

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO ÁREA NORTE
CIEGO DE ÁVILA****Evaluación del algoritmo para el control del cáncer de próstata en el Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila. Año 2014****Evaluation of control algorithm for prostate cancer at the North University Polyclinic of Ciego de Ávila. Year 2014**

Neisy Brito Hernández^I, Katia Villamil Fumero^{II}, Tania Galbán Noa^{III}, Magaly Rita Gómez Verano^{IV}, Roxana Moreno González^V, Dariel Llanes Gómez^{VI}.

RESUMEN

Introducción: anualmente se diagnostican en el mundo alrededor de un millón de enfermos de cáncer de próstata. La detección precoz de la enfermedad posibilita un mejor pronóstico; pero ello requiere que los profesionales de la salud posean la información y conocimientos necesarios, condiciones materiales adecuadas, y que se cumplan estrictamente los programas de prevención y promoción de salud.

Objetivo: evaluar el cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata en el Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila en el período de enero a diciembre de 2014.

Método: se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud. La selección de la muestra tuvo carácter no probabilístico e intencional y estuvo constituida por 15 equipos básicos de salud ubicados en los consultorios del Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico. Se confeccionaron guías para la recolección de la información.

Resultados: la mayoría de los equipos básicos de salud desconocían el algoritmo de control del cáncer de próstata, los consultorios carecían de guantes para la realización del tacto rectal y se detectaron deficiencias en la pesquisa activa mediante la prueba de antígeno prostático específico y en la aplicación del sistema de clasificación del algoritmo.

Conclusiones: las deficiencias detectadas en el cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata en el Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Universitario Área Norte afectan el funcionamiento del programa, dificultan el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los pacientes y empeoran el pronóstico de la enfermedad.

Palabras clave: INVESTIGACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD, EVALUACIÓN DE PROCESO (ATENCIÓN DE SALUD), ALGORITMOS, NEOPLASIAS DE LA PRÓSTATA, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO.

ABSTRACT

Introduction: around one million of persons sick of prostate cancer are diagnosed annually in the world. Early detection of the disease allows a better prognosis; but this requires that health professionals have the necessary information and knowledge, appropriate material conditions, and the prevention programs and health promotion are strictly observed.

Objective: to assess compliance with the control algorithm of prostate cancer in the Basic Working Group No.2 of the North University Polyclinic of Ciego de Ávila from January to December 2014.

Method: an investigation in health systems and services was carried out. The selection of the sample had not probabilistic and intentional character and consisted of 15 basic health teams located in the offices of Basic Working Group No.2. Guidelines for data collection were prepared.

Results: most basic health teams were unaware of the control algorithm of prostate cancer, clinics lacked of gloves for performing the digital rectal examination and were detected deficiencias in the active investigation by prostate-specific antigen test and in the application of the classification system algorithm.

Conclusions: the deficiencias in compliance with the control algorithm of prostate cancer in the Basic Working Group No.2 of the North University Polyclinic affect the operation of the program, hindering early diagnosis and treatment of patients and worsen the prognosis of the disease.

Keywords: HEALTH SERVICES RESEARCH, PROCESS ASSESSMENT (HEALTH CARE), ALGORITHMS, PROSTATIC NEOPLASMS, PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN.

- I. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Máster en Salud y Desastres. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Máster en Educación Superior. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Estudiante de 5to año de Medicina. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Estudiante de 5to año de Medicina. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Anualmente se diagnostican en el mundo alrededor de un millón de enfermos de cáncer de próstata, cifra que representa el 15 % de todos los casos de tumores en individuos de sexo masculino⁽¹⁾.

En España se detectan unos 270 853 casos anuales de cáncer de próstata, lo que supone casi 22 % de todos los tumores detectados en hombres, y la cifra anual de muertes por esta enfermedad se aproxima a las 5 500 muertes (10 % de todos los fallecimientos por cáncer entre varones); no obstante, si se compara con las de otros países desarrollados la tasa española es baja (36 nuevos casos por cada 100 000 habitantes), pero la enfermedad muestra una tendencia al alza desde la década de los '90⁽¹⁾.

