

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
Facultad de Medicina



**“REALIZACIÓN ANUAL DEL CONTROL
PREVENTIVO DE CÁNCER DE PRÓSTATA:
COMPARACIÓN DE SU PREVALENCIA
ENTRE POBLACIÓN MÉDICA Y NO
MÉDICA”**

Autor: Valeria F. Del Coco

Trabajo de Fin de Carrera
Título a obtener: Médico

Tutor: Dr. Enrique Fliess

Octubre de 2004

INDICE

| | |
|----------------------------------|----|
| <i>Resumen</i> | 1 |
| <i>Abstract</i> | 3 |
| <i>Introducción</i> | 5 |
| <i>Materiales y método</i> | 10 |
| <i>Resultados</i> | 14 |
| <i>Discusión</i> | 16 |
| <i>Conclusiones</i> | 19 |
| <i>Anexos</i> | 21 |
| <i>Bibliografía</i> | 26 |

Realización del control preventivo anual de cáncer de próstata:

Estudio comparativo de su prevalencia en población médica y no médica

Resumen

Objetivo: El objetivo general es comparar dos poblaciones, una integrada por hombres no médicos y otra por médicos, para establecer cual presenta mayor prevalencia de realización de control prostático anual.

Materiales y método: Diseño del estudio: Descriptivo, Observacional, Prospectivo, Transversal, Cuantitativo. Se eligieron dos centros de salud ambulatorios de la ciudad de Quilmes, Buenos Aires, entre los meses de agosto y septiembre de 2004. Se encuestaron 50 pacientes ambulatorios y 50 médicos concurrentes a los centros seleccionados. La edad de los encuestados tanto de uno como de otro grupo debió ser igual o mayor a 50 años.

Resultados: De las 100 personas encuestadas, el 51% se realizó el control prostático anual. Respecto al grupo constituido por personas no médicas, el 52% refirió haberse realizado el control prostático en forma anual, mientras que el grupo constituido por médicos manifestó una prevalencia del mismo del 50%. El 52% de los encuestados no médicos refirió haber padecido alguna vez síntomas de prostatismo, y de éstos el 33,3% a pesar de presentar síntomas en algún momento a partir de los 50 años, no consideró al mismo como detonante del control prostático anual sino que lo llevó a cabo como conducta preventiva. El grupo integrado por médicos presentó una incidencia de síntomas de prostatismo del 18% y de estos, el 66% afirma que el síntoma no fue el

detonante de la realización del chequeo. El 90% de las personas no médicas poseía conocimiento acerca de la existencia del control prostático anual, colocando al médico de cabecera como el medio a través del cual la mayor parte se interiorizó acerca de la existencia del chequeo (42%). El 74% de los médicos incentivan a sus pacientes a la realización del control.

Discusión: El presente trabajo de investigación pone en relieve datos novedosos en su mayoría, sobre todo aquellos extraídos de la población médica, ya que no se encuentran estudios disponibles para exponer y realizar discusión. El médico es el principal medio de difusión del control prostático anual; a diferencia de las campañas de prevención, que no demostraron ser lo idealmente eficaces en estos aspectos. Es necesario realizar otras investigaciones que evalúen la capacidad técnica de quienes dirigen el sistema de salud pública, y mejorar la educación médica en lo que a ésta refiere.

Conclusión: La mayor prevalencia de realización del control prostático anual fue presentada por el grupo de hombres no médicos, con insignificativa diferencia respecto al grupo de hombres médicos. El estudio de la población encuestada en su conjunto, revela que la mayor parte de los hombres se realiza el control prostático anual, a pesar de que los resultados reflejan a la vez, que las campañas de prevención no son el medio a través del cual la mayor parte de los hombres conocen acerca de su existencia. Esto es sugestivo de la dificultad de acceso que tienen las políticas preventivas sanitarias a la población general.

Palabras clave: Control prostático anual–Screening de cáncer de próstata – Urología – cáncer de próstata – Prevención primaria del cáncer

Realization of the annual screening for prostate cancer:

**A comparative Study of its realization between medical and non medical
population**

Abstract

Objective: The general objective is to compare two populations, one only integrated by men non doctors and the other one by doctors, to settle down which presents bigger index of anual screening for prostate cancer.

Material and methods: A Descriptive, Observational, Prospective, Traverse, Quantitative design was done. Three ambulatory centers of health of the city of Quilmes were chosen, Buenos Aires, between the months of August and September of 2004. 50 ambulatory patients and 50 concurrent doctors were interviewed to the selected centers. The age of those interviewed should be the same or bigger than 50 years.

Results: Of 100 interviewed people, 51% was carried out the annual screening for prostate cancer. Regarding the group constituted by non doctors people, 52% referred to have been carried out the screening for prostate cancer yearly in form, while the group constituted by doctors manifested a prevalencia of the same one of 50%. 52% of those interviewed non doctors referred to have suffered prostate symptoms at some time, and of these 33,3% in spite of presenting symptoms in some moment starting from the 50 years, it didn't consider to the same one as detonating of the screening for

prostate cancer. but rather it took it to end like preventive behavior. The group integrated by doctors presented an incidence of prostate symptoms of 18% and of these, 66% affirms that the symptom was not the explosive of the realization of the checkup. 90% of people non doctors possessed knowledge about the existence of screening for prostate cancer, placing to the head doctor like the means through the one which most educates about the existence of the checkup (42%). 74% of the doctors motivates its patients to the realization of the control.

Discussion: The present investigation work puts in relief novel data in its majority, mainly those extracted of the medical population, since they are not available studies to expose and to carry out discussion. The doctor is the main means of diffusion of screening for prostate cancer; contrary to the campaigns of prevention that didn't demonstrate to be the ideally effective ones in these aspects in spite of being means that can achieve great reach and diffusion. It is necessary to carry out other investigations that evaluate the technical capacity of those who direct the system of public health, and to improve the medical education in what refers to this.

Conclusion: The non medical population has a bigger prevalencia in realization of screening for prostate cancer than the medical one. As for the symptom like detonating of the control, the group conformed by doctors sample the biggest proportion in realization of the checkup without previously prostate symptoms , which indicates a good acceptance of the first level of prevention. Both populations reveal that most of the men is carried out screening for prostate cancer, although the results reflect at the same time that the campaigns of prevention are not the means through which most of the men

knows about its existence. This is suggestive of the access difficulty that have the sanitary preventive politicians to the general population.

Key Words: Annual Screening for prostate cancer - Urology – Prostate cancer – primary prevention of cancer

Introducción

El cáncer de próstata es una enfermedad extremadamente frecuente e importante causa de muerte en nuestra sociedad; en términos generales, es la forma mas frecuente de cáncer en los varones, seguido de cerca por el cáncer de pulmón, y la segunda causa de muerte por cáncer ⁽¹⁾.

