirve para ver cómo está uno de la próstata" (57%), "dicen que es importante para prevenirlo" (29%) "Porque el médico me dijo que por control" (14%). El 33% no se realizaría las pruebas y así lo exteriorizaron: "Tengo muy buena salud" (70%), "me da miedo de saber cómo me salgan los exámenes" (14%), "eso va contra los principios de Dios" (4%), "faltan conocimientos médicos" (4%), "produce mucho dolor" (4%), "no tengo edad avanzada" (4%). Conclusión: Si bien los entrevistados manifestaron que se puede tener acceso relativamente fácil al diagnóstico del cáncer, una de las grandes barreras percibidas se ubica en la dificultad para acceder al sistema de salud y la limitada capacidad de respuesta que se le oferta para el tratamiento: los costos son elevados, acceder a la atención especializada es difícil porque se requieren muchos trámites con la EPS y no se puede lograr el tratamiento oportuno (Astudillo M, Sossa L, Ospina J, Grisales A, 2011).

En Brasil identificaron que 95% de los hombres estuvieron de acuerdo en que el cáncer de próstata puede ser curado si es detectado precozmente y 57,5% no estuvieron de acuerdo en que un hombre con cáncer de próstata pueda tener una vida normal. Porcentajes semejantes de entrevistados (36,1%) concordaron y discordaron con la afirmación de que el tratamiento es peor que la enfermedad. Entre ellos, 56,3% está de acuerdo que un hombre puede tener cáncer de próstata y no presentar ningún síntoma y 74,4% discordaron de la afirmación de que es mejor no tratar. Conclusión: Consideramos que tales actividades educativas deben priorizar la necesidad urgente de cambiar el comportamiento tanto por parte de los hombres como de los servicios priorizando los exámenes de rastreo. Aquí destacamos la incorporación de la comunidad en la atención a la salud, a través de la planificación de acciones, articuladas

con sectores organizados de la comunidad y otros sectores gubernamentales (Paiva & Catarina, 2011).

Un estudio realizado en Brasil, En cuanto a la educación del paciente sobre la detección del cáncer de próstata, el (40,6%) rechazan el DRE (digital rectal exam) y respondieron PSA (antígeno prostático específico) solo era el mejor método para detectar el cáncer de próstata; el (25%) pacientes rechazan DRE creían sólo los pacientes con síntomas deben recibir DRE; (53,1%) de los pacientes que rechazan DRE respondieron sólo los pacientes con niveles de PSA anormales deben recibir DRE. En cuanto a la anticipación malestar, (43,7%) y (28,1%) pacientes se esperaba graves molestias durante el tacto rectal en el grupo de pacientes que rechazaron DRE .El miedo de encontrar un cáncer durante DRE estuvo presente en (34,4%) pacientes que se negaron DRE y en 15 (46,9%) de los controles. DRE era un motivo de vergüenza para 17 (53,1%) pacientes que se negó DRE, y en cinco (15,6%) de los pacientes que aceptaron DRE. Conclusión: Durante la detección del cáncer de próstata, los pacientes pueden rechazar DRE debido a la falta de síntomas del tracto urinario inferior, conceptos erróneos acerca de la detección del cáncer de próstata, y porque creen DRE es un motivo de vergüenza. La tasa de rechazo es mayor para los pacientes sometidos a cribado del cáncer de próstata por primera vez (Romero et al., 2012).

El centro de salud aguador se encuentra ubicado en la parte norte de la ciudad de Machala, sus límites son: norte. Av. La primavera; sur. Centro de salud el paraíso; este. Cementerio parque de la paz; oeste. Av. Las palmeras. El área de cobertura de este centro es de aproximadamente de 22 barrios a los cuales se brinda servicios como: atención medica los distintos grupos etáreos, vacunas, odontología, farmacia y estadística; la investigación se realizará en el periodo de periodo octubre 2016-abril 2017 en los usuarios (aproximadamente 500) mayores de 40 años que acuden al centro de salud aguador, considerando su factibilidad al realizarlo ya que se cuenta con la colaboración del personal que labora en su institución y de los usuarios que acuden a dicha institución.

Por lo consiguiente, de acuerdo a la problemática presentada el siguiente trabajo de investigación busca la respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los Determinantes del examen oportuno de próstata en usuarios del centro de salud “Aguador”, cantón Machala?

c. Justificación

El cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos, Ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres, El 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233,000 nuevos casos, de los cuales 29,480 serán mortales, Aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida Se estima que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más. En pocas ocasiones se presenta antes de los 40. La edad promedio en la que se diagnóstica, es de 67 años (IMSS, 2016).

Según GLOBOCAN 2012, un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que, en ese año, en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes y durante el 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2015).

A nivel local, Según estadísticas de cáncer SOLCA en la provincia de El Oro la mortalidad por cáncer de próstata es de 37 casos durante el año 2012, de los cuales 18 son provenientes del cantón Machala de la misma provincia considerándose con un alto índice en las personas habitantes (SOLCA, 2012)

Este proyecto a realizarse está basado en el problema que desencadena en los hombres el no saber o no tener los suficientes conocimientos sobre el examen de próstata, este problema se viene desencadenando desde hace muchos años y se convierte como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, basándose en una experiencia compleja y muy estresante, pasando de ser una persona más o menos sana, con las ocupaciones y problemas cotidianos, a ser una persona con una seria enfermedad, mientras que para sus seres queridos en poco tiempo deben adaptarse a muchos cambios y no siempre se sienten preparados. En ocasiones, desconocen cómo cuidarle, cómo apoyarle para que exprese abiertamente sus temores y emociones, cómo hablar o facilitar la toma de decisiones.

Este estudio es de carácter muy importante y de alta factibilidad ya que se cuenta con la colaboración del personal que labora y usuarios del centro de salud Aguador del Cantón Machala; cuyos resultados obtenidos de este estudio serán de gran ayuda tanto a nivel local y nacional, dando a conocer cuáles son los factores o condicionantes más predeterminantes

sobre los hombres para no realizarse un examen de próstata, este estudio también puede aportar elementos que pudieran utilizarse para fortalecer los clubes de vida cuya labor del equipo de salud y principalmente de enfermería está basada en la aplicación de los cuidados a individuos sanos o enfermos en su medio habitual, contribuyendo a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomentan sus autocuidados, orientadas a la prevención del cáncer de próstata.

Objetivos

Objetivo general

- Establecer los determinantes del examen oportuno de próstata en usuarios del centro de salud Aguador, cantón Machala periodo Octubre 2016- Abril 2017.

Objetivos Específicos

- Definir las actitudes y creencias que influyen en los usuarios del centro de salud El Aguador sobre métodos para realización de examen de próstata.
- Determinar los conocimientos en los usuarios del centro de salud El Aguador sobre métodos para realización de examen de próstata.

d. Marco teórico

1. Contexto general:

El Buen Vivir se planifica, no se improvisa; se lo define como la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar la opulencia ni el crecimiento económico infinito (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013-2017).