En Venezuela el cáncer de próstata es la tercera causa de muerte y es más frecuente en hombres de 70 años; la mortalidad es de 2,1x1000 pacientes⁽²⁾.

Mientras en los países en vías de desarrollo la neoplasia de próstata es el cuarto tumor más común (después de los de pulmón, estómago e hígado), en los países desarrollados su incidencia ha aumentado con rapidez en la última década y ha desplazado al cáncer de pulmón como primera causa de muerte entre las neoplasias en Norteamérica, Australia y Europa del Norte principalmente⁽¹⁾.

Al respecto, la mayoría de los estudios epidemiológicos sugieren que el aumento en la incidencia del cáncer de próstata se debe, en parte, a los avances actuales en la detección y comunicación de los casos de la enfermedad; no obstante, continúa el incremento de los casos diagnosticados tardíamente^(2,3).

Las tasas de supervivencia indican que en el mundo occidental 92% de los varones diagnosticados sobreviven al menos cinco años después del diagnóstico, y 67 % superan los 10 años⁽¹⁾. El pronóstico de la enfermedad mejora cuando se detecta a tiempo; alrededor de 58 % de los tumores se diagnostican en la fase aún localizada⁽³⁾.

En el 2012 murieron por cáncer de próstata 30 383 norteamericanos y fueron diagnosticados 233 159 casos nuevos. En los años venideros se espera un aumento en el número de casos de cáncer de próstata detectados en fase localizada, lo que incrementará la tasa de casos curables y mejorará la supervivencia de los pacientes⁽⁴⁾.

En la actualidad, el tratamiento de estos pacientes se dirige sobre todo a la detección temprana y el tratamiento radical primario de la próstata y tejidos adyacentes, ya sea quirúrgico o radiactivo; no obstante, dicho tratamiento radical está asociado a una morbilidad significativa y puede calificarse como "sobret ratamiento" que afecta la calidad de vida en un grupo de pacientes con enfermedad localizada⁽⁵⁾.

El cáncer de próstata, aún tratado, muestra una morbilidad significativa en cuanto a incontinencia

urinaria y varios grados de disfunción eréctil. Estudios realizados en hombres operados mediante prostatectomía radical (PR) indican que, aunque esta técnica quirúrgica es altamente efectiva, 44 % a 75 % de los pacientes sufren de disfunción eréctil y más del 60 % sufren estrés como consecuencia de los problemas de disfunción sexual. La terapia radiante radical externa se asocia con morbilidad rectal y síntomas intestinales^(6,7).

Actualmente en Cuba el cáncer es la primera causa de mortalidad en general y la primera de años potenciales de vida perdidos. Desde el año 2012 es el indicador de mayor impacto en la esperanza de vida al nacer; al cierre de ese año los tumores malignos fueron la causa esencial de años de vida potencialmente perdidos en ambos sexos (17,2 % en las mujeres y 18,2 % en los hombres). Las localizaciones más frecuentes en la mujer son: mama, pulmón, colon y cuello del útero; y en el hombre: pulmón, próstata, colon y laringe⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Anualmente se registran por esta causa más de 22 532 fallecidos y la incidencia y mortalidad de la enfermedad continúan su tendencia ascendente, no se logra el impacto deseado a escala poblacional con las acciones efectuadas y, desde el año 2008, en ocho de las 14 provincias, el cáncer pasó a ser la primera causa de muerte.

Sin duda, la detección precoz de la enfermedad posibilita un mejor pronóstico; pero ello requiere que los profesionales de la salud posean la información y conocimientos necesarios, condiciones materiales adecuadas, y que se cumplan estrictamente los programas de prevención y promoción de salud

Es por ello que la presente investigación tiene como objetivo evaluar el cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata en el Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila en el período de enero a diciembre de 2014.