Este cáncer es responsable de un 13% de todas los tumores del varón, provoca unas 85.000 muertes al año y tiene una incidencia de 35.2 casos/100.000 habitantes, con una incidencia que va en aumento durante los últimos años ⁽¹¹⁾.

Junto con los cánceres mamario, colorrectal y pulmonar, el de próstata es uno de los que tiene mayor incidencia (6,2%) y mortalidad (6,7%) en la Argentina ⁽⁸⁾. En la provincia de Buenos Aires, la incidencia es de 47 casos nuevos cada 100 mil habitantes, esto significa un total de 3.200 afectados por año ⁽¹⁴⁾. Estudios recientes han confirmado que en los últimos veinte años, la incidencia en varones menores de 60 años ha aumentado en un 50% .

Todos los hombres tienen riesgo de contraer cáncer de próstata. Entre los factores de más importantes ⁽²⁴⁾, encontramos a la EDAD, detectándose en un 99% en pacientes mayores de 50 años; la HERENCIA, aumentando entre dos y cinco veces el riesgo cuando quien lo haya padecido sea un hermano o el padre, y aumentando aun

más si hay varios familiares con diagnóstico de este cáncer, sobre todo si han muerto jóvenes; y la RAZA, (más frecuente entre los hombres afroamericanos).

La mayor parte de los pacientes con cáncer de próstata consultan al encontrarse en estadios avanzados, ya con metástasis. Es muy importante señalar que el cáncer de próstata no duele, y por esta razón pueden transcurrir años hasta que se detecte la presencia de la enfermedad⁽¹²⁾. Cuando aparecen estos síntomas, la enfermedad comienza a avanzar de manera muy rápida⁽¹¹⁾.

Para llevar a cabo el diagnóstico, existen dos herramientas que permiten saber si las células de esta glándula crecen desorganizadamente, antes de que el carcinoma se manifieste: en primer lugar un examen de sangre, el cual mide el antígeno prostático específico; y en segundo lugar el tacto rectal, en el que se palpa la presencia de alteraciones en la consistencia prostática^(1,2, 8, 11,12,22).

El cáncer de próstata es sumamente curable si se identifica y se trata en las fases iniciales, antes de que se haya extendido a otras partes del cuerpo^(12, 17), utilizándose actualmente a la prostatectomía radical^(27,11) como el único tratamiento curativo para la enfermedad, con una supervivencia superior al 70%. Si el cáncer de la próstata se ha propagado a órganos distantes, la terapia actual no lo curará⁽⁸⁾.

Actualmente, la Federación Argentina de Urología recomienda, a todo hombre mayor de 50 años, la realización de un control anual de cáncer de próstata, que consiste en un tacto rectal y dosaje de PSA, y a partir de los 45 años, para aquellos que presenten antecedentes de relevancia heredofamiliares. Si el tacto rectal es normal, se realiza el análisis del PSA, el cual si da resultados menores a 4 ng/ml, indica que ese paciente no tiene evidencias de cursar la enfermedad y se le sugiere la realización anual del control. Si el análisis del PSA da entre 4 y 10 ng/ml, se obtiene el índice del PSA, el cual si da mas del 18% orienta hacia una patología benigna de próstata y se le sugiere control cada 6 meses. Si dicho índice da valores menores al 18%, se realizará

una biopsia ecodirigida preferentemente, que si da un resultado negativo sugiere control cada 6 meses, y si da resultado positivo, se procederá a estadificar el tumor para evaluar las posibilidades terapéuticas. Ante un tacto rectal patológico, se realizará en análisis del PSA, y cualquier resultado, sea positivo o negativo, directamente se requiere de la realización de una biopsia ^(8, 11) .

En los últimos 20 años, el promedio de supervivencia para todas las etapas del cáncer de próstata ha aumentado gracias a la detección temprana y al tratamiento ⁽²⁴⁾ . EL control preventivo, llamado también screening, consiste en la utilización de una prueba de detección de una situación, condición o enfermedad en una población durante la fase presintomática, de acuerdo a determinados criterios ⁽⁴⁾ . No es solo una practica preventiva útil sino altamente costo efectiva ⁽³⁾

Según la OMS (organización mundial de la Salud), sin campañas Nacionales de Prevención, los Enfermos de Cáncer Aumentarán en el mundo: de los 10 millones de nuevos casos que se detectaron en el año 2000 se podría pasar a 15 millones antes de que llegue 2020 ⁽²³⁾ .

Los criterios de Frame y Carlson (1972), son aquellos que debe cumplir un problema de salud para realizar sobre el cualquier tipo de acción preventiva ⁽⁴⁾ :La condición o enfermedad a prevenir debe ser causa común de morbimortalidad.; debe ser detectable en la etapa presintomática tratable; el tratamiento precoz debe ser mejor que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnóstico habitual; el daño exponencial de la intervención debe ser menor que el del tratamiento en etapa sintomática o de diagnóstico habitual. Por lo expuesto, el control anual de cáncer de próstata es una herramienta válida para la prevención del mismo ya que reúne dichas características.

Educación a la población e informar al paciente en la consulta son las herramientas más efectivas para el diagnóstico temprano y oportuno, a través del médico en su consultorio, los medios de comunicación y las instituciones científicas, así como los dirigentes políticos, los dirigentes médicos y todos aquellos que puedan realizar una campaña publicitaria⁽⁸⁾. El desafío de los médicos pasa también por conquistar al paciente; lograr que los varones visiten por primera vez al urólogo para realizarse un tacto rectal no es simple. Por esto, el papel de la mujer es fundamental, ya que esta tiene una concepción ancestral del cuidado de la salud del jefe de familia⁽⁸⁾.

El papel que juegan los médicos en toda esta temática es por demás importante.

Para modificar el riesgo de un paciente a desencadenar una determinada enfermedad⁽⁴⁾, en una 1° etapa el médico debe actuar como modelo: Nunca se predicán con más énfasis los cambios de conducta que cuando el médico, por creer en ellos, los ha adoptado. Cuando menos, sin llegar a la mentira, es importante no demostrar los malos hábitos delante de los pacientes.

Pero existen ciertos obstáculos. Por ejemplo, desde el médico, encontramos un determinado modelo de medicina aprendido: En el pregrado y luego a lo largo de su práctica, la enseñanza se basa en el modelo de la medicina curativa, que implica el diagnóstico exacto y la descripción de un tratamiento. Es difícil que los médicos aprendan el modelo de la medicina preventiva. Además, existe inadecuada formación de los profesionales en las actividades preventivas. Desde el paciente, se encuentra un acostumbramiento al modelo de medicina curativa, por esto puede no responder al consejo preventivo; diversidad de recomendaciones por falta de consenso, y temor a quedar rotulado con un diagnóstico⁽⁴⁾.

