


Prevalencia de factores de riesgo y sintomatología prostática en indígenas de Tabasco

Research Article

 Open access



Prevalence of Prostate Cancer Risk Factors and Symptoms in Indigenous People in Tabasco, Mexico

Prevalência de fatores de risco e sintomas de próstata em indígenas de Tabasco


Como citar este artículo:

Sánchez-Sánchez Kristell, Cruz-Sánchez Marcelina, Rivas-Acuña Valentina (+), Pérez-Chan Manuel. Prevalencia de factores de riesgo y sintomatología prostática en indígenas de Tabasco. Prevalencia de factores de riesgo y sintomatología prostática en indígenas de Tabasco. Revista Cuidarte. 2021;12(2):e1264.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1264>





Revista Cuidarte

Rev Cuid. May - Ago 2021; 12(2): e1264

 <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1264>



E-ISSN: 2346-3414

-  Kristell Sánchez Sánchez¹
-  Marcelina Cruz Sánchez²
-  Valentina Rivas Acuña (+)³
-  Manuel Pérez Chan⁴

1 Maestro en Enfermería, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México.

E-mail: Kris.sanchezss@hotmail.com

2 Doctora en Ciencias en Ecología y desarrollo sustentable, área de población ambiente y desarrollo rural. Profesora-investigadora en la División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

E-mail: Marcelina_c@hotmail.com

Autora de correspondencia

3 Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora-investigadora en la División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Tabasco, México.

E-mail: vrivasa@hotmail.com

4 Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Especialista en Urología, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, Tabasco, México. E-mail:

MA_PER_CH_78@hotmail.com

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata, es un problema de salud pública, la neoplasia que se diagnostica con mayor frecuencia y segunda causa de muerte en los hombres. Poco se sabe de este problema en población indígena, por lo cual, los conocimientos actuales son demandantes en la prevención primaria. **Objetivo:** analizar la prevalencia de sintomatología prostática y factores de riesgo entre varones indígenas, Centro, Tabasco. **Material y Métodos:** estudio descriptivo correlacional, diseño transversal, muestra de 281 hombres de la etnia chontal de 40 y más años de las comunidades; Tamulté de las Sabanas, Aniceto y Tocoalt. Se utilizó el cuestionario de síntomas prostáticos y entrevista de factores de riesgo. **Resultados:** 52.7% sin escolaridad, 47.7% son campesinos, edad media 55 años, 16.7% con sintomatología prostática de moderada a severa. Factores de riesgo; 44.5% mediano y 55.5% alto riesgo. La prueba de Chi cuadrada de Pearson entre la variable edad y sintomatología prostática tuvo una asociación de $p=.000$. Un valor de $p=.166$ entre la edad y los factores de riesgo; hombres de menor edad presentaron más factores de riesgo. Ninguno se ha realizado los exámenes de detección integral. **Discusión y conclusiones:** coincide con otros estudios la prevalencia de síntomas prostáticos en adultos mayores, es preocupante la prevalencia de factores de riesgo en todos los participantes, mismos que se han observado en hombres con diagnóstico de cáncer de próstata, es importante crear estrategias de prevención con miras en los estilos de vida saludable.

Palabras clave: Neoplasias de la Próstata; Factores de Riesgo; Población Indígena.

Recibido: mayo 23 de 2020

Aceptado: febrero 22 de 2021

Publicado: abril 30 de 2021

 *Correspondencia

Marcelina Cruz Sánchez

E-mail: Marcelina_c@hotmail.com

Prevalence of Prostate Cancer Risk Factors and Symptoms in Indigenous People in Tabasco, Mexico

Abstract

Introduction: Prostate cancer is a public health problem being the most frequently diagnosed neoplasm and the second leading cause of cancer death in men. However, there is little information about this disease in indigenous people and therefore, current knowledge calls for urgent primary prevention. **Objective:** To analyze the prevalence of prostate cancer risk factors and symptoms in indigenous men in Centro, Tabasco. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive correlational study was conducted with 281 Chontal men aged 40 years and older from the communities of Tamulté de las Sabanas, Aniceto and Tocoalt. The Prostate Symptom Score questionnaire and interviews for assessing risk factors were both implemented. **Results:** 52.7% had no formal schooling at all, 47.7% were peasants at an average age of 55 years, 16.7% had moderate to severe prostatic symptoms. As for risk factors, 44.5% were classified to be at medium risk and 55.5% at high risk. Pearson's chi-squared test between variables age and prostatic symptoms showed an association of $p=.000$ and a value of $p=.166$ between age and risk factors. Younger men showed to have more risk factors associated. None had undergone comprehensive screening. **Discussion and Conclusions:** Prevalence of prostatic symptoms found in older adults is consistent with other studies. Prevalence of risk factors in all participants is a matter of concern as these are the same risk factors observed in men diagnosed with prostate cancer. It is important to develop prevention strategies based on healthy lifestyles.