MÉTODO

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) en el Grupo Básico de Trabajo (GBT) No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

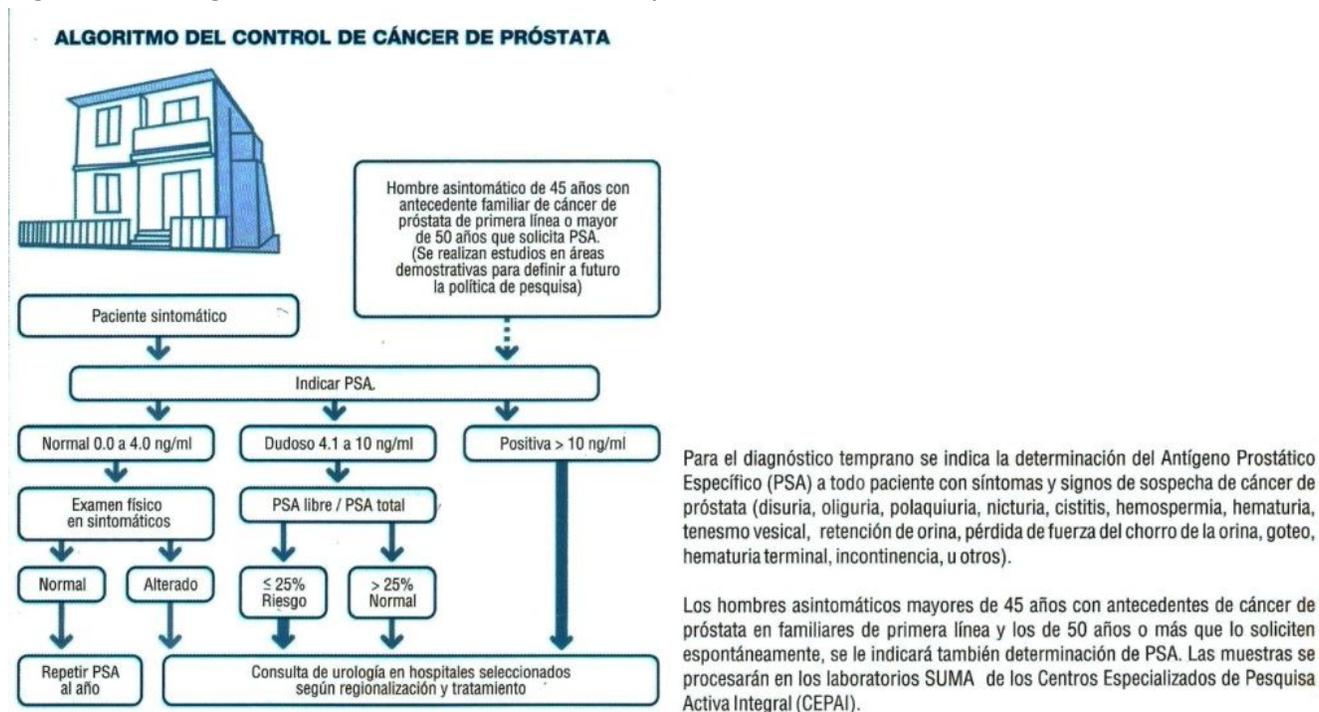
La selección de la muestra tuvo carácter no probabilístico e intencional y estuvo constituida por 15 equipos básicos de salud (EBS) de los 16 ubicados en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del GBT No.2 del Policlínico, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión esbozados.

Criterio de inclusión: los equipos básicos de salud que laboran en los consultorios médicos de la familia del GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Criterio de exclusión: se exceptúa de la muestra el equipo básico de salud del que forma parte la autora principal de la investigación, para evitar una evaluación sugestiva que conllevaría a un sesgo.

Como variables se analizaron la estructura del EBS en cuanto a recursos humanos y materiales, y el proceso de pesquisa activa de casos de la enfermedad mediante la prueba de antígeno prostático específico (PSA por sus siglas en inglés) y aplicación del sistema de clasificación según el algoritmo de control del cáncer de próstata (Figura No.1).

Figura No.1. Algoritmo de control del cáncer de próstata.



Se confeccionaron guías para la recolección de la información y se tuvieron en cuenta los componentes indispensables para el cumplimiento del algoritmo; la información se recopiló en el Departamento de Estadística y el Laboratorio del Policlínico, así como en los propios consultorios del médico y la enfermera de la familia (Anexos No.1, No.2, No.3 y No.4)

Anexo No.1. Guía para recolección de la información en el Laboratorio del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Guía para recolección de la información en el Laboratorio del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

¿El Laboratorio dispone de equipamiento para la realización de la toma de muestra de sangre para PSA y su traslado al Laboratorio del sistema ultramicroanalítico (SUMA)?