El Plan Nacional del Buen Vivir propone en uno de sus principales objetivos, mejorar la calidad de vida de la población a través de una perspectiva de la salud desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación, el fomento de la actividad física y en sus políticas expresa promover prácticas de vida saludable en la población, fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad, garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad, brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural, reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos, propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entorno

(Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013-2017).

En la Constitución del Ecuador del 2008 se define que el Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción, atención integral de salud y también específicas a la salud sexual y reproductiva como derecho de la mujer. Asimismo especifica que el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, con enfoque de género y generacional; La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho

fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008).

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. Tiene como propósito Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano; y así con su objetivo de integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales (Modelo de Atencion Inegral de Salud Familiar y Comunitaria , 2012).

En relación con la mortalidad, el cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos, ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres, el 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233,000 nuevos casos, de los cuales 29,480 serán mortales, aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida Se estima que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más; en pocas ocasiones se presenta antes de los 40 años, y a los 67 años la edad promedio en la que se diagnóstica (IMSS, 2016).

Datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (GLOBOCAN) señala que, las tasas de incidencia más altas se presentan en Austria y América del Norte (111.6 y 97.2 casos por cada 100,000 hombres, respectivamente). Mientras que las tasas más bajas se presentan en los países asiáticos (4.5 a 10.5 casos por 100,000 hombres). En África del Sur y el Caribe, las tasas de mortalidad son más altas en poblaciones afrodescendientes (19 a 24 muertes por cada 100,000 hombres) (OMS, 2015).

Según GLOBOCAN 2012, un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que, en ese año, en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes y durante el 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2015).

A nivel local, Según estadísticas de cáncer SOLCA en la provincia del Oro la mortalidad por cáncer de próstata es de 37 casos durante el año 2012, de los cuales 18 son provenientes del cantón Machala de la misma provincia considerándose con un alto índice en las personas habitantes (SOLCA, 2012).

2. Contexto específico

2.1 Próstata

Es una glándula que se desarrolla alrededor de la porción inicial de la uretra, situada en la excavación pélvica, inmediatamente por debajo de la vejiga. Tiene forma de cono, es de color gris, de consistencia dura y de unos 28 cm de largo. Esta glándula crece rápidamente durante la pubertad y se atrofia durante la ancianidad. El líquido que forma esta glándula es alcalino y neutraliza la acidez de la vagina, ya que los espermatozoides no sobreviven en un medio ácido (Anatomía y Fisiología del Cuerpo Humano).

2.2 Determinantes-Modelo de creencias de salud

Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas diagnósticas, tales como el EDR, que compromete la concepción de

masculinidad y otros elementos propios del machismo latinoamericano. Este problema genera barreras comunicacionales que afectan tanto las actividades del sector salud como el acceso a los servicios de las personas en riesgo de padecer el cáncer de próstata.

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente, se ha adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios, los comportamientos de autocuidado en higiene bucal o el uso de tabaco.

En su origen, el MCS se basó en teorías del aprendizaje clásicas y populares; en particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que esta produzca el resultado esperado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un factor importante condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. El MCS es una teoría construida sobre la base de la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el *valor* será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la *expectativa*, la creencia en que una acción posible de realizar puede prevenir o mejorar la situación.

En la actualidad, como resultado de la evolución que ha tenido la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación funcional del MCS.

El MCS se basa en las siguientes premisas:

· La creencia −o percepción− de que el cáncer de próstata es importante para la población o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.

· La creencia −o percepción− de que la persona se considera vulnerable a ese problema.

· La creencia −o percepción− de que la acción que se va a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la confluencia de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en este caso conducentes a la realización de las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata.

La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo, la que determina su comportamiento. Aunque este aspecto es muy discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, se presenta aquí una opción de explicación útil para complementarla con otras teorías, principalmente con algunos elementos de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y del modelo de promoción de la salud para el cuidado holístico de enfermería planteado por Nola J. Pender (Muñoz Astudillo, Sossa Pinzón, Ospina, Grisales, & Rodríguez García, 2011).

2.3 Complicaciones

Algunos estudios sugieren que el cáncer de próstata comienza con una afección precancerosa, aunque esto aún no se conoce con certeza. Estas afecciones se encuentran a veces cuando se le realiza una biopsia de la próstata a un hombre (extirpación de pequeños fragmentos de la próstata para detectar cáncer).

2.3.1 Neoplasia prostática intraepitelial

En la neoplasia prostática intraepitelial (prostatic intraepithelial neoplasia, PIN), hay cambios microscópicos en la apariencia de la glándula prostática, pero las células anormales no parecen invadir otras partes de la próstata (como sí lo harían las células cancerosas). Basándose en cuán anormales se ven los patrones de las células, se clasifican de la siguiente forma:

- PIN de bajo grado: los patrones de las células de la próstata se ven casi normales.
- PIN de alto grado: los patrones de las células se ven más anormales.

En algunos hombres esta afección ya comienza a aparecer en la próstata desde los 20 a 29 años de edad.

Muchos hombres comienzan a presentar una neoplasia de bajo grado cuando son jóvenes, pero no necesariamente padecen cáncer. El posible vínculo entre la neoplasia prostática intraepitelial de bajo grado y el cáncer de próstata aún no está claro.

Si se encontró una neoplasia prostática intraepitelial de alto grado en la muestra de la próstata que se obtuvo mediante biopsia, hay aproximadamente 20% de probabilidades de que usted también tenga cáncer en otra área de la próstata.

2.3.2 Atrofia inflamatoria proliferativa

En la atrofia inflamatoria proliferativa (proliferative inflammatory atrophy, PIA), las células de la próstata lucen más pequeñas de lo normal, y hay signos de inflamación en el área. La PIA no es cáncer, pero los investigadores creen que algunas veces puede convertirse en una PIN de alto grado o tal vez directamente en cáncer de próstata.

2.4 Cáncer de próstata

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecen en forma descontrolada. Las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en células cancerosas y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo; La próstata es una glándula que sólo tienen los hombres. Esta glándula produce parte del líquido que conforma el semen.

2.5 Signos y síntomas

Por lo general, el cáncer de próstata en etapa inicial no causa síntomas. Los cánceres de próstata más avanzados a veces causan síntomas, como:

- Problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado o necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche
- Sangre en la orina o el semen
- Dificultad para lograr una erección (disfunción eréctil)
- Dolor en las caderas, la espalda (columna vertebral), el tórax (costillas) u otras áreas debido a que el cáncer que se ha propagado a los huesos
- Debilidad o adormecimiento de las piernas o los pies, o incluso pérdida del

control de la vejiga o los intestinos debido a que el cáncer comprime la médula espinal.

Es más probable que la mayoría de estos problemas sean por causa distinta al cáncer de próstata. Por ejemplo, la hiperplasia prostática benigna (un crecimiento no canceroso dela próstata) causa dificultad para orinar con mucha más frecuencia que el cáncer. Aun así, resulta importante que usted le informe a su médico si presenta cualquiera de estos síntomas para que la causa se encuentre y se trate, de ser necesario.

