

CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE
PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE,
2013. ESTUDIO DESCRIPTIVO

ANGÉLICA LUCÍA PACHECO SILVA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÉNFASIS EN INVESTIGACIÓN
BOGOTÁ
2014

CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE
PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE,
2013. ESTUDIO DESCRIPTIVO

ANGÉLICA LUCÍA PACHECO SILVA

Trabajo de grado para optar al título de magíster en salud pública.

Director

Juan Sebastián Castillo Londoño

MD MSc MSP

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ÉNFASIS EN INVESTIGACIÓN

BOGOTÁ

2014

"Para ti, por todo el amor y el apoyo:

D

MAG y JDS

LS, R.A.P., A.A.P y L.M.P

MDC y AGS

*"Para mis pacientes, a quienes agradezco por cada momento de sus vidas
dedicados a este proyecto"*

"A mi director por todas sus enseñanzas"

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa su agradecimiento al Instituto Nacional de Cancerología ESE por permitirme realizar el presente trabajo de grado, a todas las personas que en momentos de este proceso me ayudaron, Dr. Rodolfo Varela por la asesoría clínica, Dr. Ricardo Sánchez y Dra. Teresa Martínez por su asesoría metodológica y epidemiológica, Dr. Cristian Hernández en la elaboración del instrumento de recolección, Dr. Jesús Cotes por autorizarme este brazo del estudio multicéntrico, a mis monitorias y a los profesores de la Universidad Javeriana por todos los conocimientos que con mucha esperanza me compartieron en todo este proceso.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	3
CONTENIDO	4
TABLA DE FIGURAS.....	7
TABLA DE TABLAS.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
Figura 1. Cáncer de próstata a nivel mundial.....	11
Figura 2. Cáncer de próstata en Colombia.....	12
Figura 3. Incidencia y mortalidad por Cáncer de próstata en Colombia.....	13
Figura 4. Mapa de distribución geográfica de Urólogos en Colombia.....	14
3. MARCO TEÓRICO	17
3.1 PROCESO DE ATENCIÓN EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA.....	17
Figura 5. Pasos del proceso de atención del Cáncer de próstata.....	17
3.1.1 Detección temprana.....	18
Figura 6. Estrategia de detección por oportunidad	18
3.1.2 Diagnóstico y estadificación.....	19
Tabla 1. Estadificación del cáncer de próstata.....	20
3.1.3 Tratamiento.....	21
Tabla 2. Elecciones de tratamiento para el cáncer de próstata.....	21
Tabla 3. Valoración de la calidad de vida en cáncer de próstata escala FACIT-P.....	22
3.1.4 Seguimiento y Rehabilitación.....	22
3.2 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	23
Tabla 4. Conceptos básicos de calidad. Definiciones y dimensiones de la calidad. OMS	24
Figura 7. Modelo de los determinantes sociales de la salud aplicado a la calidad en la atención en salud.....	25
Tabla 5. Dimensiones de funcionamiento de sistemas de salud	26
Figura 8. Ejes estratégicos de la política nacional de prestación de servicios de salud.....	27
Tabla 6. Características del SOGC.....	28

4. OBJETIVO.....	30
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	31
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	31
5.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	31
5.3 MUESTRA.....	31
5.3.1 Criterios de elegibilidad.....	31
5.3.1.1 Inclusión:.....	31
5.3.1.2 Exclusión:.....	31
5.4 CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO.....	31
5.4.1 Fase de pre-estudio:.....	31
5.4.2 Fase de estudio:.....	32
5.4.3 Fase de cierre.....	33
5.5 ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE LA CALIDAD.....	33
5.6 VARIABLES DE INTERÉS.....	34
Tabla 7. Descripción de las variables de tipo indicados para el análisis del estudio.....	34
5.7 PLAN DE ANÁLISIS.....	36
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
6.1 DEFINICIÓN DEL RIESGO ÉTICO.....	37
6.2 PRINCIPIOS BIOÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
6.3 CONFIDENCIALIDAD.....	38
6.4 IMPACTO AMBIENTAL.....	38
7. RESULTADOS.....	39
7.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS, SOCIO DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y CLÍNICAS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	39
7.1.1 Características socio demográficas.....	39
Tabla 8. Características socio demográficas.....	39