Relevancia

Se obtendrá información precisa acerca de la cantidad de médicos que se realizan anualmente el control prostático consistente en tacto rectal y dosaje en sangre del PSA, y población masculina no médica, para someter ambos grupos a comparación. También se incluirán datos que harán un diagnóstico más acertado de la situación. Con los resultados, se obtendrá un patrón de comparación para futuras investigaciones, ya que no hay datos disponibles en la actualidad. Permitirá reevaluar los modelos de prevención adoptados en nuestro medio, y corregir aspectos de la educación médica de pre y postgrado en relación a la salud pública.

Objetivos

El **objetivo general** es comparar dos poblaciones, una integrada por hombres no médicos y la otra únicamente por médicos, para establecer cuál presenta mayor prevalencia de control prostático anual.

Los **objetivos específicos** son: Establecer la prevalencia del control prostático anual en la totalidad de los encuestados. Evaluar acerca del chequeo anual de cáncer de próstata datos tales como conocimiento del mismo, edad de realización por primera vez, presencia de síntomas de prostatismo, síntomas de prostatismo como estimulantes para su realización, cuantificar las personas que no presentaron síntomas y llevaron a cabo el control de manera preventiva. Acerca de los antecedentes neoplásicos familiares, establecer su presencia y localización anatómica del tumor primario. Determinar qué medio (campana, médico de cabecera, familiar o allegado, enseñanza universitaria médica) prevalece como oferente de la información acerca de la existencia del control prostático. Cuantificar la cantidad de médicos que recomiendan a sus pacientes la realización del control prostático, y relacionar este dato con la autorrealización del control.

Hipótesis

La proporción de médicos que se realiza el control de cáncer de próstata es distinta a la proporción de sujetos no médicos.

Materiales y Método

Diseño del estudio: Descriptivo, Observacional, Prospectivo, Transversal, Cuantitativo.

Población: Compuesta por 100 personas.

Muestras:

Muestra 1: Conformada por personas no médicas. n= 50

Criterios de inclusión: sexo masculino , edad mayor a 50 años.

Criterios de exclusión: personas que actualmente padezcan de carcinoma prostático diagnosticado y se encuentren bajo seguimiento médico. Pacientes prostatectomizados.

Criterios de eliminación: Personas que suministren información incompleta o discordante.

Muestra 2: Conformada por personas médicas. n=50

Criterios de inclusión: sexo masculino, edad mayor a 50 años.

Criterios de exclusión: personas que actualmente padezcan de carcinoma prostático diagnosticado y se encuentren bajo seguimiento médico. Pacientes prostatectomizados.

Criterios de eliminación: Personas que suministren información incompleta o discordante.

Procedimiento: Se eligieron dos centros de salud ambulatorios del partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires, entre los meses de agosto y septiembre de 2004. Se realizaron encuestas a sobre cerrado a los pacientes ambulatorios y médicos que concurrían a los centros elegidos. La encuesta realizada contaba de preguntas en común para ambos grupos a excepción de una de ellas orientada estrictamente a la población médica.

Variables presentes en la encuesta, escala de valores e indicadores:

1) Profesión

Escala de valores: Médico – No médico

Indicadores: Se considerará médico a aquel que presente matrícula que lo avale como tal.

2) Edad

Escala de valores: 50-55; 56-60; 61-65; 66-70; >71.

Indicadores: Cada persona indicará en la encuesta su edad según DNI/LE/CI .

3) Conocimientos acerca del control anual de cáncer de próstata

Escala de valores: SI – NO

Indicadores: Se solicita en la encuesta que de acuerdo a su conocimiento acerca de la existencia del chequeo anual de cáncer de próstata, coloque si o no.

4) Realización del control anual de cáncer de próstata

Escala de valores: SI - NO

Indicadores: Se preguntará en la encuesta si se ha realizado control anual de cáncer de próstata. Se considerará su realización en forma anual, en los siguientes casos: 1) si se realiza sin interrupción durante 2 o más años; 2) aquellos cuya edad sea de 50 años, que se hayan controlado una única vez.

5) Edad del 1º control prostático anual

Escala de valores: 50-55; 56-60; 61-65; 66-70; >71.

Indicadores: El encuestado que responda la pregunta 4 positivamente, deberá seleccionar la edad en la cual se realizó el primer chequeo.

6) Antecedentes de cáncer heredofamiliar

Escala de valores: SI – NO

Indicadores: El encuestado elegirá una de las dos opciones en base a la presencia de casos de cáncer en familiares cosanguíneos, sin importar sexo del familiar ni localización del tumor.

7) Localización anatómica de la neoplasia heredofamiliar

Escala de valores: Próstata – Colon – Pulmón – Mama – Utero – Otro – No conoce

Indicadores: En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 6, se deberá optar por una o más opciones teniendo en cuenta la localización anatómica primaria del cáncer heredofamiliar. Se colocan opciones que según las estadísticas tienen mayor incidencia. Puede seleccionarse más de una opción.

8) Presencia de síntomas de prostatismo

Escala de valores: SI – NO

Indicadores: El encuestado deberá contestar si padeció alguna vez síntomas de prostatismo, considerándose como tales dificultad para iniciar la micción, disuria, polaquiuria o hematuria, y eventualmente dolor.

9) Prostatismo como detonante del control anual

Escala de valores: SI – NO

Indicadores: En caso de contestar afirmativamente la pregunta 8, deberá optar por una de las dos opciones.

12) Asesoramiento en la prevención del cáncer de próstata

Escala de valores: Campaña de prevención; Medico de cabecera; familiar o allegado; Enseñanza universitaria; ninguno.

Indicadores: El encuestado podrá seleccionar 1 o mas opciones a través de las cuales conoció el control, tomándose campañas de prevención en medios gráficos, televisivos o radiales; médico de cabecera a aquel que frecuenta mas a menudo; familiar o allegado si el conocimiento fue transmitido por alguno de ambos grupos, Educación Universitaria: opción destinada exclusivamente a la población médica; ninguno: si nunca recibió información acerca de la existencia del chequeo.

13) Recomendación de realización del control prostático anual por parte del médico

Escala de valores: SI – NO – Sus pacientes nunca son hombres mayores de 50 años

Indicadores: Pregunta dirigida únicamente a la población médica. El encuestado deberá elegir en base a su accionar cotidiano, si estimula o no a sus pacientes a la realización del chequeo ya sea directa o indirectamente (derivación al urólogo). Existe una opción a ser marcada por aquellos cuyos pacientes no forman parte de la población blanco.