2.6 Etapas: según el AJCC. (*American Joint Committee on Cancer)*

La etapa o estadio (extensión) de un cáncer de próstata es uno de los factores más importantes que se toma en cuenta para evaluar las opciones de tratamiento y para predecir la expectativa de supervivencia (pronóstico) de un hombre. La etapa se basa en lo siguiente:

- Los resultados de la biopsia de la próstata (incluyendo la puntación Gleason)
- El nivel de PSA en la sangre al momento de realizar el diagnóstico
- Los resultados de otros exámenes o pruebas que se hicieron para saber hasta qué punto se ha propagado el cáncer.

Hay dos tipos de clasificación por etapa para el cáncer de próstata:

- La etapa clínica es un estimado de la extensión de su enfermedad que realiza el médico basado en los resultados del examen físico (incluyendo el tacto rectal), los análisis de laboratorio, la biopsia de la próstata, y cualquier estudio por imágenes que haya tenido.
- Si se sometió a una cirugía, sus médicos también pueden determinar la etapa patológica que se basa en los resultados anteriores y los resultados de la cirugía. Esto significa que si usted se sometió a una cirugía, la etapa de su cáncer podría cambiar después de la operación (por ejemplo, si se encontró cáncer en un lugar donde no se sospechaba que estaba la enfermedad). La clasificación patológica por etapas probablemente sea más precisa que la clasificación clínica, ya que le da a su médico una impresión directa de la extensión de su enfermedad.

2.6.1 Categorías T (clínicas)

Se utilizan cuatro categorías para describir la extensión local del tumor de la próstata, desde T1 hasta T4. La mayoría de éstas también tienen subcategorías.

T1: su médico no puede palpar el tumor ni verlo con estudios por imágenes, como por ejemplo con una ecografía transrectal.

- **T1a:** el cáncer se descubre por casualidad (accidentalmente) durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (un crecimiento no canceroso de la próstata). El cáncer no se encuentra en más del 5% del tejido extirpado.
- **T1b:** el cáncer se detecta durante la TURP, pero está presente en más de un 5% del tejido extirpado.
- **T1c:** el cáncer se encuentra mediante una biopsia por aguja, realizada debido a un nivel aumentado de PSA.

T2: su médico puede palpar el cáncer cuando realiza un tacto rectal (DRE) o lo observa mediante un estudio por imágenes, como ecografía transrectal, pero parece que aún está limitado a la próstata.

- **T2a:** el cáncer se encuentra en la mitad o menos de un solo lado (izquierdo o derecho) de la próstata.
- **T2b:** el cáncer se encuentra en más de la mitad de un solo lado (izquierdo o derecho) de la próstata.
- **T2c:** el cáncer está en ambos lados de la próstata.

T3: el cáncer se extendió fuera de la próstata y pudo haberse propagado a las vesículas seminales.

- **T3a:** el cáncer se extendió fuera de la próstata, pero no afectó a las vesículas seminales.
- **T3b**: el cáncer se propagó hacia las vesículas seminales.

T4: el cáncer ha crecido hacia los tejidos adyacentes a la próstata (además de las vesículas seminales), como por ejemplo al esfínter uretral (un músculo que ayuda a controlar la micción), al recto, a la vejiga, y/o a la pared de la pelvis.

2.6.2 Categorías N

Las categorías N describen si el cáncer se ha propagado a los ganglios (nódulos) linfáticos cercanos (regionales).

NX: los ganglios linfáticos adyacentes no fueron evaluados.

N0: el cáncer no se ha propagado a ningún ganglio linfático adyacente.

N1: el cáncer se ha propagado a uno o más ganglios linfáticos cercanos.

2.6.3 Categorías M

Las categorías M describen si el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, los huesos y los ganglios linfáticos distantes son los lugares más comunes a donde el cáncer de próstata se propaga, aunque también se puede propagar a otros órganos, como a los pulmones y al hígado.

M0: el cáncer no se ha propagado más allá de los ganglios linfáticos cercanos.

M1: el cáncer se propagó más allá de los ganglios linfáticos cercanos.

- **M1a:** el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos distantes (en el exterior de la pelvis).
- **M1b:** el cáncer se propagó a los huesos.
- **M1c:** el cáncer se propagó a otros órganos tales como los pulmones, el hígado o el cerebro (con propagación a los huesos o sin ella).

2.6.4 Estadio I

El médico no puede palpar el tumor ni verlo con un estudio por imagen, tal como la ecografía transrectal (se detectó el tumor ya sea durante una resección transuretral o se lo diagnosticó mediante una biopsia con aguja realizada debido a un alto nivel de PSA) [T1]. El cáncer aún está limitado a la próstata y no se propagó hacia los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. La puntuación Gleason es 6 o menos y el nivel de PSA es menos de 10.

2.6.5 Estadio II

El médico no puede palpar el tumor ni verlo con los estudios por imágenes, tal como ecografía transrectal (se detectó ya sea durante una resección transuretral o se diagnosticó mediante una biopsia con aguja realizada debido a un alto nivel de PSA) [T1]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor tiene una puntuación Gleason de 7. El nivel de PSA es menos de 20.

2.6.6 Estadio III

El cáncer ha comenzado a crecer fuera de la próstata y es posible que se haya propagado a las vesículas seminales [T3] pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos [N0] ni a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.

2.6.7 Estadio IV

El cáncer se extendió hacia los tejidos adyacentes a la próstata (excepto a las vesículas seminales), como por ejemplo al esfínter uretral (el músculo que ayuda a controlar la micción), al recto, vejiga y/o a la pared de la pelvis [T4]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.

El tumor puede o no estar creciendo hacia los tejidos cercanos a la próstata [cualquier valor de T se incluye en esta categoría]. El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos cercanos [N1], pero no se propagó a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.

2.7 Etiología

2.7.1 Edad

Es poco común que el cáncer de próstata afecte a los hombres menores de 40 años, pero la probabilidad de padecer cáncer de próstata aumenta rápidamente después de los 50 años. Alrededor de 6 de 10 casos de cáncer de próstata se detectan en hombres mayores de 65 años.

2.7.2 Origen étnico

El cáncer de próstata ocurre con más frecuencia en los hombres de raza negra y en hombres del Caribe con ascendencia africana que en los hombres de otras razas. Los hombres de raza negra también tienen más del doble de probabilidades de fallecer debido al cáncer de la próstata que los hombres de raza blanca. El cáncer de próstata ocurre con menos frecuencia en los hombres asiático-americanos y en los hispanos/latinos que en los hombres blancos. No están claras las razones de estas diferencias raciales y étnicas.

