

Tesis  
16/99

INSTITUTO NACIONAL DE NEFROLOGIA  
REGION INDUSTRIAL

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE PRUEBAS DE DETECCION  
PRECOZ DEL CANCER DE PROSTATA EN HOMBRES DE LA ZONA DE  
INFLUENCIA DEL HOSPITAL DE SUBA 1998**

**ZARINA LUZ FERNANDEZ BRITO  
SANDRA LILIANA RUIDIAZ GOMEZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
PROGRAMA DE POSTGRADO  
ENFERMERIA ONCOLOGICA  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.**

**1999**

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE PRUEBAS DE DETECCION  
PRECOZ DEL CANCER DE PROSTATA EN HOMBRES DE LA ZONA DE  
INFLUENCIA DEL HOSPITAL DE SUBA 1998**

**ZARINA LUZ FERNANDEZ BRITO  
SANDRA LILIANA RUIDIAZ GOMEZ**

**Trabajo de investigación presentado para  
obtener el título de:  
Especialista en Enfermería Oncológica**

**Asesores Pontificia Universidad Javeriana:  
Enf . Martha Lucia Rubio, Enf. Rosaura Cortés  
Enf. Esperanza Ayala**

**Asesor Instituto Nacional de Cancerología:  
Enf. Sandra Tovar**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**PROGRAMA DE POSTGRADO**

**ENFERMERIA ONCOLOGICA**

**SANTAFE DE BOGOTA D.C.**

**1999**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Santafé de Bogotá, Enero de 1999**

## TABLA DE CONTENIDO

	pág
RESUMEN	9
1. MARCO TEORICO	11
1.1 EPIDEMIOLOGIA	11
1.2 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	16
1.3 DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE PROSTATA	20
1.3.1 Pruebas de Detección Precoz	20
1.3.1.1 Examen Digital del Recto(DRE)	20
1.3.1.2 Antígeno Específico para Próstata	22
1.3.2 Indicaciones de Ecografía Transrectal	26
1.4 POLITICAS DE SALUD RELACIONADAS CON EL CANCER DE PROSTATA	26
1.5 GENERALIDADES DE LA LOCALIDAD DE SUBA	30
1.6 ENCUESTAS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS	32
1.7 PAPEL DE LA ENFERMERA ONCOLOGA EN LOS PROGRAMAS DE DETECCION PRECOZ	38
2 JUSTIFICACION	41
3 OBJETIVOS	44
3.1 GENERALES	44

3.2 ESPECIFICOS	44
4. DISEÑO METODOLOGICO	46
4.1 TIPO DE ESTUDIO	46
4.2 CRITERIOS DE INCLUSION	46
4.3 METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	46
4.4 PROCEDIMIENTOS	47
4.5 PLAN DE ANALISIS	48
5 VARIABLES	49
6 RESULTADOS	50
6.1 CONOCIMIENTOS GENERALES	54
6.2 CONOCIMIENTOS SOBRE TACTO RECTAL	56
6.3 ACTITUDES CON RELACIÓN AL TACTO RECTAL	59
6.4 PRÁCTICAS RELACIONADAS CON TACTO RECTAL	61
6.5 CONOCIMIENTOS SOBRE ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO	63
6.6 ACTITUDES RELACIONADAS CON PSA	64
6.7 PRACTICAS RELACIONADAS CON PSA	66
7 DISCUSION	67
8 CONCLUSIONES	73
9 RECOMENDACIONES	76
10 BIBLIOGRAFIA	78
11 ANEXOS	81

## LISTA DE CUADROS

	pág
Cuadro No. 1. Mortalidad por cáncer de próstata según grupos etáreos. Santafé de Bogotá, 1986-1996.	12
Cuadro No. 2. Morbilidad por cáncer de próstata. Santafé de Bogotá, 1986-1996.	13
Cuadro No. 3. Primeras causas de cáncer por sexo según localización Topográfica. Instituto Nacional de Cancerología. 1997.	14
Cuadro No. 4. Diez 10 primeras causas de casos nuevos de cáncer en Hombres Instituto Nacional de Cancerología. 1997.	15
Cuadro No. 5. Distribución por ocupación.	52
Cuadro No. 6. Grado de escolaridad de los encuestados.	53
Cuadro No. 7. Definición del Tacto Rectal.	57
Cuadro No. 8. Fuente del conocimiento del Tacto Rectal.	58
Cuadro No. 9. Conocimiento Vs Utilidad del Tacto Rectal.	59
Cuadro No. 10. Consecuencias identificadas por los encuestados para no realización del Tacto Rectal.	60

Cuadro No. 11. Frecuencia de realización del Tacto Rectal.

62

Cuadro No. 12. Razón de no realización PSA.

65

## LISTA DE GRAFICOS

	pág
Gráfico No. 1. Distribución por grupos etáreos.	51
Gráfico No. 2. Estado civil de los encuestados.	53
Gráfico No. 3. Métodos de detección precoz identificados por los hombres encuestados.	55
Gráfico No. 4. Frecuencia de realización del examen de próstata.	55
Gráfico No. 5. Conocimiento sobre Tacto Rectal.	56
Gráfico No. 6. Utilidad del Tacto Rectal expresada por los encuestados.	57
Gráfico No. 7. Lugar de consulta en caso de anormalidad.	61
Gráfico No. 8. Lugar de realización del tacto rectal.	62
Gráfico No. 9. Razón de utilidad de PSA.	64
Gráfico No. 10. Motivo expresado por los encuestados para realizarse PSA.	65

## RESUMEN

El cáncer de próstata, ocupa el segundo lugar de incidencia a nivel mundial, en Colombia solamente es superado por el cáncer de piel y el cáncer gástrico, respectivamente.

Una de las características de esta patología es el diagnóstico, en la mayoría de los casos, en estadios avanzados; ya que la población masculina acude a consulta cuando viene presentando algún tipo de sintomatología asociada.

El objetivo de este trabajo fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población masculina mayor de 30 años, del área de influencia del Hospital de Suba en Santa Fé de Bogotá, sobre los métodos de detección precoz para el cáncer de próstata(T.R y PSA).

Se realizó un estudio descriptivo, utilizando encuestas CAP, las cuales se aplicaron a 372 hombres

En la población estudiada, existe desconocimiento en cuanto al tacto rectal y el antígeno prostático específico, como pruebas de detección precoz para el cáncer de próstata.

De las personas encuestadas sólo 18 tuvieron un conocimiento acertado sobre el Tacto Rectal en lo que se refiere a definición, utilidad, frecuencia, entre otros. En lo referente al PSA una sólo persona tuvo un conocimiento verdadero respecto a él como prueba de detección precoz.

En ambos casos este conocimiento estuvo relacionado con experiencias propias o de familiares.

Se pudo determinar que el grado de escolaridad también influyó, en parte, en los conocimientos, así como también la edad influyó en la práctica, sobre todo del tacto rectal, ya que a mayor edad mayor sintomatología o enfermedad y bajo esta circunstancia algunos hombres tuvieron la experiencia de este examen.

Se observó también que el PSA, como prueba de detección precoz para el cáncer de próstata, resultó desconocida; por lo tanto su práctica se limita a la orden médica.

Es importante la implementación de programas educativos dirigidos a la población masculina, que les permitan conocer estos métodos de detección precoz, mejorando así los conocimientos sobre ellos y de esta forma favorecer la actitud y la práctica hacia los mismos; fomentando de esta manera el autocuidado en esta población.

## 1 MARCO TEORICO

### 1.1 EPIDEMIOLOGÍA

Dentro de las patologías malignas que afectan a la población masculina el cáncer de próstata ocupa el segundo lugar de incidencia a nivel mundial siendo superado únicamente por los tumores de pulmón.

La distribución mundial indica que es más alta la incidencia en Norteamérica, donde ocupa el primer lugar, principalmente en negros, seguida por el noroeste de Europa. Se observa baja incidencia en el lejano oriente principalmente en Japón. (V. De Vita 1997)

En relación con la mortalidad, el cáncer de próstata ocupa el segundo lugar de mortalidad a nivel mundial ( R. Hostetter, 1996).

En Colombia el único sistema de registro poblacional de cáncer es el de Cali, desde 1962 es reconocido a nivel mundial como representativo para este país, de acuerdo con los datos de este registro, en el periodo comprendido entre 1982 – 1986 la tasa de mortalidad por cáncer de próstata fue de 14.3 muertes por 100000 habitantes. Notándose que la incidencia de mortalidad aumenta en forma directamente proporcional

con la edad; se registra el mayor número de casos en los mayores de 85 años. (Cáncer Incidence In Five Continents 1992).

De acuerdo con los informes del Ministerio Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología el cáncer de próstata ocupa el tercer lugar de morbilidad entre las enfermedades malignas de la población masculina, siendo los dos primeros en su orden el cáncer de piel y el gástrico. (Registro Institucional de Cáncer 1997).

En los cuadros 1 y 2 se observa la morbilidad y mortalidad en Santafé de Bogotá en el periodo comprendido entre 1986 y 1996, de acuerdo con los registros de la Secretaría Distrital de Salud.

**Cuadro No 1. Mortalidad por cáncer de próstata según grupos etáreos, santa fé de bogotá 1986 - 1996**

Edad Año	Menor de 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 59 años	60 más años	Total	Tasa total
	# casos	# casos	# casos	# casos	# casos	# casos		100000
1986	0	0	0	1	4	146	151	0.37
1987	0	0	1	0	7	154	162	0.38
1988	0	0	0	1	12	165	178	0.37
1989	0	0	0	0	16	173	189	0.39
1990	0	0	0	2	13	188	203	0.41
1991	0	0	0	1	10	200	211	0.41
1992	0	0	0	0	10	212	222	0.42
1993	0	0	0	0	14	244	258	0.48
1994	0	0	0	1	11	223	235	0.43
1995	0	0	0	4	11	218	233	0.42
1996	1	0	0	1	17	270	289	0.59

Fuente : Registro de mortalidad por tumores malignos Secretaría Distrital de Salud, Santa fé de Bogotá 1997 .

Cuadro No. 2. **Morbilidad por cáncer de próstata santa fé de bogotá 1986 – 1996**

Edad Año	Menor de 1 año	1 – 4 años	5 – 14 años	15 – 44 años	45 – 59 años	60 mas años	Total	% Total
1986	0	10	0	10	10	140	170	0.01
1987	0	0	0	0	20	230	250	0.02
1988	0	0	10	0	10	390	410	0.03
1989	0	0	10	20	40	210	280	0.02
1990	0	0	0	20	50	200	270	0.02
1991	0	0	0	10	65	415	490	0.03
1992	0	0	5	10	45	225	285	0.02
1993	0	0	0	130	140	370	640	0.04
1994	0	0	0	30	80	180	290	0.02
1995	0	0	0	0	0	70	70	0.00
1996	0	0	0	20	50	390	460	0.02

Fuente : Registro de Morbilidad por tumores malignos Secretaría Distrital de Salud, Santafé de Bogotá 1997.

En estos cuadros se observa como aumentan la incidencia de morbilidad y mortalidad de acuerdo con los grupos etáreos..

En el Instituto Nacional de Cancerología en el año de 1996 se atendieron 190 casos nuevos de cáncer de próstata y en 1997 205. (Registro Institucional de Cáncer).

En el cuadro No. 3 se observa la distribución de las 10 primeras causas de casos nuevos de cáncer en ambos sexos durante 1997 en el Instituto Nacional de Cancerología.

Cuadro No. 3: **Primeras causas de cáncer por sexo según localización topográfica. Instituto Nacional de Cancerología 1997.**

LOCALIZACION	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
CUELLO UTERINO	925	27.5	0	0.0	925	17.1
MAMA FEMENINA	611	18,2	0	0,0	611	11,3
PIEL	286	8.5	297	14.5	583	10.8
ESTOMAGO	186	5.5	273	13.3	459	8.5
OTROS LINFOMAS	90	2.6	118	5.7	208	3.8
PROSTATA	0	0.0	205	10.0	205	3.8
SITIO PRIMARIO DESCONOCIDO	108	3.2	67	3.3	175	3.2
TIROIDES	131	3.9	26	1.3	157	2.9
RECTO	75	2.2	57	2.8	132	2.4
BRONQUIOS Y PULMON	47	1.4	82	4.0	129	2.4

Fuente: Registro Institucional de cáncer

En esta tabla se observa que el cáncer de próstata ocupó en 1997 el 6° lugar de incidencia entre todos los casos nuevos que se presentaron.