Resultados

De las 100

personas

encuestadas, el 51%

se realizó el control

prostático anual.

Respecto al grupo

constituido por

personas no

médicas, el 52%

refirió haberse

*realizado el control
prostático en forma
anual, mientras que
el grupo constituido
por médicos
manifestó una*

*prevalencia del
mismo del 50%, ver
gráfico n°1. La edad
promedio del primer
control prostático en
el grupo de personas*

no médicas fue de 62 años, a diferencia del grupo integrado por médicos en el cual la edad media fue de 54 años. En

*cuanto a la
presencia de
antecedentes
heredofamiliares
neoplásicos, en el
grupo de no médicos*

*fue del 36%, en
comparación con el
grupo integrado por
médicos que mostró
un 44% de
incidencia. La*

*discriminación por
localización
anatómica de la
neoplasia se
encuentra en la tabla
nº1.*

La edad promedio del grupo integrado por personas no médicas fue de 64 años, mientras que el grupo de médicos mostró un promedio de 56 años.

*El 52% de los
encuestados no
médicos refirió
haber padecido
alguna vez síntomas
de prostatismo, y de*

*éstos el 33,3% a
pesar de presentar
síntomas en algún
momento a partir de
los 50 años, no
consideró al mismo*

*como detonante del
control prostático
anual sino que lo
llevó a cabo como
conducta preventiva.*

El grupo integrado

*por médicos
presentó una
incidencia de
síntomas de
prostatismo del 18%,
y de estos, el 66%*

*afirma que el
síntoma no fue el
detonante de la
realización del
chequeo. Es
interesante destacar*

*que el 23,1% de los
pacientes no médicos
que presentó
síntomas de
prostatismo, nunca
se ha realizado un*

*control prostático,
en cambio, en la
población médica la
cifra fue del 22,2%.*

*Para su evaluación
esquemática , ver el*

*gráfico n°2 que
demuestra la
presencia de
síntomas de
prostatismo en
ambas poblaciones*

*estudiadas, y el
gráfico n°3 que
expone al síntoma
como detonante del
control prostático
anual comparando*

médicos y no médicos.

Las estadísticas muestran que el 90% de las personas no médicas poseía conocimiento acerca de la existencia del control prostático anual, colocando al médico de cabecera como el medio a través del cual la mayor parte se interiorizó acerca de la existencia del mismo (42%). Con respecto a los médicos, solamente el 4% no conocía la existencia del control prostático, y el conocimiento adquirido en la Universidad fue seleccionado como el medio a través del cual se interiorizaron acerca de la existencia del mismo, en un 66,6%; la tabla n° 2 muestra el porcentaje de evocación de los demás medios para ambos grupos poblacionales.

En cuanto a la recomendación por parte del médico a sus pacientes acerca de la realización del control prostático anual, el 74% de ellos refirieron incentivar a sus pacientes. Se destaca que los médicos que recomiendan esta práctica, tienen una prevalencia de realización del control prostático anual del 59%.

Discusión

El presente trabajo de investigación pone en relieve datos novedosos en su mayoría, sobre todo aquellos extraídos de la población médica, ya que no se encuentran estudios disponibles para exponer y realizar discusión. Es evidente que tampoco existen datos estadísticos que permitan efectuar lo propio con la comparación que se efectuara entre ambos grupos poblacionales.

La mayor parte de la población no médica en estudio se realiza el control prostático anual. Un estudio realizado por Volk, Robert y col. ⁽³²⁾ en Londres, Gran Bretaña, demostró que: 1) solo el 15% de la población en estudio se realizaba el control anual prostático, marcándose una diferencia importante con los datos obtenidos en este trabajo; y 2) la mayor proporción de personas que se realizó el control había presentado síntomas previos de prostatismo. Esta misma conclusión se extrae en la presente investigación, en relación exclusivamente al grupo de hombres no médicos, situación que no se homologa con la presentada por el grupo constituido por médicos, el cual

tiene mayor prevalencia de realización del chequeo sin síntomas como detonantes del mismo.

Es interesante destacar que, a pesar de la escasa diferencia que separa a los grupos en comparación con relación a la realización del control prostático anual, que beneficia estadísticamente a la población no médica, los datos aportados por el grupo de médicos deben ser tenidos muy en cuenta. Es importante remarcar el hecho de que la mayor proporción de médicos que recomiendan el control prostático anual, se realizaron dicho chequeo.

El médico es poco estudiado con relación a la autopráctica de actividades preventivas, y por carecer la enseñanza médica de un modelo curativo, es entonces rotulado su accionar como de escaso contenido preventivo en la práctica diaria, lo cual es discutible ya que los datos aportados por esta investigación indican que el médico es el principal medio de difusión de las prácticas preventivas de este estilo. Es interesante resaltar, por otro lado, que las campañas de prevención, que son medios que pueden lograr gran alcance y difusión sobre todo para acercar información a aquellas personas que no concurren asiduamente a un médico de cabecera, no tienen gran peso en la tarea preventiva. Un trabajo reciente realizado por PRONet, red mundial de asociaciones de enfermos de cáncer de próstata ⁽¹⁷⁾, expuso que es necesaria una mayor concientización respecto de la enfermedad y sus factores de riesgo, un mayor conocimiento de la detección precoz y de las opciones de tratamiento y un aumento de la financiación para la investigación. Esto coincide con los datos presentados en el presente trabajo, que si bien demuestran que la mayoría de las personas no médicas conocían acerca de la existencia del control prostático anual, no es correlacionable con la cifra de personas que se había realizado el chequeo, y por otro lado, con la gran tasa de hombres que a pesar de padecer síntomas de prostatismo no concurrió al urólogo. Esto demuestra que

no se recibe la adecuada información acerca de los beneficios de prevenir la patología; esta falla puede inclusive devenir del médico que los informa. Se propone evaluar los conocimientos puntuales de los médicos acerca de las distintas prácticas preventivas, a fin de conocer su grado de actualización respecto de ellos. Esto es fundamental teniendo en cuenta que ellos fueron colocados en primer lugar como difusores del control.

Se deja planteada la necesidad de investigar la calidad de las campañas preventivas, con el objetivo de modificar sus contenidos para que sean realmente aprovechables desde la población general, teniendo en cuenta que la decisión final pasa por cada persona.