2.7.3 Herencia

Parece ser que el cáncer de próstata afecta más a algunas familias, lo cual sugiere que en algunos casos puede haber un factor hereditario o genético; Si el padre o el hermano de un hombre padecen cáncer de próstata, se duplica el riesgo de que este hombre padezca la enfermedad. (El riesgo es mayor para los hombres que tienen un hermano con la enfermedad que para aquellos con un padre que tiene este cáncer). Asimismo, el riesgo es mucho mayor en el caso de los hombres que tienen varios familiares afectados, particularmente si tales familiares eran jóvenes cuando se les encontró el cáncer.

2.8 Diagnóstico

Qué tan útil o no es la prueba del antígeno prostático específica para detectar o hacer seguimiento al cáncer de próstata, es un tema que ha sido objeto de controversia en los últimos años. En medio de esas discusiones han cobrado una relevancia especial las observaciones que al respecto ha hecho la Global Harmonization Task Force, un respetable organismo dedicado a la auditoría de estudios clínicos, acerca de la poca utilidad y el impacto sobre la enfermedad, en términos de salud pública.

Con base en eso, la Asociación Americana de Urología se dio a la tarea de revisar los resultados de todos los estudios, terminados o en desarrollo, referentes al cáncer de próstata, desde 1995 hasta el 2013. A partir de ese análisis se obtuvieron sólidas conclusiones que permiten definir nuevas guías ajustadas a la edad de los pacientes, que permiten establecer la necesidad o no de someterlos a pruebas de antígeno prostático y a exámenes clínicos (entre ellos el tacto rectal).

Desde hace 22 años, el antígeno prostático hace parte del chequeo rutinario al cual se someten los hombres para descartar tumores de próstata. La prueba introdujo cambios benéficos a la forma de enfrentar la enfermedad; de hecho se atribuye a su uso en hombres mayores de 40 años, buena parte de la reducción de la mortalidad por esta causa, Sin embargo su práctica indiscriminada ha llevado, como lo enuncian múltiples estudios, a que muchos hombres sean sometidos a tratamientos excesivos o a recibir un manejo de la enfermedad que no necesitan.

Menores de 40 años

En los hombres que aún no han cumplido 40 años no es necesaria la práctica de estudios para el diagnóstico temprano de cáncer de próstata, tampoco pruebas de tamizaje (búsquedas masivas), con el mismo fin; Antes de esta edad la frecuencia de la enfermedad es baja. Someter a hombres, que además no tienen síntomas, a análisis clínicos o de laboratorio, puede traer más riesgos que beneficios, en algunos casos.

Entre 40 y 54 años

De acuerdo con las últimas guías, ya no se recomienda la práctica de exámenes de rutina en este rango de edad. Vale aclarar que la norma tiene sus excepciones: hay que someterse a pruebas si hay antecedentes familiares de este cáncer o si se es afrodescendiente; Hay evidencias que indican que estas condiciones elevan el riesgo de contraer este mal, en estas edades.

Entre 55 y 69 años

Este es el rango de edad en el cual los beneficios de la vigilancia sobre el cáncer de próstata superan los riesgos y permiten prevenir la muerte por este cáncer, en uno de cada mil hombres. A ellos se les recomienda el chequeo, sin excepción, cada dos o cuatro años, dependiendo del comportamiento de los resultados de la prueba de antígeno prostático; así mismohabiendo avance muy importante, pues en estas edades se consolida la búsqueda temprana del cáncer de próstata a través del examen clínico y el análisis de los niveles de antígeno prostático.

Para los mayores de 70 años

Si los hombres no tienen a estas edades síntomas urinarios, no se requieren evaluaciones de próstata de rutina. Como se sabe, el cáncer de próstata tiene una baja velocidad de progresión, de ahí que la expectativa de vida, incluso si se tiene el tumor, es similar a la de cualquier otro hombre de esta edad. Con base en eso, cabe aclarar que tampoco se recomiendan pruebas en varones cuya expectativa de vida es menor a diez años, independientemente de la edad que tengan.

Se realizará primero que todo con un alto índice de sospecha, se tendrá presente que todo

diagnóstico positivo se realiza a través del interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios. Se deben tener en cuenta los factores de riesgo y los síntomas ya descritos.

2.8.1 Tacto rectal (TR)

Para este examen, el doctor introducirá en el recto un dedo cubierto con un guante lubricado a fin de palpar cualquier abultamiento o área firme en la próstata que pueda ser cáncer. Si usted tiene cáncer, algunas veces el DRE puede ayudar a indicar si el cáncer se encuentra en un solo lado de la próstata, o en ambos lados, o si hay probabilidades de que se haya propagado de la glándula prostática a los tejidos cercanos.

2.8.2 Antígeno prostático específico (PSA)

La prueba de sangre del antígeno prostático específico (PSA) se usa principalmente para detectar el cáncer de próstata en los hombres que no presentan síntomas. También es una de las primeras pruebas realizadas en los hombres que presentan síntomas que podrían ser causados por cáncer de próstata.

La mayoría de los hombres sin cáncer de próstata tiene niveles de PSA menores a 4 nanogramos (ng/mL) por mililitro de sangre. La probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta a medida que el nivel de PSA sube.

Cuando se forma el cáncer de próstata, el nivel de PSA generalmente aumenta a más de 4 nanogramos. Sin embargo, un nivel por debajo de 4 no garantiza que un hombre no tenga cáncer. Alrededor del 15% de los hombres que tienen un PSA menor de 4 presentará cáncer de próstata en una biopsia.

Los hombres que tienen un nivel de PSA de 4 a 10 tienen una probabilidad de 1 en 4 de padecer cáncer de próstata. Si el PSA es mayor de 10, la probabilidad de tener cáncer de próstata es de más de 50%.

No todos los médicos usan el mismo valor límite de PSA para decidir cuándo se debe hacer una biopsia de la próstata. Si el PSA es de 4 o más, algunos médicos pueden recomendar la biopsia, mientras que otros pueden recomendarla comenzando a un nivel más bajo, como 2.5 o 3. También otros factores pueden afectar esta decisión, tales como la edad, la raza, y el antecedente familiar.

2.8.3 Ecografía transrectal (ETR)

Para realizar la ecografía transrectal, se lubrica y coloca una pequeña sonda de aproximadamente el ancho de un dedo en su recto. Esta sonda libera ondas de sonido que entran en la próstata y crean ecos. La sonda detecta los ecos y una computadora entonces las convierte en una imagen en blanco y negro de la próstata.

A menudo, el procedimiento sólo dura unos 10 minutos y se puede realizar en el consultorio del médico o en una clínica ambulatoria. Usted sentirá algo de presión durante la introducción de la sonda, pero usualmente este procedimiento no causa dolor. Se puede adormecer el área antes de realizar el procedimiento.

La ecografía transrectal a menudo se usa para examinar la próstata cuando un hombre presenta un alto nivel de PSA. También se usa durante una biopsia de la próstata para guiar las agujas al área correcta de la próstata.

También es útil en otras situaciones. Se puede emplear para medir el tamaño de la glándula prostática, lo que puede ayudar a determinar la densidad del PSA y también puede influir en las opciones de tratamiento del paciente.