Key words: Prostatic Neoplasms; Risk Factors; Indigenous Population.

Prevalência de fatores de risco e sintomas de próstata em indígenas de Tabasco

Resumo

Introdução: O câncer de próstata é um problema de saúde pública, a neoplasia mais comumente diagnosticada e segunda causa de morte nos homens. Pouco se sabe sobre este problema na população indígena, portanto, os conhecimentos atuais são exigentes na prevenção primária. **Objetivo:** analisar a prevalência de sintomas de próstata e fatores de risco em varões indígenas, Centro, Tabasco. **Material e Métodos:** estudo descritivo correlacionado, desenho transversal, amostra de 281 homens da etnia chontal com 40 anos ou mais das comunidades; Tamulté de las Sabanas, Aniceto e Tocoalt. Foram utilizados o questionário de sintomas da próstata e a entrevista de fatores de risco. **Resultados:** 52.7% sem escolaridade, 47.7% são camponeses, idade média de 55 anos, 16.7% com sintomas de próstata moderados a graves. Fatores de risco; 44.5% médio y 55.5% alto risco. O teste qui-quadrado de Pearson entre a variável idade e sintomas de próstata teve uma associação de $p=.000$. Um valor de $p=.166$ entre idade e os fatores de risco; homens menores de idade apresentaram mais fatores de risco. Nenhum realizou os exames de detecção abrangente. **Discussão e conclusões:** coincide com outros estudos a prevalência de sintomas de próstata em idosos, é preocupante a prevalência de fatores de risco em todos os participantes, o mesmo que foi observado em homens com diagnóstico de câncer de próstata, é importante criar estratégias de prevenção com vistas a estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Neoplasias da Próstata; Factores de Risco; População Indígena.

Introducción

De todos los tipos de cáncer, el de próstata (en adelante CaP) es la enfermedad que afecta con mayor frecuencia a hombres de 40 y más años en todo el mundo. Esta es una enfermedad que se caracteriza por ser silenciosa ya que puede pasar mucho tiempo, antes de que se presenten síntomas¹.

De cáncer, el de próstata (en adelante CaP) es la enfermedad que afecta con mayor frecuencia a hombres de 40 y más años en todo el mundo.

El CaP es un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de los hombres adultos y sus familias. En 2018, siete de cada diez individuos diagnosticados por primera vez se encontraban en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que implica que el tratamiento sea más costoso y que los hombres tengan menos posibilidades de sobrevivir².

Esta neoplasia es la segunda causa de muerte por cáncer entre los hombres, la edad promedio de diagnóstico es a los 65 años. En el mundo ocurren aproximadamente 1 276,106 casos nuevos cada año y cerca de 358,989 muertes³.

En México de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)⁴ la segunda causa de muerte en hombres de 60 o más años es por tumor maligno y el CaP forma parte de este grupo. Se espera que en los próximos años la tasa de mortalidad aumente a 11.5 por cada 100,000 hombres colocándose como la principal causa de muerte^{5,6}.

En Tabasco, ubicado en el sureste de México, la situación en incidencia y mortalidad de CaP no es diferente a la del resto del mundo. De acuerdo con los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en estados de alta y muy alta marginación en un periodo de 33 años (1980-2013), se encontró que los estados de Tabasco, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, alcanzaron el mayor índice de mortalidad por CaP. En el primero se identificó a partir del año 1995, un aumento constante de la tasa de mortalidad llegando a superar la media nacional. Entre los años 2010 y 2013, Tabasco tuvo una tasa de mortalidad de 14.6, considerada por encima de la media nacional de 13.6 muertes por cada 10,000 hombres⁷.

De igual manera un factor de riesgo bien conocido para el CaP es la edad, lo que hace aún más urgente la atención a la salud de los hombres, pues en base a datos sociodemográficos, México en 2015 tenía una población masculina de 60 años de 5, 528,044. Las proyecciones al 2030 enmarcan un incremento en la población masculina de adultos mayores que predice será de 9, 298,527^{8,9}.

Además de la edad es necesario explorar otros factores que ponen en riesgo la salud de los hombres, entre los que se encuentra; la etnia, el sobrepeso y obesidad, antecedentes familiares, consumo de carnes rojas y grasas saturadas¹⁰.

En México para atender esta necesidad de salud, desde el primer nivel de atención se enfatiza en el tamizaje de todos los hombres de 40 años en adelante, candidatos a las pruebas de detección integral en el primer nivel de atención. Las tres pruebas utilizadas son: el Cuestionario de Síntomas Prostáticos (CSP), la medición del Antígeno Prostático Específico (APE) total en sangre y el Examen de Tacto Rectal (ETR), ampliamente reconocidos para la detección de la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) y el CaP^{1,11-13}.