Es necesario plantear que con relación a los resultados obtenidos acerca de que la mayor parte de los médicos reciben educación universitaria respecto a la prevención, es llamativo que se encuentren tan pobremente posicionadas las campañas que, en definitiva, son un elemento de la salud pública la cual paradójicamente es conducida y dirigida por médicos. Es necesario realizar otras investigaciones que evalúen la capacidad técnica de quienes dirigen este sector, estudiando la posibilidad de modificar la enseñanza médica de pre y postgrado a fin de preparar médicos de mejor calidad en cuanto a salud pública se refiere, realizando trabajos de campo, interacción con la población general para conocer sus dudas acerca de determinados temas con destino a orientar las campañas hacia las respuestas que la gente necesita.

Conclusiones

De los resultados obtenidos en el presente estudio se desprenden varias conclusiones.

En primer lugar, queda demostrado que la mayor prevalencia de realización del control prostático anual fue presentada por el grupo de hombres no médicos, a pesar de la insignificativa diferencia con el grupo de hombres médicos.

El estudio de la población encuestada en su conjunto, revela que la mayor parte de los hombres se realiza el control prostático anual, a pesar de que los resultados reflejan a la vez, que las campañas de prevención no son el medio a través del cual la mayor parte de los hombres conocen acerca de su existencia. Esto es sugestivo de la dificultad de acceso que tienen las políticas preventivas sanitarias a la población general, y por otro lado, en el grupo de hombres no médicos, se encontró que el consejo del médico de cabecera es la principal fuente de difusión de este estilo de prácticas. Si observamos el fenómeno estrictamente en la población médica, vemos que la educación universitaria otorga conocimiento acerca del control prostático anual, a pesar de que esto no se manifiesta en el ámbito público sanitario, esto es, en la práctica, por el escaso peso de las campañas de prevención.

Es interesante remarcar que la población no médica contó con un promedio etario mayor al de la población médica, lo cual no establece relación lineal con la mayor prevalencia del control, que por la incidencia de sintomatología prostática debido a la edad debería haber demostrado.

En referencia a los antecedentes neoplásicos familiares, se encontró que el grupo con mayor incidencia de cáncer fue el integrado por médicos, presentando niveles considerables de cáncer de próstata.

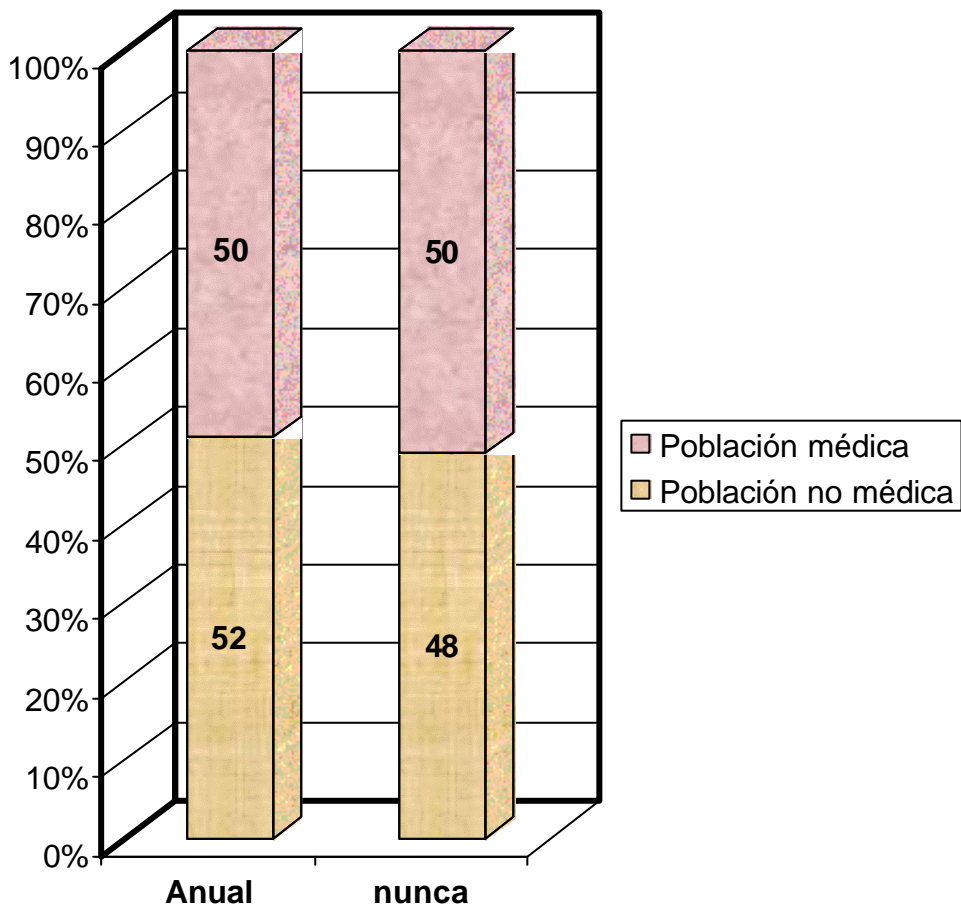
La mayoría de los médicos refieren aconsejar a sus pacientes acerca del control prostático anual. Se destaca que la mayor parte de quienes recomiendan la práctica también la llevan a cabo consigo mismos. Esto pone en evidencia que existe en ellos un grado de concientización que excede la práctica médica diaria y se traslada a su propia salud.

En cuanto al síntoma como detonante del control, el grupo conformado por médicos muestra la mayor proporción de realización del chequeo sin sintomatología