- Jeringuillas Sí: _____ No: _____
- Algodón Sí: _____ No: _____
- Guantes Sí: _____ No: _____
- Agujas Sí: _____ No: _____
- Pipetas Sí: _____ No: _____
- Balitas de almacenamiento Sí: _____ No: _____
- Otros dispositivos alternativos necesarios para el procedimiento
Sí: _____ No: _____

Anexo No.2. Guía para recolección de la información en el Departamento de Estadística del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Guía para recolección de la información en el Departamento de Estadística del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Pacientes reportados en las hojas de cargo de todos los consultorios del GBT No.2 (incluidos en la investigación) con cualquier diagnóstico cuya sintomatología pudiera hacer sospechar un cáncer de próstata.

Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No.: _____ No. de Historia Clínica: _____

Nombre y apellidos del paciente: _____

Edad: _____ Diagnóstico: _____

Anexo No.3. Guía para recolección de la información en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Guía para recolección de la información en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No.: _____
 Equipo Básico de Salud (EBS) Completo: _____ Incompleto: _____
 Existencia de médico Sí: _____ No: _____
 Existencia de enfermera Sí: _____ No: _____
 Existencia de personal médico y de enfermería con nivel de conocimiento para la aplicación del programa de control de cáncer de próstata Sí: _____ No: _____
 Existencia de un local de consulta con condiciones mínimas de privacidad e iluminación Sí: _____ No: _____
 Existencia de guantes en el local de consulta Sí: _____ No: _____

Anexo No.4. Guía para recolección de la información a partir de las historias clínicas de los pacientes en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Guía para recolección de la información a partir de las historias clínicas en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No.: _____
 Historia Clínica (HC): _____ Edad del paciente: _____

Aspectos a precisar en las historias clínicas:

1. ¿Se recogen en las historias clínicas de los pacientes reportados en las hojas de cargo los síntomas o signos sospechosos de cáncer de próstata?
 Sí: _____ No: _____ Cuáles: _____
2. ¿Se le indicó la prueba del PSA a este paciente? Sí: _____ No: _____
3. ¿Está reflejado en la historia clínica el resultado del PSA?
 Sí: _____ No: _____
4. Si el resultado del PSA es normal y está reflejado en la historia clínica, ¿se indicó la realización del tacto rectal?
 Sí: _____ No: _____
5. ¿Están descritas las características de la próstata encontradas en el examen físico?
 Sí: _____ No: _____
6. Si el resultado del PSA es alterado, ¿se reflejó en la historia clínica la remisión del paciente a la consulta de Urología?
 Sí: _____ No: _____
7. ¿En las historias clínicas de los hijos y hermanos de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata está reflejado este antecedente como factor de riesgo de la enfermedad?
 Sí: _____ No: _____
8. Entre los pacientes con antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primera línea, ¿se indicó la prueba del PSA a los de 45 años y más?
 Sí: _____ No: _____
9. ¿Está reflejado en la historia clínica el resultado del PSA de estos pacientes?
 Sí: _____ No: _____

Se revisaron las historias clínicas de 284 pacientes reportados en las hojas de cargo de los consultorios del GBT No.2 con diagnósticos cuya sintomatología pudiera hacer sospechar un cáncer de próstata y las historias clínicas de los hijos y hermanos de pacientes ya diagnosticados con la enfermedad, para verificar si a estos pacientes se les indicó la prueba del PSA y si se siguió con ellos el procedimiento establecido en el algoritmo para el control del cáncer de próstata.

Los datos se procesaron en un ordenador personal, mediante el programa Microsoft Excel 2003. Como medida de resumen de la información se utilizó el porcentaje. Se determinaron criterios,

definiciones, indicadores y estándares, así como el resultado y la evaluación relacionados con cada uno de los indicadores; la información se expuso en tablas.

RESULTADOS

Referente a la estructura, el análisis de los recursos humanos del GBT No.2 dio como resultado que todos los consultorios están cubiertos por médicos y enfermeras, por lo que este aspecto se consideró aceptable (Tabla No.1).