Al respecto, la evidencia acerca de estas pautas para la prevención y diagnóstico del CaP no muestra consenso, por un lado hay quienes afirman que se debe realizar el tamizaje a todos los hombres a partir de los 40 años^{12, 14-17}, por otro lado, se enfatiza en la necesidad de búsqueda de síntomas y posteriormente el ETR a partir de los 65 años, dado que la mayoría de los casos de CaP se detectan a partir de esta edad¹⁸⁻²¹. Asimismo, la literatura señala que después de los 70 años no se deben realizar las pruebas o cuando la expectativa de vida esté limitada a menos de 10 años por otras enfermedades^{18,22,23}. En lo que sí parece haber consenso es en la necesidad de que cualquiera que sea el resultado de las pruebas de detección, la fase siguiente del tratamiento y pronóstico, así como los efectos secundarios del tratamiento, deben discutirse entre el paciente y su médico tratante^{12,18,19,22,23}.

Es notoria la ausencia de estudios que den cuenta de la situación entre la población indígena²⁴

En la literatura acerca de este grave problema de salud, es notoria la ausencia de estudios que den cuenta de la situación entre la población indígena²⁴. Una alta proporción de los estudios publicados se refieren a poblaciones urbanas y/o mestizas. Para las y los profesionales de enfermería, prevenir las enfermedades y contribuir a la detección temprana de las mismas, es prioridad en la práctica profesional, por esta razón, el objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia de sintomatología prostática y factores de riesgo en hombres indígenas de la etnia Chontal del municipio de Centro en Tabasco.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo correlacional, con diseño transversal^{25,26}. La población estuvo conformada por 1411 hombres Indígenas Chontales de Tabasco, de 40 años en adelante, con registro en las tarjetas censales del centro de salud, originarios de tres de las 10 comunidades que integran la Villa Tamulté de las Sabanas; Tamulté de las sabanas, Tocoal y Aniceto, pertenecientes al Municipio de Centro, Tabasco, a 40 Km de la capital; Villahermosa. La ruta de transporte colectivo por la carretera 180, se dirige hasta el Km 20, donde se encuentra una desviación de aproximadamente 6 km, que finalmente conduce a la Villa²⁷.

El método de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, realizando visita domiciliaria a los varones que se encontraban con al menos un factor de riesgo identificado. El tamaño de la muestra se calculó a través de la fórmula para poblaciones finitas²⁵ con un grado de confianza de 95% y un error máximo de 5% (0.05). La muestra calculada fue de 212 hombres, a esta n se aumentó un 30%, por posibles rechazos o ausencias, quedando una muestra final de 281 individuos.

Para medir la variable sintomatología prostática se utilizó el Cuestionario de Sintomatología Prostática (CSP), diseñado por la Asociación Americana de Urología (AUA, por sus siglas en inglés), para identificar síntomas de algún posible trastorno de la próstata basado en la forma de miccionar de hombres de 40 años en adelante. El CSP se adaptó al lenguaje cotidiano de los hombres indígenas chontales, sustituyendo términos médicos por palabras de uso común, por ejemplo: miccionar; hacer pipí, nicturia; por salir varias veces al baño en la noche. Obteniendo niveles aceptables de consistencia interna en la prueba piloto (α de Cronbach's = 0.82).

El CSP está integrado por siete preguntas relacionadas con un síntoma. Las dimensiones que la conforman son las siguientes: vaciamiento incompleto, frecuencia, intermitencia, urgencia, chorro débil, esfuerzo y nicturia.¹⁴ La escala de respuesta va de 0 (nunca) a 5 (casi siempre), el

puntaje es de 0 a 35 puntos. La sintomatología prostática se clasificó como: normal (0), leve (1-7), moderada (8-19), severa (arriba de 20).

Para medir los factores de riesgo, se diseñó una guía de entrevista con base a lo descrito en la literatura, que incluyó: antecedentes familiares de primera línea: papá, abuelo y hermanos, frecuencia del consumo de carnes rojas y grasas saturadas, adscripción a la etnia chontal y sobrepeso/obesidad medido por el indicador; Índice de Masa Corporal (IMC) que se calculó a través de la fórmula de peso corporal dividido por la estatura en metros al cuadrado, para ello se utilizó una báscula clínica con altímetro máximo de 1.95 m; el peso se estableció con la persona descalza, de pie sobre la base central, la lectura se registró en kilos y gramos. La talla fue referida como la distancia máxima comprendida entre la base de la báscula y el vértex (punto más alto de la cabeza). Según las respuestas de los participantes, se empleó una puntuación dicotómica, factor de riesgo ausente (0), factor de riesgo presente (1), se clasificó en rangos como sigue: 0 sin riesgo, de 1 a 2 mediano riesgo y de 3 a 4 alto riesgo.

La introducción al escenario de investigación se estableció por medio de una visita de primer contacto con el Centro de Salud de la Villa Tamulté de las Sabanas, con la médica encargada se planteó el objetivo del estudio, permitiendo el acceso a los registros de las tarjetas censales del centro de salud.

