



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN**



Perfil de riesgo del usuario con Cáncer de Próstata

AUTORES:

Br. Díaz, Manuela
Br. Martínez, Vanesa
Br. Martínez, Sofía
Br. Methol, Juliana
Br. Menoni, Catherine

TUTORAS:

Prof. Asist. Lic. Enf. Nantes, Alicia
Prof. Adj. Lic. Enf. García, Ana

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

Montevideo, 2010

ABREVIATURAS USADAS

Siglas:

EEUU	Estados Unidos
PSA	Antígeno Prostático Específico.
TC	Tacto Rectal.
Op. Cit.	Obra ya citada del mismo autor
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
RAO	Retención aguda de orina.

AGRADECIMIENTOS

A la Prof. Adj. Lic. Enf. Ana García y a la Prof. Asist. Lic. Enf. Alicia Nantes, como docentes tutoras agradeciendo el apoyo recibido, ya sea evacuando dudas o realizando correcciones pertinentes, para lograr que este trabajo de investigación se cumpliera.

A la institución Policlínica de Urología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintelas, y funcionarios por permitirnos el acercamiento al campo de investigación.

ÍNDICE

Abreviaturas.....	2
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	5
Introducción.....	7
Fundamentación.....	9
Planteamiento del Problema.....	11
Objetivos.....	11
Metodología.....	12
Definición de las variables.....	14
Resultados de los datos obtenidos.....	18
Análisis.....	26
Conclusiones.....	32
Sugerencia desde la perspectiva de enfermería.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos.....	36

RESUMEN

Para conocer el perfil de riesgo de los usuarios que presentan como diagnóstico neoplasma de próstata, se planteó como objetivo, determinar el perfil de riesgo tomando en cuenta cuáles fueron los factores de riesgo que más se repitieron en los usuarios, así como la información que presentaron acerca del control prostático, el medio por el cual la recibieron y el motivo de la primer consulta.

Esta investigación se realizó a través de un estudio descriptivo de corte transversal, tomando una muestra no probabilística por conveniencia, habiendo llegado éstos a un total de 62 usuarios adultos y adultos mayores que concurrieron a la Policlínica de Urología del Hospital de Clínicas, en el periodo comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010.

Obteniendo como el perfil de riesgo para el cáncer de próstata a usuarios con las siguientes características: una edad de entre 65 a 75 años en un 40.3%, de raza blanca en un 98.4%, presentando un 32.3% antecedentes familiares de cáncer de próstata, con el hábito del tabaquismo en un 71%. En cuanto al nivel de instrucción un 33.9% presentó primaria incompleta, un 75.8% no presentó información sobre el control prostático previo al diagnóstico y los que la poseían la obtuvieron mediante el médico en un 83.9%; el motivo de la primer consulta fue por síntomas en un 71%.

Se sugiere entonces mejorar los sistemas de información acerca del cáncer de próstata, implementando estrategias a nivel nacional, enfatizando la educación por parte de enfermería en los niveles de atención pertinentes.

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación se llevo a cabo por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el Trabajo de Investigación Final correspondiente al cuarto ciclo, de la Facultad de Enfermería, ubicada en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quíntelas. La misma fue orientada por el Dpto. de Administración, tutoriada por las docentes: Ana García y Alicia Nantes.

El propósito de la investigación fue elaborar el perfil de riesgo de los usuarios que presentan diagnóstico de cáncer de próstata, a través de los factores de riesgo que más se repitieron en los usuarios adultos y adultos mayores, la información que poseían sobre el control prostático, el medio por el cual la recibieron y el motivo de la primer consulta; con la finalidad de conocer la importancia que tienen éstas variables en la aparición de la enfermedad, pudiendo así contribuir como enfermeras a realizar estrategias de fomento protección y rehabilitación.

Surge el interés por investigar cual es el perfil de riesgo para el cáncer de próstata en el Uruguay, a partir de experiencias clínicas realizadas en el transcurso de la carrera donde se observó la elevada incidencia de ésta patología. Sumado a esto, el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por neoplasma en nuestro país en donde los datos revelan que en los años 1996 y 1997 existió una incidencia de 1985 casos, los cuales corresponden a un 14.7% de todos los cánceres.¹

Dicha investigación fue llevada a cabo en la Policlínica de Urología, ubicada en el primer piso del Hospital de Clínicas. En la misma se atienden todas las consultas

¹ Datos Epidemiológicos, Incidencia, www.bvsoncologia.org.uy/pdfs/epidemiologia_en_cancer

externas, de lunes a viernes en el horario de 7:30 a 12:30, a excepción de los días jueves que se asiste a usuarios de Nefrología.

El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, tomando una muestra no probabilística por conveniencia.

La metodología utilizada para la realización de éste trabajo fue revisión bibliográfica, búsqueda en internet, entrevistas estructuradas y observación.

Durante la revisión bibliográfica se encontraron pocas investigaciones previas sobre el tema, y se constató que no hay programa de prevención en salud sobre el cáncer de próstata a nivel nacional.

II. FUNDAMENTACIÓN

El problema a estudiar surgió a partir de una experiencia práctica realizada en el Hospital de Clínicas durante el curso de Administración de los Servicios de Enfermería. En ésta se observó que en la Clínica Urológica una de las patologías más prevalentes fue el neoplasma de próstata. El mismo, es la segunda causa de muerte por cáncer en hombres en gran parte del mundo y su incidencia se acrecienta con la edad más que para cualquier otro cáncer.² Sumado a esto, nuestro país se encuentra en una etapa de transición demográfica epidemiológica, con una esperanza de vida al nacer de 70 años para los hombres, esta edad también se corresponde a la edad media en el momento del cual se realiza el diagnóstico de cáncer de próstata, existiendo un mayor número de muertes por cáncer de próstata a partir de los 75 años en adelante.³

A nivel internacional existen programas de prevención de cancer de próstata, actualmente en EEUU, se están realizando screening controlados que finalizan en el 2010, los cuales responderán a beneficios de la sobrevida, impacto en la calidad de vida de los tratamientos y relación costo-beneficio de los diagnósticos.

² Vasallo, J.A; Barrios, E. Actualización Ponderada de los Factores de riesgo de Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003

³ Otto S. Enfermería Oncológica. 3ªed. Madrid: Mosby; 1999

No estando aún jerarquizado este tema a nivel nacional dentro de los programas de promoción y prevención en salud.⁴

En virtud de que este cáncer aparece tardíamente en la vida se piensa que su aparición está condicionada por la acción persistente de agentes causales a través del tiempo, es por esto que el propósito de este trabajo es elaborar el perfil de riesgo del cáncer de próstata de los usuarios adultos y adultos mayores a través de los factores de riesgo que más se repitieron así como también la información que poseían sobre el control prostático previo al diagnóstico, el medio por el cual obtuvieron dicha información y el motivo de la primer consulta, para a través de éste estudio conocer la importancia que tienen éstos factores en la aparición de la enfermedad, contribuyendo como enfermeras a realizar estrategias de fomento protección y recuperación de la salud.

⁴ Sociedad uruguaya de urología: screening pesquisa epidemiológica del cáncer de próstata (en línea) 1999; Disponible en: <http://www.chasque.net/fosorio/screen-prof.ppt>.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil de riesgo de los usuarios adultos y adultos mayores que presentan como diagnóstico neoplasma de próstata y se asistieron en la policlínica de urología del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo del 2010?

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el perfil de riesgo de los usuarios que presentan como diagnóstico neoplasma de próstata y que concurren a la policlínica de urología en el período comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010.

Objetivos Específicos:

- **Determinar:**
 - Los factores de riesgo que predominan en la población de estudio.
 - La información que poseían los usuarios sobre el control prostático previo al diagnóstico de cáncer de próstata.
 - El medio por el cual recibió la información sobre el control prostático
 - El motivo de la primera consulta
- **Identificar el perfil de riesgo a través de los datos obtenidos.**
- **Sugerir estrategias de prevención y promoción desde la perspectiva de enfermería.**

V. METODOLOGÍA

- Tipo de estudio:

El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. La metodología a utilizar para la realización de este trabajo fue: revisión bibliográfica, búsqueda en Internet, entrevistas estructuradas, y observación. Luego se realizó el análisis, conclusiones de los datos obtenidos y sugerencias desde la perspectiva de enfermería

- Universo:

Todos los usuarios adultos y adultos mayores que concurrieron a la Policlínica de Urología del Hospital de Clínicas, en el periodo comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010.

- Muestra:

Compuesta por los usuarios adultos y adultos mayores que presentaron como diagnóstico neoplasma de próstata y concurrieron a la Policlínica de Urología del Hospital de Clínicas, en el periodo comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010 en el horario de funcionamiento de la policlínica 7:30 a 12:30, de lunes a viernes. Correspondiendo ésta a una muestra no probabilística por conveniencia.

- **Criterios de Inclusión:**

Todos los usuarios adultos y adultos mayores.

Todos los usuarios que presentaron como diagnóstico neoplasma de próstata.

- **Criterios de exclusión:**

Todos los usuarios que no presentaron como diagnóstico neoplasma de próstata.

VI. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Edad:

Definición Conceptual: Etapa del individuo en el periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición Operacional: Años cumplidos hasta la fecha.

Indicadores: Se toman los siguientes rangos según conveniencia del investigador.

- 40 – 50
- 51 - 64
- 65 – 75
- 76 – 85
- >85 años

Escala: Variable Cuantitativa, Continua.

Antecedentes Familiares de cáncer de Próstata:

Definición Conceptual: Son aquellas enfermedades que presentan o presentaron los familiares del individuo.

Definición Operacional: Aquellos familiares directos que hayan tenido cáncer de próstata (padre, abuelos, hermanos)

Indicadores:

- Si
- No

Escala: Variable Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

Raza:

Definición Conceptual: Grupos de personas genéticamente relacionadas que presentan ciertas características físicas.

Definición Operacional: Ídem. Definición Conceptual.

Indicadores:

- Blanco
- Negro

Escala: Variable Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

Tabaquismo:

Definición Conceptual: Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco.

Definición Operacional: Aquellos usuarios que tengan o hayan tenido el hábito de fumar.

Indicadores:

- Si
- NO

Escala: Variable Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

Dieta:

Definición Conceptual: Conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

Definición Operacional: Ídem Definición Conceptual.

Indicadores:

- Se medirá la frecuencia de consumo de carnes rojas, pescado, frutas, verduras y lácteos según la ingiera todos los días, tres veces por semana, dos veces por semana, una vez por semana, o no consuma.

Escala: Variable Cualitativa Nominal Politémica.

Nivel de Instrucción:

Definición Conceptual: Es el nivel máximo alcanzado por un individuo mediante la educación formal.

Definición Operacional: Es el nivel de educación máximo alcanzado según lo refiera cada individuo.

Indicadores:

- Sin Instrucción
- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Terciaria

Escala: Variable Cualitativa Ordinal.

Información Previa al Diagnostico sobre el Control Prostático.

Definición Conceptual: Conocimiento de la existencia del control prostático previo al diagnostico de cancer de próstata.

Definición Operacional: Se considera que poseían información aquellos usuarios que mencionen la técnica de tacto rectal (TR), antígeno prostático específico (PSA) o ambos, cualquier otra respuesta se considera la categoría sin información.

Indicadores:

- Con información
- Sin Información

Escala: Variable Cualitativa Nominal Dicotómica.

Medio por el cual recibió información sobre el control prostático.

Definición Conceptual: A través de quien recibió la información sobre el control prostático.

Definición Operacional: Se considera como medio: médicos, enfermería, persona fuera de la salud, medios de comunicación.

Indicadores:

- Médicos
- Enfermería
- Persona fuera de la salud
- Medios de comunicación

Escala: Variable Cualitativa Nominal Politómica.

Motivo de Consulta

Definición Conceptual: Causa por la cual el usuario consulto por primera vez.

Definición Operacional: Se consideran motivos de consulta por síntomas, interconsulta con otra especialidad, o por prevención.