Figura 8. Distribución geográfica de los participantes según Departamento de procedencia.	40
7.1.2 Características socio económicas.....	40
Tabla 9. Características socioeconómicas.....	41
Figura 9. Nivel de escolaridad	41
7.1.3 Características clínicas.....	42
Tabla 10. Características clínicas.....	42
Tabla 11. Clasificación TNM inicial y posterior INC ESE.	43
Tabla 12. Estadificación en la remisión al INC y nueva clasificación del Servicio de Urología INC ESE.....	44
7.2 CARACTERIZACIÓN EL PROCESO DE ATENCIÓN A PARTIR DE LOS INDICADORES DE CALIDAD.....	44
Tabla 13. Indicadores para análisis del proceso de atención en el Cáncer de próstata.	44
7.2.1 Detección temprana, Pertinencia.	46
Tabla 14. Características de la detección inicial del cáncer	46
7.2.2 Diagnóstico, acceso y pertinencia.....	46
Tabla 15. Razones que llevaron a la consulta para el diagnóstico del cáncer	47
Tabla 16. Categorización del número de muestras.....	49
Tabla 17. Imágenes diagnósticas empleadas en estadificación o seguimiento.....	50
7.2.3 Tratamiento, acceso, pertinencia e integralidad.	50
7.2.4 Seguimiento, continuidad	51
Tabla 18. Número de PSA de seguimiento posterior al tratamiento.....	52
7.2.5 Rehabilitación, pertinencia	53
7.3 DESCRIPCIÓN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS INDICADORES DEL PROCESO EN FUNCIÓN DE LA ESCOLARIDAD, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ASEGURAMIENTO.	53
Tabla 19. Diferencias en los indicadores de calidad en el proceso de atención en función de NSE, Aseguramiento y Escolaridad.....	53
8. DISCUSIÓN.....	56
9. CONCLUSIONES	61
10. REFERENCIAS	62

TABLA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Cáncer de próstata a nivel mundial	11
Figura 2	Cáncer de próstata en Colombia	12
Figura 3	Incidencia y mortalidad por cáncer de próstata en Colombia	13
Figura 4	Mapa de distribución de urólogos en Colombia	13
Figura 5	Pasos del proceso de atención del cáncer de próstata	17
Figura 6	Estrategia de detección por oportunidad	18
Figura 7	Modelo de los determinantes sociales de la salud aplicado a la calidad en la atención en salud	25
Figura 8	Ejes estratégicos de la política nacional de prestación de servicios de salud	27
Figura 9	Distribución geográfica de los participantes según departamento de procedencia	40
Figura 10	Nivel de escolaridad	41

TABLA DE TABLAS

	Pág.	
Tabla 1	Estadificación del cáncer de próstata.	20
Tabla 2	Elecciones de tratamiento para el cáncer de próstata.	21
Tabla 3	Valoración de la calidad de vida en cáncer de próstata escala FACIT-P	22
		24
Tabla 4	Conceptos básicos de calidad. Definiciones y dimensiones de la calidad OMS	
Tabla 5	Dimensiones de funcionamiento de sistemas de salud	26
Tabla 6	Características del SOGC.	28
Tabla 7	Descripción de las variables de tipo indicados para el análisis del estudio	34
Tabla 8	Características socio demográficas.	39
Tabla 9	Características socioeconómicas	41
Tabla 10	Características clínicas	42
Tabla 11	Clasificación TNM inicial y posterior INC ESE	43
	Estadificación en la remisión al INC y nueva clasificación del Servicio de Urología	
Tabla 12	INC ESE.	44
Tabla 13	Indicadores para análisis del proceso de atención en el Cáncer de próstata.	44
Tabla 14	Características de la detección inicial del cáncer	46
Tabla 15	Razones que llevaron a la consulta para el diagnóstico del cáncer	47
Tabla 16	Categorización del número de muestras	49
Tabla 17	Imágenes diagnósticas empleadas en estadificación o seguimiento	50
Tabla 18	Número de PSA de seguimiento posterior al tratamiento.	52
	Diferencias en los indicadores de calidad en el proceso de atención en	
Tabla 19	función de NSE, Aseguramiento y Escolaridad.	53