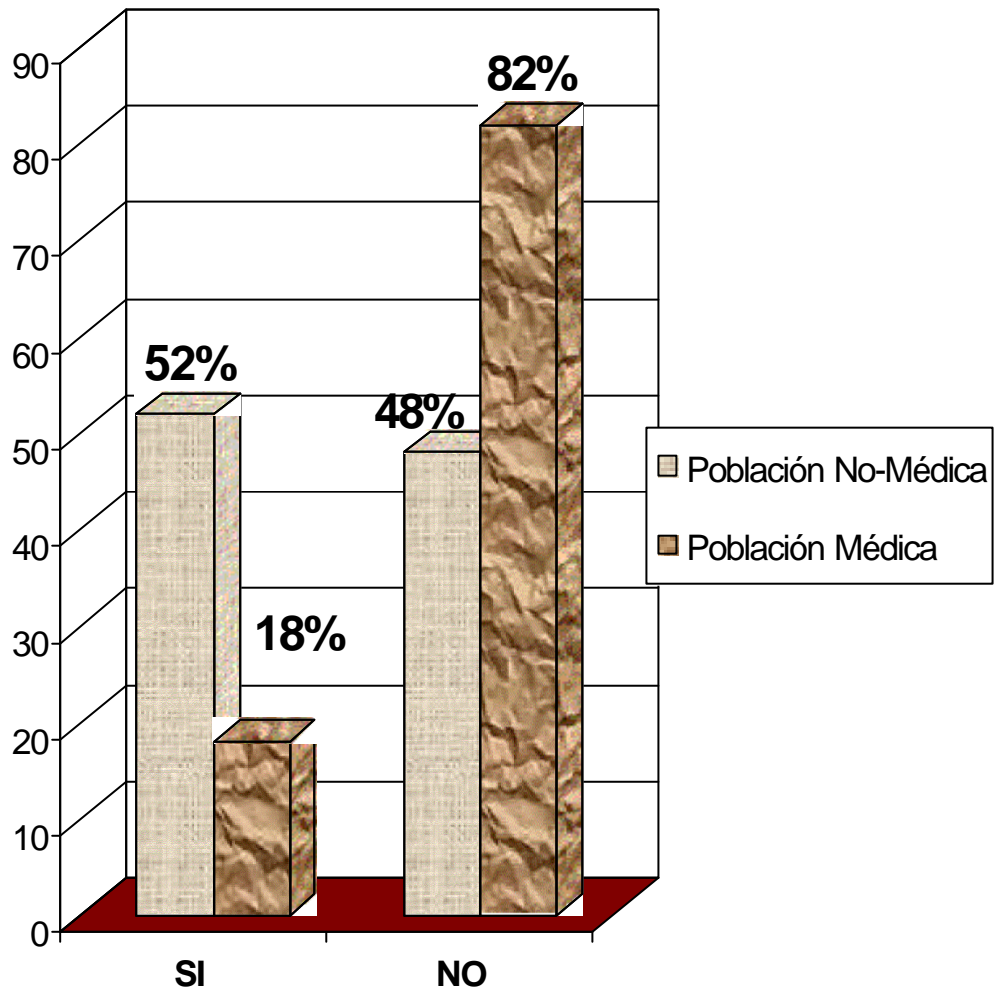
prostática previa, lo cual indica una óptima aceptación del primer nivel de prevención por parte de los mismos. Es importante destacar que la población no médica presentó un alto índice de conocimiento acerca de la práctica preventiva, y a pesar de este dato, la mayor parte de ellos no concurrió al urólogo hasta tener síntomas, por lo tanto éstos fueron el detonante del control anual. Esto no es correlativo con un buen nivel de información transmitida, sino sugerente de ineficacia. Debe realizarse un esfuerzo colectivo desde todos los ámbitos pertinentes, a fin de que aquellas enfermedades prevenibles, tal es el caso, puedan disminuir su incidencia, insistiéndose fundamentalmente en la educación sanitaria de la población.-

ANEXOS

**Gráfico 1. Realización del control anual de cáncer de próstata:
Comparación entre población médica y no médica**



**Gráfico n°2. Presencia de síntomas de prostatismo:
Comparación entre población médica
y no médica**



Síntoma como detonante del control prostático anual: comparación entre población no médica y médica

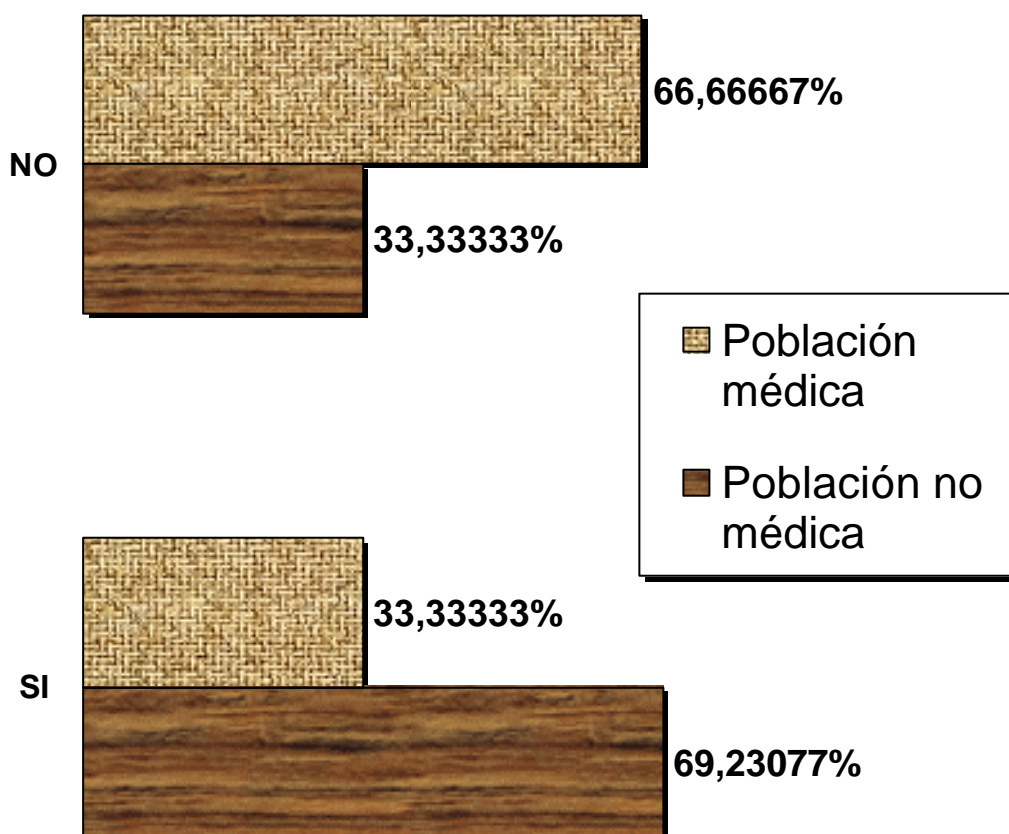


Tabla N°1: Localización anatómica de neoplasias heredofamiliares en las poblaciones médica y no médica estudiadas

| Localización anatómica de la neoplasia primaria heredofamiliar | Población no Médica(%) | Población Médica (%) |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Próstata | 5,56 | 31,8 |
| Colon | 11 | 14 |
| Pulmón | 11,1 | 18,2 |
| Mama | 11,1 | 4,55 |
| Útero | 5,6 | 4,5 |
| Otro | 38,9 | 45,5 |
| No conoce | 27,77 | 0 |

Tabla n°2 : Medios de conocimiento del control prostático anual en las poblaciones médica y no médica estudiadas

| Medios de difusión | Población no médica n= 50 | | Población médica n=50 | |
|---------------------------|----------------------------------|----|------------------------------|----|
| | número | % | número | % |
| Campaña de prevención | 15 | 30 | 13 | 26 |
| Médico de cabecera | 21 | 42 | 3 | 6 |
| Familiar, allegado | 9 | 18 | 0 | 0 |
| Formación médica* | 0 | 0 | 32 | 64 |

| | | | | |
|---------|---|----|---|---|
| Ninguno | 5 | 10 | 2 | 4 |
|---------|---|----|---|---|

*Sólo objetivable en la población médica

BIBLIOGRAFÍA

1. *COTRAN, KUMAR, COLLINS; ROBBINS, PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL ; 6° EDICIÓN; MÉXICO; EDITORIAL MC GRAW HILL INTERAMERICANA, AÑO 2000; CAPÍTULO 23: APARATO GENITAL MASCULINO; PÁGINAS 1073, 1074,1075,1076,1077.*

2. SAENZ,CARLOS, VALZACCHI, GASTÓN; LIBRO: UROLOGÍA EN ESQUEMAS; ; 2° EDICIÓN; BUENOS AIRES; EDITORIAL EL ATENEO,; 1997; CAPÍTULO 23: TUMORES DE LA PRÓSTATA; PÁGINAS 135,136,137,138.