Tabla No.1. Evaluación del cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata según el componente de estructura recursos humanos (equipos básicos de salud completos).

Componente recursos humanos del GBT	Aceptable	
	No.	%
Existencia del Equipo Básico de Salud completo.	15	100

Fuente: Guía para recolección de la información en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

En siete de los 15 equipos básicos de salud los médicos y enfermeras de la familia dominaban el algoritmo de control de cáncer de próstata, los factores de riesgo de la enfermedad y los modos y estilos de vida saludables relacionados con su prevención; en cinco EBS los médicos tenían los conocimientos necesarios para practicar el algoritmo y llevar a cabo las labores de promoción y prevención, y en tres consultorios ninguno de los miembros de los EBS conocían el algoritmo de control del cáncer de próstata. Este aspecto se evaluó como no aceptable (Tabla No.2).

Tabla No.2. Evaluación del cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata según el componente de estructura recursos humanos (equipos básicos de salud con conocimientos).

Componente recursos humanos del GBT	No aceptable		Mínimo aceptable		Aceptable	
	No.	%	No.	%	No.	%
Existencia de personal médico y de enfermería con conocimientos para el cumplimiento del algoritmo.	3	20,00	5	33,33	7	46,67

El análisis de la estructura del GBT No.2 en cuanto a los recursos materiales (disponibilidad de un local con condiciones de privacidad mínimas para la realización del interrogatorio y examen físico) permitió constatar que todos los consultorios tienen locales con las condiciones requeridas, por lo que se evaluó como aceptable este aspecto (Tabla No.3).

Tabla No.3. Evaluación del cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata según el componente de estructura recursos materiales (condiciones de los locales de los consultorios).

Componente recursos materiales del GBT	Aceptable	
	No.	%
Disponibilidad en los consultorios de locales con condiciones de privacidad mínimas para la realización del interrogatorio y el examen físico.	15	100

Respecto a la disponibilidad de guantes para la realización del tacto rectal en los consultorios – recurso fundamental para la realización del examen físico a todos los pacientes con síntomas y signos sospechosos de cáncer de próstata aún cuando los resultados del PSA sean normales–, se detectó que sólo seis consultorios contaban con guantes, por lo que este aspecto se consideró no aceptable (Tabla No.4).

Tabla No.4. Evaluación del cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata según el componente de estructura recursos materiales (disponibilidad de guantes para la realización del tacto rectal en los consultorios).

Componente recursos materiales del GBT	No aceptable		Aceptable	
	No.	%	No.	%
Disponibilidad de guantes para la realización del tacto rectal en los consultorios.	9	60,00	6	40,00

El Laboratorio del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila reúne las condiciones necesarias para la extracción de las muestras de sangre a los pacientes para el PSA y su posterior traslado al Laboratorio del SUMA, de ahí que este aspecto se evaluara como aceptable.

No obstante los resultados positivos en algunos aspectos del componente estructura, su evaluación general es de no aceptable porque, a pesar que los 15 EBS estaban completos y en todos los consultorios del médico de la familia del GBT No.2 existían locales con condiciones de privacidad mínimas para la realización del interrogatorio y el examen físico, en menos de 10 consultorios ambos miembros del EBS contaban con niveles adecuados de conocimientos para la aplicación del algoritmo y sólo cinco consultorios tenían guantes para la realización del tacto rectal; todo ello imposibilitó el adecuado cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata.

La evaluación del componente proceso desde el punto de vista de la pesquisa activa mediante la realización de la prueba del PSA según lo establecido en el algoritmo de control del cáncer de próstata (90 % o más de los pacientes) resultó no aceptable puesto que en ninguno de los consultorios incluidos en la investigación se indicó este examen en la proporción establecida: en cinco consultorios se indicó en 50-89% de los casos y en diez consultorios a menos de 50% de los pacientes (Tabla No.5).

Tabla No.5. Evaluación del cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata según el componente proceso (pesquisa activa mediante prueba del PSA).