En una segunda entrevista se informó por escrito a las autoridades de las comunidades y a la médica encargada. Como primera estrategia para la prueba piloto del estudio, con apoyo del centro de salud se organizó una feria de la salud en el mercado de la Villa Tamulté de las Sabanas, donde sólo 10 personas accedieron a responder el CSP. Como segunda estrategia se convocó por perifoneo a hombres de 40 años en adelante, a realizarse dos pruebas de detección integral: CSP y la prueba rápida de antígeno prostático, al llamado solo acudió una persona. Debido a los resultados obtenidos, se optó por la visita en el domicilio de los sujetos, con apoyo del promotor del centro de salud, originario de la comunidad lo cual contribuyó a que se tuvieran cero rechazos.

Las entrevistas se realizaron durante los meses de junio-noviembre de 2019 en horario de 8:00am a 12:00pm de lunes a sábado y tuvieron una duración de aproximadamente 40 minutos cada una.

Para el análisis de la información se utilizó el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 23, se diseñó una base de datos a partir del contenido del CSP y los datos de la guía de entrevista de factores de riesgo. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva como: frecuencias y porcentaje, así como la prueba de correlación de Chi cuadrada de Pearson.

Para esta investigación se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, también se tuvieron en cuenta las normas contenidas en el reglamento de la (Ley General de Salud) en materia de investigación en seres humanos, la cual por su naturaleza no invasiva se considera sin riesgo, se solicitó y obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes, se protegió el anonimato y cuando alguno de los participantes decidió no continuar la entrevista una vez dado su consentimiento se aceptó sin perjuicio para el sujeto²⁸.

Resultados

La edad promedio fue de 55 años (40-89, $DE = 11.79$). Por grupo de edad; el rango de 40 a 59 concentró la mayor cantidad de participantes con 64% ($n=181$). De acuerdo al lugar de residencia, más de la mitad vive en la comunidad Tamulte de las Sabanas 58.4% ($n=164$). Poco más de la mitad de los participantes cuentan con escolaridad de primaria o menos, 52% ($n=148$). Por ocupación el 47.7% ($n=134$) señaló que es agricultor, seguido de la albañilería con 23.5% ($n=66$). Uno de los factores de riesgo para contraer el CaP es el exceso de peso corporal, de acuerdo a la clasificación del IMC que marca la OMS en Hombres adultos, los resultados muestran que el sobrepeso está presente en el 48% de los sujetos ($n=135$), mientras que la obesidad aparece en un 39% ($n=111$), la frecuencia combinada es de 87% como se muestra en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Característica	<i>f</i>	%
Edad		
40 a 49	99	35.20
50 a 59	82	29.20
60 a 69	60	21.40
70 a 79	29	10.30
80 a 89	11	3.90
Residencia		
Tamulté de las Sabanas	164	58.40
Ranchería Aniceto	58	20.60
Ranchería Tocoal	59	21.00
Escolaridad		
Sin escolaridad	32	11.40
Primaria o menos	116	41.30
Secundaria o menos	62	22.00
Preparatoria o menos	44	15.70
Universidad o menos	27	9.60
Ocupación		
Campesino	134	47.70
Obrero	66	23.50
Comerciante	36	12.80
Profesionista	21	7.50
Desempleado	20	7.10
Jubilado	4	1.40
Estado civil		
Con pareja	234	83.30
Sin pareja	47	16.70
Seguridad social		
SSA	211	75.10
ISSET	16	5.70
Ninguno	54	19.20
Estado nutricional		
Normal (IMC $\geq 18.5 < 24.9$)	35	12.40
Sobrepeso (IMC $\geq 25 \geq 29.9$)	135	48.00
Obesidad (IMC ≥ 30)	111	39.60

Nota: Elaboración propia a partir de datos sociodemográficos, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje; ($n=281$)

En relación a la medición de los factores de riesgo para contraer el CaP, se encontró que 16% ($n = 45$) cuenta con antecedentes familiares de CaP, $n = 246$ (87.6%) sufren algún grado de sobrepeso u obesidad; otro factor de riesgo importante es el consumo de carnes rojas y grasas saturadas al respecto, se encontró que 57.7% ($n = 162$) consume este tipo de alimentos. Los participantes se clasificaron según los factores de riesgo evaluados en 55.5% ($n = 156$) con alto riesgo. Se observa que del total de participantes no se obtuvieron frecuencias en el rango; sin riesgo. Respecto a los resultados obtenidos de la variable sintomatología prostática, se identificó que 94% ($n=264$) de los varones participantes ha presentado en el último mes al menos un síntoma asociado a las enfermedades prostáticas. El síntoma más frecuentemente mencionado fue la nicturia (94%); en contraste el menos señalado fue el esfuerzo para orinar (14.2%), una cuarta parte de los participantes curso con sintomatología de moderada a severa, como se muestra en la siguiente [tabla 2](#).

Los participantes se clasificaron según los factores de riesgo evaluados en 55.5% ($n = 156$) con alto riesgo.