... “Calidad es directamente lo que tiene que ver con el paciente; es el requisito y la condición en su atención médica, clínica, de diagnóstico, de intervención o de tratamiento de ser necesario. De tal manera que Calidad es uno de los componentes básicos de los tres ejes fundamentales de la política de prestación de servicios. Por eso el énfasis en calidad, por eso el énfasis en avanzar hacia mecanismos más seguros para el paciente, hacia cómo evitar eventos adversos, hacia cómo efectivamente mejorar condiciones de calidad. Esa es la relación fundamental”...

Herramientas para promover la estrategia de la seguridad en el paciente SOGC de la atención en salud.

1. INTRODUCCIÓN

Las políticas de salud pública deben diseñarse e implementarse acorde con las características de las poblaciones, con el fin de lograr resultados eficaces, eficientes y de calidad en su ejecución. Debido a que el cáncer se ha convertido en un grave problema para la salud pública, se han diseñado planes y estrategias con el fin de mitigar el efecto personal, familiar y comunitario que genera esta enfermedad.

En Colombia existe poca información sobre el estado de condiciones como el cáncer, esto hace más difícil combatir la enfermedad. En respuesta a estas necesidades, el país elaboró el Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021, en donde la investigación, la vigilancia y el análisis de la situación de salud deben permitir un mejor entendimiento del problema y la definición de las mejores estrategias para hacerle frente.

La generación de nuevo conocimiento que debe permitir conocer la realidad de las poblaciones, también debe ser usada para analizar la calidad con la que las políticas públicas están siendo ejecutadas a través de los planes, programas y proyectos que la soportan o para evaluar el proceso de atención que ofrece el sistema de salud.

Este trabajo reporta información sobre la calidad en la atención que el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrece a pacientes con cáncer de próstata, a partir del estudio de un grupo de pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología ESE.

Para ello se llevo a cabo un estudio descriptivo transversal en el cual participaron pacientes con diagnóstico histopatológico de Adenocarcinoma de próstata, a quienes se les invitó a participar, de los cuales se obtuvo información por medio de una encuesta y la revisión de la historia clínica.

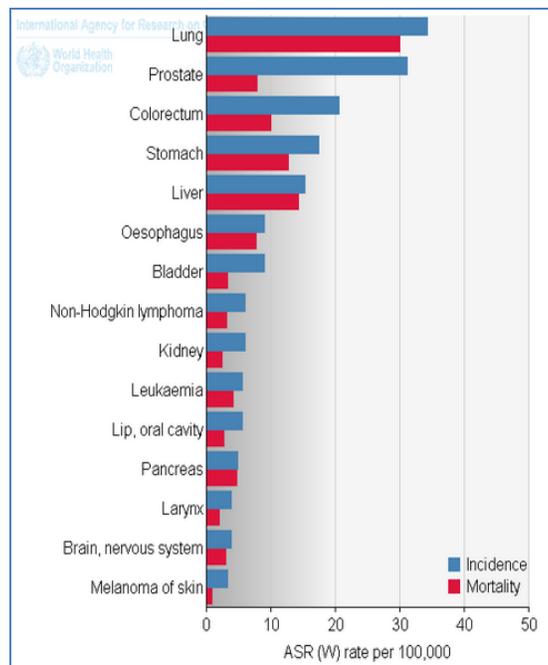
Los resultados del presente trabajo, muestran diferencias importantes en indicadores del proceso de atención en los pacientes, asociadas con sus características socio demográficas como el nivel educativo, tipo de aseguramiento y escolaridad. Estos resultados que podrán ser afianzados por estudios con una mayor representatividad, nos plantean sin duda retos importantes en el mejoramiento de la calidad en la atención y la adaptación de los servicios de salud a las características y necesidades de las diferentes poblaciones atendidas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una de las enfermedades con mayor mortalidad a nivel mundial, pasará de 7.9 millones en el 2007 a 11.5 millones de muertes en el 2030; se estima que la incidencia aumentará de 11.3 millones en el 2007 a 15.5 millones en el 2030. En los países desarrollados el cáncer ocupa el segundo puesto en mortalidad, solo sobrepasado por las enfermedades cardiovasculares que también se encuentran como factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias (1).