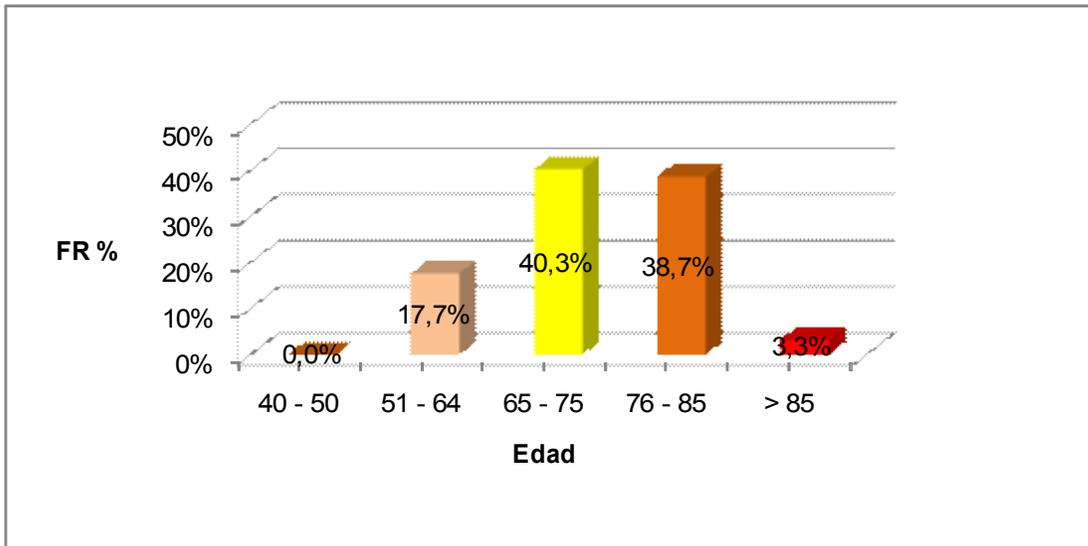
Indicadores:

- Síntomas
- Interconsulta con otra especialidad.
- Prevención

Escala: Variable Cualitativa Nominal Politómica.

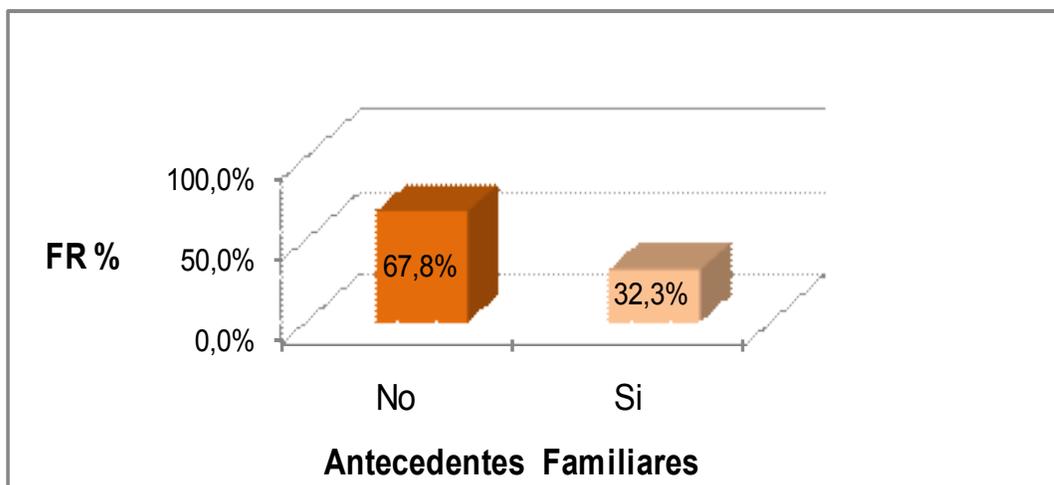
VII. RESULTADOS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Grafico N°1: Distribución de los usuarios según la edad:



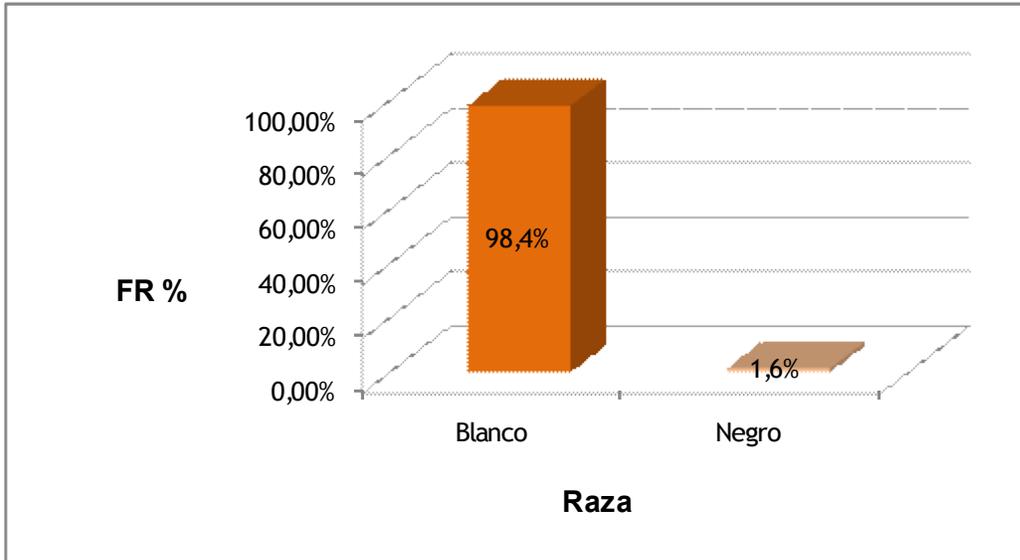
Con respecto a la variable edad, el 40.3% corresponde al rango etario entre 65 y 75 años, siguiéndole los usuarios de edades entre 76 y 85 años con un 38.7%.

Grafico N°2: Distribución de los usuarios según sus antecedentes familiares:



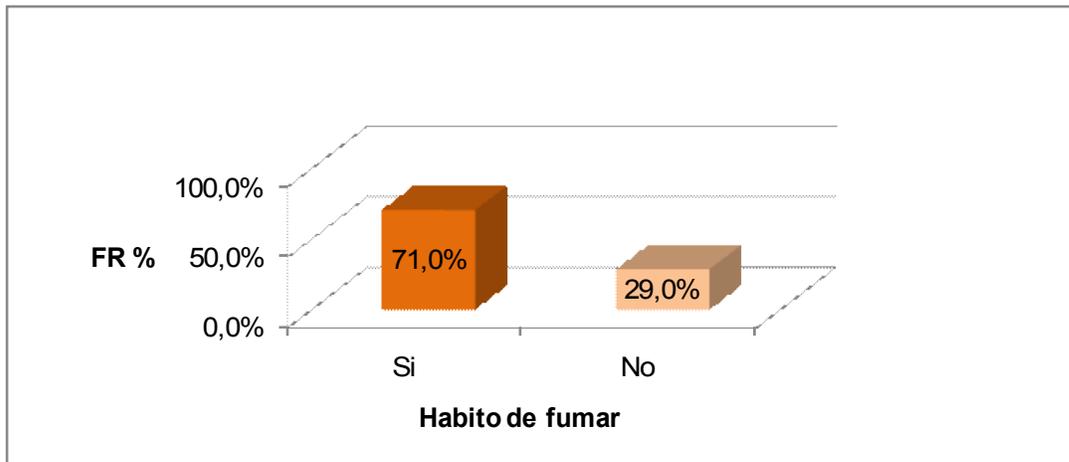
La mayoría de los usuarios (67.8%) no tiene o desconoce tener antecedentes familiares de cáncer de próstata.

Gráfico N°3: Distribución de los usuarios según su raza:



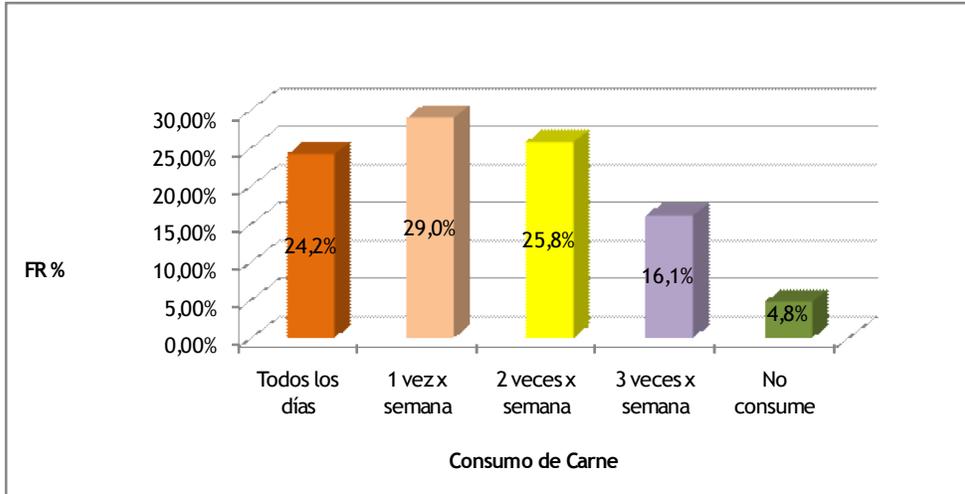
En cuanto a la distribución de los usuarios según su raza se observó que la gran mayoría pertenece a la raza blanca, en un 98.4%.

Gráfico N°4: Distribución de los usuarios de acuerdo a si han presentado el hábito de fumar:



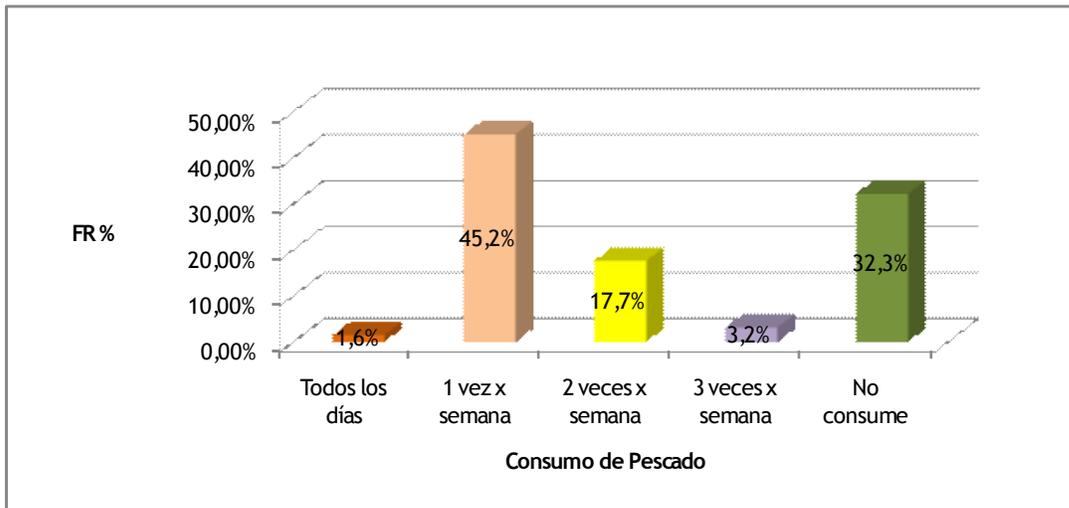
El 71% de la población presentó el hábito de fumar en su vida.

Grafico N°5 A: Distribución de los usuarios según la frecuencia con la que consume carne:



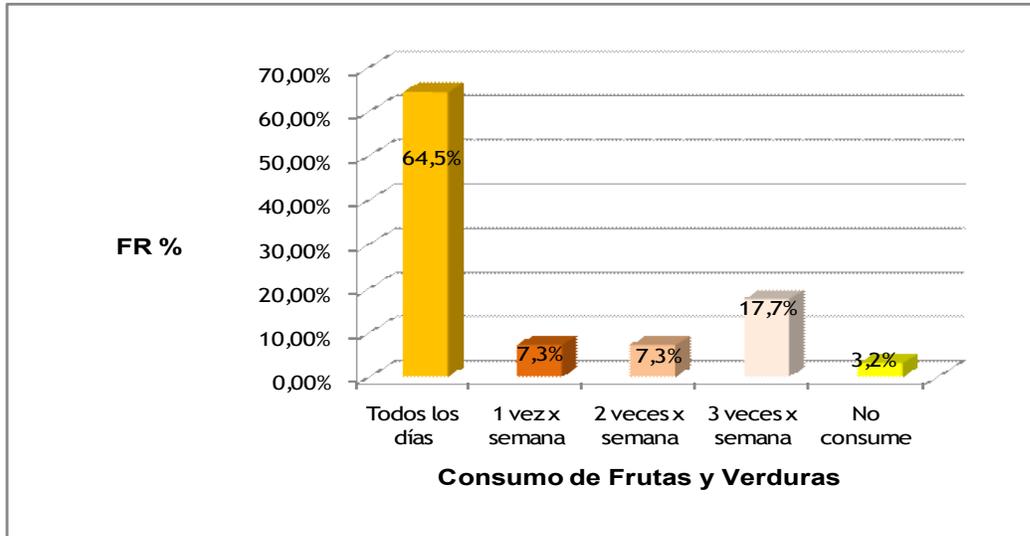
En cuanto al consumo de carnes rojas observamos que el 29.0% de la población refirió hacerlo una vez por semana, el 25.8% lo hace dos veces por semana y el 24.2% todos los días.