En el cuadro No. 4 se observa la distribución de las 10 primeras causas de cáncer en los hombres en 1997, en el cual el cáncer de próstata ocupó el tercer lugar dentro de las enfermedades malignas de la población masculina superado por el cáncer de piel en primer lugar y el cáncer gástrico en segundo lugar. (Registro insitucional de cáncer INC 1997).

## Cuadro No. 4. Diez primeras causas de casos nuevos de cáncer en hombres.

Instituto Nacional de Cancerología 1997.

LOCALIZACION	FRECUENCIA	%
PIEL	297	14.5
ESTOMAGO	273	13.3
PROSTATA	205	10.1
OTROS LINFOMAS	118	5.7
BRONQUIOS Y PULMON	82	4.0
ESOFAGO	72	3.5
LEUCEMIAS LINFOIDES	70	3.4
TESTICULO	68	3.3
PRIMIO. DESCONOCIDO	67	3.3
TEJIDO CONJUNTIVO	62	3.0

Fuente: Registro institucional de cáncer.

Entre los factores de riesgo que más se han relacionado con el cáncer de próstata se encuentran:

- **EDAD:** Se considera que el envejecimiento es el factor de riesgo más evidente en este tipo de cáncer. Con una incidencia ajustada por edad de 22.7 por 100.000 para los menos de 65 años y de 884.1 por 100.000 para los mayores de 65 años. La incidencia específica para edad muestra que el cáncer de próstata es raro antes de los 45 años de edad, pero aumenta con rapidez hasta más de 1000 casos por 100.000 habitantes entre varones de más de 75 años. (B. Miller 1996).

La mayoría de los casos detectados aparecen en hombres mayores de 50 años, encontrándose un promedio de edad al momento del diagnóstico de 70.5 años (R. Cameron 1994).

- **RAZA:** El riesgo de los negros es 1,5 veces más alto que el de los blancos y se observan hasta 125.5 casos por 100.000 (R. Cameron 1994).

Se ha encontrado que la incidencia es más alta entre afroamericanos (163.6 por 100.000) que en los sujetos de raza blanca (128.5 por 100.000). (B. Miller 1996).

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Se sabe que los factores genéticos participan en la determinación del riesgo de cáncer prostático (Bs Carter 1994).

Los varones que tienen un familiar de primer grado con este tipo de cáncer, muestran dos veces más posibilidades de presentar la enfermedad. Cuando están afectados dos o tres familiares de primer grado, los riesgos son cinco a once veces más altos. (Steinberg G. 1990).

## 1.2 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La historia natural del cáncer de próstata es bastante compleja, que se sabe con certeza que debe comenzar como una enfermedad localizada durante las fases iniciales de su desarrollo.

Esta historia natural está representada por el comportamiento del tumor a partir del momento de la transformación celular, con la aparición resultante de células neoplásicas, hasta el momento del fallecimiento del huésped no tratado.

La historia natural temprana de la enfermedad se desconoce debido a que el diagnóstico siempre se realiza después de que estos fenómenos iniciales ya han comenzado.

Actualmente existen dos teorías diferentes acerca del desarrollo y progresión del cáncer de próstata. Una de ellas establecida por Stamey, sostiene que cuando se detecta un cáncer de próstata histológico u oculto, todas las células ya han completado los pasos necesarios para producir tumores totalmente malignos y biológicamente activos (H. Lepor 1994), igualmente afirma que la duplicación del cáncer de próstata es un proceso relativamente lento con respecto al de otros cánceres y que pasarían aproximadamente 10 años para la transformación maligna de un tumor con un volumen de 1 cc.

Una segunda teoría sugiere que no todos los cánceres diagnosticados histológicamente han sufrido todos los pasos de transformación necesarios para producir cánceres clínicamente evidentes. Puede que sea necesaria la presencia de otros factores para determinar el crecimiento y la progresión del tumor; si esto es verdad, la enfermedad oculta o histológica puede aparecer en cualquier edad y permanecer inactiva durante periodos indefinidos. Estos tumores pueden sufrir finalmente transformaciones adicionales que producen una forma biológica más activa.(H. Lepor).

El conocimiento de las vías de crecimiento y de la diseminación del cáncer de próstata es importante cuando se consideran los métodos de diagnóstico y tratamiento. El crecimiento temprano suele tener lugar dentro de la glándula, mientras que la extensión local y la diseminación linfática o hematogena ocurre más tardíamente durante la evolución de la enfermedad.

El crecimiento dentro de la glándula suele ocurrir de dos formas:

- El tumor puede invadir la cápsula y penetrarla hasta el punto en que se produce la diseminación extraprostática. Las células pueden invadir directamente a través de los planos hísticos y es probable que ésta constituya la forma más maligna biológicamente agresiva de la enfermedad.
- Una vez violada la cápsula, los tejidos periprostáticos, las vesículas seminales, el cuello vesical y los uréteres pueden resultar afectados a través de la extensión directa del tumor. Su extensión a recto es rara. El compromiso uretral es una manifestación tardía de la enfermedad.

Otras vías de diseminación son los canales linfáticos y hematógenos.

Las metástasis óseas suelen seguir a la diseminación linfática aunque pueden aparecer sin compromiso ganglionar evidente. Los sitios más comprometidos en orden de

frecuencia son el hueso ilíaco, el isquion, la región lumbosacra de la columna vertebral, la porción torácica, las costillas y el fémur (H. Lepor 1994).

Más del 75% de los cánceres primarios de la próstata se clasifican como adenocarcinomas. (DeVita V. 1997).

El cáncer de próstata se considera incurable una vez que ha ocurrido penetración a través de la cápsula prostática. Antes del uso difundido del PSA y la ecografía transrectal, más del 40% de los varones con diagnóstico de este cáncer se presentaron con enfermedad avanzada (G. Murphy, N. Natarjan 1992).

Los cánceres inicialmente valorados como localizados mediante examen clínico, en la intervención quirúrgica a menudo se encontró que estaban más avanzados y con tasas altas de fracaso clínico.

Desde 1989, se han utilizado cada vez más las concentraciones séricas de PSA, el examen rectal digital (ERD), así como la ecografía transrectal en caso de que resulte sospechoso alguno de los anteriores, para la detección temprana del cáncer prostático.

Con estas modalidades adicionales, ha ocurrido una desviación hacia la detección temprana de cáncer prostático en etapas más tempranas, que aún están confinadas a la próstata, y se consideran en potencia curables mediante las modalidades de tratamiento disponibles (K, Slawin 1995).

### **1.3 DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE PROSTATA**

La detección precoz del cáncer de próstata se fundamenta, básicamente, en dos procedimientos como son el examen rectal digital (ERD) y en la determinación del Antígeno Prostático Específico(PSA).

El objetivo de estas pruebas es detectar la enfermedad en una etapa temprana, cuando los tratamientos disponibles pueden mejorar los pronósticos en cuanto a salud.

Cada vez hay mas datos de que el uso combinado de PSA con ERD y otros indicadores pronósticos de enfermedad prostática permite detectar enfermedad importante en clínica durante la fase asintomática, y de que esas modalidades están disponibles a un costo razonable con poca inconveniencia o molestias para el paciente.

#### **1.3.1 Pruebas de Detección Precoz de Cáncer de Próstata.**

**1.3.1.1 Examen Digital del Recto (ERD).** La American Cancer Society y la American Urological Association lo recomiendan como una prueba de detección para cáncer de próstata, efectuado cada año en mayores de 40 años de edad.

El examen se efectúa al introducir un dedo enguantado en el ano del paciente, quien está en una posición que permite la palpación de la próstata a través de la pared anterior del recto.

Cualquier nodularidad, induración o asimetría es sospechosa. De esta manera, en el mejor de los casos es posible examinar el tercio posterior de la glándula.

Seison y Col., en un estudio de detección en el que participaron 4367 pacientes a lo largo de 10 años, llegaron a la conclusión que el ERD anual tenía ventajas entre los varones asintomáticos debido a que la tasa de supervivencia mejoró mucho cuando el carcinoma de próstata se diagnosticó en los años posteriores (H. Lepor 1994).

Estos autores establecieron que las neoplasias identificadas después de exámenes previos normales tiene probabilidades de ser menos avanzadas y con mayor posibilidad de tratamiento curativo.

El tacto rectal representa la forma clínica más sencilla de realizar un test de tamizaje, sin embargo, es un examen subjetivo de quien lo realiza y regularmente subestima la extensión del tumor, frecuentemente juzga mal su localización y se correlaciona mal con el volumen de tejido neoplástico.

Puede verse alterado en otras condiciones patológicas como la prostatitis aguda y granulomatosa y en los cálculos prostáticos (Lepor H 1994).

Brawer y colaboradores notaron que la localización de la anormalidad en el ERD no siempre identificó la localización del cáncer. En cuatro de 20 varones con ERD sospechoso, la anormalidad en el ERD estuvo en el lado contralateral a la neoplasia

unilateral. (N. Brawer 1992). Si las biopsias se efectuaron con base únicamente en las lesiones palpables, podían pasar por inadvertidos muchos cánceres.

En otro estudio Shapino y Col. Concluyeron en un estudio realizado en 471 pacientes a quienes se les realizó ERD y biopsia transrectal de la próstata guiadas por ecografía que el ERD persiste como "el examen único mas útil en el diagnóstico de cáncer prostático".

Demostraron además que la sensibilidad de una prueba doble con DRE y Ultrasonografía transrectal (TRUS) es mucho mayor si ambas pruebas resultan positivas. Cuando una o ninguna resulta positiva, aún hubo cáncer alrededor de 10 a 14% de las veces, pero cuando ambas fueron positivas, las biopsias resultaron positivas casi 58% de las veces (A. Shapino 1995). De modo similar, la combinación con ERD y Antígeno Prostatico Especifico proporciona sensibilidad mas alta (W. Catalona 1994).

**1.3.1.2 Antígeno específico para próstata (PSA).** El Antígeno Prostático Específico, es una proteasa neutra que se encuentra en el suero de la mayoría de los varones mayores de 40 años de edad. Se sintetiza en las células epiteliales que cubren los conductos y acinos de la próstata, y por células próstáticas malignas primarias así como metastásicas. Puede identificarse mediante valoraciones disponibles en el comercio que emplean tecnología monoclonal o inmunoenzimática, utilizándose para ello una muestra de suero sanguíneo.

Aún cuando en la literatura y en la práctica el PSA se considera y se comporta como un marcador tumoral, en realidad el PSA determina marcador de órganos, ya que está presente en otras entidades. En su orden (Vargas 1998):

1. Infarto prostático
2. Prostatitis
3. Retención urinaria.
4. Procedimientos como cistoscopia
5. Cáncer
6. Hipertrofia Prostática Benigna(HPB).

En numerosos estudios se han evaluado los niveles séricos de PSA en protocolos para diagnóstico precoz, y la Food and Drug Administration ha aprobado recientemente la utilización del nivel sérico de PSA en combinación con la exploración rectal digital (ERD) como ayuda para la detección del cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años de edad (C. Arcangeli 1997).

Los primeros estudios despertaron interés en la utilización del nivel sérico del antígeno prostático específico como estudio de Detección. Seamonds y colaboradores compararon los niveles de antígeno prostático específico en pacientes con carcinoma de próstata y controles de la misma edad y demostraron que esta sustancia tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 96.8%.

Estudios posteriores han demostrado que el antígeno prostático específico puede no ser tan sensible y específico como se pensó inicialmente. Ercole y Lange estudiaron la especificidad del antígeno prostático específico y hallaron que el 21% de 357 varones con HPB demostrada histológicamente tenían niveles elevados de antígeno prostático específico (S. Ercole 1987).

\* Valor Límite del PSA.

Se ha sugerido que el ajuste de los valores de referencia del PSA sérico con respecto a la edad puede incrementar la tasa de detección del cáncer de próstata en hombres jóvenes (en los que la detección precoz y la curación son los objetivos más prioritarios), y minimizar la detección de tumores posiblemente insignificantes en hombres de edad avanzada que quizá van a obtener un beneficio menor del tratamiento.

Datos de más de 9000 varones en el estudio Prostate Cancer Awareness Week (PCAW) demostró que las concentraciones de PSA aumentan cada año en todos los varones después de los 40 años de edad y a un ritmo más rápido en los más ancianos (Crawford ED 1994).