Dentro de las patologías neoplásicas el Cáncer de próstata (Cáncer de próstata) es la segunda causa de muerte a nivel mundial para todos los cánceres en los hombres después del cáncer de pulmón según lo descrito por el registro de la IARC para el 2012 con 1.111.689 nuevos casos (15%) ver figura 1 (2).

Figura 1. Cáncer de próstata a nivel mundial.



Fuente: Globocan 2012.

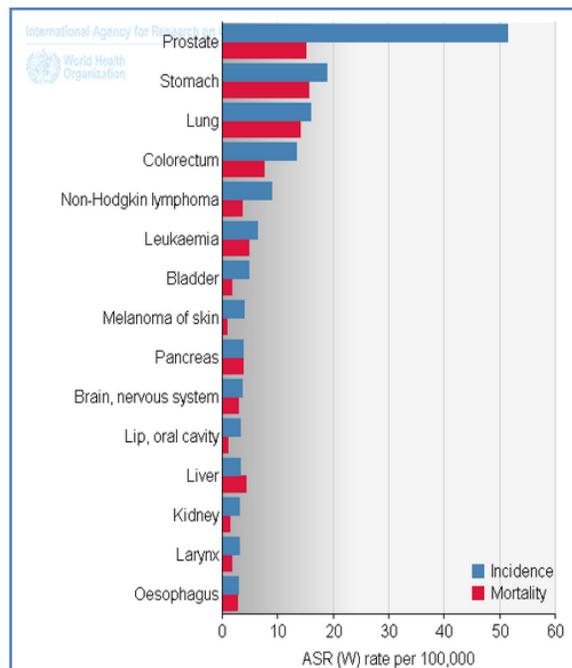
En los Estados Unidos el Cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte, presentó una tendencia al aumento pasando de 100.000 nuevos casos en 1988 a 132.000 en 1992, para 1995 ya se habían diagnosticado 244.000 nuevos

casos, aunque se ha presentando un descenso en la incidencia ya que en el 2003 se diagnosticaron 220.900 y en el 2008 bajo la cifra a 186.320 casos (3).

No todos los países de Latinoamérica cuentan con un registro poblacional sobre cáncer por lo cual hace difícil poder tener una cifra clara de la incidencia y la mortalidad, sin embargo, con las estadísticas de registro que se tienen de algunos países como Perú, Chile, Colombia, México y Cuba entre otras, se ha podido establecer que la tendencia va en aumento según los informes presentados en el 1997, 2002 y 2007(4).

En Colombia, el Cáncer de próstata es la primera neoplasia en incidencia y la tercera causa según mortalidad por cáncer en hombres. Muestra una tendencia al incremento según lo reportado por el registro poblacional de cáncer en Cali pasando de 22,3/100.000 hombres en el periodo 1962-1966 a 64,8/100.000 hombres en el periodo 2001-2005 (5)-6).

Figura 2. Cáncer de próstata en Colombia.