Grafico N°5 B: Distribución de los usuarios según la frecuencia con la que consume pescado:



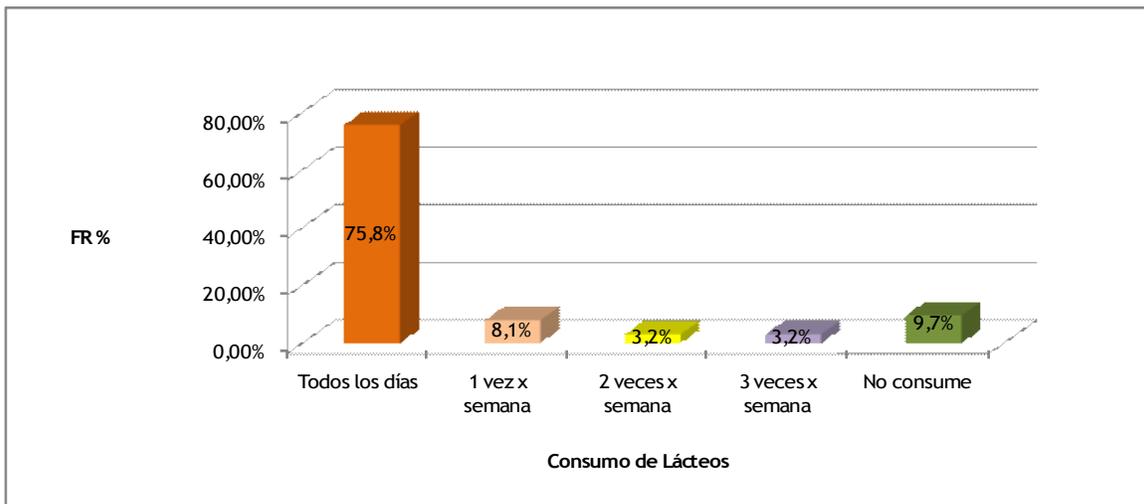
El consumo de pescado fue de en un 45.2% una vez por semana, y el 32.3% no consume pescado.

Grafico N°5 C: Distribución de los usuarios según la frecuencia con la que consumen frutas y verduras:



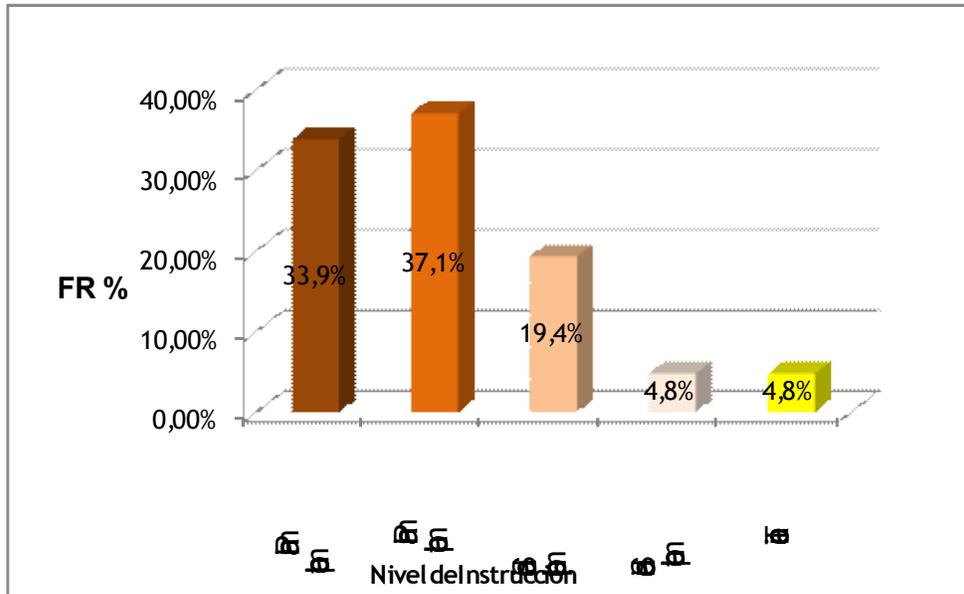
Las frutas y verduras son consumidas en la mayoría de la población estudiada diariamente (64.5%).

Grafico N° 5 D: Distribución de los usuarios según la frecuencia con la que consume lácteos:



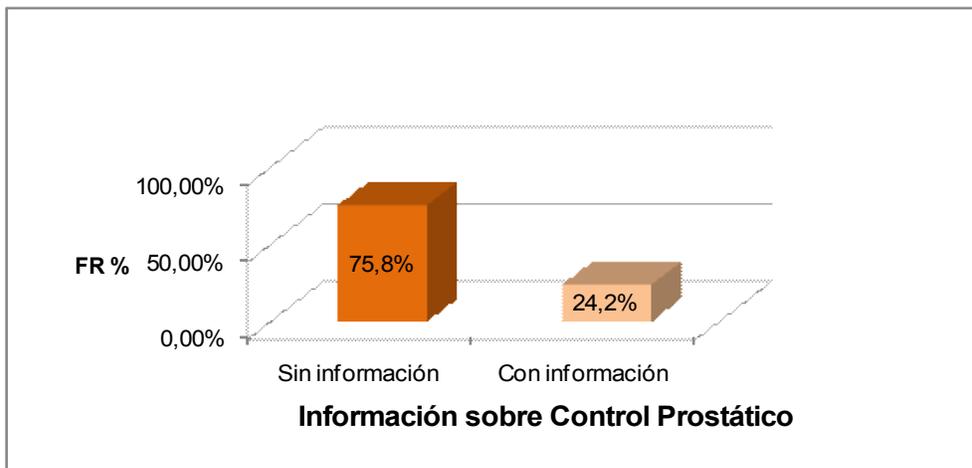
En cuanto al consumo de lácteos un 75.8% lo realiza diariamente.

Gráfico N° 6: Distribución de los usuarios según su nivel de instrucción:



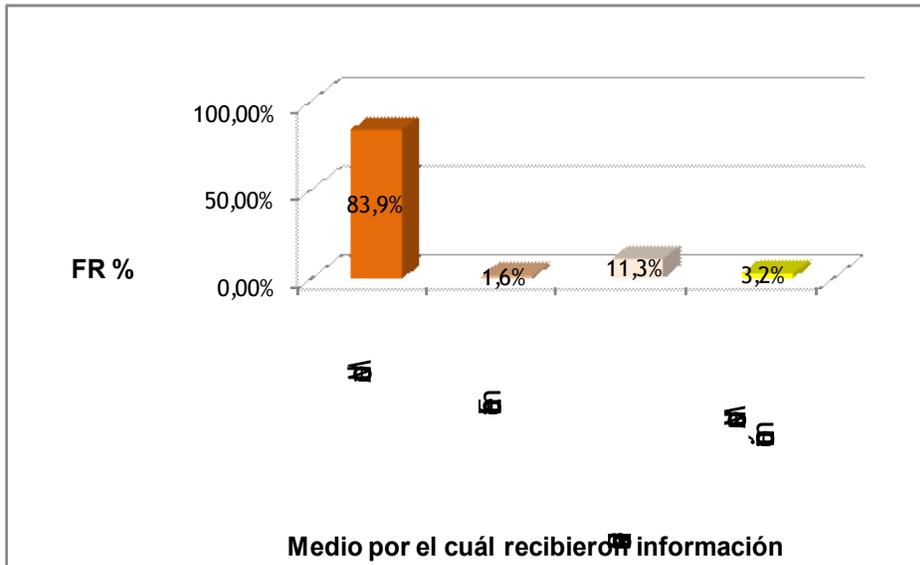
Con respecto al nivel de instrucción, encontramos que la mayoría de la población estudiada cuenta con primaria completa en un 37.1% siguiéndole luego el 33.9% que no terminó la escuela primaria.

Gráfico N° 7: Distribución de los usuarios de acuerdo a la información que poseían sobre el control prostático:



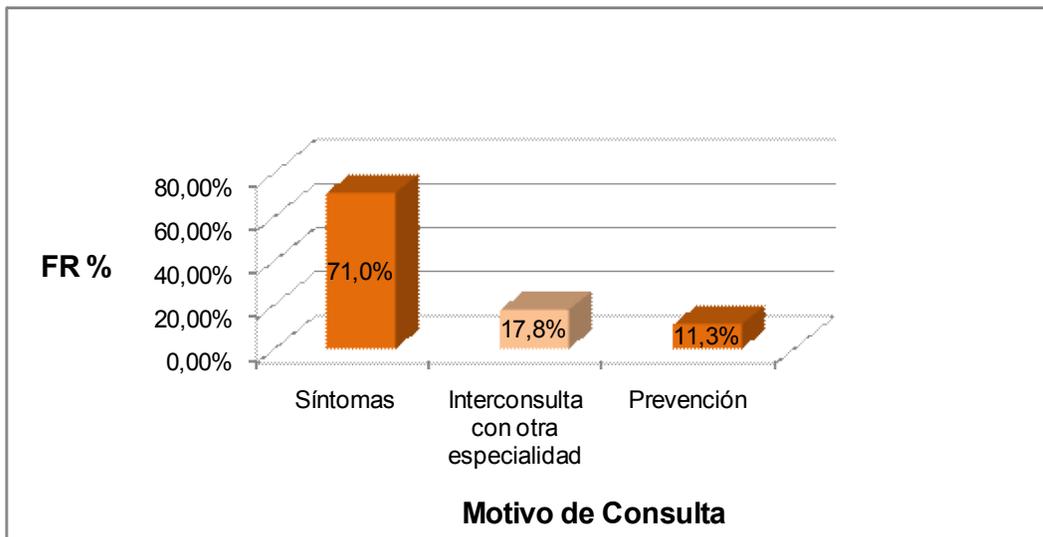
En cuanto al grado de información destacamos que el 75.8% antes del diagnóstico de la enfermedad, no poseía información alguna sobre el control prostático de forma preventiva.

Gráfico N° 8: Distribución de los usuarios según el medio por el cual recibieron información acerca del control prostático:



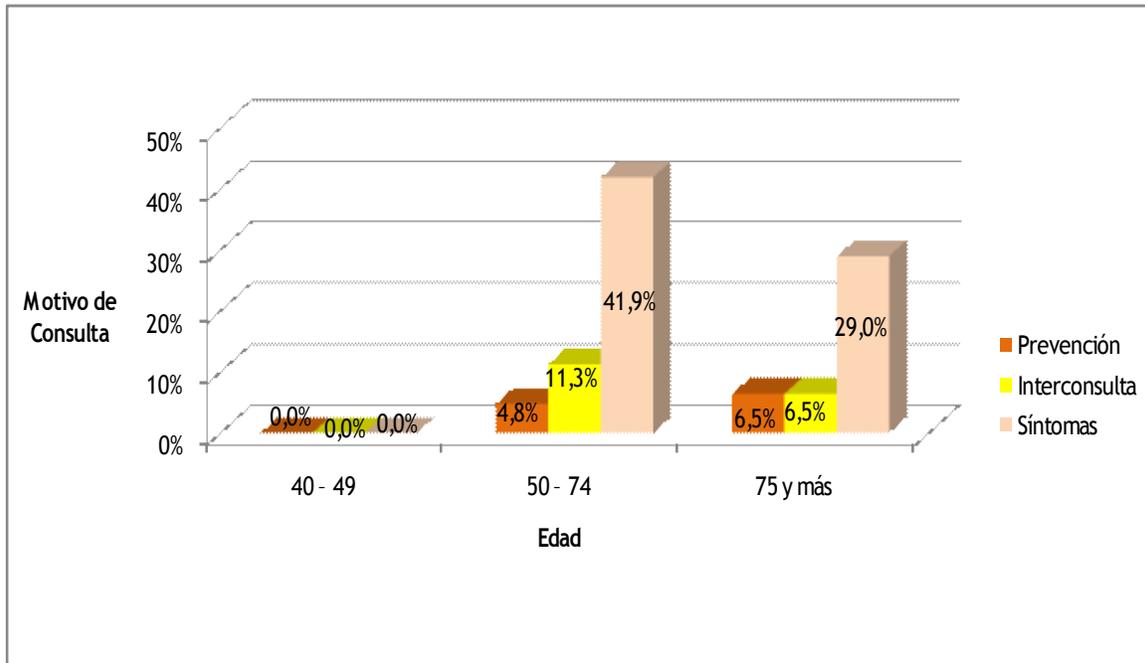
Un 83,9% de los usuarios recibió información acerca del cancer de próstata a través del médico, solo un 1,6% recibió la información por parte de enfermería.