Tabla 2. Factores de riesgo y sintomatología prostática de los participantes

Característica	<i>f</i>	%
Factor de riesgo		
Antecedentes familiares		
Presente	45	16.00
Ausente	236	84.00
Sobrepeso u obesidad		
Presente	246	87.60
Ausente	35	12.40
Consumo de carnes rojas y grasas saturadas		
Presente	162	57.70
Ausente	119	42.30
Clasificación del riesgo		
Mediano riesgo	125	44.50
Alto riesgo	156	55.50
Sintomatología prostática		
Nicturia	264	94.00
Intermitencia	87	31.00
Chorro débil	80	28.50
Vaciamiento incompleto	68	25.00
Frecuencia en dos horas	63	22.50
Urgencia	62	22.10
Esfuerzo	40	14.20
Clasificación de la sintomatología		
Normal	13	4.60
Leve	221	78.70
Moderada	41	14.60
Severa	6	2.10

Nota: Elaboración propia a partir de la entrevista f = Frecuencia, %= Porcentaje; ($n=281$).

Análisis de Chi-cuadrada

La [tabla 3](#), muestra el cruce de las variables a través de un análisis de Chi cuadrada de Pearson, de acuerdo a los resultados la variable presencia de sintomatología prostática con la variable edad tiene un valor de $p=.001$, es decir a mayor edad, hay más probabilidad de presencia de sintomatología prostática. Las variables estado civil y escolaridad no muestran probabilidad de

presencia en la aparición de síntomas prostáticos. El estado nutricional con $p=.006$, nos indica que hay posibilidad de que la variable influya en la presencia de sintomatología prostática. Por otra parte, los antecedentes familiares de CaP con $p=.437$ no muestra presencia con la variable sintomatología prostática. Para verificar los valores de P menor a 5, se utilizó la prueba exacta de Fisher, confirmando los resultados.

Tabla 3. Asociación de variables y sintomatología prostática

Variable	Todos	Presencia de síntomas prostáticos % (n)		Valor p	F
		No	Si		
	100 (281)	4.62 (13)	95.38 (268)		
Edad				< 0.001	< 0.000
40 a 49	35.20 (99)	1.07 (3)	34.13 (96)		
50 a 59	29.20 (82)	2.14 (6)	27.06 (76)		
60 a 69	21.40 (60)	1.07 (3)	20.33 (57)		
70 a 79	10.30 (29)	(0)	10.30 (29)		
80 a 89	3.90 (11)	0.36 (1)	3.54 (10)		
Estado civil				0.377	
Con pareja	83.30 (234)	4.28 (12)	79.02 (222)		
Sin pareja	16.70 (47)	0.36 (1)	16.34 (46)		
Escolaridad				0.077	
Sin escolaridad	11.40 (32)	(0)	11.40 (32)		
Primaria o menos	41.30 (116)	2.85 (8)	38.45 (108)		
Secundaria o menos	22.00 (62)	(0)	22.00 (62)		
Preparatoria o menos	15.70 (44)	1.79 (5)	13.91 (39)		
Universidad o menos	9.60 (27)	(0)	9.60 (27)		
Estado nutricional				0.006	< 0.000
Normal	12.40 (35)	0.36 (1)	12.04 (34)		
Sobrepeso	48.00 (135)	2.14 (6)	45.86 (129)		
Obesidad	39.60 (111)	2.15 (6)	37.45(105)		
Antecedentes familiares				0.437	
Presente	16.02 (45)	1.07 (3)	14.95 (42)		
Ausente	83.98 (236)	3.56 (10)	80.42 (226)		

Nota: f = Frecuencia; χ^2 = Chi-cuadrada de Pearson, F =prueba exacta de Fisher.

Seguidamente se aplicó la misma prueba de Chi-cuadrada de Pearson con la variable factor de riesgo. De esta manera se observa que no hay dependencia entre la variable edad y factores de riesgo, lo cual indica que los participantes de menor edad (rango de 40-89, $X = 55$ años, $DE = 11.79$) presentaron más factores de riesgo. La variable escolaridad con $p=.008$ tiene una probabilidad baja de presentarse en los factores de riesgo. Mientras tanto las variables estado nutricional y antecedentes familiares mostraron un valor de $p < 0.001$ con los factores de riesgo, lo que indica que el IMC correspondiente a sobrepeso y obesidad y los antecedentes de cáncer de primera línea tienen probabilidad de incrementar los factores de riesgo, como se observa en la siguiente [tabla 4](#).

Tabla 4. Asociación de variables y factores de riesgo

Variables	Factores de riesgo (n=281)		Valor de p	F
	Si	No		
Edad	0.72 (2)	99.28 (279)	.166	
Estado Civil	0.72 (2)	99.28 (279)	.019	
Escolaridad	0.72 (2)	99.28 (279)	.008	< 0.000
Estado Nutricional	0.79 (2)	99.28 (279)	< 0.001	< 0.000
Antecedentes Familiares	0.72 (2)	99.28 (279)	< 0.001	< 0.000

Nota: f= Frecuencia; χ^2 = Chi-cuadrada de Pearson, F=prueba exacta de Fisher.