El valor límite histórico para el PSA ha sido el de 4ng/ml, sin embargo varios estudios realizados por Oesterling, Dolkin, DeAntonio y otros, han recomendado valores de referencia específicos para la edad:

40 a 49 años de edad: 2.5ng/ml

50 a 59 años de edad: 3.5ng/ml

60 a 69 años de edad: 4.5ng/ml

70 a 79 años de edad: 6.5ng/ml

La detección precoz del carcinoma de próstata se ha llevado a cabo desde 1991 en la zona de Rotterdam (Holanda) como parte del European Randomized Study of Screening for prostate carcinoma (ERSPC), en el cual participan seis centros europeos localizados en Holanda.

Un total de 48000 hombres fueron sometidos a detección precoz mediante determinación del antígeno prostático específico (PSA), total en suero, exploración rectal digital (EDR) y ecografía transrectal (TRUS). Se invitó a participar a todos los hombres de Rotterdam, y la tasa de respuesta conseguida fue del 45%.

Una de las grandes conclusiones del estudio fue que como la población general no tiene conocimiento de la utilización del PSA para la detección precoz, y los médicos generales no suele ordenar mediciones de PSA en hombres asintomáticos, aproximadamente el 90% de todos los participantes en la zona de Rotterdam nunca se han realizado una determinación de PSA. (Rietbergen 1996).

Este hecho contrasta con lo que ocurre, por ejemplo, con la población masculina de Estados Unidos, la cual es continua y activamente informada a través de programas educativos para el conocimiento de las enfermedades prostáticas y a través de normas

oficiales que facilitan la detección precoz del cáncer de próstata mediante la determinación del PSA.

**1.3.2 Indicaciones de Ecografía Transrectal.** Algunos países, como Holanda, por ejemplo, incluyen la ecografía transrectal (TRUS) además de la determinación del antígeno prostático específico (PSA) y la exploración Rectal digital (EDR) como parte de las pruebas para detectar precozmente el cáncer de próstata.

En Estados Unidos y América Latina, incluyendo Colombia, la ecografía transrectal no se considera como una prueba de detección precoz y sólo está indicado su uso cuando el PSA y/o el EDR resultan anormales o sospechosos, como guía para la biopsia. (Vargas 1998).

#### **1.4 POLITICAS DE SALUD RELACIONADAS CON EL CANCER DE PRÓSTATA**

En 1995 la OMS, en reunión celebrada en Ginebra, Suiza, elaboró un manual con el objetivo de orientar la organización de programas nacionales de lucha contra el cáncer (PNLC), de conformidad con la política de salud para todos en el año 2000, estrategias sanitarias nacionales en los que ocupa un lugar cada vez más importante la lucha contra el cáncer.

Como pautas generales para el desarrollo de un PNLC, la OMS incluye las siguientes medidas:

- Sensibilización y adiestramiento de los profesionales de la salud para que se mantengan alerta ante la aparición de signos y síntomas del cáncer.
- Organización de campañas para dar a conocer al público los síntomas de la enfermedad y las ventajas derivadas del diagnóstico precoz.
- Adopción de medidas para diagnosticar en un estadio evolutivo más temprano ciertos cánceres frecuentes que pueden curarse si se detectan a tiempo.

Expresa que antes de adoptar cualquiera de las numerosas y variadas técnicas de detección, deben tenerse en cuenta ciertos factores como:

- Sensibilidad: Eficacia de una prueba para detectar un proceso determinado.
- Especificidad: Medida en que los resultados de una prueba están exentos de "falsos positivos".
- Aceptabilidad: Muchas personas se resisten a someterse a pruebas que producen molestias apreciables (por ejemplo sigmoidoscopia).

La OMS tiene claramente definidas políticas de detección precoz para cáncer como de mama y de cervix; el de próstata no se incluye específicamente; sin embargo tiene políticas generales para la detección precoz de los diferentes tipos de cáncer.

Las políticas de detección precoz del cáncer suelen diferir de unos países a otros mientras que algunos se inclinan por los programas de detección especiales como medio de llegar a una gran proporción de las personas expuestas, otros son partidarios de que la detección del cáncer siga formando parte de la práctica médica ordinaria, mientras que otros incitan a la gente a someterse regularmente a ciertas pruebas. Sin embargo, cada vez es más evidente que los programas de detección en masa influyen positivamente en la problemática nacional del cáncer (World Health Organization 1986).

En Colombia la ley 100 de 1993 a través del artículo 173, reglamenta las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresa Promotora de Salud (EPS), administradoras de régimen subsidiado (ARS) e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud (IPS).

Mediante la resolución No. 3997 de octubre 30 de 1996 se establecieron las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el sistema general de seguridad social en salud.

En ella se contemplan los programas de prevención y detección precoz del cáncer especialmente el cáncer de cérvix, de mama, estómago y próstata, y dentro de las actividades específicas, el examen físico de la próstata para hombres mayores de 40 años.

Igualmente la resolución 1997 de 1996 en su artículo 9 señala la educación permanente por parte de los profesionales de la salud a la comunidad general, con actividades que le permitan, entre otros “desarrollar el autocuidado para evitar la ocurrencia de la enfermedad o su evolución a estados más avanzados”.

Actualmente en el país son pocas las instituciones de salud que vienen trabajando específicamente en la detección precoz del cáncer de próstata, aún cuando se realizan actividades de educación aisladas.

La liga de lucha contra el cáncer, seccional Cundinamarca, es una de las pocas instituciones que viene adelantando desde hace varios años, un trabajo relacionado con la detección precoz del cáncer de próstata, dirigido a hombres mayores de 40 años, a quienes se les realiza consulta urológica que incluye tacto rectal, determinación del PSA y ecografía transrectal ante un resultado sospechoso o anormal de los dos primeros. (Vargas 1998).

El INC en el marco de la ley 100 de 1993 y a través del decreto 1298 por el cual se convirtió en empresa social del estado y como parte de las funciones y misión, le corresponde formular planes y proyectos para la promoción, prevención del cáncer para ser aplicados a nivel Institucional y nacional. El grupo de promoción y prevención de esta Institución viene trabajando en tres tipos de cáncer específicamente como son: cáncer gástrico, de seno y de próstata, basados en la experiencia obtenida con el programa de detección precoz de cáncer cervico-uterino y control del hábito de fumar,

los cuales con un diagnóstico precoz y una intervención temprana, disminuirían los altos costos y el impacto psicosocial que estas entidades generan en el paciente, la familia y las instituciones.

Los trabajos de investigación basados en encuestas, CAP e historias sociales de estas enfermedades fortalecen estos programas de detección precoz e igualmente contribuyen a determinar el costo/beneficio de estas actividades.

De tal forma que los objetivos de este trabajo de investigación se derivan del macroproyecto que el INC viene adelantando con estas tres patologías, específicamente con el cáncer de próstata, para fortalecer de esta forma las actividades que se tienen previstos para los programas de promoción y detección precoz del cáncer de acuerdo con las políticas nacionales de salud.

## **1.5 GENERALIDADES DE LA LOCALIDAD DE SUBA**

Suba está localizada en el extremo noroccidental del Distrito Capital. Tiene una población para 1997, según proyecciones de la Corporación Centro Regional de Población, de 634.666 habitantes que corresponden al 9.3% del total de Santafé de Bogotá (Diagnóstico local de suba 1998).

Existen todos los estratos sociales aunque el DANE no considera los estratos 1 y 6. El mayor porcentaje de la población se encuentra en los estratos 2 y 3 y el 53% de la población se encuentra en edad reproductiva (15-44 años).

El hospital de suba E.S.E de primer nivel de atención cuenta con nueve instituciones prestadoras de servicios, distribuidas estratégicamente en la localidad. Tres corresponden a Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), ubicados en Suba, Prado Veraniego y Gaitana, tres unidades primarias de atención (UPA), ubicadas en San Cayetano, Rincón y Nueva Zelandia, una unidad Básica de Atención Móvil (UBA), que se desplaza por los barrios del sector de la Ronda, y dos Centros Día Geriátricos, ubicados en Suba y San Cayetano.

El área de influencia del hospital corresponde a los estratos 1, 2 y 3. Gran parte de esta población se encuentra dispersa, ubicada en zonas de alto riesgo y difícil acceso a las instituciones de salud.

El hospital ejecuta el Plan de Atención Básica (PAB) que es un plan de servicios complementarios al POS a través del cual se desarrollan servicios de salud pública, de saneamiento, servicios individuales y colectivos de altas externalidades positivas.

Se desarrollan acciones en las siguientes áreas:

1. Cultura de la salud.
2. Desarrollo integral del menor, escolar y adolescente.

3. Salud sexual y reproductiva.
4. Enfermedades transmisibles.
5. Enfermedades no transmisibles.
6. Protección del trabajador informal.
7. Vigilancia epidemiológica.
8. Medio ambiente y calidad de vida.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son un compromiso al desafío de la salud pública. Dentro de este marco el Hospital de Suba contempla en su PAB las acciones tendientes a la promoción de la detección precoz del cáncer.

## **1.6 ENCUESTAS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS**

Las encuestas CAP son un tipo de instrumento que permite valorar los conocimientos, prácticas y actitudes que tiene una población sobre un tema determinado de salud.

En Colombia son muchos los trabajos de investigación que se han realizado sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con diferentes temas de salud en general, aunque la información no ha sido completa ni exhaustiva, algunos de ellos son: La encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de 1969 la cual permitió estimar la prevalencia de sobrepeso; la Encuesta Nacional de Salud de 1977 – 1980 que recogió información sobre tabaquismo, presión arterial y colesterol; la encuesta de uso de drogas que generan adicción como el tabaquismo (Yolanda Torres. 1986), la

encuesta de la OPS sobre tabaquismo (1971), la encuesta de prevalencia de uso Anticonceptivo (PROFAMILIA, 1990), tiene información sobre conocimientos acerca del SIDA y sobre conocimientos y uso de la citología cervicouterina; el estudio sobre adolescentes: Población vulnerable al SIDA, CELADI 1990. En lo referente al cáncer son muy pocos los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas existentes.

En 1993 el Instituto de Seguros Sociales (ISS), la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) y el Instituto Nacional de Cancerología (INC) desarrollaron una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes con el objetivo de estimar la prevalencia de comportamientos reconocidos como protectores para la salud y los factores de riesgo para adquirir enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, así como estudiar los conocimientos y actitudes acerca de los factores de riesgo. Además se trató de medir la prevalencia de morbilidad sentida y de accidentalidad durante las dos semanas anteriores a la encuesta.

En este estudio el instituto de seguros sociales reconoce la importancia de los conocimientos, actitudes y comportamientos en salud, para enfocar sus programas educativos de salud pública y medicina preventiva con la población asegurada y beneficiaria, el Instituto Nacional de Cancerología muestra su interés en los factores relacionados con el cáncer, es decir tabaquismo, uso de anticonceptivos orales e inyectables y la toma de la citología vaginal.

La encuesta se dirigió a la población adulta de 18 a 69 años de edad y a los adolescentes de 12 a 17 años, residentes habituales de los hogares, ambos grupos de los dos sexos.

Los resultados permitieron determinar las características generales de la población, identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los riesgos y prevención de enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, alcoholismo, ETS – SIDA (conocimientos y comportamientos riesgosos), citología vaginal, morbilidad y accidentalidad; también para la población adulta como adolescentes.

En cuanto a cáncer, la encuesta permitió identificar algunos factores de riesgo en la población como tabaquismo, alcoholismo, uso de anticonceptivos y los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres con respecto a la citología vaginal.

María Elena Abascal, et al, realizaron en 1997 un estudio de creencias y conocimientos sobre cáncer, en la población urbana de la Habana, Cuba, con el objetivo fundamental de identificar el grado de conocimientos y creencias sobre algunos aspectos del cáncer y su control.

Se aplicó una encuesta anónima tipo sobre conocimientos, actitudes y prácticas a la población seleccionada, se tomó como universo la población de 15 a 65 años de edad perteneciente a un consultorio médico de familia ubicado en el municipio "Plaza de la

Revolución” de la ciudad de la Habana, Cuba. Se determinó un tamaño muestral promedio de 120 individuos distribuidos según edad y sexo. El cuestionario se explicó mediante entrevistas estructuradas por el propio médico de la familia y su enfermera en visitas domiciliarias.

Los resultados que arrojó este estudio fueron muy importantes, algunos de los relevantes son:

- El mayor porcentaje identifica al cáncer como segunda causa de muerte, lo cual corresponde con los reportes estadísticos de Cuba (MINSAP, 1991).
- Llama la atención que más de una cuarta parte de la población considere que el cáncer no es curable lo que significa que debe hacerse un trabajo importante de educación para borrar este estereotipo negativo en la población.