Gráfico N° 9: Distribución de los usuarios según el motivo de consulta:



Se observo que el 71,0% de los usuarios consulto por primera vez frente a la presencia de síntomas, en tanto solo un 11,3% lo hizo de forma preventiva.

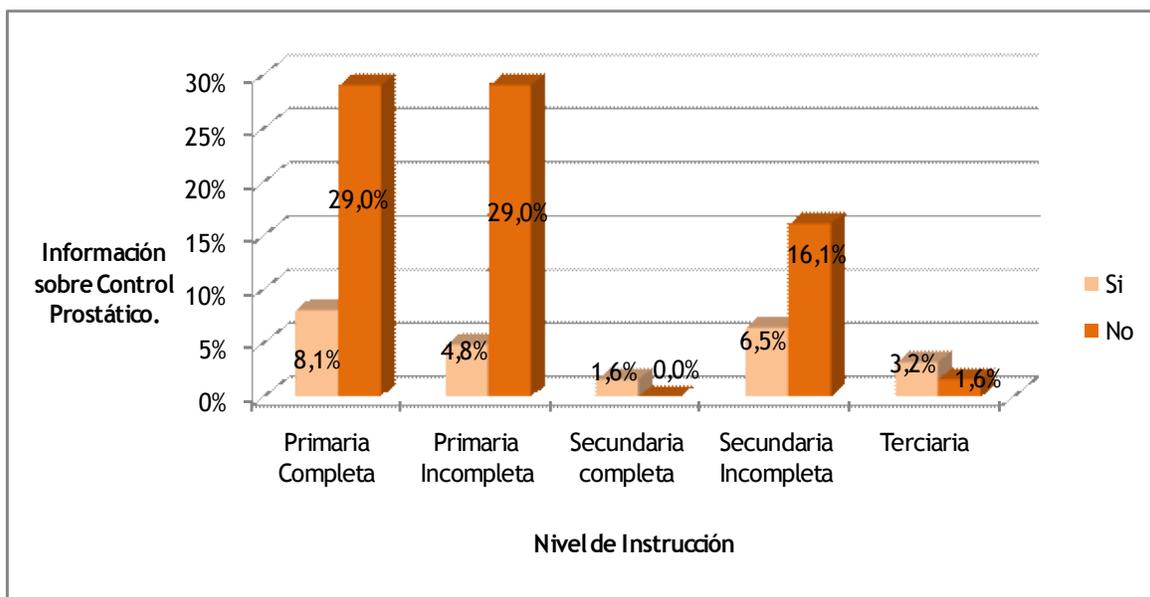
Grafica N° 10: Relación entre la edad de los usuarios y el motivo de consulta:



Una vez relacionadas las variables edad y motivo de consulta los resultados obtenidos son los siguientes: sólo un 11.3% de los usuarios consultaron por prevención, encontrándose la mayoría de estos en el rango etario de 75 años y más, con un 6.5%, siendo éste el grupo de mayor riesgo en cuanto a la edad. Mientras los que consultan por síntomas, son un 71.0% del total de la población, destacándose la franja etaria entre 50 y 74 años con un 41.9%.

El 19.4% consultó también mediante una interconsulta con otra especialidad.

Grafica N° 11: Distribución de los usuarios de acuerdo al nivel de instrucción y la información previa al diagnóstico sobre el control prostático:



Habiendo relacionado estas variables los resultados observados son: que independientemente del nivel de instrucción, el número de usuarios sin información es ampliamente mayor al resto, a excepción de aquellos que contaban con educación terciaria. A su vez dentro de los usuarios que no poseen información el mayor número de estos se encuentra en aquellos con educación primaria ya sea completa o incompleta, con un 29% de usuarios en cada una de estas categorías. Por lo que se debe considerar que el nivel de instrucción influye directamente en la información que el usuario pueda obtener y asimilar para el cuidado de su salud.

VIII. ANÁLISIS

Para el análisis de la información recabada se comenzó a valorar algunos aspectos relacionados con la edad de los usuarios, en donde se evidencio que un 40.3% de la población se encontraba dentro del rango etario de entre 65 a 75 años, lo que correspondió a un total de 25 de 62 usuarios. Seguido del rango etario de 76 a 85 con un 38.7%, coincidiendo estos resultados con las estadísticas nacionales e internacionales que plantea estas edades como las de mayor probabilidad de ocurrencia de eventos malignos a nivel de próstata. Algunos autores plantean que la edad se comporta como el principal factor de riesgo para padecer el carcinoma de próstata y se demuestra que a medida que aumenta la edad, se hace mayor la frecuencia de aparición del cáncer la cual alcanza niveles mayores después de los 70 años.

Sin embargo se encontró también que un 17.7% tenían entre 51 y 64 años, lo que cabe destacar que pueden ser los casos con peor pronóstico.

No se constato ningún usuario dentro del rango etario de 40 a 50 años, esto puede estar debido a que menos del 1% de los canceres de próstata aparecen en varones menores a 50 años.

La edad es un factor de riesgo que se considero de gran incidencia en nuestro país debido a que el Uruguay se encuentra en una etapa de transición demográfica epidemiológica, con una esperanza de vida al nacer para los hombres de 70 años, esta edad también se corresponde a la edad media en el

momento que se realiza el diagnóstico y existiendo un mayor número de muertes por cáncer de próstata a partir de los 75 años en adelante.⁵ Considerando también que la población de nuestro país es una población envejecida y que dentro de nuestros habitantes un amplio margen pertenece a esta franja etaria, es importante considerar este factor al momento de enfrentarnos a estos usuarios en los diferentes niveles de atención.

Respecto a los antecedentes familiares de cáncer de próstata se obtiene que un 67.8% no presentaba antecedentes familiares, si se toma en cuenta la referencia bibliográfica y los datos obtenidos de la muestra, se puede decir que la existencia de un factor hereditario no condiciona al individuo de padecer la enfermedad, sino que se suma a una serie de factores que aumentan el riesgo de padecerla.

En la población de nuestro país hay un alto porcentaje de fumadores y considerando los efectos nocivos que acompaña al cigarrillo, tales como elevar el riesgo de un hombre de desarrollar y morir de cáncer (un 30% de muerte en grandes fumadores)⁶, se podría decir que el tabaquismo es un elemento importante en el desarrollo del neoplasma de próstata lo que se evidencia en los datos obtenidos en esta investigación, ya que del total de la población un 71,0% son o fueron fumadores. Afortunadamente existe en nuestro país el Programa Nacional para el control del Tabaco, y la guía nacional para el abordaje del tabaquismo para profesionales de la salud; políticas esenciales que pueden intervenir en uno de los pocos factores de riesgo modificables para ésta enfermedad.

⁵ Otto S. Enfermería Oncológica. 3ªed. Madrid: Mosby; 1999

⁶ American Journal of Public Health- Categoría: salud Cancer de Próstata y Tabaco

Con respecto a la dieta tal como se menciona en el marco teórico ciertas sustancias pueden ejercer un papel tanto protector en algunos casos como inductor en otros del cáncer, las grasas animales y carnes rojas son un componente dietético que ha sido más relacionado con la incidencia del cáncer de próstata. Según los datos obtenidos en este estudio, un 29,0% consume carne roja una vez por semana mientras un 24.2% consume carne todos los días.

En cuanto a factores dietéticos protectores el pescado, las frutas y las verduras pertenecen a este grupo. En este estudio se observó que un 45,2% de la población consume pescado una vez por semana, y un 64.5% refirió comer frutas y verduras diariamente.

Otra de las variables establecidas fue la raza, predominando los usuarios de raza blanca con un 98.4%, en cuanto a este factor cabe destacar que no contamos con un número significativo de usuario de raza negra, esto puede estar debido a que en el Uruguay habitan 164.200 personas afrodescendientes y de raza negra, que representan el 5,9% de la población del país.⁷ El nivel de instrucción cobra relevancia al momento de hablar de prevención, ya que las instituciones educativas son formadoras de ciudadanos y en ellas se inculcan valores tales como preocupación, cuidado del cuerpo humano y de la salud. Este estudio revela que un 33,9% de la población presentó un nivel de instrucción de primaria incompleta, lo que refleja el temprano alejamiento de las instituciones educativas, lo cual produce una pérdida de un paquete de valores que puede proporcionar la educación formal.

⁷ Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas en Uruguay, 1996

En cuanto a la información que presentaban los usuarios sobre el control prostático (PSA y TR), previo al diagnóstico se observó que un importante número de usuarios, (75,8%) no presentaba ninguna información de estos estudios hasta el momento de la primera consulta; esto revela la falta de difusión de la información por parte de los prestadores de los servicios sanitarios hacia la población, ya que estos estudios son los dos métodos que se utilizan principalmente para la detección precoz a nivel mundial, los cuales deberían realizarse a partir de los 40 años en aquellos hombres con antecedentes familiares de la enfermedad y desde los 50 años para el resto.

Según los datos obtenidos en cuanto al medio por el cual los usuarios recibieron información acerca del control prostático, se observa que un 83,9% es proporcionada por parte del equipo médico, en una consulta con un problema ya instalado, mientras que un 1,6% de los usuarios refiere haber recibido información por parte de enfermería. Se destaca entonces que el personal de enfermería, promotores y educadores esenciales para la salud, debe trabajar más en la transmisión y difusión de la información en los distintos niveles de atención, ya que mediante la misma los usuarios pueden tomar sus decisiones de la forma más adecuada y especialmente tendrán la posibilidad de aumentar su auto cuidado.

De acuerdo al motivo por el cual estos usuarios realizaron su primer consulta, se observó que un 71,0% fue por síntomas (ya sea RAO, Hematuria, entre otras). Éste fue un resultado desalentador dado que el cáncer de próstata presenta un “silencio clínico” al inicio de la enfermedad, lo que produce que más de la mitad de los casos se diagnostiquen en estadios avanzados. Otro dato a destacar en esta

variable es que solo el 11,3% de los usuarios consultaron por primera vez como medida preventiva, lo que marca la necesidad e importancia de programas de detección precoz del cáncer de próstata por parte de los servicios de salud en los niveles de atención pertinentes, con énfasis en el primer nivel, ya que la prevención es primordial, esta neoplasia puede detectarse hasta 10 años antes de manifestarse clínicamente. Además la detección temprana es fundamental, si el cáncer de próstata puede diagnosticarse precozmente, el tratamiento puede realizarse a tiempo, lo que produce que el pronóstico sea muy bueno.

El perfil de riesgo para el cáncer de próstata de la población estudiada corresponde a: usuarios con una edad entre 65 a 75 años en un 40.3%, y a usuarios entre 76 y 85 años en un 38.7%, de raza blanca en un 98.4%, presentando un 32.3% antecedentes familiares de cáncer de próstata, con el hábito del tabaquismo en un 71,0%, con un consumo de alimentos variados que abarca factores dietéticos protectores e inductores de cáncer. En cuanto al nivel de instrucción un 33.9% presentó primaria incompleta, un 75.8% no presentó información sobre el control prostático previo al diagnóstico y los que poseían información la obtuvieron a través del médico en un 83.9%; el motivo de la primera consulta fue por síntomas en un 71,0%.