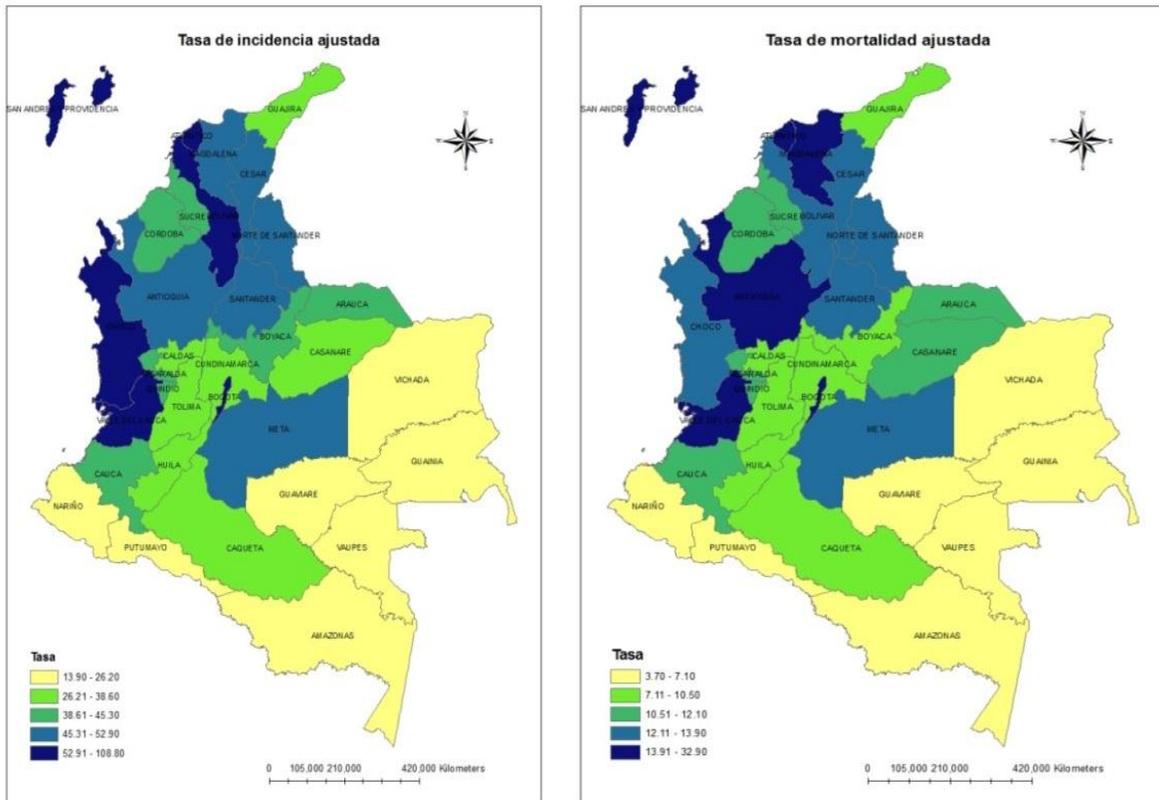


Fuente: Globocan 2012.

La figura 3 revela el panorama en los escenarios de incidencia y mortalidad por Cáncer de próstata. Las situaciones que se presentan son una mayor incidencia de la enfermedad en la región Atlántica y del Pacífico que pueden estar relacionadas con la raza y los niveles educativo y socioeconómico de esta población (7).

Otra razón podría ser la percepción de los exámenes de tamización como es el tacto digital rectal (TDR) y su efecto en la masculinidad, convirtiéndose así en barreras propias del paciente para el acceso oportuno a los servicios de salud (8-9).

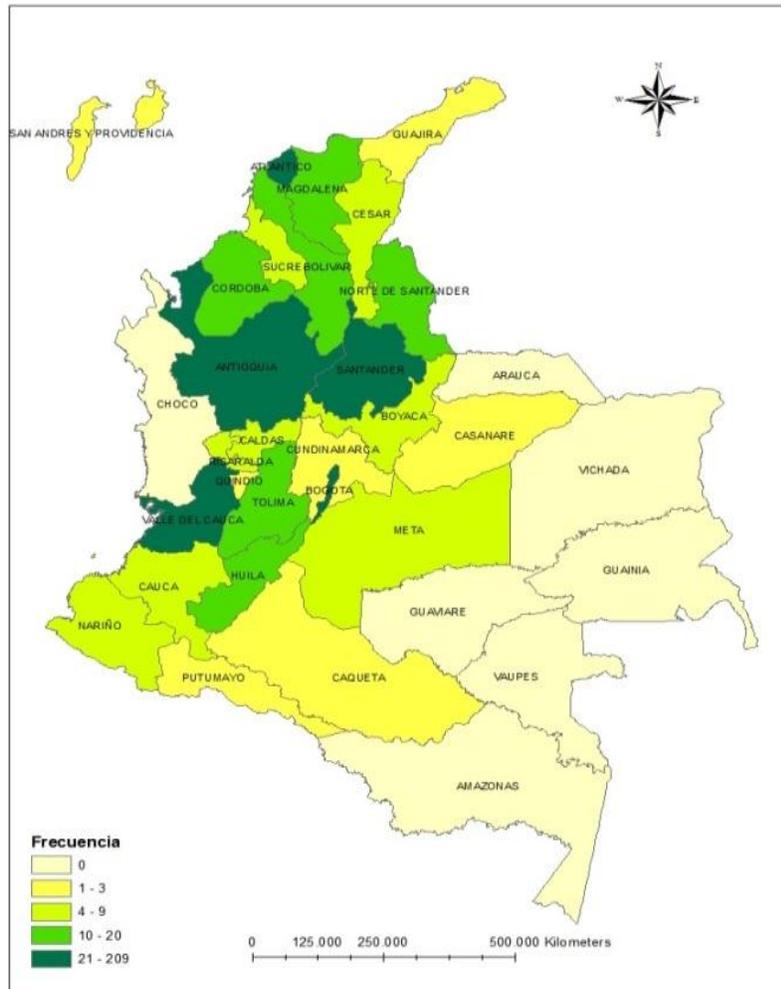
Figura 3. Incidencia y mortalidad por Cáncer de próstata en Colombia.