2.8.4 Biopsia de próstata

Si ciertos síntomas o los resultados de las pruebas, como la prueba de sangre PSA o el examen digital del recto, sugieren que usted puede tener cáncer de próstata, su médico hará una biopsia de la próstata.

Una biopsia es un procedimiento para extraer pequeñas muestras de la próstata y luego examinarlas al microscopio. Una biopsia por punción con aguja gruesa es el principal método usado para diagnosticar el cáncer de próstata. Por lo general, un urólogo realiza la biopsia, quien es un cirujano que trata los cánceres del tracto genitourinario, incluyendo la glándula prostática.

El médico emplea la ecografía transrectal para “observar” la glándula prostática e insertar rápidamente una aguja delgada y hueca a través de la pared del recto hasta alcanzar la próstata. Al retirar la aguja, se extrae un pequeño cilindro de tejido prostático. Esto se repite varias veces. La mayoría de los urólogos tomará alrededor de 12 muestras cilíndricas de diferentes partes de la próstata.

Aunque el procedimiento parece doloroso, por lo general cada biopsia solo causa una sensación desagradable breve debido a que se hace con un instrumento especial de biopsia con resorte automático. Este dispositivo introduce y retira la aguja en fracciones de segundo. La mayoría de los médicos que realiza la biopsia adormecerán el área primero al inyectar un anestésico local al lado de la próstata.

La biopsia por sí sola dura aproximadamente 10 minutos y por lo general se realiza en el consultorio del médico. Es probable que se le administren antibióticos antes de la biopsia, y posiblemente por un día o dos después del procedimiento para reducir el riesgo de infección; unos pocos días después del procedimiento, usted puede sentir cierta molestia en el área, y puede notar sangre en su orina. Además puede sangrar un poco por el recto, especialmente si tiene hemorroides. Muchos hombres observan sangre en el semen o semen de color del metal oxidado, lo que puede durar por algunas semanas después de la biopsia (dependiendo de cuán frecuentemente eyacule).

Las muestras obtenidas por medio de la biopsia se enviarán a un laboratorio para observarse con un microscopio y ver si contiene células cancerosas. Si se observa cáncer, también se le asignará un grado. Usualmente los resultados (presentados en un informe de patología) están disponibles de uno a tres días, aunque a veces podría tomar más tiempo.

Aun cuando se toman muchas muestras, las biopsias pueden algunas veces pasar por alto el cáncer si ninguna de las agujas de la biopsia lo alcanza. Esto se conoce como resultado negativo falso. Si su médico sigue teniendo mucha sospecha de que usted tiene cáncer de próstata (por ejemplo, debido a que su PSA está muy elevado), es posible que sea necesario repetir la biopsia para ayudar a confirmar si hay o no cáncer. (American Cancer Society, 2016)

2.9 Creencias sobre el examen diagnóstico de próstata

Las percepciones sobre el origen y forma de presentación de la enfermedad tienden a limitar la intención y acción de los individuos. Por ser la próstata un órgano reproductor, la enfermedad oncológica que allí se presenta se asocia casi exclusivamente a los comportamientos sexuales de los hombres, lo cual afecta la susceptibilidad percibida y/o reconocida de la enfermedad, en la medida que implica la aceptación implícita de ser "mujeriego" o bohemio, lo que puede ser calificado como una conducta social o moralmente incorrecta. A pesar de que la percepción de predestinación de enfermedad, coincide

parcialmente con el conocimiento existente sobre su historia natural, es posible que la construcción de esta creencia se haya realizado desde el saber popular y de las vivencias de los participantes, más que desde el saber científico, dada la baja información que los participantes dicen haber recibido y, según lo propuesto por Oakley, en cuanto a que las vías en las cuales la gente percibe su salud y enfermedad en la vida diaria, son muy diferentes a las del enfoque médico. La menor susceptibilidad percibida de la enfermedad en estratos bajos puede estar asociada con una menor posibilidad de percibir acciones efectivas para enfrentarla, lo cual se corresponde con la menor información de la que hombres de estos estratos disponen.

Una variable crítica para participar en las pruebas de tamización para el cáncer, tal como lo plantea Rimer, es el grado de importancia que tenga el síntoma para los individuos, lo cual contribuye a explicar la baja intención de práctica de los participantes en el estudio. Este aspecto debe ser considerado en intervenciones de educación y comunicación en salud, de tal forma que se incremente en los individuos el nivel de conciencia en cuanto al curso asintomático que caracteriza la enfermedad.

Las barreras identificadas con respecto a la masculinidad, están asociadas con lo planteado por Doyal, en cuanto a qué producto del proceso de construcción social se ha configurado un prototipo de hombre en el que predomina la percepción de invulnerabilidad y fortaleza, que asume ciertos papeles y riesgos, reprime y amputa otros. La renuencia a admitir debilidad o decadencia, o sentir que se reduce su capacidad, producto de una enfermedad, puede llevar a que no se busque oportunamente atención en salud, configurando un fenómeno que ha sido denominado “masculinidad marginalizada”.

Observaciones similares fueron realizadas recientemente por Banks, al considerar que los hombres tienen múltiples características que explican su resistencia a buscar ayuda: consideran que su fortaleza se afirma si se mantienen en silencio; los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad son considerados de dominio femenino; ellos y la sociedad consideran que sus necesidades de salud son menores y, adicionalmente frente a todo esto, se ha desarrollado un menor número de opciones para la obtención de información y prestación de servicios en salud. (Cabrera & Lucumí, 2011)

2.10 Tratamiento

Debido a que el cáncer de próstata frecuentemente crece muy lentamente, es posible que

algunos hombres (especialmente aquellos hombres de edad avanzada o con otros problemas graves de salud) nunca necesiten tratamiento contra el cáncer de próstata. En vez de tratamiento, sus médicos pueden recomendar métodos conocidos como espera en observación o vigilancia activa (AMERICAN CANCER SOCIETY , 2016).

2.10.1 Vigilancia activa y tratamiento preventivo

La detección oportuna es un papel fundamental de la enfermería en el primer nivel de atención, ya que es una herramienta para la detección de factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, el equipo sanitario debe realizar promoción de la salud dirigida a vencer la resistencia de los hombres a realizarse valoraciones médicas periódicas que incluyan, además de la identificación de factores de riesgo, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuestos, la detección oportuna de casos y la atención temprana que contribuya a revertir el preocupante panorama del Cáncer de próstata. (Ortiz-Arrazola, Reyes-Aguilar, Grajales-Alonso, & Tenahua-Quitl, 2012)

La vigilancia activa se refiere a la observación minuciosa del cáncer. Por lo general, este método incluye una visita al médico con una prueba de sangre PSA y un examen digital del recto alrededor de cada seis meses. Además, es posible que se hagan anualmente biopsias de la próstata. Si los resultados de la prueba cambian, entonces su médico hablará con usted sobre las opciones de tratamiento.