IX. CONCLUSIÓN

Una vez finalizada la investigación se puede concluir que:

En cuanto a los objetivos planteados el perfil de riesgo para el cáncer de próstata está determinado por: la edad, el tabaquismo, antecedentes personales y en menor medida la raza y la dieta. Se observó que 75,8% del total de la población no poseía información acerca del control prostático, y los que si la poseían la obtuvieron a través del médico en un 83,9%.

Se observa a través de éstos resultados la necesidad de aumentar la difusión de la información acerca del cáncer de próstata en la población, especialmente por parte de enfermería la cual desempeña un papel indispensable en la conservación de la salud realizando actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

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

X. SUGERENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

Mejorar e intensificar los medios por el cual se difunde la información acerca del control prostático preventivo tanto en Montevideo como en el Interior del País y de la enfermedad en sí, proporcionando un recurso útil como una guía que brinde información desde la prevención hasta el tratamiento y rehabilitación.

El equipo de enfermería debería realizar campañas educativas orientadas a identificar oportunamente los factores de riesgo del neoplasma de próstata, tanto a nivel individual como colectivo, y especialmente en el primer nivel de atención.

Elaborar planes de cuidado para los usuarios con el diagnóstico de cáncer de próstata en las diferentes etapas de la enfermedad, poniendo a disposición todas las herramientas para recuperar el control y favorecer el afrontamiento de la enfermedad, brindando apoyo para el impacto emocional y social que supone esta patología.

BIBLIOGRAFIA

- Datos Epidemiológicos. Incidencia.
- Diccionario de medicina. Madrid: Harcourt-Mosby; 2000.
- Frenk Mora J, Ruelas E, Tapia R. Programa de Acción: Cáncer de Próstata. México: Secretaria de la Salud; 2001.
- Gilles D. Gestión de Enfermería. Barcelona: Massón-Salvat; 1994.
- Hernández de Canales F. Metodología de la investigación. Washington: OPS; 1994.
- L.F De Vattuone. Educación para la Salud. 15 ed. El Ateneo; 1989.
- OMS. Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Declaración Alma Ata, 1978.
- Otto S. Enfermería Oncológica. 3ªed. Madrid: Mosby; 1999.
- Piñeiro R. Diccionario de Ciencia de la Salud. Madrid: Interamericana; 1995.
- Polit D. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ªed. Barcelona: McGraw-Hill; 2000.
- Puente R. Temas de Urología para Pregrados y Médicos generales. Información sobre control prostático como método de prevención del cáncer de próstata [Tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2003.

- Vassallo J A, Barrios E. Actualización Ponderada de los Factores de riesgo de Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; 2003.
- Vassallo J A, Barrios E, De Stefani E, Roncco A. II Atlas de Incidencia del cáncer en Uruguay, 1996- 1997, Vigilancia Epidemiológica; Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; 2003.

Páginas Web

- Cáncer de Próstata Una Guía práctica. Asociación Española Contra el Cáncer. www.aecc.es
- Epidemiologías del Cáncer de Próstata a Nivel Mundial. Dijkman. 1996. www.reddelconocimiento.org/file:///F:/prostata/aspectos-del-cancer-de.htm
- [Http://es.wikipedia.org/wiki/Cancer_de_prostata](http://es.wikipedia.org/wiki/Cancer_de_prostata)
- [Http://es.wikipedia.org/wiki/Causas_del_cancer_de_prostata](http://es.wikipedia.org/wiki/Causas_del_cancer_de_prostata)
- Sociedad Uruguaya de Urología. Screening, Pesquisa Epidemiológica del cáncer de próstata, [En línea 1999; Disponible en [http://www.chasqué.Net/Fosorio/ screenprofppt](http://www.chasqué.Net/Fosorio/screenprofppt)]
- www.bvsoncologia.org.uy/pdfs/epidemiologia_en_cancer

ANEXOS

ANEXO N° 1

MARCO CONCEPTUAL

El cáncer de próstata es uno de los más frecuentes en el mundo, representando en el Uruguay la segunda causa de muerte por cancer. En nuestro país se registran más de 500 fallecimientos y cerca de mil casos nuevos por año .Este cáncer aparece tardíamente y su incidencia se acrecienta con la edad más que para cualquier otro cáncer⁸, debido a que la población del Uruguay sufre como todas las poblaciones del mundo un proceso de envejecimiento, siendo una población de carácter estacionario, tiene consecuencias epidemiológicas aumentando la importancia de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares y tumores malignos) requiriendo una mayor respuesta del sistema de salud.⁹

Entendemos como: Adulto al Individuo tolerante, maduro y desarrollado que ha alcanzado la capacidad intelectual y la estabilidad emocional y psíquica característica de la madurez.

Adulto Mayor: Individuo que supera los 65 años de edad.¹⁰

En el Uruguay durante los años 1996-1997, se registró una incidencia de 1985 casos, lo que corresponde al 14.7% de todos los cánceres.¹¹

⁸ Vassallo, J.A; Barrios, E. Actualización Ponderada de los Factores de riesgo de Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003

⁹ VIII Convención Médica. Documento N° 2, Plenario sector público, Mayo 2004

¹⁰ Mosby Diccionario de medicina, Madrid, Harcourt-Mosby 2000

¹¹ Vassallo, J.A.; Barrios, E.; De Stefani, E.; Roncco, A., II Atlas de Incidencia del cáncer en Uruguay, 1996-1997, Vigilancia Epidemiológica; Proyecto Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003

Desde el punto de vista anatómico la próstata es un órgano que se encuentra en la pelvis, situado detrás del pubis, delante del recto e inmediatamente por debajo de la vejiga. Envuelve y rodea la primera porción de la uretra, atravesando ésta en toda su longitud. Sirve como una glándula sexual accesoria y las vesículas seminales contribuyen a las secreciones viscosas en el semen.¹² El cáncer de próstata se produce cuando algunas [células](#) prostáticas [mutan](#) y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Éstas también podrían propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los [huesos](#) y los [ganglios linfáticos](#) originando una [metástasis](#).

Esta afección puede causar [dolor](#), [micción](#) dificultosa, [disfunción eréctil](#), entre otros síntomas.

La detección se lleva a cabo principalmente por la prueba en sangre del [antígeno prostático específico](#), llamado PSA o por exploración física de la glándula prostática, tacto rectal. Los resultados sospechosos típicamente dan lugar a la posterior extracción de una muestra [tisular](#) de la próstata ([biopsia](#)), que es examinada en [microscopio](#).

El PSA es una glucoproteína que solo se produce en la próstata y su función es la licuefacción del coagulo seminal, está presente en concentraciones bajas en la sangre de todos los varones. Todas las enfermedades prostáticas pueden elevar los niveles de PSA, incluyendo: adenocarcinoma de próstata, hiperplasia prostática benigna, prostatectomía transuretral, entre otras. El valor de PSA normal va de 0 a 4 ng/ml.

¹²Cáncer de Próstata Una Guía práctica. Asociación Española Contra el Cáncer. www.aecc.es

El valor predictivo positivo del tacto rectal alcanza el 40%, de 100 nódulos detectados por el urólogo, 40 serán cánceres y el resto corresponderán a Hiperplasia prostática benigna, prostatitis crónicas, etc.

La biopsia de próstata se considera como “el estándar de oro” pero generalmente se realiza luego de constatar anomalías en el tacto rectal o elevación del PSA, por lo que la sensibilidad del método está sobrestimada.

Existen diferencias entre las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas sobre el beneficio del tamizaje del cáncer de próstata, pero en general se asume que el PSA detecta en forma temprana el cáncer de próstata en la mayoría de los casos, aunque no existan grandes estudios bien diseñados y aleatorios que lo avalen.

La detección de PSA es un avance muy importante de la última década, siendo actualmente una herramienta en el diagnóstico y control terapéutico del cáncer de próstata, por lo que hasta se disponga de mayor evidencia, debemos seguir las recomendaciones de las principales sociedades científicas.¹³

El tratamiento puede incluir [cirugía](#), [radioterapia](#), hormonoterapia, [quimioterapia](#), o bien una combinación de todas. Debido a que el cáncer de próstata es una enfermedad que afecta preferentemente a hombres mayores, muchos de ellos morirán por otras causas antes de que el cáncer pueda propagarse o causar síntomas.¹⁴

¹³ Frenk Mora, J; Ruelas, E; Tapia, R. Programa de Acción : Cáncer de Próstata. Secretaría de la Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, DF. Primera Edición, 2001.

¹⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Cancer_de_prostata

Aunque no se conocen completamente las causas del cáncer de próstata, algunas investigaciones han encontrado posibles [factores de riesgo](#) -entendiéndose factor de riesgo como aquel factor que produce en una persona o grupo una vulnerabilidad particular, o un suceso no deseado desagradable¹⁵, que podrían contribuir al desarrollo de esta enfermedad. Se clasifican en factores de riesgo modificables y factores de riesgo no modificables.

Algunos de ellos son:

No modificables

- **Edad:** La probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta rápidamente después de los 50 años. Más del 70% de los cánceres de próstata son diagnosticados en hombres que tienen más de 65 años. Por lo tanto, la enfermedad es rara antes de los 50 años de edad (menos del 1%).

Todavía no está claro por qué ocurre este aumento del cáncer de próstata con la edad. El riesgo de diagnosticar clínicamente un cáncer de próstata aumenta con la edad desde 0,02% a los 50 años, hasta un 0,8% a los 80 años, de tal manera que un hombre de 70 años presenta una probabilidad 12 veces mayor de desarrollar cáncer de próstata que un hombre 20 años menor. El cáncer latente aumenta un 1% cada año a partir de los 50 años; la incidencia es del 10% a los 50 años y del 30% a los 70 años. Si bien la incidencia de cáncer de próstata aumenta con la edad, es en los pacientes más jóvenes cuando muestra peor el pronóstico.

- **Historia familiar:** El cáncer de próstata parece que ocurre más frecuentemente en algunas familias, sugiriendo que existe un factor

¹⁵ Mosby Diccionario de medicina, Madrid, Harcourt-Mosby 2000

hereditario. Tener un abuelo, padre o hermano con cáncer de próstata dobla el riesgo de padecer esta enfermedad. El riesgo es incluso mayor para los hombres que tengan varios familiares afectados, sobre todo si los familiares eran jóvenes en el momento del diagnóstico.

- **Raza:** El cáncer de próstata ocurre alrededor del 70% más a menudo en hombres afroamericanos que en hombres blancos americanos.

Los hombres afroamericanos tienen el doble de riesgo de morir por cáncer de próstata que los hombres blancos. Las razones de esta diferencia racial son desconocidas.

Modificables

- **Dieta:** La dieta parece tener un papel importante en la etiología y prevención del cáncer, ciertas sustancias pueden ejercer un papel tanto protector en algunos casos como inductor en otros para el cáncer de próstata.

a) Grasas animales y cáncer de próstata: Más de una docena de [estudios](#) que han incluido 3.000 pacientes con cáncer de próstata y 4.600 individuos controles han confirmado ya el papel nocivo de una alimentación rica en [grasas](#) animales y carnes rojas. Esta relación es mucho más evidente con el [cáncer de colon](#) y de [mama](#).

b) Efecto de las grasas vegetales y del pescado: Estudios epidemiológicos han podido demostrar que los varones con una dieta rica en ácidos grasos omega 3 obtenidos del pescado, tienen una tasa inferior de cáncer de próstata.

c) **Frutas, hortalizas, legumbres:** Los [licopenos](#) (pigmento vegetal) disminuyen el riesgo de cáncer prostático en un 30 %. El licopeno se encuentra en el [tomate](#), por lo que el consumo de los derivados de esta hortaliza protegen del cáncer de próstata. Los [ajos](#) y [cebollas](#) contienen micronutrientes que protegen del cáncer al igual que las hortalizas.

d) **Vitamina E**, contenida en [lechugas](#), [berros](#), es un antioxidante que en estudios animales ha demostrado que puede alargar la fase de latencia de ciertos tumores, bloqueando la progresión neoplásica hacia la fase invasiva.

e) **Vitamina D**, contenida en [legumbres](#) y la [leche](#), es factor de inhibición tumoral.