Fuente: General S, Social S. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana , seguimiento y rehabilitación del Cáncer de próstata. 2013. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C PD. GLOBOCAN 2012 Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10.

La distribución de la mortalidad se presenta con mayor frecuencia en las grandes cáncer de próstata, esto puede deberse a la falta de especialistas fuera de las principales ciudades lo cual genera una congregación de esta población en cáncer de próstata como: Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga y Barranquilla, tanto para obtener un diagnóstico oportuno, como tratamiento y rehabilitación, y esto puede generar un sub-registro, figura 4.

Figura 4. Mapa de distribución geográfica de Urólogos en Colombia.



Fuente: General S, Social S. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, seguimiento y rehabilitación del Cáncer de próstata. 2013.

Los departamentos como Chocó, con una población mayoritaria de afro-descendientes, presentan un mayor riesgo de desarrollo de Cáncer de próstata. La figura 3 revela que allí no hay presencia de especialistas en el área de Urología para la atención integral de esta enfermedad, dejándolos en una situación de vulnerabilidad a la cual se suman las situaciones de inequidad, seguridad, problemas de comunicaciones y deficiencia en la infraestructuras para el transporte, generando así faltas en la garantía y la calidad en el acceso a los servicios de salud para la tamización, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con calidad que requiere el paciente(10)-(11).

En Latinoamérica la situación del Cáncer de próstata es muy diversa, en general por las condiciones étnico/raciales de la misma, diferencias como el nivel socioeconómico y la cultura, los estilos de vida, la dieta, la expectativa de vida y algunas casusas de la mortalidad como los factores de violencia, que hacen que se presenten de manera heterogénea (4).

Como todo curso clínico de la enfermedad, el Cáncer de próstata tiene su proceso de atención que aunque no es una serie de intervenciones estrictamente definidas por el comportamiento propio de la enfermedad y la individualidad del paciente, el consenso en la práctica médica establecen hitos que definen dicho proceso, concretándose entonces cinco etapas generales: prevención, tamización, diagnóstico, tratamiento y seguimiento (5)-(12).

En el caso de enfermedades como el Cáncer de próstata la diversidad del estado situacional desde el inicio de los síntomas, herramientas de diagnóstico, tipos de tratamiento, seguimiento y rehabilitación con todas las características propias de la población, hace necesario que se genere una serie de estudios que permitan conocer y aprender del proceso de atención.

En Colombia, es reducida la información disponible sobre las características de los pacientes con Cáncer de próstata atendidos por el sistema de salud (13). Esto hace difícil analizar el panorama de esta población y limita la toma de decisiones sustentadas en información local con el fin de retroalimentar al sistema de salud y promover acciones de mejora.