3. FODARO, LUIS ; ROMÁN, FABIAN Y COL. , CURSO DE MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA;MODULO I ; BUENOS AIRES; 1998; CAPITULO 1, INTRODUCCION A LA MEDICINA FAMILIAR; PAGINAS 13,14,15,16,17,18,19.

4. FODARO LUIS ; ROMÁN, FABIAN Y COL. , CURSO DE MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA;MODULO II ; BUENOS AIRES; 1998; CAPITULO 6,PRACTICAS PREVENTIVAS ; PAGINAS 30, 35, 37, 38

5. SÁNCHEZ GM, CALDERÓN FF, PACHECO GC, PÉREZ OR, MARTÍNEZ CP, USLA IA; CASOS NUEVOS DE CARCINOMA DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL

GEA GONZÁLEZ; REVISTA MEXICANA DE UROLOGÍA; MÉXICO; 1996; 56(1),
PAGINAS 09-11.

6. STEVEN H. WOOLF, M.D., M.P.H. , SCREENING FOR PROSTATE CANCER WITH
PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN — AN EXAMINATION OF THE EVIDENCE; NEW ENGLAND
JOURNAL OF MEDICINE; 1995, NUMERO 21, VOLUME 333,PAGINAS 1401-1405.

7. PETER T. SCARDINO, M.D., THE PREVENTION OF PROSTATE CANCER — THE DILEMMA
CONTINUES ; NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE; 2003, NUMBER 3; VOLUME 349;
PAGINA 297.

8. CANCER DE PRÓSTATA; [HTTP://WWW.SALUD.BIOETICA.ORG/PROSTATA.HTML](http://www.salud.bioetica.org/prostata.html)

9. INFORMACION GENERAL ACERCA DEL CANCER DE PRÓSTATA;
[HTTP://WWW.DELCANCER.COM/COLITORAL/BRAQUITERAPIA2.HTM#1](http://www.delcancer.com/colitoral/braquiterapia2.htm#1)

10.EL CANCER DE LA PRÓSTATA;

[HTTP://WWW.SALUDNUTRICION.COM/SCRIPTS/SALUD.DLL/EL_CANER_DE_LA_PROSTATA.](http://www.saludnutricion.com/scripts/salud.dll/el_cancer_de_la_prostata.html)
HTML

11. CÁNCER DE PRÓSTATA. [HTTP://WWW.UROLOGIA-ANDROLOGIA.COM/CANCER.HTML](http://www.urologia-andrologia.com/cancer.html)

12. EXAMEN DE PRÓSTATA

[HTTP://WWW.TERRA.COM.AR/CANALES/SALUD/70/70684.HTML](http://www.terra.com.ar/canales/salud/70/70684.html)

13. DR. CORVALÁN MARIO; PREVENCIÓN DEL CANCER 1º PARTE, REVISTA MEDICOS,
SECCION NOTAS DE INTERES;2001;VOLUMEN46.

14. : CÁNCER DE PRÓSTATA

[HTTP://WWW.ESTARINFORMADO.COM.AR/PAG%20SALUD/LA_ASPIRINA_.HTM](http://www.estarinformado.com.ar/pag%20salud/la_aspirina_.htm)

15. DIAGNÓSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

[HTTP://WWW.ILADIBA.COM.CO/UPR/1999/NO21999/HTM/CANCER2.ASP;](http://www.iladiba.com.co/upr/1999/No21999/htm/cancer2.asp)

16. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE

PRÓSTATA [HTTP://WWW.INFODOCTOR.ORG/BANDOLERA/B74S-7.HTML;](http://www.infodoctor.org/bandolera/b74s-7.html)

17. EL IMPACTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA ESTA INFRAVALORADO DEBIDO A LA
IGNORANCIA Y A LA APATÍA. ENCUESTA DE PRONET

[HTTP://WWW.FONENDO.COM/NOTICIAS/9/2002/09/1.SHTML](http://www.fonendo.com/noticias/9/2002/09/1.shtml)

18. HARRY J. DE KONING, ANSSI AUVINEN, ANTONIO BERENGUER SANCHEZ, FERNANDO
CALAIS DA SILVA, STEFANO CIATTO, LOUIS DENIS, JOHN K. GOHAGAN, MATTI HAKAMA
, JONAS HUGOSSON , RIES KRANSE , VERA NELEN , PHILIP C. PROROK , FRITZ H.
SCHRÖDER , ERSPC AND THE PLCO TRIALS (THE INTERNATIONAL PROSTATE CANCER
SCREENING TRIALS EVALUATION GROUP)

EPIDEMIOLOGY: LARGE-SCALE RANDOMIZED PROSTATE CANCER SCREENING TRIALS:
PROGRAM PERFORMANCES IN THE EUROPEAN RANDOMIZED SCREENING FOR PROSTATE
CANCER TRIAL AND THE PROSTATE, LUNG, COLORECTAL AND OVARY CANCER TRIAL:
DISPONIBLE EN : [HTTP://WWW3.INTERSCIENCE.WILEY.COM/CGI-
BIN/ABSTRACT/85514513/ABSTRACT](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/85514513/abstract)

19: KATHRYN L. TAYLOR, PH.D. , REBECCA SHELBY, B.A. , JON KERNER, PH.D. ,
WILLIAM REDD, PH.D. , JOHN LYNCH, M.D.