Actualmente se están realizando estudios para comprobar si estas sustancias reducen o no el riesgo de cáncer de próstata. Hasta que estos estudios no se completen, la mejor recomendación para disminuir el riesgo de cáncer de próstata es comer menos carne, grasas y productos lácteos y comer más de cinco veces al día [frutas](#) y [verduras](#).

- **Tabaco:** El [tabaco](#) según recientes [estudios](#) es también un factor de riesgo para el cáncer de próstata, debido a que fumar cigarrillos aumenta la producción de hormonas masculinas que estimulan el crecimiento celular y por lo tanto el crecimiento de los tumores prostáticos. Además el cadmio contenido en los cigarrillos también es otro factor de riesgo.¹⁶ Fumar elevaría el riesgo de un hombre de desarrollar y morir de cáncer de próstata, 30% de riesgo de muerte en grandes fumadores.¹⁷

¹⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Causas_del_cancer_de_prostata - Categoría: [Cáncer de próstata](#)

¹⁷ American Journal of Public Health- Categoría: salud Cancer de Próstata y Tabaco.

En nuestro país está planteado para el control del consumo del tabaco el Programa Nacional para el Control del Tabaco llevado a cabo por el Ministerio de Salud Pública desde el año 2004 y recientemente se presentó la guía nacional para el abordaje del tabaquismo por parte de los profesionales de la salud.¹⁸

La enfermera profesional es la encargada de realizar actividades de promoción y prevención en salud, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.¹⁹

La promoción en salud, son las acciones encaminadas a capacitar a la población para que aumenten el control sobre su propia salud y/o la mejoren.²⁰

La prevención es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad, de la salud y la enfermedad, conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede proporcionar métodos y técnicas para prevenir la enfermedad y para promover la salud. Consiste en métodos, técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de las enfermedades y en presencia de estas a evitar consecuencias o secuelas, así como la eliminación de factores existentes en el medio.

Las actividades de prevención se agrupan según el estado de evolución en el proceso salud-enfermedad en tres diferentes niveles:

Prevención primaria: Son todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos.

¹⁸ www.msp.gub.uy

¹⁹ Material brindado por la Cátedra de Comunitaria en las clases impartidas en el 2000/2001 a cargo de la Lic. G. Umpierrez.

²⁰ Carta de Ottawa para Promoción de Salud. (1986)

Prevención secundaria: Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de una enfermedad.

Prevención terciaria: Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población reduciendo las invalideces consecutivas a la enfermedad.²¹

Tomando en cuenta lo antes mencionado y que la enfermería es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del individuo²², es a través de la sensibilización y mediante la difusión de la información, que podemos actuar haciendo hincapié en el control de salud del hombre.

La información es fuente de poder por eso en medida en que los hombres accedan a la misma tendrán la posibilidad de aumentar el auto cuidado.

La educación para la salud entonces es un instrumento fundamental para orientar a la población sobre conocimientos y habilidades que le permiten intervenir en las decisiones que tienen efecto sobre su proceso salud enfermedad.²³

Al momento de brindar información es importante tener en cuenta el nivel de instrucción, ya que este puede influir en la recepción de la misma, según la educación de cada individuo.

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer la demanda de la población.

Según la OPS es la mayor o menor complejidad tecnológica y organizacional de los recursos que se disponen permanentemente en forma oportuna a una

²¹ Material brindado por la Cátedra de Comunitaria en las clases impartidas en el 2000/2001

²² Definición de Enfermería. Plan de Estudio 1993. Facultad de Enfermería.

²³ L.F De Vattuone. Educación para la Salud. 15 edición. Editorial "El Ateneo".1989

comunidad o una región para enfrentar las necesidades de atención médica de la población.

Primer nivel: son los primeros cuidados que recibe la población. Se desarrolla de forma ambulatoria o a domicilio. Protección de salud mediante prevención de la enfermedad.

Segundo nivel: cuidados especializados. Los usuarios son enviados por el primer nivel. Diagnóstico y tratamiento precoz. Limitación de la capacidad.

Tercer nivel: cuidados muy especializados, grandes centros hospitalarios, recuperación y rehabilitación de la salud.

Los diferentes niveles de atención nos permiten identificar necesidades e intereses y priorizar problemas pudiendo de esta manera planificar acciones, organizar recursos que posibiliten su desarrollo y evaluación.²⁴

La atención primaria de salud es “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo

²⁴ Material brindado por la Cátedra de Comunitaria en las clases impartidas en el 2000/2001

más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria”.²⁵

²⁵ OMS. Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Declaración Alma Ata, 1978 De la pagina 176 de López Luna (1993)

ANEXO N° 2- Protocolo de la investigación:

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Administración
Trabajo de Investigación Final

Perfil de riesgo del Usuario con Cáncer de Próstata

Grupo N° 36

Integrantes:

Manuela Díaz
Vanessa Martínez
Juliana Methol
Sofía Martínez
Catherine Menoni

Abreviaturas usadas:

Siglas:

EEUU	Estados Unidos
PSA	Antígeno Prostático Específico.
TC	Tacto Rectal.
Op. Cit.	Obra ya citada del mismo autor
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
RAO	Retención Aguda de Orina

Índice

Introducción.....	4
Fundamentación.....	5
Planteamiento del Problema.....	6
Objetivos.....	6
Marco Conceptual.....	7
Metodología.....	12
Definición de las variables.....	13
Plan de tabulación.....	15
Análisis.....	18
Conclusiones.....	19
Sugerencia.....	20
Bibliografía.....	21
Cronograma de Actividades.....	22
Determinación de los recursos.....	23
Anexos.....	24

Introducción

Este trabajo de investigación se llevara a cabo por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el Trabajo de Investigación Final correspondiente al cuarto ciclo, de la Facultad de Enfermería, ubicada en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quíntelas. La misma fue orientada por el Dpto. de Administración, tutoriada por la docente: Ana García.

El propósito de la investigación fue elaborar el perfil de riesgo de los usuarios que presentan diagnóstico de cáncer de próstata, a través de los factores de riesgo que más se repitieron en los usuarios adultos y adultos mayores, la información que poseían sobre el control prostático, el medio por el cual la recibieron y el motivo de la primer consulta; con la finalidad de conocer la importancia que tienen éstas variables en la aparición de la enfermedad, pudiendo así contribuir como enfermeras a realizar estrategias de fomento protección y rehabilitación.

Surge el interés por investigar cual es el perfil de riesgo para el cáncer de próstata en el Uruguay, a partir de experiencias clínicas realizadas en el transcurso de la carrera donde se observó la elevada incidencia de ésta patología. Sumado a esto, el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por neoplasma en nuestro país en donde los datos revelan que en los años 1996 y 1997 existió una incidencia de 1985 casos, los cuales corresponden a un 14.7% de todos los cánceres.²⁶

Dicha investigación será llevada a cabo en la Policlínica de Urología, ubicada en el primer piso del Hospital de Clínicas. En la misma se atienden todas las consultas

²⁶ Datos Epidemiológicos, Incidencia, www.bvsoncologia.org.uy/pdfs/epidemiologia_en_cancer

externas, de lunes a viernes en el horario de 7:30 a 12:30, a excepción de los días jueves que se asiste a usuarios de Nefrología.

El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, tomando una muestra no probabilística por conveniencia.

La metodología utilizada para la realización de éste trabajo es revisión bibliográfica, búsqueda en internet, entrevistas estructuradas y observación.

Durante la revisión bibliográfica se encontraron pocas investigaciones previas sobre el tema, y se constató que no hay programa de prevención en salud sobre el cáncer de próstata a nivel nacional.

Fundamentación

El problema a estudiar surgió a partir de una experiencia práctica realizada en el Hospital de Clínicas durante el curso de Administración de los Servicios de Enfermería. En ésta se observó que en la Clínica Urológica una de las patologías más prevalentes fue el neoplasma de próstata. El mismo, es la segunda causa de muerte por cáncer en hombres en gran parte del mundo y su incidencia se acrecienta con la edad más que para cualquier otro cáncer.²⁷ Sumado a esto, nuestro país se encuentra en una etapa de transición demográfica epidemiológica, con una esperanza de vida al nacer de 70 años para los hombres, esta edad también se corresponde a la edad media en el momento del cual se realiza el diagnóstico de cáncer de próstata, existiendo un mayor número de muertes por cáncer de próstata a partir de los 75 años en adelante.²⁸

A nivel internacional existen programas de prevención de cancer de próstata, actualmente en EEUU, se están realizando screening controlados que finalizan en el 2010, los cuales responderán a beneficios de la sobrevida, impacto en la calidad de vida de los tratamientos y relación costo-beneficio de los diagnósticos. No estando aún jerarquizado este tema a nivel nacional dentro de los programas de promoción y prevención en salud.²⁹

En virtud de que este cáncer aparece tardíamente en la vida se piensa que su aparición está condicionada por la acción persistente de agentes causales a través del tiempo, es por esto que el propósito de este trabajo es elaborar el perfil de

²⁷ Vassallo, J.A; Barrios, E. Actualización Ponderada de los Factores de riesgo de Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003

²⁸ Otto S. Enfermería Oncológica. 3ªed. Madrid: Mosby; 1999

²⁹ Sociedad uruguaya de urología: screening pesquisa epidemiológica del cáncer de próstata (en línea) 1999; Disponible en: <http://www.chasque.net/fosorio/screen-prof.ppt>.

riesgo del cáncer de próstata de los usuarios adultos y adultos mayores a través de los factores de riesgo que más se repitieron así como también la información que poseían sobre el control prostático previo al diagnóstico, el medio por el cual obtuvieron dicha información y el motivo de la primer consulta, para a través de éste estudio conocer la importancia que tienen éstos factores en la aparición de la enfermedad, contribuyendo como enfermeras a realizar estrategias de fomento protección y recuperación de la salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil de riesgo de los usuarios adultos y adultos mayores que presentan como diagnóstico neoplasma de próstata y se asisten a la policlínica de urología del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010?

XI. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el perfil de riesgo de los usuarios que presentan como diagnóstico neoplasma de próstata y que concurren a la policlínica de urología en el período comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010.

Objetivos Específicos:

- **Determinar:**
 - Los factores de riesgo que predominan en la población de estudio.
 - La información que poseían los usuarios sobre el control prostático previo al diagnóstico de cáncer de próstata.
 - El medio por el cual recibió la información sobre el control prostático
 - El motivo de la primera consulta
- **Identificar el perfil de riesgo a través de los datos obtenidos.**
- **Sugerir estrategias de prevención y promoción desde la perspectiva de enfermería.**

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:**

El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. La metodología a utilizar para la realización de este trabajo será: revisión bibliográfica, búsqueda en Internet, entrevistas estructuradas, y observación. Luego se realizó el análisis, conclusiones de los datos obtenidos y sugerencias.

- **Universo:**

Todos los usuarios adultos y adultos mayores que concurren a la Policlínica de Urología del Hospital de Clínicas, en el periodo comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo del 2010.

- **Muestra:**

Compuesta por los usuarios adultos y adultos mayores que presenten como diagnóstico neoplasma de próstata y concurren a la Policlínica de Urología del Hospital de Clínicas, en el periodo comprendido entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010 en el horario de funcionamiento de la policlínica 7:30 a 12:30, de lunes a viernes. Correspondiendo ésta a una muestra no probabilística por conveniencia.

- **Criterios de Inclusión:**

Todos los usuarios adultos y adultos mayores

Todos los usuarios que presenten como diagnóstico neoplasma de próstata.

- **Criterios de exclusión:**

Todos los usuarios que no presenten como diagnóstico neoplasma de próstata.

Definición de las variables:

Edad:

Definición Conceptual: Etapa del individuo en el periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición Operacional: Años cumplidos hasta la fecha.

Indicadores: Se toman los siguientes rangos según conveniencia del investigador.

- 40 – 50
- 51 - 64
- 65 – 75
- 76 – 85
- >85 años

Escala: Variable Cuantitativa, Continua.

Antecedentes Familiares de cáncer de Próstata:

Definición Conceptual: Son aquellas enfermedades que presentan o presentaron los familiares del individuo.