2.10.2 Cirugía

La cirugía es una opción común para tratar de curar el cáncer de próstata si se cree que no se ha propagado hacia el exterior de la glándula prostática. El tipo principal de cirugía para el cáncer de próstata es la prostatectomía radical. En esta operación, el cirujano extirpa toda la glándula prostática además de una porción del tejido que le rodea, incluyendo las vesículas seminales. Una prostatectomía radical se puede hacer de maneras diferentes**.**

2.10.2.1 Métodos abiertos de prostatectomía radical

En el método más tradicional de realizar una prostatectomía, el cirujano opera a través de una sola incisión larga en la piel para extraer la próstata y los tejidos adyacentes. Este tipo de cirugía, a veces referido como un abordaje abierto, se realiza actualmente con menos

frecuencia que en el pasado.

2.10.3 Radioterapia

La radioterapia utiliza rayos de alta energía o partículas para destruir las células cancerosas.

La radiación se puede emplear:

- Como tratamiento inicial para tratar el cáncer que aún está solamente en la glándula prostática y que es de bajo grado. Las tasas de curación para los hombres con estos tipos de cánceres son aproximadamente las mismas que para los hombres tratados con una prostatectomía radical.
- Como parte del tratamiento inicial (junto con terapia hormonal) para cánceres que han crecido fuera de la próstata y hacia tejidos cercanos.
- Si el cáncer no se extirpó por completo o regresa (recurre) en el área de la próstata después de la cirugía.
- Si el cáncer es avanzado, para ayudar a mantener el cáncer bajo control por tanto tiempo como sea posible y para ayudar a prevenir o aliviar los síntomas.

2.10.4 Terapia hormonal

A la terapia hormonal también se le llama terapia de privación de andrógenos (ADT) o terapia supresora de andrógenos. El objetivo de este tratamiento es reducir los niveles de las hormonas masculinas, llamadas andrógenos, en el cuerpo, o evitar que estas hormonas afecten a las células cancerosas de la próstata.

Los andrógenos estimulan el crecimiento de las células cancerosas de la próstata. Los andrógenos principales en el cuerpo son la testosterona y la dihidrotestosterona. Los testículos producen la mayor parte de los andrógenos, aunque las glándulas suprarrenales (glándulas que se ubican sobre los riñones) también producen una pequeña cantidad. A menudo, reducir los niveles de andrógenos o evitar que alcancen las células del cáncer de próstata provoca que se reduzca el tamaño de los cánceres o que crezcan más lentamente por un tiempo. Sin embargo, la terapia hormonal por sí sola no cura el cáncer de próstata.

La terapia hormonal se puede emplear:

- Si el cáncer se ha propagado demasiado lejos para ser curado con cirugía o

radiación, o si usted no se puede someter a estos tratamientos por alguna otra razón

- Si el cáncer continúa o regresa después del tratamiento con cirugía o radioterapia
- Junto con la radioterapia como tratamiento inicial si usted se encuentra en un riesgo más elevado de que el cáncer regrese después del tratamiento (según una alta puntuación Gleason, un alto nivel de PSA, y/o crecimiento del cáncer fuera de la próstata)
- Antes de la radiación para tratar de reducir el tamaño del cáncer y hacer que el tratamiento sea más eficaz.

2.10.5 Quimioterapia

La quimioterapia (quimio) utiliza medicamentos contra el cáncer que se inyectan en una vena o que se administran por vía oral. Estos medicamentos entran al torrente sanguíneo y van por todo el cuerpo, lo cual permite que este tratamiento sea potencialmente útil para aquellos cánceres que se han propagado a órganos distantes (que han hecho metástasis).

La quimioterapia se usa algunas veces cuando el cáncer de próstata se ha propagado fuera de la glándula prostática y la terapia hormonal ya no es eficaz. La investigación reciente también ha mostrado que la quimioterapia puede ser útil si se administra junto con la terapia hormonal.

La quimioterapia no es un tratamiento convencional para el cáncer de próstata en etapa temprana, pero algunos estudios están determinando si este tratamiento podría ser útil si se administra por un corto periodo de tiempo después de la cirugía.

2.10.6 Inmunoterapia

La vacuna Sipuleucel-T (Provenge) se usa como tratamiento para combatir el cáncer. Contrario a las vacunas tradicionales que refuerzan el sistema inmunitario del cuerpo para ayudar a prevenir infecciones, esta vacuna refuerza el sistema inmunitario para ayudarlo a atacar a las células cancerosas de la próstata. La vacuna se usa para tratar el cáncer de próstata avanzado que ya no responde a la terapia hormonal inicial, pero que causa pocos o ningún síntoma.

La vacuna se produce específicamente para cada hombre. Para producir esta vacuna, se le extraen los glóbulos blancos (células del sistema inmunitario) de la sangre por varias horas

mientras usted está conectado a una máquina especial. Entonces, las células se envían a un laboratorio, donde son expuestas a una proteína de las células cancerosas de la próstata llamada fosfatasa ácida prostática. Luego las células son enviadas de regreso al consultorio médico u hospital, donde se las devuelven mediante una infusión en una vena. Este proceso se repite dos o más veces con 2 semanas de diferencia, de manera que usted reciba tres dosis de células. Estas células ayudan a las otras células del sistema inmunitario a atacar el cáncer de próstata.

La vacuna no ha demostrado que detenga el crecimiento del cáncer de próstata, pero parece ayudar a los hombres a vivir un promedio de varios meses más. Al igual que la terapia hormonal y la quimioterapia, este tipo de tratamiento no ha demostrado curar el cáncer de próstata.

2.10.6.1 Posibles efectos secundarios del tratamiento con vacuna

Los efectos secundarios de la vacuna suelen ser más leves que los de la terapia hormonal o la quimioterapia. Los efectos secundarios comunes pueden incluir fiebre, escalofríos, cansancio, dolor de espalda y de articulaciones, náuseas y dolores de cabeza. Con más frecuencia, estos efectos comienzan durante las infusiones de las células y no duran más de un par de días.

Algunos hombres pueden presentar síntomas más graves, incluyendo problemas para respirar y presión arterial alta, lo que usualmente se alivia después del tratamiento. (American Cancer Society, 2016)

e. Metodología

Para Identificar los Determinantes del examen oportuno de próstata en usuarios del centro de salud "Aguador", cantón Machala, se realizará un estudio de Tipo cuantitativo porque con aquellos se pretende conocer cuántos usuarios de ellos conocen acerca de la práctica y realización del examen de próstata, descriptivo ya que con este estudio permitirá describir las condiciones de la salud que están atravesando y han atravesado los usuarios a estudiar; observacional y de corte transversal que ayudara conocer los factores más influyentes para la realización del examen de próstata. Basado el estudio en hombres mayores de 40 años, esta edad para los hombres la más susceptible para contraer una patología como es el cáncer de próstata por contar con conocimientos insuficientes sobre realizarse el examen diagnóstico de próstata, el centro de salud cuenta aproximadamente con 500 hombres de esta edad para poder realizar el estudio, de los cuales se tomara una muestra de 150 usuarios basándonos en una fórmula para obtenerla.