En lo concerniente al nivel de éxito atribuido a los tratamientos actuales para el cáncer; el 61.9% de las mujeres y el 59% de los hombres coinciden en atribuirle un éxito parcial solo alrededor del 15% en ambos sexos plantea que ello depende de algunos elementos, como la localización de la enfermedad, el estadio en que esta se encuentra, la detección precoz y los adelantos científico-técnicos. No son significativos los porcentajes referidos al éxito total y a la ausencia de éste para ambos sexos.

Es importante señalar que la condición determinante del éxito de estos tratamientos está dada por la detección precoz de la enfermedad, elemento que sólo tiene en cuenta menos de un 15% de la población por lo que se requiere elevar el conocimiento de la misma para lograr su cooperación activa y consciente.

Con respecto a si conocían los signos de alerta del cáncer, el 50.7% de las mujeres y el 70% de los hombres respondieron negativamente.

En lo relacionado con los métodos capaces de detectar el cáncer precozmente, hay un mayor conocimiento en general, por parte de las mujeres. El tacto rectal como método de detección precoz del cáncer, sólo es identificado por menos de la mitad de la población masculina. Por ellos es indispensable no únicamente informar a la población, sino incentivar adecuadamente la realización fáctica de este examen para remover sentimientos y estereotipos socialmente condicionados en la población.

Cuando se preguntó por qué las personas con cáncer acuden tan tardíamente al médico, se obtuvo que el 71.3% piensa que es porque "tienen miedo de conocer que tienen cáncer", el 66% lo atribuye a que no relacionan los síntomas con el cáncer, el 44,3% cree que es porque desconocer que el cáncer puede ser curable y un 11,3% lo atribuye a otras causas.

En lo relacionado a la forma de adquisición de los conocimientos sobre el cáncer, el 67,8% de la población refiere haberlo obtenido por medios de comunicación social, el

44,3% a través del intercambio de familiares, amistades o personas que hayan tenido cáncer, más de un 20% a través de los medios o de la información científica y un 2,6% afirmó no tener conocimientos por su poco interés en el tema.

El estudio concluyó que la población asume actividades pasivas de enfrentamiento de la enfermedad pues no han tomado conciencia de su papel en la lucha contra el cáncer.

Consuelo Meza, en un trabajo de investigación realizado en Santafé de Bogotá en 1994; hizo una "Evaluación del efecto de un programa educativo en cáncer sobre el nivel de conocimientos, hábitos protectores y potenciadores realización de exámenes de detección y autoexamen"; en este utilizó otro tipo de encuestas las cuales aplico a un grupo estudio(que recibieron el programa educativo) y un grupo control.

Entre los resultados encontró que las respuestas fueron adecuadas al interrogante sobre el tacto rectal en mayores de 40 años para detección de cáncer de próstata, pero este conocimiento no fue considerado suficiente, ya que ninguno de los participantes respondió afirmativamente al interrogante de la práctica de este método de detección. Esto fue explicado como "pereza al procedimiento" más que como desconocimiento; concluyó además este estudio que no existía una motivación por parte de los médicos hacía los pacientes para que se reafirme la importancia de esta práctica.

Para efectos del presente estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas se definen:

**Conocimientos:** Todos aquellos aspectos que el individuo manifieste saber sobre los exámenes de detección precoz para cáncer de próstata, estos conocimientos pueden o no ser correctos.

**Actitudes:** Tendencia arraigada, adquirida o aprendida a reaccionar en pro o en contra de las pruebas de detección precoz del cáncer de próstata, se evidencia en forma de conducta tanto de aproximación como de alejamiento y el objeto de la valoración adquiere un valor positivo o negativo.

**Prácticas:** Acciones concretas que los sujetos de este estudio llevan a cabo en cuanto a exámenes de detección precoz para el cáncer de próstata.

## **1.7 PAPEL DE LA ENFERMERA ONCÓLOGA EN LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ**

Los programas de detección precoz tienen sus bases en las actividades de promoción y prevención ampliamente respaldadas en la ley 100 de 1993 la cual en su artículo tercero define la promoción de la salud como “ la integración de acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud física psíquica y social de los individuos y colectividades” (Resolución 3997 – 96 Min. Salud) y en el artículo 4 define la prevención de la

enfermedad o el accidente como “el conjunto de acciones que tiene por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o graves secuelas evitables” (Resolución 3997 – 96 Min. Salud).

Dentro de este marco legal y con la preparación que recibe la enfermera oncóloga está en capacidad de liderar programas educativos dirigidos a la promoción y detección precoz del cáncer de próstata; considerando que desde sus inicios la profesión de enfermería se caracteriza no solamente por su labor de cuidar enfermos, sino por su capacidad de asistir a la persona, familia y grupos comunitarios para que conozcan más acerca de si mismos y de las situaciones de riesgo que las rodean.

Nancy Ropper, en su teoría considera al ser humano como un sistema abierto en relación permanente con su entorno. Esta concepción del ser humano y la profesión de enfermería permiten enfocar la atención hacia la organización de programas educativos en función de las diversas actividades del hombre y no solo del enfermo.

Le enfermera Hildergarde Peplau, considera que la meta de enfermería no es solamente cuidar al enfermo sino asistirlo en su desarrollo personal para que sepa más de sí mismo y de los demás.

Imogene King , basándose en la teoría de Peplau dice que las fuerzas que influyen en la enfermería están enraizadas en la sociedad y se encuentran en constante movimiento, influyendo en el comportamiento humano.

Estas son algunas de las teorías de la enfermería que tienen en cuenta la función educadora de ella; la cual está presente en la enfermera oncológica, que siendo conocedora del gran impacto psicosocial para el paciente y la familia; así como las repercusiones económicas para las instituciones de salud que tiene la patología oncológica, se constituye en uno de los profesionales del equipo de salud idóneos para llevar a cabo y liderar los programas de educación y promoción de la detección precoz del cáncer logrando modificar los conocimientos, actitudes y las prácticas de la población en relación con las pruebas de detección precoz; que permitan detectar la enfermedad en estadios tempranos donde el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno repercuten en una mejor calidad de vida para el paciente.

## 2 JUSTIFICACION

En el año de 1996 se registraron en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) 6637 ingresos de pacientes con diagnóstico probable de cáncer; de los cuales se obtuvo un resultado positivo para neoplasia maligna en 5474 pacientes distribuidos así: 2024 (37%) hombres y 3450 (63%) mujeres.

De las neoplasias diagnosticadas en hombres las más frecuentes fueron en su orden piel, estómago, próstata, otros linfomas, esófago, testículos, encéfalo, tejido conjuntivo, pulmón y primario desconocido.

En lo referente al cáncer de próstata se registraron un total de 190 nuevos casos encontrándose que la población más afectada era la correspondiente al grupo mayor de 75 años con 53 casos.

En 1997 de acuerdo a datos del registro institucional de cáncer del INC se registraron 205 nuevos casos de cáncer de próstata.

De acuerdo a la información anterior el cáncer de próstata en Colombia ocupa el tercer lugar de incidencia entre las patologías malignas que afectan a la población masculina.

La magnitud de este problema vislumbra la necesidad de contar con programas de detección precoz funcionales que permitan educar a la población masculina al respecto.

En lo referente a este tópico existen en el país aproximaciones realizadas por el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Salud, pero no hay investigaciones que permitan orientar los programas de detección precoz; como tampoco se ha explorado el campo sociocultural y la percepción salud – enfermedad de la población masculina notándose la ausencia de estudios que muestren los conocimientos, actitudes y prácticas de esta población respecto a las pruebas de detección precoz del cáncer de próstata.

Revisando el plan de atención básica (PAB) del hospital de Suba se encontró que este contempla dentro de sus programas la realización de actividades tendientes a la promoción de la detección precoz del cáncer de próstata, seno entre otros.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema y el interés del Hospital de Suba en esta entidad se decidió realizar un trabajo de investigación en este hospital que permita determinar los conocimientos, actitudes y las prácticas de la población masculina mayor de 30 años del area de influencia de este hospital, con respecto a las pruebas de detección precoz para el cáncer de próstata.

La Enfermera Oncóloga, siendo conocedora del gran impacto psico-social que genera en el paciente, familia y comunidad el diagnóstico de cáncer; puede liderar programas

de promoción de la salud, los cuales se encuentran reglamentados por la ley 100 de 1993; que permitan diagnosticar la enfermedad en estados tempranos, disminuyendo de esta forma los costos que genera para las instituciones de salud tratar la enfermedad en estados más avanzados e igualmente aumentan los beneficios para el paciente; quién va a tener la oportunidad de disfrutar de una mejor calidad de vida.

Se pretende que los resultados de este estudio, permitan orientar los programas de promoción y detección precoz del cáncer de próstata dirigidos a la población masculina; teniendo en cuenta los conocimientos, las actitudes y las prácticas que ellos tienen al respecto.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población masculina mayor de 30 años, usuarios del hospital de Suba con relación a las pruebas de detección precoz para cáncer de próstata.

#### **3.2 ESPECIFICOS**

- Identificar las características demográficas de los usuarios masculinos mayores de 30 años del hospital de Suba, primer nivel de atención.
- Describir los conocimientos que tienen los hombres mayores de 30 años usuarios del Hospital de Suba sobre exámenes de detección precoz para el cáncer de próstata.
- Identificar las actitudes que tienen los hombres mayores de 30 años usuarios del Hospital de Suba sobre exámenes de detección precoz para el cáncer de próstata.

- Identificar las prácticas que tienen los hombres mayores de 30 años usuarios del Hospital de Suba respecto a las pruebas de detección precoz para el cáncer de próstata.

## **4 DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación es de tipo descriptivo.

### **4.2 CRITERIOS DE INCLUSION**

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de la muestra en este estudio fueron:

- Hombres mayores de treinta años que aceptaran participar en el estudio.
- Hombres mayores de 30 años de edad pertenecientes al área de influencia del hospital de Suba.

### **4.3 METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

La información se recolectó a través de la aplicación de una encuesta CAP, utilizando una entrevista dirigida a los hombres que reunieron los criterios de inclusión para este estudio. (Anexo 1).

#### **4.4 PROCEDIMIENTOS**

Se realizó la prueba piloto del instrumento en la segunda semana de Octubre; aplicando la encuesta a treinta hombres que reunieron los criterios de inclusión.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes al instrumento se procedió a aplicarlo durante la última semana de Octubre y las dos primeras de Noviembre a la muestra seleccionada.

Las encuestas fueron aplicadas por las investigadoras con un promedio de treinta a treinta y cinco encuestas diarias y estas fueron respondidas en una sola oportunidad por los encuestados en un tiempo aproximado de diez a quince minutos; se aplicaron en las zonas de influencia de los tres CAMI y tres UPA que conforman el Hospital Local de Suba y se visitaron además ancianatos, grupos de tercera edad y clubes de hipertensos pertenecientes a estas zonas.