Definición Operacional: Aquellos familiares directos que hayan tenido cáncer de próstata (padre, abuelos, hermanos)

Indicadores:

- Si
- No

Escala: Variable Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

Raza:

Definición Conceptual: Grupos de personas genéticamente relacionadas que presentan ciertas características físicas.

Definición Operacional: Ídem. Definición Conceptual.

Indicadores:

- Blanco
- Negro

Escala: Variable Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

Tabaquismo:

Definición Conceptual: Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco.

Definición Operacional: Aquellos usuarios que tengan o hayan tenido el hábito de fumar.

Indicadores:

- Si
- NO

Escala: Variable Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

Dieta:

Definición Conceptual: Conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

Definición Operacional: Ídem Definición Conceptual.

Indicadores:

- Se medirá la frecuencia de consumo de carnes rojas, pescado, frutas, verduras y lácteos según la ingiera todos los días, tres veces por semana, dos veces por semana, una vez por semana, o no consuma.

Escala: Variable Cualitativa Nominal Politémica.

Nivel de Instrucción:

Definición Conceptual: Es el nivel máximo alcanzado por un individuo mediante la educación formal.

Definición Operacional: Es el nivel de educación máximo alcanzado según lo refiera cada individuo.

Indicadores:

- Sin Instrucción
- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Terciaria

Escala: Variable Cualitativa Ordinal.

Información Previa al Diagnostico sobre el Control Prostático.

Definición Conceptual: Conocimiento de la existencia del control prostático previo al diagnostico de cancer de próstata.

Definición Operacional: Se considera que poseían información aquellos usuarios que mencionen la técnica de tacto rectal (TR), antígeno prostático específico (PSA) o ambos, cualquier otra respuesta se considera la categoría sin información.

Indicadores:

- Con información
- Sin Información

Escala: Variable Cualitativa Nominal Dicotómica.

Medio por el cual recibió información sobre el control prostático.

Definición Conceptual: A través de quien recibió la información sobre el control prostático.

Definición Operacional: Se considera como medio: médicos, enfermería, persona fuera de la salud, medios de comunicación.

Indicadores:

- Médicos
- Enfermería
- Persona fuera de la salud
- Medios de comunicación

Escala: Variable Cualitativa Nominal Politómica.

Motivo de Consulta

Definición Conceptual: Causa por la cual el usuario consulto por primera vez.

Definición Operacional: Se consideran motivos de consulta por síntomas, interconsulta con otra especialidad, o por prevención.

Indicadores:

- Síntomas
- Interconsulta con otra especialidad.
- Prevención

Escala: Variable Cualitativa Nominal Politómica.

Plan de tabulación:

La información obtenida se tabulará en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales para las variables y graficas que permitirán una mejor visión y análisis de los datos.

Cuadro N° 1: Distribución de los usuarios según edad:

Edad	FA	FR%
40 – 50		
51 – 64		
65 -75		
76 – 85		
>85		

Cuadro N° 2: Distribución de los usuarios según su raza:

Raza	FA	FR%
Blanco		
Negro		

Cuadro N°3: Distribución de los usuarios según su nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Sin instrucción		
Primaria incompleta		
Primaria completa		
Secundaria incompleta		
Secundaria completa		
Terciaria		

Cuadro N° 4 Distribución de los usuarios según la dieta.

Cuadro N° 4 A Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de carne roja.

Carnes Rojas	FA	FR%
Todos los días		
1 vez x semana		
2 veces x semana		
3 veces x semana		
No consume		

Cuadro N° 4 B Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de pescado.

Pescado	FA	FR%
Todos los días		
1 vez x semana		
2 veces x semana		
3 veces x semana		
No consume		

Cuadro N° 4 C Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de frutas y Verduras.

Frutas y Verduras	FA	FR%
Todos los días		
1 vez x semana		
2 veces x semana		
3 veces x semana		
No consume		

Cuadro N° 4 E Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de lácteos.

Lácteos	FA	FR%
Todos los días		
1 vez x semana		
2 veces x semana		
3 veces x semana		
No consume		

Cuadro 5: Distribución de los usuarios según los antecedentes familiares de Cáncer de próstata.

Antecedentes familiares de cancer de próstata	FA	FR%
Si		
No		

Cuadro N° 6: Distribución de los usuarios de acuerdo a si han presentado el habito de fumar o no.

Tabaquismo	FA	FR%
Si		
No		

Cuadro N°7: Distribución de los usuarios de acuerdo a la información que poseían sobre el control prostático.

Información previa al diagnóstico sobre control prostático	FA	FR%
Con información		
Sin información		

Cuadro N° 8: Distribución de los usuarios según el medio por el cual recibió información acerca del control prostático.

Medio de información	FA	FR%
Medico		
Enfermería		
Persona fuera de la salud		
Medios de comunicación.		

Cuadro N° 9: Distribución de los usuarios según el motivo de consulta.

Motivo de consulta	FA	FR%
Síntomas		
Interconsulta con otra especialidad		
Prevención		

Bibliografía

- Cáncer de Próstata Una Guía práctica. Asociación Española Contra el Cáncer. www.aecc.es
- Datos Epidemiológicos. Incidencia.
- Diccionario de medicina. Madrid : Harcourt-Mosby; 2000.
- Epidemiologías del Cancer de Próstata a Nivel Mundial. Dijkman. 1996. www.reddelconocimiento.org/file:///F:/prostata/aspectos-del-cancer-de.htm
- Frenk Mora J, Ruelas E, Tapia R. Programa de Acción: Cáncer de Próstata. México, DF : Secretaria de la Salud; 2001.
- Gilles D. Gestión de Enfermería. Barcelona: Massón-Salvat; 1994.
- Hernández de Canales F. Metodología de la investigación. OPS. 2ª de. E.U.A; 1994.
- [Http://es.wikipedia.org/wiki/Cancer_de_prostata](http://es.wikipedia.org/wiki/Cancer_de_prostata)
- [Http://es.wikipedia.org/wiki/Causas_del_cancer_de_prostata](http://es.wikipedia.org/wiki/Causas_del_cancer_de_prostata)
- L.F De Vattuone. Educación para la Salud. 15 ed. El Ateneo; 1989.
- OMS. Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Declaración Alma Ata, 1978.
- Otto S. Enfermería Oncológica. 3ªed. Madrid: Mosby; 1999.
- Piñeiro R. Diccionario de Ciencia de la Salud. Madrid:Interamericana; 1995.

- Polit D.. Investigación Científica en Ciencias de la Salud.
6ªed.Barcelona: Mc Graww Hill; 2000.
- Puente R. Temas de Urología para Pregrados y Médicos generales.
- Sociedad Uruguaya de Urología. Screening, Pesquisa Epidemiológica del cáncer de próstata, (En línea 1999; Disponible en // [http://www,chasqué.Net/ Fosorio/ screen –prof-ppt.](http://www.chasqué.Net/Fosorio/screen-prof-ppt.)).
- Información sobre control prostático como método de prevención del cáncer de próstata (Tesis). Montevideo; 2003.
- Vassallo J A, Barrios E. Actualización Ponderada de los Factores de riesgo de Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; 2003.
- Vassallo J A, Barrios E, De Stefani E, Roncco A. II Atlas de Incidencia del cáncer en Uruguay, 1996- 1997, Vigilancia Epidemiológica; Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.
- www.bvsoncologia.org.uy/pdfs/epidemiologia_en_cancer

Cronograma de actividades:

Realización de:

I. Introducción al trabajo de investigación final:

Definición del tema a estudiar y de la pregunta problema. (3 semanas)

II. Protocolo de investigación: (20 semanas)

- Revisión Bibliográfica. (6 semanas)
- Fundamentación y Justificación (3 semanas)
- Determinar objetivos (1 semana)
- Elaboración del marco teórico (5 semanas)
- Metodología a utilizar (1 semana)
- Plan de análisis y resultados (2 semanas)
- Instrumento de recolección de información (2 semanas)

III. Carta solicitando autorización para ingreso al campo (1 semana)

IV. Recolección de datos (6 semanas)

V. Procesamiento de datos y clasificación (7 semanas)

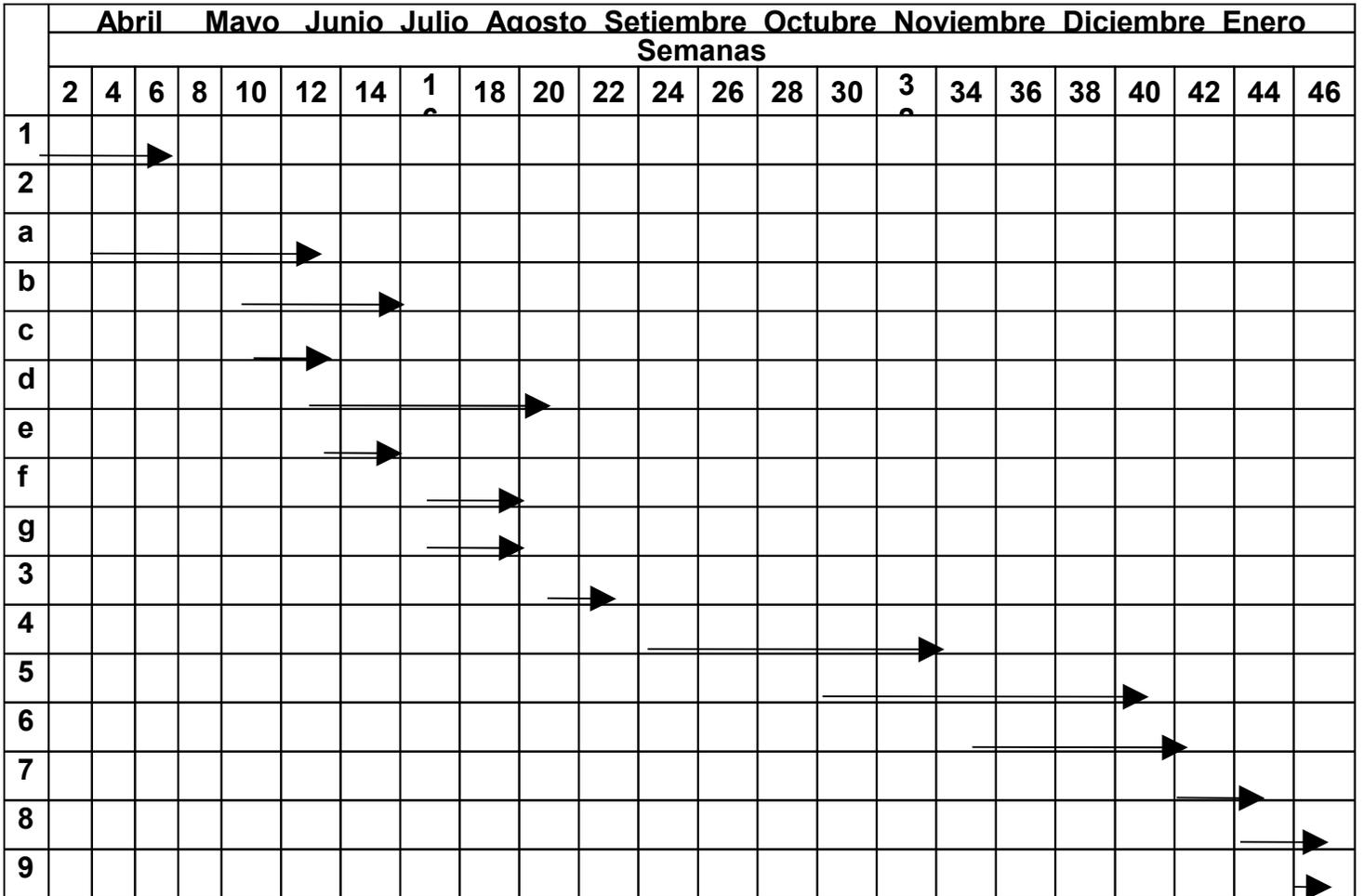
VI. Análisis de los datos obtenidos (5 semanas)

VII. Realización del informe final (2 semanas)

VIII. Planificación de la presentación de los datos obtenidos (2 semanas)

IX. Entrega del informe final. (1 día)

Diagrama de Gantt



Determinación de los recursos necesarios:

Recursos humanos:

El siguiente trabajo será realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Recursos Materiales:

- Bibliografía
- Computadora
- Fotocopiadora
- Hojas
- Lápices
- Lapiceras
- Papel para impresora
- Tinta

Recursos financieros:

Esta investigación será financiada por parte de los estudiantes que la llevan a cabo.