Para el estudio a realizar se consideran tanto una variable como son determinantes del examen de próstata en los usuarios del Centro de Salud Aguador. Para conocer estas variables de utilizaran indicadores y escalas relacionas a las percepciones y conocimiento de cada usuario encuestado. **Anexo 1**

Para Identificar los Determinantes del examen oportuno de próstata en usuarios del centro de salud "Aguador", cantón Machala, se aplicara **Instrumento de recolección de datos como la** encuesta, la cual consta primero de un consentimiento informado y seguido de un cuestionario, que es instrumento compuesto por ítems con indicadores como su Edad, Estado civil, Nivel de escolaridad, Procedencia, Religión, añadiéndole a eso preguntas específicas sobre el examen de próstata obteniendo respuestas sobre su conocimiento y aplicación del mismo. **Anexo 3**

El estudio se lo realizara en el Centro de Salud Aguador se encuentra ubicado en la parte norte de la ciudad de Machala, sus límites son: norte. Av. La primavera; sur. Centro de salud el paraíso; este. Cementerio parque de la paz; oeste. Av. Las palmeras. Cuenta con un Médico Responsable, dos Médicos Generales, una Obstetra, una Odontóloga, una Auxiliar de Odontología, una Enfermera líder y una enfermera Rural, dos Auxiliares de Enfermería, una Auxiliar de Farmacia, personal de estadística, un Microscopista, un Auxiliar Administrativo de Salud y una Técnica de Atención Primaria en Salud. Los cuales se brinda servicios como:

atención medica los distintos grupos etáreos, vacunas, odontología, farmacia y estadística. Siendo su cobertura de aproximadamente de 22 barrios.

Las fuentes de información primarias serán tomadas a través de los instrumentos de recolección de datos en este caso la encuesta aplicada a usuarios mayores de 40 años de edad del centro de salud Aguador y las secundarias se basarán en recopilar información de libros, revistas y artículos científicos, cuya presentación de resultados se la realizara a través de una matriz donde se cuantificaran datos y opciones presentadas en las preguntas de la encuesta y se las determinara en barras y/o pasteles de Excel para una mejor estructuración y entendimiento de los resultados.

Los resultados obtenidos serán de gran ayuda tanto a nivel local y nacional, dando a conocer cuáles son los factores o condicionantes más predeterminantes sobre los hombres para no realizarse un examen de próstata, este estudio también puede aportar elementos que pudieran utilizarse para fortalecer los clubes de vida e implementar estrategias orientadas a la prevención del cáncer de próstata.

Con la finalidad de cumplir con los criterios éticos de la investigación, se solicitará al líder del servicio del centro de salud a través de un oficio para poder llevar a cabo el procedimiento de investigación y la respectiva aplicación de encuestas durante el periodo respectivo para realizar el estudio; Se solicitará un consentimiento informado a cada uno de los de los usuarios que se les realice la aplicación de encuesta y se encuentren dentro del servicio de salud. **Anexo 2** El trabajo de investigación es factible y viable realizarlo ya que se cuenta con la colaboración del personal que labora en su institución y de los usuarios que acuden a dicha institución.

f. Cronograma

Se desarrollará en el periodo de septiembre 2016- abril 2017

FECHA / ACTIVIDAD	MAY/2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC2016	ENE 2017	FEBO 2017	MAR 2017
CONSTRUCCION DEL PROYECTO											
APROBACION DEL PROYECTO Y DESIGNACION DE DIRECTOR DE PROYECTO											
CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO											
RECOLECCION DE INFORMACION											
TABULACION Y ANALISIS DE DATOS											
ELABORACION DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO											
ELABORACION DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO											
ELABORACION DEL TERCER BORRADOR DEL PROYECTO											
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYETO											

Elaborado por: (Alex Palta 2016)

g. Presupuesto y financiamiento

El trabajo de investigación será autofinanciado por el investigador con un monto aproximado de USD 1000.

Recursos Actividad	Humanos	Materiales	Técnicos	Financieros
1. elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	Papel computadora impresora transporte viáticos	Programa de Word y Excel	700 USD
2. recolección de datos	Investigador personal de enfermería	Instrumento de recolección de datos		300 USD
Totales				1000 USD

Elaborado por: (Alex Palta 2016)

h. Bibliografía

AECC. (mayo de 2011). *Asosiaciòn española contra el càncer* . Obtenido de https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/GuiaProstata.pdf

AMERICAN CANCER SOCIETY . (2016). Obtenido de http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-early-diagnosis

American Cancer Society. (20 de Abril de 2016). Obtenido de http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002319-pdf.pdf

Anatomía y Fisiología del Cuerpo Humano. (s.f.). Obtenido de http://www.colimdo.org/media/4277966/anatomofisiologia.pdf

Cabrera, G. A., & Lucumí, D. I. (2011). Obtenido de http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/262/265

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). Obtenido de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

Cueva, D. P. (Abril de 2015). *Buena Total* . Obtenido de https://www.saludsa.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador

Diego Iván Lucumí, G. A. (2011). Obtenido de http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/262/265

IMSS, M. (2016). *IMSS.* Obtenido de http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata

Ministerio de Salud Publica. (2013-2017). Obtenido de Prioridades de Investigacion en Salud: http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf

Modelo de Atencion Inegral de Salud Familiar y Comunitaria . (2012). Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Muñoz Astudillo, M., Sossa Pinzón, L., Ospina, J., Grisales, A., & Rodríguez García, J. (2011). *Scielo* . Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a11

OMS, G. (2015). *UICC*. Obtenido de http://www.uicc.org/resources/globocan

Organizacion Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ortiz-Arrazola, Reyes-Aguilar, Grajales-Alonso, & Tenahua-Quitl. (2012).Obtenido de http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n1/v10n1a2.pdf

Plan de Estudios de la Carrera de Enfermeria. (2013-2015). Obtenido de file:///D:/Users/Toshiba%20Satellite/Downloads/planestudios2013-04deseptiembre2015-1%20(1).pdf

Plan Nacional para el Buen Vivir. (2013-2017). Obtenido de http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf

Romero, F. R. (2012). *Scielo.* Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013948019

SOLCA. (2012). Obtenido de http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Mapas2-1.jsp

i. Anexos

Anexo 1 **MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLES**

PROYECTO DE INVESTIGACION: Determinantes del examen oportuno de próstata en los usuarios del centro de salud Aguador, cantón Machala.