Componente proceso en el GBT	No aceptable		Mínimo aceptable	
	No.	%	No.	%
Pesquisa activa mediante realización de la prueba del PSA a los pacientes según establece el algoritmo.	10	66,67	5	33,33

Fuente: Guía para recolección de la información a partir de las historias clínicas de los pacientes en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Dentro del componente proceso, la aplicación del sistema de clasificación según el algoritmo de control del cáncer de próstata igualmente se evaluó como no aceptable; en ningún consultorio se aplicó correctamente el algoritmo en más de 90 % de los casos, en dos consultorios hubo buen manejo de los pacientes (50-89 % de los casos) y en 13 consultorios la aplicación del algoritmo fue correcta en menos de 50% de los pacientes (Tabla No.6).

Tabla No.6. Evaluación del cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata según el componente proceso (aplicación correcta del sistema de clasificación del algoritmo).

Componente proceso en el GBT	No aceptable		Mínimo aceptable	
	No.	%	No.	%
Aplicación correcta del sistema de clasificación según el algoritmo de control del cáncer de próstata.	13	86,70	2	13,30

El componente proceso en el GBT No.2 se evaluó de forma general como no aceptable porque los dos aspectos que lo integran (pesquisa activa mediante realización de la prueba del PSA a los pacientes según establece el programa en el algoritmo de control del cáncer de próstata, y la aplicación del sistema de clasificación del propio algoritmo) resultaron deficientes y se evaluaron

como no aceptables.

A partir de los resultados de las evaluaciones a los componentes del algoritmo de control del cáncer de próstata en el GBT No.2 del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila en el período de enero a diciembre de 2014, el cumplimiento del algoritmo se evaluó de no aceptable.

DISCUSIÓN

La integridad de la estructura del GBT en cuanto a recursos humanos es de vital importancia; la presencia del médico y la enfermera en todos los consultorios es imprescindible tanto para una adecuada atención a la población como para trabajar con vistas a la prevención de enfermedades y el diagnóstico precoz de los enfermos, lo que permite evitar complicaciones y disminuir las tasas de mortalidad. El equipo básico de salud es responsable de todas las actividades de promoción y prevención en la lucha contra el cáncer, de las acciones para la detección precoz de las enfermedades y el asesoramiento a los pacientes acerca de los estilos de vida más sanos para la reducción de riesgos.

En el caso del algoritmo de control del cáncer de próstata, el médico y la enfermera de la familia desarrollan diferentes tareas, por lo que la sola presencia del médico en el consultorio limita el desarrollo de las acciones de prevención y educación para la salud (que se deben llevar a cabo conjuntamente) así como la pesquisa activa de casos de riesgo, que corresponde a la enfermera. Igualmente estas acciones se limitan por el desconocimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata por uno o ambos miembros del EBS; la enfermera cumple un papel importante en la determinación de los pacientes mayores de 45 años con antecedentes de familiares de primera línea con cáncer de próstata, y en el convencimiento a estos pacientes para la realización del PSA, así como en las actividades de promoción de salud.

Un requisito imprescindible para el cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata son las condiciones materiales, entre ellas la existencia en cada consultorio de un local con condiciones de privacidad mínimas para la realización del interrogatorio y el examen físico (tacto rectal), ya que la mayoría de los hombres se inhiben si las condiciones no son las adecuadas. Este aspecto es de suma importancia, puesto que mediante el interrogatorio exhaustivo y el examen físico se pueden sospechar y diagnosticar muchas enfermedades, entre ellas el cáncer de próstata. Otro aspecto importante es la disponibilidad en los consultorios de guantes para la realización del tacto rectal; este examen es fundamental en la confirmación del diagnóstico de los pacientes que presentan síntomas y signos sospechosos de cáncer de próstata, aún cuando los resultados del PSA sean normales.

El nivel del PSA sérico es la prueba más sensible para detectar precozmente el cáncer de próstata, (se eleva en 65% de los casos aproximadamente), por lo que se indica a todos los pacientes con síntomas y signos sospechosos de cáncer de próstata y a hombres de más de 45 años con antecedentes de familiares de primera línea enfermos de cáncer de próstata. Aunque el Laboratorio del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila reúne las condiciones necesarias, la extracción de sangre para la prueba del PSA se realiza de lunes a jueves, y las muestras permanecen congeladas allí hasta su traslado al Laboratorio del SUMA; una vez en éste se montan en los equipos de acuerdo a la periodicidad establecida allí (no es diaria) y, posteriormente los resultados se envían al Laboratorio del Policlínico Universitario Área Norte (que es el encargado de distribuirlos a los consultorios correspondientes); este proceso implica que los médicos de familia demoran alrededor de 10 o 15 días en recibir los resultados.