#### 4.5 PLAN DE ANALISIS

VARIABLE	ANALISIS	OBJETIVO	CRUCE
Edad	F	1	Edad/CAP
Escolaridad	Porcentaje	1	Escolaridad/CAP/Edad
Estado civil	Porcentaje	1	Estado civil/CAP/Edad
Ocupación	Porcentaje	1	Ocupación/CAP/Escolaridad
Conocimiento frente a exámenes de detección precoz (TR-PSA-ETR-ETU).	Porcentaje	2	Conocimiento/actitud/práctica
Actitud frente a exámenes de detección precoz (TR-PSA-ETR-ETU).	Porcentaje	3	Conocimiento/actitud/práctica
Práctica frente a exámenes de detección precoz (TR-PSA-ETR-ETU).	Frecuencia	4	Conocimiento/actitud/práctica

## 5 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	OBJETIVO
EDAD	NUMERO DE AÑOS CUMPLIDOS	ABIERTA	1
ESCOLARIDAD	ULTIMO AÑO DE ESTUDIOS CURSADO	NINGUNO 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 TECNICO 4 UNIVERSITARIA 5	1
OCUPACION	ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA	ABIERTA	1
ESTADO CIVIL	CONDICION DE CONVIVENCIA PERMANENTE CON UNA PAREJA	CASADO 1 SOLTERO 2 UNION LIBRE 3 SEPARADO 4 VIUDO 5	1
CONOCIMIENTOS	TODOS AQUELLOS ASPECTOS QUE EL INDIVIDUO MANIFIESTA SABER SOBRE EXAMENES DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE PROSTATA.	VER INSTRUMENTO	1
ACTITUDES	TENDENCIA ARRAIGADA, ADQUIRIDA O APRENDIDA A REACCIONAR EN PRO O EN CONTRA DE LAS PRUEBAS DE DETECCION PRECOZ PARA CAB CER DE PROSTATA, SE EVIDENCIA EN FORMA DE CONDUCTA TANTO DE APROXIMACION COMO DE ALEJAMIENTO Y EL OBJETO DE LA VALORACION ADQUIERE UN VALOR POSITIVO O NEGATIVO.	VER INSTRUMENTO	2
PRACTICAS	ACCIONES CONCRETAS QUE LOS SUJETOS DE ESTE ESTUDIO LLEVAN A CABO EN CUANTO A PRUEBAS DE DETECCION PRECOZ PARA EL CANCER DE PROSTATA.	VER INSTRUMENTO	3

## 6 RESULTADOS

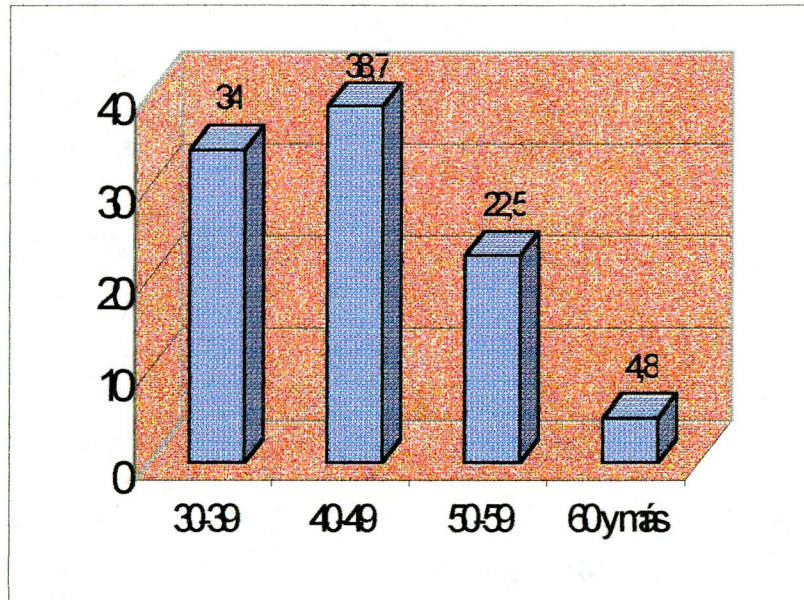
El estudio fue realizado en el área urbana de la zona de influencia del Hospital de Suba ( Localidad de Suba) en Santafé de Bogotá, la cual tiene una población masculina mayor de 30 años estimada en 97.557 de acuerdo con datos suministrados por la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá para 1998. Se les aplicó una encuesta tipo CAP a 372 hombres pertenecientes a este grupo étnico.

Las características socio - demográficas de la muestra fueron:

El 62.7% (250 hombres) de la muestra de estudio se ubican en el estrato socio - económico 2 y un 32.8% (122) en el estrato 3.

La edad se estratificó por decenios, en cuatro grupos étnicos, de los 372 hombres encuestados 69.4% (258) eran mayores de 40 años y el 30.6%(114) tenían entre 30 y 39 años. La edad promedio fue de 44.3 años con una desviación estandar de 2.95 años.(ver gráfico N°1).

Gráfico No. 1: Distribución por grupos etareos.



En lo referente a la ocupación, se encontró que el 74.5% ( 277) eran hombres que tenían trabajo independiente o recibían salario y el 25.5% (95) no tenían ningún vínculo laboral. ver cuadro N° 5.

Cuadro No. 5: **Distribución por ocupación.**

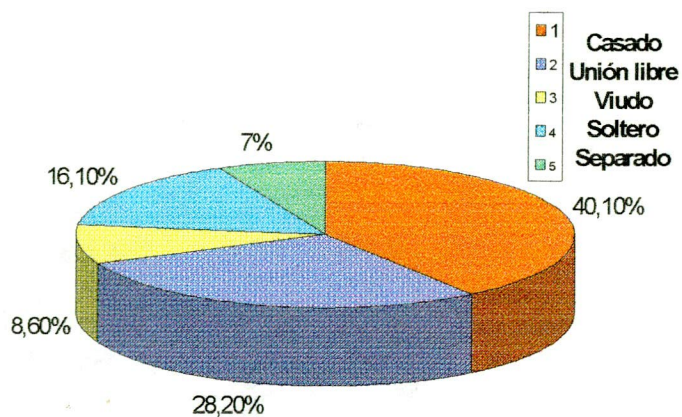
<b>OCUPACION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
NINGUNA	79	21.2
ASALARIADO	63	16.9
VENDEDOR AMBULANTE	54	14.5
OBREROS	44	11.8
COMERCIANTE	40	10.8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	30	8.1
CONDUCTOR	21	5.6
PENSIONADO	16	4.3
EMPLEADO PROFESIONAL	15	4
EMPLEADO TECNICO	10	2.7
TOTAL	372	100

En cuanto al grado de escolaridad se encontró que la mayoría de los encuestados: tenían estudios primarios, sin mayor diferencia entre completa, 22% (82) e incompleta 20.4% (76); así mismo llama la atención que el 10.5 % (39) del los encuestados refirieron no tener ninguna educación. (cuadro N° 6).

Cuadro No. 6 : **Grado de Escolaridad de los Encuestados.**

ESCOLARIDAD	N°	%
NINGUNA	39	10.5
PRIMARIA COMPLETA	82	22.0
PRIMARIA INCOMPLETA	76	20.4
SECUNDARIA COMPLETA	38	10.2
SECUNDARIA INCOMPLETA	85	22.8
TECNICA COMPLETA	15	4.0
TECNICA INCOMPLETA	4	1.1
UNIVERSITARIA COMPLETA	20	5.4
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	13	3.5
TOTAL	372	100

Con relación al estado civil, el 40.1% (149 ) refirieron estar casados, seguido de un 28.2% (105) que viven en unión libre. Ver Gráfico N°2.

Gráfico No.2: **Estado civil de los encuestados.**

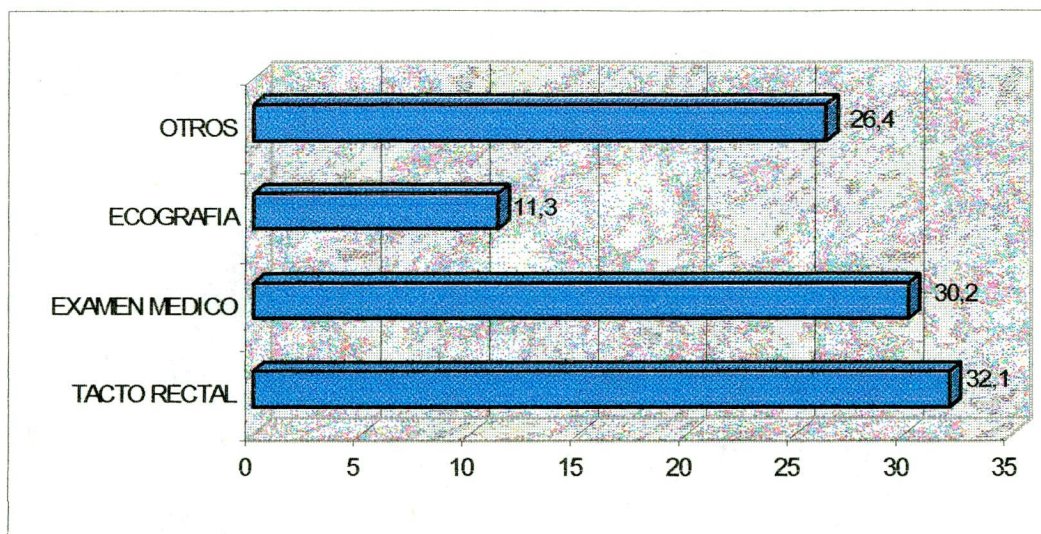
## 6.1 CONOCIMIENTOS GENERALES.

En cuanto a los conocimientos que tenían los 372 encuestados con respecto al cáncer, se pudo observar que el 74.5% (277 hombres) manifestaron haber escuchado hablar del cáncer en general y cuando se les preguntó específicamente por el cáncer de próstata el 50.8% (189) expresaron desconocer esta patología.

En relación con el conocimiento sobre los métodos de detección precoz del cáncer de próstata, el 85.8% (319) manifestaron desconocer algún método o examen para detectarlo tempranamente.

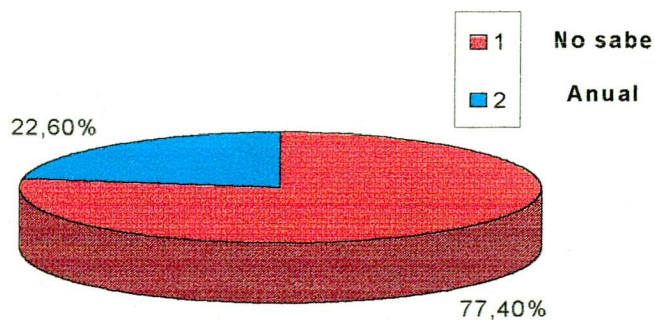
De los hombres que expresaron conocer algún método (14.2% = 53), el 32.1% (17) mencionaron el tacto rectal como un examen para la detección precoz del cáncer de próstata y un 26.4% (14) refirieron otros exámenes, tales como: parcial de orina, sondeo por la uretra y cistoscopia. Ver gráfico No. 3.

Gráfico No. 3: **Métodos de detección precoz identificados por los encuestados.**



En lo que referente a la frecuencia en que se debe hacer examinar un hombre la próstata, sólo el 22.6% (84 / 372) respondieron adecuadamente (una vez al año). Ver gráfico N°4.

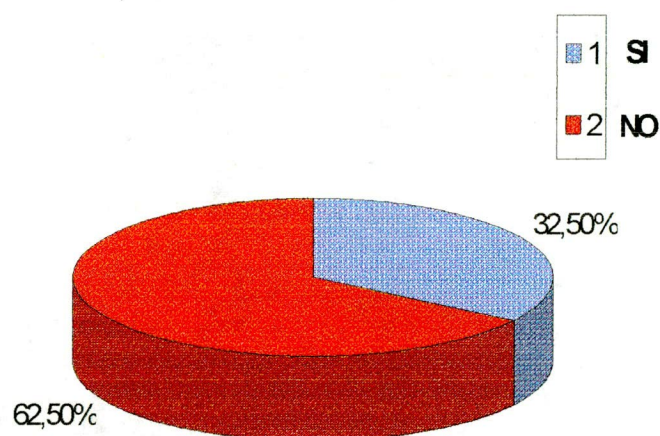
Gráfico No.4: **Frecuencia de realización del examen de próstata.**



## 6.2 CONOCIMIENTO SOBRE TACTO RECTAL

En cuanto a los conocimientos de los encuestados sobre el Tacto Rectal, el 67.5%(251) manifestó desconocerlo. Gráfico N° 5.

Gráfico N°5: **Conocimiento sobre Tacto Rectal.**

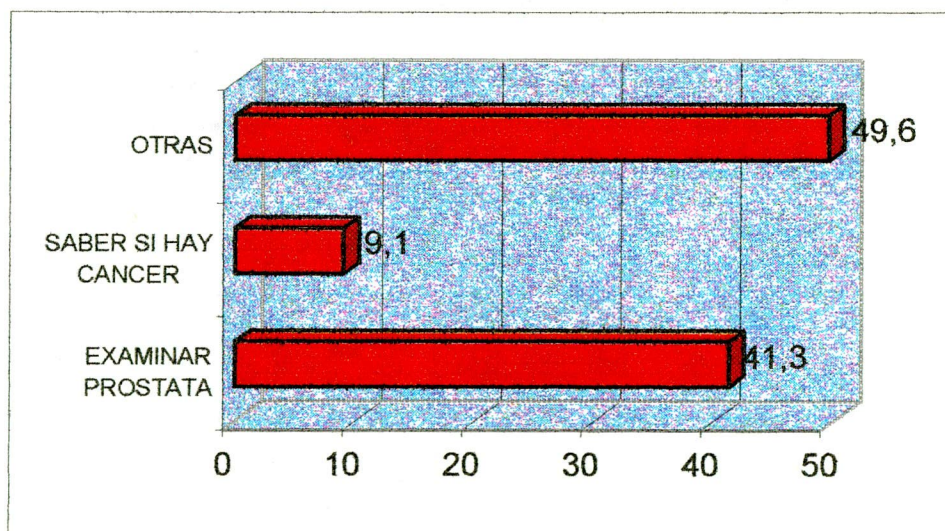


De los 121 (32.5%) encuestados que manifestaron conocerlo, el 86.8% (105) lo definió como el examen que hace el médico por el recto y un 8.3% (10 hombres) respondió que era un examen para mirar la próstata. Ver cuadro No 7.