Discusión

La revisión de literatura ha mostrado que existe poca investigación relativa a los factores de riesgo y a la presencia de síntomas prostáticos en población indígena, los estudios realizados se han desarrollado en población urbana mestiza.

Un primer resultado mostró que los síntomas del tracto urinario bajo de moderado y severo se presentaron en menos de una cuarta parte de los participantes; el único síntoma que aparece en la mayoría de los sujetos estudiados es la nicturia, en un estudio con pacientes que padecen HBP, realizado por Hernández²⁹, el síntoma de nicturia mostró una alta prevalencia, sin embargo también es un síntoma que se asocia a Diabetes mellitus (DM), es importante mencionar que en la investigación realizada por Repetto³⁰ los hombres con DM presentaron mayor predisposición a presentar inflamación de la próstata, esta última asociada a favorecer la aparición de HBP y CaP. En este sentido, una limitante del estudio, fue no tomar en cuenta si los participantes fueron diagnosticados con DM. Se sugiere para próximas investigaciones identificar a los participantes que cursen con la enfermedad, para delimitar mejor a los varones que estén presentando síntomas prostáticos. Por otro lado, Delgado³¹, en su estudio de prevalencia de síntomas prostáticos en hombres mayores de 60 años encontró que casi la mitad de la muestra cursaba con síntomas de moderados a severos, en los hallazgos del presente estudio se observa una asociación de probabilidad entre la edad y la sintomatología prostática; a mayor edad, mayor presencia de síntomas prostáticos, este hallazgo concuerda con Robles³² dado que el riesgo de padecer las enfermedades prostáticas como HBP y CaP, aumenta a partir de los 50 años. Muy probablemente de los participantes que se clasificaron con sintomatología prostática moderada y severa, podrían estar cursando con HBP, siendo característica principal la presencia de síntomas del tracto urinario bajo, sin embargo también son síntomas que se relacionan con CaP en etapas avanzadas de la enfermedad, por lo que existe la posibilidad de que haya un pequeño porcentaje de participantes con CaP^{33,34}. El problema estriba en que la búsqueda de síntomas, más la prueba de APE y ETR no pueden por si solos descartar o confirmar si los síntomas responden a la enfermedad benigna o al cáncer de próstata³⁵, pero si pueden alertar tempranamente de la HBP y CaP. Pese al problema que representa el CaP en el mundo, estudios reportan que de 17 a 50% de los varones diagnosticados con CaP no progresará a metástasis o lo hará lentamente³⁶, otros estudios reportan que es necesario realizar el tamizaje a hombres que tienen sintomatología prostática³⁷. Al

De los participantes que se clasificaron con sintomatología prostática moderada y severa, podrían estar cursando con HBP

Son síntomas que se relacionan con CaP en etapas avanzadas de la enfermedad, por lo que existe la posibilidad de que haya un pequeño porcentaje de participantes con CaP^{33, 34}

respecto, es importante señalar que el diagnóstico temprano contribuye a mejorar la calidad de vida de los varones y sus familias.

A pesar de ello, hay un factor que afecta la detección, nos referimos a la resistencia de los hombres a la realización de las pruebas de detección; el significado que los hombres otorgan a las partes de su cuerpo, puede interferir negativamente a la hora de aceptar las tres pruebas de detección integral, de acuerdo con Hodgson³⁸ los hombres tienen ideas desagradables respecto al examen de tacto rectal, como pérdida de la hombría y homosexualidad. Se recomienda, en próximas investigaciones, prestar atención a los significados socialmente construidos que los hombres asumen del cuidado de su salud.

Respecto a los cuatro factores de riesgo evaluados los participantes se clasificaron en mediano y alto riesgo, además se asoció de manera negativa con la variable edad; a menor edad, mayor presencia de factores de riesgo, Rodríguez³⁹ en su estudio con hombres que padecen CaP, encontró que los hombres tenían obesidad, y hábitos de fumar. Otros estudios reportan además de estos factores de riesgo; antecedentes familiares, dieta rica en grasas, sedentarismo y antecedentes de infecciones de transmisión sexual^{33,40}. En el presente estudio de los factores de riesgo encontrados en más de la mitad de la muestra, dos son factores modificables por lo que, valdría la pena buscar estrategias de promoción a la salud.

son las poblaciones indígenas, grupos sociales vulnerados y es frecuente encontrar determinantes sociales e inequidades en la atención a la salud.