ORIGINAL ARTICLE: IMPACT OF UNDERGOING PROSTATE CARCINOMA SCREENING ON
PROSTATE CARCINOMA-RELATED KNOWLEDGE AND DISTRESS; DISPONIBLE EN :
[HTTP://WWW3.INTERSCIENCE.WILEY.COM/CGI-BIN/ABSTRACT/98015427/ABSTRACT](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/98015427/abstract)

20: IAN M. THOMPSON, M.D., DONNA K. PAULER, PH.D., PHYLLIS J. GOODMAN, M.S.,
CATHERINE M. TANGEN, DR.P.H., M. SCOTT LUCIA, M.D., HOWARD L. PARNES, M.D.,
LORI M. MINASIAN, M.D., LESLIE G. FORD, M.D., SCOTT M. LIPPMAN, M.D., E. DAVID
CRAWFORD, M.D., JOHN J. CROWLEY, PH.D., AND CHARLES A. COLTMAN, JR., M.D.

PREVALENCE OF PROSTATE CANCER AMONG MEN WITH A PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN
LEVEL ≤ 4.0 NG PER MILLILITER; DISPONIBLE EN
[HTTP://CONTENT.NEJM.ORG/CGI/CONTENT/FULL/350/22/2239?JOURNALCODE=NEJM&EXC
LUDEFLAG=TWEEK_ELEMENT&SORTSPEC=SCORE%2BDESC%2BPUBDATE_SORTD
ATE%2BDESC&HITS=20&WHERE=FULLTEXT](http://content.nejm.org/cgi/content/full/350/22/2239?journalcode=nejm&excludedeflag=tweek_element&sortspec=score%2Bdesc%2Bpubdate_sortdate%2Bdesc&hits=20&where=fulltext)

21. SERVICIO DE UROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. CORDOBA
.AUTOR/ES: LÓPEZ LUQUE, A.J.; GÓMEZ BERMUDO, J.; CARAZO CARAZO, J.L.; MÁRQUEZ
LÓPEZ, F.J.; LEVA VALLEJO, M.; REGUEIRO LÓPEZ, J.C.; PRIETO CASTRO, R.; ANGLADA

CURADO, F.; ÁLVAREZ KINDELÁN, J.; MOLINA SÁNCHEZ, J.; SACEDA LÓPEZ, J.L.; GÓMEZ BERMUDO, F.; ORTIZ DELGADO, G.; CARRASCO AZNAR, J.C.; ALAMEDA ARAGONESES, V.; REQUENA TAPIA, M.J. ;TÍTULO: TASA DE CANCER DE PROSTATA EN PRIMERA BIOPSIA. BIOPSIA SEXTANTE VERSUS BIOPSIA CON MAS DE 6 MUESTRAS. DISPONIBLE EN:
WWW.LAB-FOURNIER.COM:81/ASP/AEU/AEU2004/RESUMENES.ASP

22. SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, JAIME A. CAJIGAS, RICARDO SCHLESINGER, JAVIER HERNÁNDEZ, JAIME RANGEL, WILLIAM QUIROGA Y FRANCISCO VALLEJO ;CANCER DE PROSTATA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL; DISPONIBLE EN WWW.ENCOLOMBIA.COM/UROLOGIA8299-CANCER.HTML

23. INFORME DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD (OMS) , DISPONIBLE EN [HTTP://MED.UNNE.EDU.AR/CATEDRAS/CIRUGIA_I/INFORME_OMSI.HTM](http://MED.UNNE.EDU.AR/CATEDRAS/CIRUGIA_I/INFORME_OMSI.HTM);

24. EL CÁNCER DE PRÓSTATA. UNIVERSIDAD DE VIRGINIA
[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEM.VIRGINIA.EDU/UVAHEALTH/ADULT_PROSTATE_SP/PROCAN.CFM](http://WWW.HEALTHSYSTEM.VIRGINIA.EDU/UVAHEALTH/ADULT_PROSTATE_SP/PROCAN.CFM)

25. DOSEP Y LA PREVENCIÓN DEL CANCER DE PRÓSTATA
[HTTP://WWW.SANLUIS.GOV.AR/NOTAS.ASP?IDCANAL=2237&ID=878](http://WWW.SANLUIS.GOV.AR/NOTAS.ASP?IDCANAL=2237&ID=878)

26. NATIONAL CANCER INSTITUTE ; PREGUNTAS Y RESPUESTAS: INFORME ANUAL A LA NACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DEL CÁNCER EN EL PERÍODO 1975-2001, CON ESPECIAL ÉNFASIS SOBRE LA SUPERVIVENCIA

[HTTP://WWW.CANCER.GOV/NEWSCENTER/PRESSRELEASES/REPORTNATION2004QANDAES](http://www.cancer.gov/newscenter/pressreleases/reportnation2004qandaes)
PANOL

27. PROGRAMA SEER DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER;(NATIONAL CANCER INSTITUTE, SU SIGLA EN INGLÉS ES NCI); INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN ESTADOS UNIDOS DESDE 1973 HASTA 1995. UTAH UNIVERSITY
[HTTP://UUHSC.UTAH.EDU/HEALTHINFO/SPANISH/PROSTATE/PSTATS.HTM](http://uuhsc.utah.edu/healthinfo/spanish/prostate/pstats.htm);

28. SECOND VOLUME OF THE HARVARD REPORT ON CANCER PREVENTION . HARVARD UNIVERSITY
[HTTP://WWW.HSPH.HARVARD.EDU/CANCER/PUBLICATIONS/REPORTS.HTML#VOLUME2](http://www.hsph.harvard.edu/cancer/publications/reports.html#volume2)

29. ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA ARGENTINA. PRIMERA PARTE ; PREGUNTAS SOBRE CÁNCER DE PRÓSTATA. CANCER TEAM. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE ONCOLOGIA. [HTTP://WWW.CANCERTEAM.COM.AR/POLI111.HTML](http://www.cancerteam.com.ar/poli111.html);

30. POST P.N., STOCKTON D., DAVIES T.W., ET AL. 'UNDERSTANDING CANCER OF THE PROSTATE', BRITISH JOURNAL OF CANCER 1999; 79(1): 13-17. LONDRES.

31. UNO DE CADA SEIS HOMBRES ESTADOUNIDENSES SERÁ DIAGNOSTICADO CON CÁNCER DE PRÓSTATA
[HTTP://WWW.NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS/SPANISH/NEWS/FULLSTORY_20070.HTML](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_20070.html) .

32. ROBERT J. VOLK, PHD; ALVAH R. CASS, MD, SM; STEPHEN J. SPANN, MD., A
RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF SHARED DECISION MAKING FOR PROSTATE
CANCER SCREENING; ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR, GRAN BRETAÑA, 1999; ARCH
FAM MED, 84 (4):333-340; LONDRES.

33. INFORMANTES CALIFICADOS CONSULTADOS

DR. FLIESS ENRIQUE, MEDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

DR TABERNA HECTOR, MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA

DR MOBILIA OSVALDO , MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA

DR DELCOCO JUAN CARLOS, MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
CLINICA MEDICA