Costos y presupuestos:

Se estiman que los recursos necesarios para la realización de la siguiente investigación serán:

Transporte:	\$1000
Viáticos:	\$1500
Papelería:	\$400
Impresión:	\$500
Encuadernación:	\$100
Informática:	\$400
Material para la presentación:	\$800
Imprevistos:	\$1000
Total:	\$5700

ANEXO 3:

Instrumentos de recolección de datos, para valorar factores de riesgo en usuarios con neoplasma de próstata:

1) EDAD:

40 a 50	
51-64	
65-75	
76-85	
>85	

2) RAZA:

Blanca	
Negra	

3) NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Sin instrucción	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Terciaria	

4) DIETA:

	Todos los días	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana	No consume
CARNES ROJAS					
PESCADO					
FRUTAS Y VERDURAS					
LECHE Y SUS DERIVADOS					

5) ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Alguien en su familia, (abuelo, padre, hermano) presento cáncer de próstata?

SI	
NO	

6) TABAQUISMO:

¿Habitualmente usted consume o consumió tabaco?

SI	
NO	

7) INFORMACIÓN PREVIA:

¿Conocía usted la existencia de los exámenes de diagnóstico precoz para el cáncer de próstata, antes de padecer la enfermedad?

SI	
NO	

8) MEDIO POR EL CUAL RECIBIO INFORMACIÓN SOBRE EL CONTROL PROSTATICO:

¿Quién le brindó información sobre el control prostático?

Médicos	
Enfermería	
Personas ajenas al área de la salud	
Medios de comunicación	

10) MOTIVO POR EL CUAL CONSULTO:

¿Cuál fue el motivo por el cual consultó por primera vez al servicio de urología?

Síntomas	
Interconsulta con otra especialidad	
Prevención	

ANEXO N° 4

ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LA POLICLINICA DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS

Breve Reseña Histórica de la Policlínica de Urología del Hospital de Clínicas.

En cuanto a los datos históricos de la policlínica de urología, no se encontraron grandes registros.

Para hablar de ello obtuvimos información desde 2 fuentes. La primera de ellas fue el personal del hospital, el cual relata que la misma se encuentra instalada allí desde que se inauguro el Hospital en el año 1953, manteniendo desde entonces la misma ubicación física.

La segunda, es el único material escrito que se encontró con respecto a la consulta externa los cuales pertenecen a un trabajo de investigación realizado por el Dr. Gustavo Quesada, residente en Administración de los servicios de salud, elaborado en diciembre de 1988.

El mismo revela que a partir del año 1954 en adelante la consulta externa (CE) del hospital de clínicas ha ido en aumento con el transcurrir de los años, de hecho para el año 1975 el número de cargos médicos docentes para la consulta externa aumentó un 53%.

Lo cual representa un cambio favorable en la calidad de atención.

En cuanto a la estructura del sector (1° piso de Hospital de Clínicas), se consideran 12 servicios clínicos. Los cuales se subdividen en: Servicios Médicos; Servicios Quirúrgicos y Servicios de especialidades.

Estos subgrupos se conforman por:

- Servicio Médicos: Clínica médica A, B y D creadas entre 1962 y 1987.
- Servicios Quirúrgicos: Formados por las clínicas Quirúrgicas A, B y F
- Servicios de Especialidades: Formados por las clínicas de Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Urología, Ginecología y Obstetricia (estos agrupados desde 1962 a 1973 y luego desagregados desde 1974 a 1987)

Ubicación Física

La policlínica se encuentra ubicada en el primer piso del hospital de clínicas en el ala este a la izquierda, tercera puerta. A la misma se accede por los ascensores centrales, o por las escaleras que se encuentran ubicadas en planta baja, que únicamente permiten el acceso al primer piso del hospital.

Al ingresar a la policlínica nos encontramos con una planta física muy deteriorada, reducida en espacio. Si nos dirigimos hacia la izquierda vemos que se encuentra dividida en seis boxes, separados individualmente por paredes de material, y con una cortina en el frente, que permite brindarles privacidad a los usuarios. Cada box cuenta con un mobiliario básico de un escritorio, una camilla, dos sillas, y una papelerera. A excepción de un único box que cuenta con camilla ginecológica.

Las instalaciones cuentan con un baño para los usuarios que no cuenta con agua corriente, por lo tanto el descarte de las bolsas colectoras, se realiza en una de las piletas que se ubica frente a los Boxes, a ésta, el enfermero la delimito como área sucia; ya que allí también se encuentra papelerera con bolsa amarilla.

Junto a la piletta mencionada anteriormente encontramos otra piletta y una pequeña mesada, la cual es considerada como área limpia.

En la policlínica también encontramos un carro de curaciones el cual cuenta con: cilindro, clamps, antisépticos (yodofón, agua oxigenada, alcohol, etc.).

Cabe destacar que cada camilla cuenta con su rollo de papel camilla.

Luego de los cuatro primeros boxes, encontramos un escritorio el cual cuenta con toda la papelería necesaria para la atención del usuario (recetas, pedidos de exámenes, hojas de historia clínica, etc.).

Hacia la derecha nos encontramos con el estar de enfermería y de los médicos y junto a este sector se encuentra el baño de los funcionarios

Funcionamiento

Referente al funcionamiento de la policlínica, trabaja de lunes a viernes, en el horario de 7 a 12 horas, funcionando únicamente los días jueves la policlínica de nefrología, correspondiendo los restantes días a la policlínica de urología.

Con relación al ingreso de los usuarios, éste puede ser por emergencia o en forma ambulatoria, derivados de otras instituciones, como por ejemplo policlínicas barriales, geriatría, etc.

Para que el paciente acceda al servicio debe pedir día y hora en ventanilla del primer piso, también debe tener la tarjeta gris de usuario del hospital de clínicas.

Para la realización de procedimientos, se realizan con la indicación médica y se organizan en un cuaderno.

RRHH

Equipo Medico:

Jefe del servicio Dr. Grado 5 J. Jubin.

Médicos Grado 2 Dr. Alvez, Dr. Colombo, Dr. Escobar.

En la policlínica atiende un grado dos y aproximadamente tres o cuatro residentes por cada uno de los médicos grado 2.

Equipo de Enfermería:

Supervisora del Área Policlínicas Lic. Estela Gaso.

Lic. de la Policlínica Alejandra Otero.

Dos Aux. de Enfermería: Gustavo Pinasco

Nelly Fonseca.

Ellos trabajan en coordinación con los médicos que se encuentran en las policlínicas de urodinamía y cistoscopia del piso 9.

Una Aux. de servicio Olga López la que cumple un horario de 12 a 18 horas. La que realiza la higiene de toda el área cuando culmina la actividad.

RRMM

Todos los materiales los provee economato, a través de la realización de pedidos semanales, entre ellos se encuentran: sondas, bolsas colectora, material blanco, guantes de higiene y estériles, antisépticos, etc.

En este momento la cantidad de material esta acorde con el servicio.

RRFF

Los recursos dependen del directamente hospital de clínicas, a través de un método de previsiones, que se realiza una vez al año, y consta en contar todo el material que se utiliza anualmente, para de esta forma realizar el pedido para el año siguiente.

En cuanto al flujo de usuarios podemos decir que se atienden aproximadamente unos 400 por mes, de los cuales concurren 180 para la realización de procedimientos específicos, cambio de sonda, cambio de talla, cambio de nefrostomía, dilatación uretral, etc.

Los procedimientos están protocolizados, por ejemplo el cambio de sonda debe realizarse cada dos semanas y las siliconadas cada 30 días.

Los diagnósticos más frecuentes encontrados son:

*Adenoma de próstata

*Neoplasma de vejiga

*Insuficiencia Renal Aguda

*Pólipo Vesical

*Tumor renal

*Tumor testicular

(Fuente Historias Clínicas)

En cuanto al neoplasma de próstata no hay ningún registro estadístico del número de usuarios atendidos, se ha observado haciendo un recuento en 15 días de recolección de datos que el número de usuarios con esta patología es de 25.

ANEXO N° 5

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro N°1: Distribución según edad

Edad	FA	FR%
40 – 50	0	0%
51 – 64	11	17,7%
65 – 75	25	40,3%
76 – 85	24	38,7%
>85	2	3,3%
TOTAL	62	100%

Cuadro N° 2: Distribución de los usuarios según los antecedentes familiares

Antecedentes familiares de cáncer de próstata	FA	FR%
Si	20	32,3%
No	42	67,8%
TOTAL	62	100%

Cuadro N° 3: Distribución de los usuarios según su raza

Raza	FA	FR%
Blanco	61	98,4%
Negro	1	1,6%
TOTAL	62	100%

Cuadro N°4: Distribución de los usuarios de acuerdo a si han presentado el habito de fumar o no

Tabaquismo	FA	FR%
Si	44	71%
No	18	29%
TOTAL	62	100%

Cuadro N° 5 A: Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de carne roja

Carnes Rojas	FA	FR%
Todos los días	15	24,2%
1 vez x semana	18	29,0%
2 veces x semana	16	25,8%
3 veces x semana	10	16,1%
No consume	3	4,8%
TOTAL	62	100%

Cuadro N° 5 B: Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de pescado

Cuadro N° 5 C: Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de frutas y verduras

Frutas y Verduras	FA	FR%
Todos los días	40	64,5%
1 vez x semana	5	7,3%
2 veces x semana	5	7,3%
3 veces x semana	10	17,7%
No consume	2	3,2%
TOTAL	62	100%

Cuadro N° 5 D: Distribución de los usuarios de acuerdo al consumo de lácteos

Lácteos	FA	FR%
Todos los días	47,0	75,8%
1 vez x semana	5,0	8,1%
2 veces x semana	2,0	3,2 %
3 veces x semana	2,0	3,2%
No consume	6,0	9,7%
TOTAL	62,0	100,0%

Cuadro N°6: Distribución de los usuarios según su nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Sin instrucción	0	0,0%
Primaria incompleta	21	33,9%
Primaria completa	23	37,1%
Secundaria incompleta	12	19,3%
Secundaria completa	3	4,8%
Terciaria	3	4,8%
TOTAL	62	100%

Cuadro N°7: Distribución de los usuarios de acuerdo a la información que poseían sobre el control prostático.

Información previa al diagnóstico sobre control prostático	FA	FR%
Con información	15	24,2%
Sin información	47	75,8%
TOTAL	62	100%

Cuadro N° 8: Distribución de los usuarios según el medio por el cual recibieron información acerca del control prostático

Medio de información	FA	FR%
Medico	52,0	83,9%
Enfermería	1,0	1,6%
Persona fuera de la salud	7,0	11,3%
Medios de comunicación.	2,0	3,2%
TOTAL	62,0	100,0%

Cuadro N° 9: Distribución de los usuarios según el motivo de consulta

Motivo de consulta	FA	FR%
Síntomas	44,0	71%
Interconsulta con otra especialidad	11,0	17,8%
Prevención	7,0	11,3%
TOTAL	62,0	100,0%

Cuadro N° 10: Relación entre la edad de los usuarios y el motivo de consulta

Edad	Motivo de Consulta							
	Prevención		Interconsulta		Síntomas		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
40 – 49	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
50 – 74	3,0	4,8%	7,0	11,3%	26,0	41,9%	36,0	58,1%
75 y más	4,0	6,5%	4,0	6,5%	18,0	29,0%	26,0	41,9%
TOTAL	7,0	11,3%	11,0	17,7%	44,0	71,0%	62,0	100%

Cuadro N° 11: Distribución de los usuarios de acuerdo al nivel de instrucción y la información previa al diagnóstico sobre el control prostático

Nivel de Instrucción	Información Previa					
	Si		No		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Primaria Incompleta	3,0	4,84%	18,0	29,0%	21,0	33,9%
Primaria Completa	5,0	8,06%	18,0	29,0%	23,0	37,1%
Secundaria Incompleta	4,0	6,45%	10,0	16,1%	14,0	22,6%
Secundaria completa	1,0	1,61%	0,0	0,0%	1,0	1,6%
Terciaria	2,0	3,23%	1,0	1,6%	3,0	4,8%
TOTAL	15,0	24,2%	47,0	75,8%	62,0	100%