Cuadro No 7: **Definición de Tacto Rectal**

DEFINICION	N°	%
EXAMEN MEDICO POR EL RECTO	105	86.8
EXAMEN PARA LA PROSTATA	10	8.3
EXÁMEN CON GUANTE	5	4.1
EXAMEN DE PARTES INTIMAS	1	0.8
TOTAL	121	100

El 41.3% (50) de los hombres que manifestaron conocer el tacto rectal, considera que sirve para determinar enfermedades en la próstata, mientras que un 49.6% (60) consideran que sirve para: "determinar problemas en el recto, vigilar el organismo y detectar enfermedades venéreas". Ver gráfico No. 6.

Gráfico No. 6. **Utilidad del Tacto Rectal Expresada por los Encuestados.**

Un 35.5% (43) refiere que la edad de inicio es a los 40 años, el 37.1 % (45) tienen un concepto errado a cerca de la edad de inicio y el 27.3 % (33) expresaron no saber.

El conocimiento fue impartido en un 47.1% por el médico. Ver cuadro N°8.

Cuadro No. 8: **Fuente del conocimiento del tacto Rectal.**

<b>EDUCADOR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
MEDICO	57	47.1
ENFERMERA	5	4.1
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	26	21.4
OTROS: AMIGO, HIJO	33	27.2
TOTAL	121	100

Con relación a la frecuencia de realización del tacto rectal, el 45.5% (55) considera que debe realizarse cada año; la persona que debe hacerlo es el médico (general y especialista) en un 94.2%, un 3.3% no sabe y un mínimo porcentaje 2.5% manifiesta que debe ser realizado por otras personas como: enfermera o esposa.

Solamente el 14.8% (18) de los que expresaron conocer el examen del tacto rectal, tienen un verdadero conocimiento en cuanto a edad de inicio, frecuencia y utilidad.

### 6.3 ACTITUDES CON RELACION AL TACTO RECTAL

De los 372 encuestados, el 30.6% (114) conocían del tacto rectal y lo consideraron útil y un 34.4% (128) a pesar de no conocerlo lo consideraron útil porque es ordenado por un médico y sirve para mantener la salud. Ver cuadro N°9.

Cuadro No. 9: **Conocimiento Vs. Utilidad del Tacto Rectal.**

CONOCIMIENTO	N°	%	UTILIDAD	N°	%
SI	121	32.5	UTIL	114	30.6
			NO ES UTIL	2	0.53
			NO SABE	5	1.34
NO	251	67.5	UTIL	128	34.4
			NO ES UTIL	39	10.5
			NO SABE	84	22.6
TOTAL	372		TOTAL	372	100

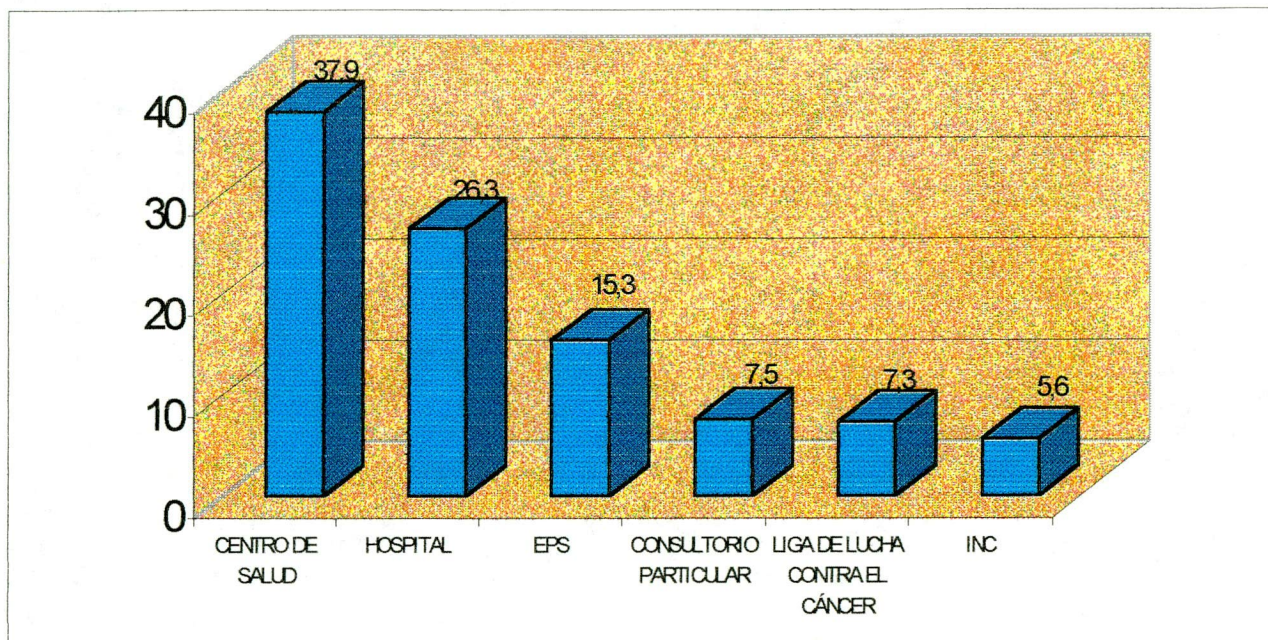
De todos los encuestados, el 86% (320 hombres) expresó estar dispuesto a realizarse el tacto rectal si fuese necesario. A la pregunta "qué efectos tiene el no realizarse el tacto rectal", el 26.6% (99) opina que podrían tener una enfermedad y desconocerla. Ver cuadro N°10.

Cuadro No. 10: **Consecuencias identificadas por lo encuestados para no realización del tacto rectal.**

<b>CONSECUENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
NO DETECTAR A TIEMPO ENFERMEDADES	177	47.6
CANCER	14	3.8
MUERTE	24	6.5
NINGUN EFECTO	40	10.8
NO SABE	117	31.5
TOTAL	372	100

En caso de sentir una anormalidad en su sistema genito - urinario, el 61.8% (230 / 372) de los encuestados se lo comentaría al médico, el 31.7% (118) a la esposa y un menor porcentaje (6.5% = 24) a la enfermera o amigo. El centro de salud es la institución a la que acudiría el mayor número de hombres: 37.9% (141). Ver gráfico No. 7.

Gráfico No. 7: Lugar de consulta en caso de anomalía.



#### 6.4 PRACTICAS RELACIONADAS CON EL TACTO RECTAL

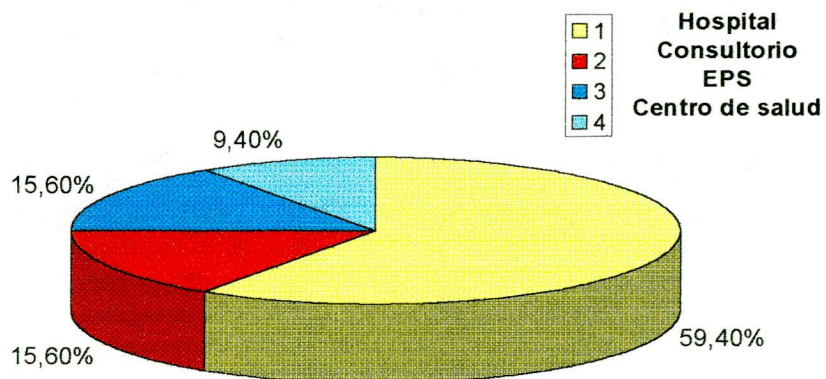
El 91.4% (340) manifestó no haberseles realizado un tacto rectal, la principal razón argumentada fue el hecho de no sentirse enfermo. A un 8.6% (32) le han realizado tacto rectal; siendo la cirugía y/o sintomatología del sistema genitourinario la razón principal 68.8% (22). Solo dos personas 6.3 % se realizaron el tacto rectal como rutina por campañas en la empresa para la cual trabajaban. Al 43.8%.(14) se les realizó en una sola ocasión Ver cuadro N°11.

Cuadro No. 11: Frecuencia de realización del Tacto Rectal.

FRECUENCIA	N°	%
UNA SOLA VEZ	14	43.8
ANUAL	8	25
MENSUAL	1	3.1
CADA 2 AÑOS	1	3.1
NO RECUERDA	5	15.6
TOTAL	32	100

El sitio al que acudieron estos 32 hombres a realizarse el tacto rectal fue el hospital en un 59.4%. Gráfico N°8.

Gráfico N°8: Lugar de realización del tacto rectal.



Al correlacionar edad (<40 y >40) con el conocimiento (si o no ) del tacto rectal, no fue estadísticamente significativo con un Chi cuadrado ( $X^2$ ) = 1.39 y una  $p= 0.28$ .

Al correlacionar edad con la práctica ( realización del tacto rectal si o no ) se encontró que era estadísticamente significativo con un  $X^2= 6.4$  y una  $p= 0.011$ ; las personas de mayor edad tuvieron experiencia de este exámen (a mayor edad mayor práctica del tacto rectal).

Al correlacionar la escolaridad con el conocimiento del tacto rectal fue estadísticamente significativo con una  $X^2= 68.09$  y una  $p= 0.00$ , ya que a menor escolaridad menor conocimiento.

La escolaridad relacionada con la práctica y la actitud sobre tacto rectal no fue estadísticamente significativo.

## **6.5 CONOCIMIENTOS SOBRE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA**

En cuanto a los conocimientos de los encuestados sobre el PSA; se encontró que el 97.3% (362 ) no sabian que es el examen.

Entre los que manifestaron conocer saber que es el PSA (10 hombres), el 70%(7) refirieron que era un exámen que se hacia en sangre y el restante 30% tenian conceptos errados como que se hacia en orina y heces.

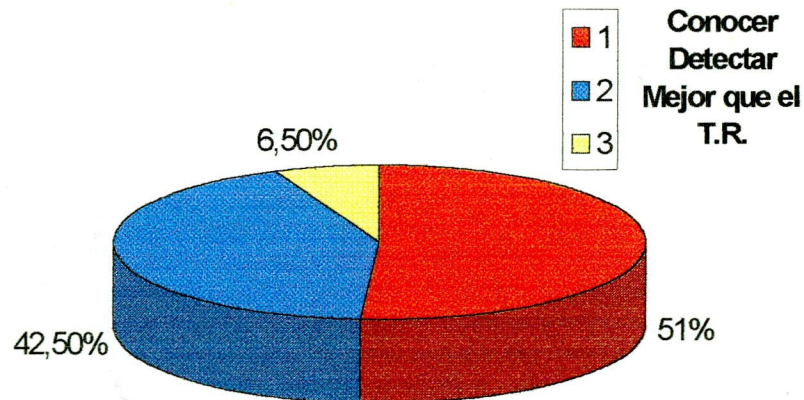
Igualmente, el 70%(7/ 10) consideró que los 40 años es la edad en que se debe realizar por primera vez. En cuanto a la frecuencia tan sólo el 30% respondió que se debía realizar cada año.

De los 10 hombres que expresaron conocer el PSA, solamente uno (1) tenía un conocimiento verdadero en cuanto a definición, edad de inicio y frecuencia de realización.

## 6.6 ACTITUDES RELACIONADAS CON PSA

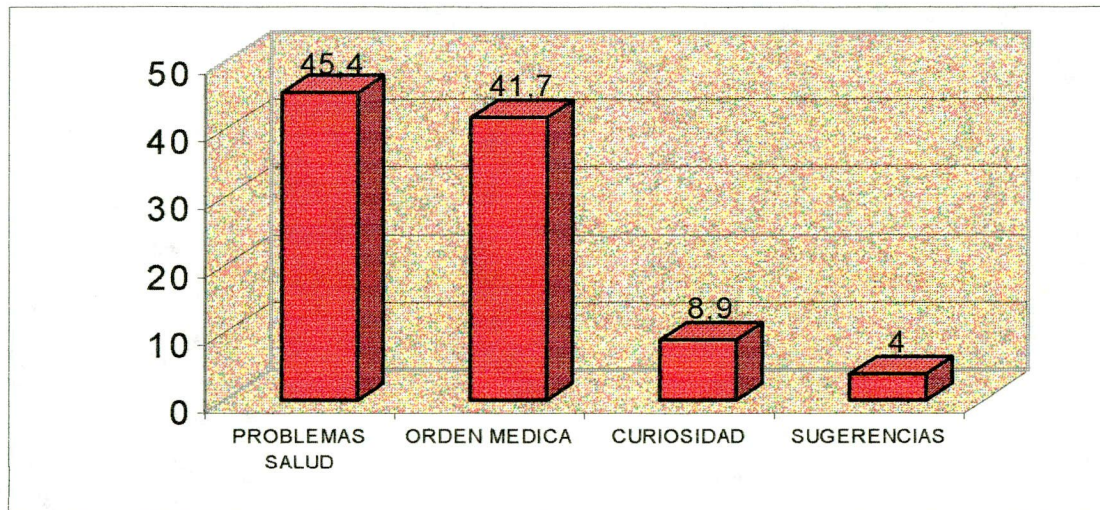
El 41.55% (155) consideró que el PSA era útil ya que le permitía conocer como estaba su organismo 51%(79). Gráfica N° 9.