Los resultados en relación a la sintomatología prostática y a los factores de riesgo encontrados en la muestra de estudio, visibilizan la necesidad de realizar más investigación en la población indígena chontal de Tabasco, reconociendo que son las poblaciones indígenas, grupos sociales vulnerados y es frecuente encontrar determinantes sociales e inequidades en la atención a la salud. Lo anterior se refleja en la muestra de estudio, pues la ocupación principal es la de campesino o agricultor, baja escolaridad, ausencia de seguridad social lo que sin duda repercute en el acceso a la información sobre promoción, prevención y diagnóstico de las enfermedades en el primer nivel de atención.

Conclusión

Sin duda el cáncer de próstata afecta la integridad de los hombres en todo el mundo. En la población indígena chontal existen factores de riesgo para la HBP y CaP, se sugiere que los profesionales de enfermería realicen actividades de promoción de estilos de vida saludable, involucrando la cosmovisión de los hombres. Estos programas de prevención deben estar enfocados a fomentar, el ejercicio y la alimentación baja en carnes rojas y grasas saturadas, ya que más de la mitad de los participantes de la etnia chontal cursa con sobrepeso o algún grado de obesidad.

De igual forma, aunque, la edad promedio de la muestra fue de 55 años, se encontró un porcentaje pequeño de hombres con síntomas relacionados con problemas de la próstata, es preocupante que pese a estos hallazgos ninguno de los participantes se ha realizado los exámenes de detección integral. Por esta razón es preciso que los enfermeros y enfermeras, promuevan las pruebas de detección integral, desde el primer nivel de atención.

Declaración de conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiación: recursos propios.

Bibliografía

1. **Ruiz LA, Pérez MJ, Cruz BY, González LL.** Actualización sobre cáncer de próstata. *Correo científico médico.* 2017;21(3):876-883. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2017/ccm173u.pdf>
2. **Manzanilla GH.** La Norma Oficial Mexicana 048- SSA2-2017. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y prevención de la salud sobre el cáncer de próstata y su utilidad para la comunidad médica mexicana. *Rev Conamed.* 2018;23(3):110-125. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=55079722&fecha=15/12/2017
3. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal.** Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Epub.* 2018;68(6):394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
4. **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero); Comunicado de prensa. Aguascalientes, México. 2016: 1-10.
5. **Aldaco SF, Pérez PP, Cervantes SG, Torrecillas TL, Valle SA, Cabrera GP et al.** Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gac Mex Oncol.* 2018;17(1):28-34. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000105>
6. **Reynoso NN, Torres DJ.** Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Rev. Latinoamericana de Med Conductual.* 2018;8(1):9-15. Disponible en <http://revistas.uman.mx/index.php/rlmc/article/view/65111>
7. **Torres SL, Espinoza GR, Rojas MR, Escamilla NC, Vázquez SA, Campuzano JC, et al.** Prostate cancer mortality according to marginalization status in Mexican states from 1980 to 2013. *Rev. Salud pública de México.* 2016;58(2):179-185. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i2.7787>
8. **Consejo Nacional de Población.** Ciudad de México. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y Conciliación Demográfica de México, 1950 -2015. 14 de septiembre 2018.
9. **Delgado DD.** Cáncer de próstata: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Med. Cos. Cen.* 2016;73(620):707-710. Disponible en <http://revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/view/110/95>
10. **García PH, Zapata CA, Sánchez A.** Una mirada global y actualizada del cáncer de próstata. An updated and global review on prostate cancer. *Rev. Fac. Med.* 2018;66(3):429-436. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.65770>
11. **Secretaría de Salud.** México, D.F. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2010. Disponible en <https://cutt.ly/lxJRTV0>
12. **Secretaría de Salud.** Ciudad de México. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Guía de Consulta del Médico para la Atención de la Próstata. 2016:1-40. Disponible en http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaCPByCA_Prxstata.pdf
13. **Córdoba BD, Sapién LJ, Corchado VA, Flores HV, Hernández GA, Horta RP et al.** Tacto rectal: significados de la revisión prostática para el diagnóstico de cáncer de próstata. *Rev. Elec. Psic. Izt.* 2018;21(2):772-795. Disponible en <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num2/Vol21No2Art20.pdf>
14. **Diario Oficial de la Federación.** Ciudad de México. Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). 2017. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507972&fecha=15/12/2017