Variables Definición Conceptual	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores Definiciones operacionales	Escalas Medidas
V.D. **Determinantes del examen oportuno de próstata** Aquellas circunstancias que pueden establecer una situación a través de actitudes creencias o barreras, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. (OMS, 2010) **Anexo 3**	Datos generales	Edad	• 40-45 • 46-50 • 51-60 • 61 en adelante
		Estado civil	• Soltero • Casado • Unión libre • Separado • Viudo
		Nivel de escolaridad	• Primaria o menos • Secundaria • Técnico y superior
		Procedencia	• Rural • urbana
		Religión	• católica • cristiana • otros
	Conocimientos	Usted se ha realizado un examen de próstata	• si • No • No se/no recuerdo
		Motivo de la solicitud	• Rutina de prevención • Tenía síntomas • El propio participante solicitó • Casos de cáncer en la familia • Otro
		Qué tipo de prueba se realizo	• PSA (Antígeno prostático específico)

			• Tacto rectal • Ecografía • Examen de orina
		Cuando fue la última vez que realizó	• Hace menos de un año • Entre uno y dos años • Entre tres y cinco años • Hace más de cinco años
		Usted cree que el Ca puede ser curado si es detectado precozmente	• de acuerdo • desacuerdo • No se
		Un hombre puede tener Ca sin síntomas	• de acuerdo • desacuerdo • No se
		Si se siente bien, no es necesario realizarse el examen	• de acuerdo • desacuerdo • No se
		¿Porque cree usted que es importante realizarse un examen de próstata?	• Por salud • Porque el medico se lo receta • Porque le salvaría la vida • Le ayudaría a detectar un cáncer de próstata.
		Usted conoce cuales son los métodos para realizar el examen de próstata	• Si • No • En parte
		De los siguientes métodos, cuál cree usted que se debe realizar para un diagnostico precoz del CA de próstata.	• PSA (Antígeno prostático específico) • Tacto rectal • Ecografía • Examen de orina
		Usted piensa que es importante tener síntomas para realizarse un examen de próstata.	• De acuerdo • Desacuerdo • No sabe
		Usted Conoce alguno de los síntomas por los cuales usted se debe realizar un examen de próstata	• Si (mencione los que conoce) • No

	Creencias	Cuáles son las barreras que inciden en la realización del examen de próstata	• El médico nunca me ha solicitado • Tengo miedo de hacerlo • Prefiero nunca saber de una enfermedad como el cáncer de próstata • No presentó síntomas • Nunca lo consideró importante • No tengo tiempo • Considero que los hombres no deberían hacerlo • No consiguió hora para consulta con especialista • No se • Dolor • Perdida de hombría • Faltar hacia la religión • Hacerse homosexual • miedo de encontrar un cáncer • vergüenza
		El examen de próstata puede afectar la masculinidad	• de acuerdo • desacuerdo • No se
			•
		Un hombre con Ca puede tener una vida normal	• de acuerdo • desacuerdo • No se
		El tratamiento del Ca es peor que la enfermedad	• de acuerdo • desacuerdo • No se
		Si tiene Ca, es mejor dejarlo así, no tratar	• de acuerdo • desacuerdo • No se

(Alex Palta 2016)

ANEXO N°2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Alex Geovanny Palta Medina** , portador de la cédula de identidad N° **1106015488**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy amablemente vuestro consentimiento para colaborar con el desarrollo de la investigación titulada "**Determinantes del examen oportuno de próstata en los usuarios del centro de salud Aguador, cantón Machala.**", en la cual deben responder algunas preguntas y cada una de ellas con sus opciones a escoger.

Su participación en este estudio es voluntaria. Se agradece la veracidad al llenar el instrumento y los resultados serán confidenciales de manera que no serán accesibles por otras personas.

Consiento voluntariamente la participación en esta investigación

Fecha: ……..…….

……..

Firma del participante.

ANEXO 3.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Las siguientes preguntas son de carácter múltiple, puede marcar con una (x) la opción que usted considere.

DATOS GENERALES

EDAD ( )

OCUPACION:……..

ESTADO CIVIL:……

Nivel de escolaridad

Primaria o menos	Secundaria	Técnico y superior
( )	( )	( )

Religión

Católica ( )

Cristiana ( )

Otra ( )

Procedencia

Urbana ( )

Rural ( )

11.1. ¿Usted se ha realizado un examen de próstata? (si su respuesta es no pase a la pregunta 5)

- Si ( )
- No ( )
- No se/no recuerdo( )

11.2. Motivo de la consulta

- Rutina de prevención ( )
- Tenía síntomas( )
- El propio participante solicitó ( )
- Casos de cáncer en la familia( )
- Otro ( )

11.3. ¿Qué tipo de prueba se realizó?

- PSA (Antígeno prostático específico) ( )
- Tacto rectal…….. ( )
- Ecografía…… ( )
- Examen de orina…….. ( )

11.4. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó?

- Hace menos de un año
- Entre uno y dos años
- Entre tres y cinco años
- Hace más de cinco años

11.5. ¿El Cáncer puede ser curado si es detectado precozmente?

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

11.6. Un hombre puede tener Cáncer de próstata sin síntomas

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

11.7. Si se siente bien, es necesario hacer examen de próstata

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

11.8. ¿Usted conoce cuales son los métodos para realizar el examen de próstata?

- Si ( )
- No( )
- En parte( )

11.9. De los siguientes métodos, cuál cree usted que se debe realizarse para un diagnostico precoz del CA de próstata.

- PSA (Antígeno prostático específico) ( )
- Tacto rectal…….. ( )
- Ecografía…… ( )
- Examen de orina……..( )

11.10. Usted piensa que es importante tener síntomas para realizarse un examen de próstata.

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

11.11. Usted Conoce alguno de los síntomas por los cuales usted se debe realizar un examen de próstata

- Si (mencione los que conoce)
- No

11.12. ¿Qué dificultades tiene usted en caso de realizarse un examen de próstata?

- El médico nunca me ha solicitado…… ( )
- Tengo miedo de hacerlo…….. ( )
- Prefiero nunca saber de una enfermedad como el cáncer de próstata ( )
- No presentó síntomas…… ( )
- Nunca lo consideró importante…….. ( )

- No tengo Tiempo…… ( )
- Considero que los hombres no deberían hacerlo…….. ( )
- No consigo hora para consulta con especialista…… ( )
- Dolor……. ( )
- Perdida de hombría…… ( )
- Faltar hacia la religión…….. ( )
- Hacerse homosexual…….( )
- miedo de encontrar un cáncer…….. ( )
- vergüenza…… ( )
- No se…… ( )

11.13. ¿Porque cree usted que es importante realizarse un examen de próstata?

- Por salud…… ( )
- Porque el medico se lo receta……. ( )
- Porque le salvaría la vida…….( )
- Le ayudaría a detectar un cáncer de próstata. ( )

11.14. **Un hombre con Cáncer de próstata puede tener una vida normal**

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

11.15. El tratamiento del Ca de próstata es peor que la enfermedad

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )
- ( )

11.16. ¿Si tiene Cáncer de próstata, es mejor dejarlo así, no tratar?

- SI ( )
- NO ( )
- No Se ( )

(Pereira de Paiva, Salvador da Motta, & Harter Griep, 2011)

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!