Gráfica N° 9: **Razón de utilidad de PSA**



En cuanto a la razón por la cual se harían este examen, el 45.4%(169) contestó que por problemas de salud. Gráfico No 10.

Gráfico No. 10. **Motivo expresado por los encuestados para realizarse PSA**



El 65.3% (243). Refirió no haberse realizado el exámen porque no lo conocen Cuadro N° 12.

Cuadro N° 12: **Razón de no realización de PSA, expresado por los encuestados.**

RAZON	N°	%
NO CONOCE	243	65.3
NO NECESIDAD	55	14.8
NO SABE UTILIDAD	41	11
NO ORDEN MEDICA	17	4.6
OTROS	16	4.3
TOTAL	372	100

EL 76.9% (286) estaría dispuesto a realizárselo, mientras que el 16.4% no y el restante manifestó no saber.

## **6.7 PRACTICAS RELACIONADAS CON PSA**

En relación con las prácticas respecto al PSA, EL 97.8% (364hombres) nunca le han realizado este examen. Tan sólo el 0.8% (3hombres) se lo han realizado por orden médica (cirugía o enfermedad).

Los 3 hombres no recuerda la frecuencia con que se lo han realizado y el lugar donde se lo hicieron fue en el hospital.

La relación edad con conocimiento, actitud y práctica de PSA no fue estadísticamente significativa ya que el 97% de los encuestados desconocían este examen.

## 7 DISCUSION

- La localidad de Suba, está conformada por estratos que van del 1 al 6, sin embargo, la muestra de estudio fue de un nivel socioeconómico bajo, ubicados la mayoría en el estrato 2 y en menor porcentaje en el estrato 3, que de acuerdo con el diagnóstico situacional del Hospital de Suba, son los estratos en los que se ubica la mayoría de la población.
- Llama la atención que el 69.4 % de los encuestados fue mayores de 40 años, edad en la cual según la literatura se encuentra la población en riesgo. Y el 30.6 % estuvieron tenían edades entre 30 y 39 años.
- La gran mayoría de los hombres encuestados tenía algún grado de escolaridad, sin embargo, este fue bajo, ya que un gran número de la población tenía primaria y bachillerato incompleto (161 hombres). Esto se refleja en el gran porcentaje de encuestados que no tenían conocimiento sobre estas pruebas (97.3 y 67.5 para PSA y tacto rectal respectivamente).

- En cuanto a los conocimientos de la población encuestada sobre el cáncer en general, el mayor porcentaje manifestó conocerlo, principalmente por el intercambio que ha tenido con familiares, amigos o personas que han sufrido la enfermedad, este hecho concuerda con los resultados obtenidos por Abascal en 1997 en Cuba, quien a través de una encuesta CAP sobre el cáncer, observó que el mayor porcentaje de sujetos identifica el cáncer como segunda causa de muerte, lo cual correspondía a los reportes estadísticos de Cuba.
- Más del 50% de los hombres encuestados manifestaron desconocer qué es el cáncer de próstata, este hecho se observó más en los más adultos y en quienes tenían menos nivel educativo.
- En cuanto a los métodos de detección precoz, tan solo el 14.2% manifestó conocer algún método y este no siempre fue correcto. El tacto rectal, como método de detección precoz del cáncer de próstata fue identificado solo por 17 personas, este también se pudo observar en el estudio realizado en Cuba en 1997, donde las mujeres tenían mayor conocimiento que los hombres respecto a pruebas de detección precoz, aunque el tacto rectal fue identificado por menos de la mitad de la población cubana encuestada, como método de detección precoz.
- Los conocimientos sobre tacto rectal sólo estuvieron presentes en el 32.5% de la población, aún cuando este conocimiento no siempre fue acertado, y este estuvo presente principalmente en personas mayores.

Este hecho difiere del encontrado por Mesa C. En Santafé de Bogotá en 1994 en el estudio sobre Evaluación del efecto de un programa educativo en cáncer sobre conocimientos, hábitos protectores y potenciadores y realización de exámenes de detección y autoexámenes; en el que encontró que los hombres mayores de 40 años conocían el tacto rectal como prueba de detección precoz.

Es de resaltar que a pesar que 121 hombres encuestados manifestaron conocer el T.R., solamente 18 personas tienen un conocimiento verdadero respecto a él, influenciado este sobre todo en las experiencias propias o haber estado enfermos, ser sometidos a cirugías.

- Se puede considerar que la actitud hacia el TR de la población encuestada es positiva al responder la gran mayoría que si se realizaría este examen. Sin embargo, esta respuesta siempre estuvo influenciada por sentimientos de obediencia hacia el médico al considerar la mayoría que “se lo hacían si el médico se lo ordenara”, esto demuestra que los hombres al no tener un verdadero conocimiento de este examen se someten a confiar en lo que el médico les haga y refleja la poca iniciativa hacia medidas de autocuidado.
- Solamente el 8.6% de la población encuestada se ha realizado alguna vez en su vida tacto rectal, en la gran mayoría bajo la influencia de una enfermedad o sintomatología urinaria, tan solo dos personas se lo realizaban como parte de la

rutina como consecuencia del conocimiento que tenían de que después de los 40 años debían realizarse este examen todos los años, apoyado esto en los programas de salud de las empresas en las cuales trabajan.

Llama la atención como en los 340 hombres a quienes no se les ha realizado un tacto rectal, la principal razón argumentada fue el no sentirse enfermos, esto demuestra que en nuestra sociedad no existe la cultura de la "detección promoción, cuidado de la salud y autocuidado" y que los hombres al igual que las mujeres solo consultan cuando se sienten alguna molestia o enfermedad.

Este hecho contrasta con lo identificado por Meza C., en 1994 en donde, a ninguno de los encuestados les habían realizado tacto rectal y esto fue explicado como "pereza al procedimiento".

En cuanto al antígeno Prostático Específico, existe un total desconocimiento de la población masculina en cuanto a este examen y su utilidad.

- Tan sólo 7 hombres de los 372 encuestados manifestaron que era un examen que se realizaba en sangre, esto estuvo muy relacionado con el nivel educativo y con experiencias propias y de familiares.

- Una (1) sola persona quien tuvo un conocimiento verdadero acerca de esta prueba, en cuanto a definición, utilidad, edad de inicio y frecuencia.
- La actitud hacia el PSA al igual que en el TR fue positiva, pero influenciada por respuestas como “si era necesario”, “si era por su salud”.
- El desconocimiento fue admitido por la mayoría como la principal razón para no haberse realizado el examen de PSA, esto podría insinuar la conciencia de la población de la importancia del conocimiento en la realización de medidas de autocuidado y cuidado de la salud.
- Solamente 3 hombres de los 372 encuestados se realizaron determinación del PSA al sentirse enfermos y ser ordenado por el médico.

Esta información coincide con los resultados arrojados por el estudio realizado en Rotterdam (Holanda) en el cual el 90% de la población del estudio nunca se había realizado una determinación de PSA; justificado esto por el desconocimiento de la población general acerca de la utilización de la prueba para la detección precoz del cáncer de próstata, y a que los médicos generales no suelen ordenarlo a hombres que no presentan sintomatología.

Situación opuesta a lo que ocurre en Estados Unidos, donde existen programas educativos continuos y normas oficiales que facilitan la detección precoz del cáncer de próstata que hacen que la población masculina esté continuamente informada.

En Colombia son pocos los programas educativos en salud dirigidos a la población masculina, específicamente sobre detección precoz de cáncer de próstata, los usuarios y habitantes del área de influencia de hospitales de primer nivel de atención como el de Suba, tienen pocas posibilidades de ser educados al respecto ya que la mayoría de los programas educativos de estos centros se basa en la atención materno-infantil, dirigiendo sus actividades sobre todo a la mujer (planificación familiar, control prenatal, etc, adolescente) y menormente a grupos de tercera edad, hipertensos, deabéticos, entre otros, que generalmente son mixtos y poco se abordan en estos temas; educación que le permitirá a los hombres mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre pruebas de detección precoz del cáncer de próstata.

## 8 CONCLUSIONES

- El grado de escolaridad influyó en los conocimientos que tuvieron los hombres encuestados respecto a las pruebas de detección precoz para el cáncer de próstata. Otros factores que influyen en este conocimiento son las experiencias propias (enfermedad), así como las de familiares y amigos.
- El conocimiento que tuvo esta población respecto a las pruebas de detección precoz fue mínimo y también estuvo relacionado con experiencias propias y familiares.
- En cuanto al tacto rectal, en la población objeto de estudio, existen algunas consideraciones erradas sobre el tacto rectal, como que sirve para detectar enfermedades venéreas, entre otros. La práctica de esta prueba como detección precoz es nula ya que solo en presencia de la enfermedad se la han realizado y está también relacionada con la edad, al ser las personas mayores las que se enferman y consultan el médico.
- El PSA resulta una prueba de detección precoz totalmente desconocida para la población en general, por lo tanto su práctica sólo se limita a la orden médica.

- Se recomienda que para futuras investigaciones se tenga en cuenta el nivel educativo de la muestra para poder demostrar si realmente el desconocimiento sobre estas pruebas está relacionado con la escolaridad o si por el contrario, la poca educación en promoción de la salud y específicamente educación en promoción de detección temprana es el factor importante en el conocimiento, las actitudes y prácticas de la población masculina con relación al cáncer de próstata.
- Brindarle un enfoque a los programas educativos dirigidos a la población masculina que permita a ellos conocer la existencia de estas pruebas y los mecanismos para realizarla, teniendo en cuenta que en nuestra cultura es la mujer quien más visita los centros y puestos de salud (televisión, radio, prensa).
- La práctica médica en relación con estas pruebas de detección precoz para el cáncer de próstata, en Colombia como en otros países, está limitada a la presencia de sintomatología urinaria en la mayoría de los casos y no existe conciencia de la importancia de la detección precoz en hombres asintomáticos mayores de 40 años. Esto influye en la poca práctica que existe en la población masculina con relación a estas pruebas.
- Otro hecho que influye en el desconocimiento de la población masculina respecto a las pruebas de detección precoz para el cáncer de próstata es la poca promoción que se hace de ellas en los medios masivos de comunicación y aún en los

programas educativos comunitarios en donde la enfermera oncológica tiene la oportunidad de desempeñarse, los cuales pueden contribuir a mejorar el conocimiento respecto a estas pruebas, mejorando así la actitud y las prácticas hacia las mismas.

## 9 RECOMENDACIONES

- La experiencia de la realización de este trabajo basado en encuestas CAP sobre las pruebas de detección precoz del cáncer de próstata, realizado entre los residentes del área de influencia del hospital de Suba, muestra la necesidad de implementar programas educativos dirigidos hacia la población masculina que les permita a ellos conocer la existencia de estas pruebas así como su importancia.
- Implementar estrategias masivas de comunicación que les permita a los hombres acceder a esta información teniendo en cuenta que en nuestro medio son las mujeres quienes más visitan los centros y puestos de salud.
- Capacitar a los médicos para que incluyan el examen rectal digital como parte del examen médico general que se les realiza a hombres mayores de 40 años así se encuentren asintomáticos.
- Teniendo en cuenta que la ley 100 de 1993 a través del artículo 173 reglamenta las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y obligatorio cumplimiento por parte de EPS, ARS, IPS, estas actividades incluyen el examen

físico de próstata para hombres mayores de 40 años; es importante la implementación de programas de seguimiento y evaluación a estas instituciones, que faciliten el cumplimiento de este artículo, así como el desarrollo de actividades que le permitan a la población interesada conocer y demandar estos servicios.