15. **Torres FG.** Aplicación de la escala internacional de síntomas prostáticos a adultos mayores. *Rev. Ciencias Médicas la H.* 2010;16(1):37-47. Disponible en <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/453/html>
16. **Ramos C, Fulla JO, Mercado A.** Detección precoz de cáncer de próstata: Controversias y recomendaciones actuales. *Rev. Med. Clín Con.* 2018;29(2):128-135. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.02.013>
17. **Pow SM, Huamán MA.** Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *Rev. Per. Med. Exp. y Salud Pública.* 2013;30(1):124-128. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.301.169>
18. **Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL et al.** Detección precoz del cáncer de próstata: guía de la asociación urológica americana (american urological association, aua). American Urological Association Education and Research. 2019. Disponible en <https://cutt.ly/txJRyHA>
19. **Pereira PE, Salvador DM, Harter GR.** Barreras en relación a los exámenes de rastreo del cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am de Enfermagem.* 2011;19(1):73-80. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100011>
20. **Fernández MF, Toiran GR, Varela AA, Segura RO.** Cáncer prostático: correlación entre el valor del antígeno prostático específico y el resultado anatomoclínico. *Rev. AMC.* 2015;19(1):42-49. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000100008
21. **Martínez MA, Duran PM, Sanchez EM, Molina VR.** Actualización en cáncer de próstata. *Rev. Medicine.* 2013;11(26):1578-1587. [10.1016/S0304-5412\(13\)70509-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(13)70509-2)
22. **González AA, Lázaro QM.** Cáncer de próstata. *SEOM.* 2017. Disponible en <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/prostata?start=4>
23. **Kotwal AA, Schonberg MA.** Cancer screening in the elderly: a review of breast, colorectal, lung, and prostate cancer screening. *Rev. Cáncer Journal.* 2017;23(4):246-253. [10.1097/PPO.0000000000000274](https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000274)
24. **Cevallos R, Amores A.** Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington, DC. 2009:3-94. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
25. **Polit FD, Tatano BC.** Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9ª ed. Barcelona, Spain. LWW. 2018.
26. **Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM.** Metodología de la investigación. 6ta ed. México D.F. McGraw-Hill/Interamericana; 2014.
27. **Vásquez DM.** Hábitat y cultura de los chontales del Centro, Tabasco. *Rev. América Indígena.* 1994;54(1-2):91-118. Disponible en https://www.academia.edu/download/36564984/vasquezdavila_1994_Habitat_y_cultura_Chontal_Tabasco.pdf
28. **Diario Oficial de la Federación.** Ley General de Salud. Última reforma publicada. Modificación del listado de Sustancias de la Ley. 2018. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
29. **Hernández FC, Ristol PJ, Estivill E, Batista MJ, López AM.** Importancia de la nicturia y su impacto en la calidad de vida del sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata. *Rev Actas Urol Esp.* 2007;31(3):262-269. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v31n3/v31n3a10.pdf>
30. **Repetto E, Sosa A, Colla MR, Metrebian E, Metrebian S.** Relación de prostatitis en la aparición del cáncer de próstata y la hiperplasia benigna prostática. *Rev. Cubana. Urol.* 2019;8(1):22-33. Disponible en <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/502/527>

- 31. Delgado QE, Pulido GC, Navarro SC, Rivera VW, Sahagún CM.** Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar. *Rev Med MD.* 2015;6(4):263-267.
Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154i.pdf>
- 32. Robles RA, Garibay HTR, Acosta AE, et al.** La próstata: generalidades y patologías más frecuentes. *Rev Fac Med UNAM.* 2019;62(4):41-54. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87803>
- 33. Brigham EK.** La epidemiología de la hiperplasia prostática benigna asociada con los síntomas del tracto urinario inferior: prevalencia y tasas de incidentes. *Urol Clin N Am.* 2016;43(3):289-297. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2016.04.001>
- 34. Quimis PA, Vargas PL, Izquierdo BJ, Rodríguez PG.** Factores predominantes de hiperplasias prostáticas benignas. *Rev. RECIAMUC.* 2019;3(2):318-341. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.318-341](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.318-341)
- 35. Esquivel PM, Caicedo BA, Guaitarilla SJ, Garcia PH.** Una mirada general a los biomarcadores para la tamización y el diagnóstico temprano del cáncer de próstata. *Rev. Urología Colombiana.* 2017;26(2):110-116. <https://doi.org/10.1016/j.uroco.2016.10.010>
- 36. Monzón AJ, Bamadah SE, Viña AL, Jalon MA.** Aspectos actuales sobre el cribado en el cáncer de próstata. *Rev SEMERGEN.* 2017;43(5):387-393. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.07.002>
- 37. Fernández FS, Toirán GR, Varela AA, Segura RO.** Cáncer prostático: correlación entre el valor del antígeno prostático específico y el resultado anatomoclínico. *Rev. Arch Med Camagüey.* 2015;19(1):42-49. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2015/amc151h.pdf>
- 38. Hodgson SE, Kelly KK.** Hombres creole y cáncer de próstata en Bluefields, Costa Caribe Sur de Nicaragua. *Rev. Ciencia e Interculturalidad.* 2017;20(1):66-75. <http://dx.doi.org/10.5377/rci.v20i1.4854>
- 39. Rodríguez RL, Pérez ML.** Caracterización de factores de riesgo en pacientes con cáncer de próstata en el municipio Placetas. *Rev. Cub Urol.* 2018; 51.
Disponible en <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/446/404>
- 40. Gómez CJ, López CP, Martínez GG, Ortega GJ, Luna MA.** Descripción factores de riesgo en el cáncer de próstata en la región de Murcia. Universidad de Murcia. 2019.