La aplicación del sistema de clasificación según el algoritmo del cáncer de próstata en la Atención Primaria de Salud (APS) se utiliza muy poco, si se tiene en cuenta que los pacientes sospechosos en muchas ocasiones omiten etapas, asisten de forma previa a los servicios secundarios de salud o evitan los exámenes que permitirían conocer su estado de salud.

CONCLUSIONES

Las deficiencias detectadas en el cumplimiento del algoritmo de control del cáncer de próstata en el Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Universitario Área Norte afectan el funcionamiento del programa, dificultan el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los pacientes y empeoran

el pronóstico de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GLOBOCAN 2012 [Internet] Lyon: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer; c2012 [actualizado 14 Nov 2012; citado 6 Jun 2014]. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012; [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
2. Pow Sang M, Destefano Urrutia VA, Astigueta Pérez JC, Castillo Cádiz O, Gaona Morales JL, Santaella Torres F, Sotelo Nogueras RJ. Cáncer de próstata en Latinoamérica. Actas Urol Esp [Internet]. 2009 [citado 3 Ene 2015];33(10):1057-61. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v33n10/revision1.pdf>
3. GLOBOCAN 2012 [Internet] Lyon: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer; c2012 [actualizado 14 Nov 2012; citado 6 Jun 2014]. The global cancer atlas; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/ia/TheAmericas/atlas.html>
4. Portilla Fabregat I. Adenocarcinoma de la próstata. En: Valverde Medel M, Gómez Sampera A, Presmanes Fernández F, Morales Concepción JC, De la Cruz Sánchez M, Portilla Fabregat I, et al. Temas de Urología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 224-33. [citado 3 Nov 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/temas_urologia/completo.pdf
5. GLOBOCAN 2012 [Internet] Lyon: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer; c2012 [actualizado 14 Nov 2012; citado 6 Jun 2014]. World all cancers excl. non-melanoma skin cancer; [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=224900&Text-p=World&selection_cancer=290&Text-c=All+cancers+excl.+non-melanoma+skin+cancer&pYear=18&type=1&window=1&submit=%C2%A0Execute%C2%A0
6. Solidoro Santisteban A. Cáncer en el Siglo XXI. Acta méd. peruana [Internet]. Ago 2006 [citado 3 Nov 2014];23(2):112-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a11.pdf>
7. Barrios López Y, Perera Fernández F, Carvajal Beltrán II, Pérez Rodríguez A. Pesquisa de cáncer de próstata en 8 áreas de salud de la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. Mar 2012 [citado 3 Nov 2014];16(3):376-82. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n3/san10312.pdf>
8. Caballero Romeu JP, Palacios Ramos J, Pereira Arias JG, Gamarra Quintanilla M, Astobieta Odriozola A, Ibarluzea González G. Prostatectomía radical: comparación de los resultados obtenidos durante las curvas de aprendizaje de la técnica laparoscópica pura y de la técnica asistida por robot con la prostatectomía radical retropúbica. Actas Urol Esp [Internet]. Dic 2008 [citado 3 Nov 2014];32(10):968-75. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v32n10/v32n10a04.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2012 [citado 3 Nov 2014]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
10. Romero Pérez T, Abreu Ruiz G, Luna Morales C, Sierra Pérez D, Gandul Salabarría L, Planas Labrada R. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Control del cáncer en la Atención Primaria de salud: experiencias cubanas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011 [citado 3 Nov 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica&alias=378-control-del-cancer-en-la-aps-experiencias-cubanas-2009&Itemid=226

Recibido: 30 de junio de 2015

Aprobado: 19 de febrero de 2016

Dra. Neisy Brito Hernández
Policlínico Universitario Área Norte
Calle Bembeta No.63, Oeste. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65100
Correo electrónico: camanda@pnciego.cav.sld.cu