- Al hospital de Suba se recomienda tener en cuenta los resultados del presente estudio para la realización de los programas educativos dirigidos a la población masculina, teniendo en cuenta el interés de ellos en trabajar en la promoción y detección precoz del cáncer de próstata.

## 10 BIBLIOGRAFIA

ABASCAL M, AMADOR J, RODRIGUEZ A, CHAO M. Creencias y conocimientos sobre el cáncer un estudio entre la población cubana, Cuba 1997.

ARMENIAN HK, LILIENFELD AM, DIAMOND EL, et al. Relationship between benign prostatic hyperplasia and cancer of the prostate, a prospective and retrospective study. Am J Epidemiol, 1975 Pág 115

AQUILES R. Manual para el control del cáncer en América latina. Panamericana México 1980.

BAIROL, Susan. Libro de consultas para enfermeras sobre el cáncer. 6 ed. España. Dic. 1993.

BYAR DP. The veterans Administration Cooperative Urological Research Group's Studies of cancer of the prostate. Cancer, 1983.

CAMERON, R. Oncología Práctica, 1994. Pág 357.

CAÑON, Hilda. ATAHUALPA, Nancy. Influencia de la intervención de enfermería sobre conocimientos y actitudes hacia la rehabilitación en pacientes que serán mastectomizadas. 1992.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE DINAMICA SOCIAL UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. Evaluación de los talleres de salud – mujer del program de contros del cáncer cervico – uterino. 1997.

CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. Pruebas de detección y diagnóstico del cáncer. McGraw-Hill. Interamericana. 1996.

CLINICAS UROLÓGICAS DE NORTEAMERICA. El antígeno prostático específico PSA. McGraw-Hill. Interamericana. 1997.

DE VITA V, HELLMAN S, RUSENBERG S. Cancer Principles and practice of Oncology. 1997. Pág 1135.

DELGADO G. Conocimientos y prácticas de las madres comunitarias del I.C.B.F. P.U.J. Trabajo de Grado 1994.

DIAGNOSTICO LOCALIDAD DE SUBA. Santafé de Bogotá. 1997.

ESCALANTE, Carlos. Medición de Actitudes. 1983.

ESTUPE J. Enfermería y cáncer. Ediciones Doyma España 1992.

GARAVITO A. Conocimientos y prácticas de los pacientes con enfermedades crónicas. P.U.J. Trabajo de Grado 1995

HUERTAS S. Conocimientos y prácticas de las madres acerca de los cuidados del recién nacido. P.U.J. Trabajo de Grado 1994

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Conductas sexuales de la población adulta y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual según encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas.

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con ETS, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. Características de la población y de la muestra.

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES/PROFAMILIA. Encuesta nacional sobre conocimientos actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. Colombia 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Registro Institucional de Cáncer 1996 – 1997.

JENSON CB, SHAHON OB, WANGENSTEEN OH. Evaluation of annual examinations in the detection of cancer. Special reference to cancer of the gastrointestinal tract, prostate, breast and female reproductive tract. JAMA 174: 1783, 1960.

LEPOR H, LAWSON R. Enfermedades de la próstata. Panamericana 1994.  
Ley 100 1993. Sistema General de Salud y Seguridad Social. Colombia. 1993.

MEIKLE AW, et al. Familiar factors affecting prostatic cancer risk and plasma steroid levels. Prostate &:1221, 1985.

MEZA, M. Evaluación del efecto de un programa educativo en cáncer sobre el nivel de conocimientos, hábitos protectores y potenciadores, realización de exámenes de detección y autoexamen. Santafé de Bogotá. 1994.

MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Resolución 3997. 1996.

Neoplasia Intraepitelial Prostática NIP en el INC evaluación histopatológica. 1975 – 1979.

OESTERLING, JE, et al. Serum Prostate-specific antigen in a community - based population of healthy men - establishment of age - specific reference ranges. JAMA 270:860. 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Programas nacionales de lucha contra el cáncer, directrices sobre política y gestión. Ginebra 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sobre el cáncer, informe de un comité de expertos. OMS/CIIG, Ginebra 1979.

PARKIN, DM, MUIR C.S., FERLAY, S. Cancer Incidence in five continents. Vo. VI. 1992.

PROFAMILIA. Derechos sexuales y reproductivos de los varones. Folleto 1998 (folleto No 199).

REYES, María C. Conocimientos sobre el cáncer y actitudes frente a la enfermedad en pacientes que asisten al INC. 1990

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Registro de Morbilidad por Tumores Malignos. Santafé de Bogotá. 1997.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Registro de Mortalidad por Tumores Malignos. Santafé de Bogotá. 1997.

SHAPIRO, A., et al. The Clinical Utility of Transrectal Ultrasound and Digital Rectal Examination in the Diagnosis of Prostate Cancer. Br. J Radiol. 67:668. 1994.

SMITH D. Urología General de Smith. Manual Moderno S.A. México 1993.

STAMEY TA. Cancer of the prostate: An analysis of some important contributions and dilemmas. Monogr. Urol. 3:67, 1982.

VARGAS, C. Epidemiología y Métodos de Detección Precoz Cáncer de Próstata. Comunicación Personal. Santafé de Bogotá. Agosto 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Control of cancer of the cervix and uterus. WHO Bulletin 1986.

## 11 ANEXOS

### ANEXO 1. INSTRUMENTO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**POSTGRADO ENFERMERIA ONCOLOGICA**

**1998**

**Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Pruebas de  
Detección Precoz del cáncer de próstata. Hospital de Suba .**

OBJETIVO: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población masculina mayor de 30 años, usuarios del hospital de Suba con relación a las pruebas de detección precoz para cáncer de próstata.

**IMPORTANTE:** LA INFORMACION AQUÍ CONSIGNADA ES DE CARACTER CONFIDENCIAL DE ACUERDO CON EL DECRETO LEY 1633 – 60. SOLO SE UTILIZARA CON FINES DIAGNOSTICOS.

I. IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO No \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_

ESTRATO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

1. ¿Hasta que grado estudió?

- |                  |            |       |
|------------------|------------|-------|
| A. Ninguno       | _____      |       |
| B. Primaria      | Completa   | _____ |
|                  | Incompleta | _____ |
| C. Secundaria    | Completa   | _____ |
|                  | Incompleta | _____ |
| D. Técnica       | Completa   | _____ |
|                  | Incompleta | _____ |
| E. Universitaria | Completa   | _____ |
|                  | Incompleta | _____ |

2. ¿Cuál es su estado civil?

- A. Casado
- B. Soltero
- C. Unión Libre
- D. Separado
- E. Viudo

## II. CONOCIMIENTOS GENERALES

2. ¿Alguna vez le han hablado acerca del cáncer?

- A. Si
- B. No

4. ¿Sabe usted que es el cáncer de próstata?

- A. Si
- B. No

6. ¿Conoce algún método para detectar a tiempo el cáncer de próstata ?

- A. Si
- B. No

Cual \_\_\_\_\_

7. ¿Cuántas veces al año considera usted que debe hacerse examinar su próstata?

- A. Mensual
- B. Semestral
- C. Anual
- D. No sabe

## III. CONOCIMIENTOS SOBRE TACTO RECTAL

8. ¿ Sabe usted que es el tacto rectal?

- A. Si

- B. No

Si la respuesta es no pase a la pregunta 14

9. ¿ Que sabe usted del tacto rectal? \_\_\_\_\_

---

10 ¿ Para que sirve el tacto rectal? \_\_\_\_\_

---

11 ¿ A que edad le deben realizar por primera vez el tacto rectal?

- A. 18 años
- B. 30 años
- C. 40 años
- D. 50 años
- E. 60 años
- F. No sabe

12 ¿ Quién le habló por primera vez del tacto rectal?

- A. Médico
- B. Enfermera
- C. Amigo
- D. Televisión
- E. Revista – Folleto
- F. Otros      Quién? \_\_\_\_\_
- G. No sabe

13 ¿ Cada cuanto debe realizarse el tacto rectal?

- A. Mensual
- B. Semestral
- C. Anual
- D. Cada dos años
- E. Mas de tres veces
- F. No sabe

14 ¿ Quién considera usted que debe realizarle el tacto rectal?

- A. Médico General
- B. Medico Especialista
- C. Enfermera
- E. Otro. Cual? \_\_\_\_\_
- F. No sabe

#### IV. ACTITUDES CON RESPECTO AL TACTO RECTAL

15 ¿ Considera usted que el tacto rectal es útil?

- A. Si

- B. No
  - C. No sabe
- Porqué \_\_\_\_\_

15. ¿ estaría dispuesta a hacérselo?

- A. Si
- B. No

16. ¿Qué efecto considera usted que puede tener para la salud el no realizarse el Tacto Rectal?

---

17. Si no se ha realizado el tacto rectal, ¿Cuál ha sido la razón más importante?

- A. No lo conoce
- B. No lo considera importante
- C. Falta de tiempo
- D. Miedo/Vergüenza
- E. No sabe donde lo realizan
- F. Otro Cual? \_\_\_\_\_

18. ¿Qué le motivaría a realizarse el tacto rectal?

- A. Problemas de salud
- B. Sugerencia de alguien
- C. Orden médica
- D. Seguridad de no tener una enfermedad
- E. Otro . Cual \_\_\_\_\_

19. ¿Si usted llegara a sentir alguna anomalía en el sistema genitourinario a quien se lo comentaría?

- A. Esposa/ Compañera
- B. Amigo
- C. Enfermera
- D. Medico
- E. Otro Familiar
- F. Otra Quien \_\_\_\_\_

20. ¿En caso de consultar a una institución de salud a donde acudiría?

- A. Hospital
- B. Centro de Salud
- C. Liga de lucha contra el cáncer
- D. Instituto Nacional de Cancerología
- E. Médico Particular
- F. Otra Cual \_\_\_\_\_

#### V. PRACTICAS RELACIONADAS CON EL TACTO RECTAL

21. ¿ Le han realizado Tacto Rectal?

- A. Si
- B. No
- C. Por que? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 25

22. ¿ Con qué frecuencia le realizan el tacto rectal?

- A. Mensual
- B. Semestral
- C. Anual
- D. Cada dos años
- E. No recuerda

23. ¿ Cuántas veces se lo han realizado?

- A. Una vez
- B. Más de dos veces
- C. Más de cuatro veces.
- D. No recuerda

24. ¿ En que lugar o institución le realizaron el tacto rectal?

- A. Centro de Salud
- B. Hospital
- C. Médico particular
- D. E.P.S.

#### VI CONOCIMIENTOS SOBRE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA

25. ¿ sabe usted que es el PSA?

- A. Si
- B. No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 30

26. ¿Qué sabe usted del PSA?

---

27. ¿Sabe usted en que se realiza el PSA ?

- A. Sangre
- B. Orina
- C. Heces
- D. No sabe

28. ¿ a que edad debe realizarse el PSA por primera vez?

- A. 18 años
- B. 30 años
- C. 40 años
- D. 50 años
- E. 60 años
- F. No sabe

29. ¿ Cada cuanto se debe realizar un PSA?

- A. Mensual
- B. Semestral
- C. Anual
- D. Cada dos años
- E. No sabe

#### VII. ACTITUDES RELACIONADAS CON EL ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA

30. ¿Considera usted que el PSA es útil?

- A. Si
  - B. No
  - C. Porque? \_\_\_\_\_
- 

31. ¿Qué le motiva o motivaría a realizarse el PSA?

- A: Problemas de salud
  - B Sugerencia de alguien
  - C. Por orden médica
  - D. Por curiosidad
  - E. Otra razón. Cual? \_\_\_\_\_
-

32. Si no se ha realizado el PSA ¿Cuál ha sido el motivo?

- A. No conoce el examen
- B. No sabe para que sirve
- C. No sabe donde lo realizan
- D. No lo considera importante
- E. Otro Cual \_\_\_\_\_

33. ¿Estaría dispuesto a realizarse un examen de PSA?

- A. Si
- B. No

#### VIII. PRACTICAS RELACIONADAS CON EL ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA.

34. ¿ Le han realizado el examen de PSA?

- A. Si
- B. No
- C. Por qué? \_\_\_\_\_

35. ¿Cada cuanto le realizan PSA?

- A. Mensual
- B. Semestral
- C. Anual
- D. No recuerda

36. ¿A que sitio acude para que le realicen el PSA?

- A. Hospital
- B. Médico Particular
- C. Otro Cual? \_\_\_\_\_
- D. No recuerda

!!!! MUCHAS GRACIAS !!!!

Instituto Nacional de Cancerología



INC002271