Recientemente el país desarrolló un estándar clínico nacional para el abordaje y manejo integral del Cáncer de próstata en Colombia en el marco del proceso de atención (5). Este desarrollo representa una oportunidad para analizar el proceso de atención y generar conocimiento sobre la variabilidad en el abordaje diagnóstico, estadificación de la enfermedad y elección de los tratamientos, con su consecuente impacto en los resultados del proceso de atención y el bienestar de los pacientes.

Este estudio se enmarca en el desarrollo de una investigación multicéntrica llamada: “Características clínicas y de abordaje del Cáncer de próstata en instituciones prestadoras de servicios oncológicos en dos ciudades colombianas”, aprobado por el Comité de Ética e Investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología ESE y se encuentra financiado con recursos de Inversión Nación.

El objetivo del proyecto multicéntrico es describir las características clínicas y epidemiológicas de un grupo de pacientes con Cáncer de próstata al momento del diagnóstico así como las estrategias de diagnóstico y de tratamiento utilizadas en instituciones prestadoras de servicios oncológicos en dos ciudades de Colombia (Bogotá y Barranquilla) entre el 2013 y el 2014.

El investigador principal es el doctor Jesús Alexander Cotes Millán, y se encuentran cómo Co-Investigadores los doctores: Juan Sebastián Castillo Londoño, Marion Piñeros Petersen, Edgar Navarro Lechuga, Angélica Lucía Pacheco Silva, Rodolfo Varela Ramírez, Fabián Godoy Pérez y Juan Guillermo Cataño Cataño. No obstante, este trabajo de grado constituye una investigación independiente en términos de su planteamiento, objetivos y metodología.

3. MARCO TEÓRICO

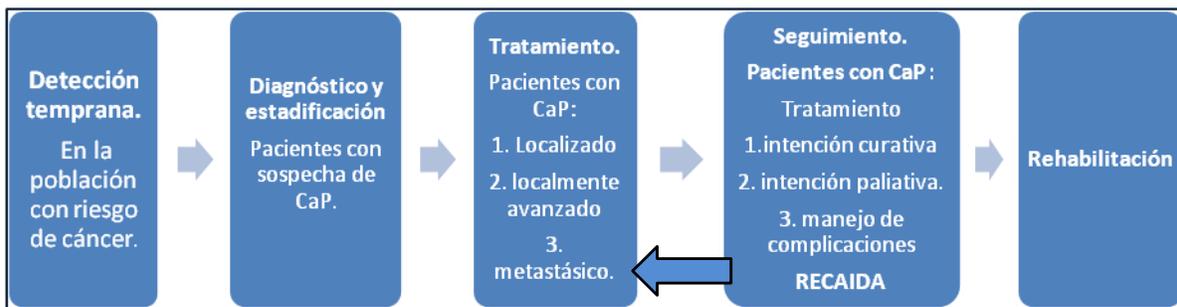
El Cáncer de próstata es una enfermedad que por su variabilidad en la presentación clínica genera desafíos para establecer una estrategia única para su detección temprana, tamización, tratamiento, seguimiento y rehabilitación, etapas que componen el proceso global de atención de esta neoplasia (5).

3.1 PROCESO DE ATENCIÓN EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA.

Los procesos para el manejo de esta patología inician con el propio curso clínico de la enfermedad en la que se desarrollan intervenciones de promoción y prevención seguidas de herramientas que permiten una detección temprana con el posterior diagnóstico para finalmente concentrarse en las mejores opciones terapéuticas, de seguimiento y rehabilitación de los pacientes.

En la figura 5 se socializan cada uno de los pasos del proceso de atención en el cáncer de próstata desde la detección temprana hasta la rehabilitación, cada uno de estos puntos del proceso serán descritos en profundidad a continuación.

Figura 5. Pasos del proceso de atención del Cáncer de próstata.



Fuente modificada: GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de cáncer de próstata. Guía N° GPC-2013-21.

La atención en Cáncer de próstata son procesos definidos en consenso con los facultados que permiten abordar la enfermedad con el objetivo de recuperar o mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, pero estos procesos varían frecuentemente ya que por la misma diversificación de la presentación clínica el reto se presenta en definir la mejor estrategia para obtener los mejores resultados en salud lo que conocemos como calidad en el proceso de atención en salud según Donabedian (14).

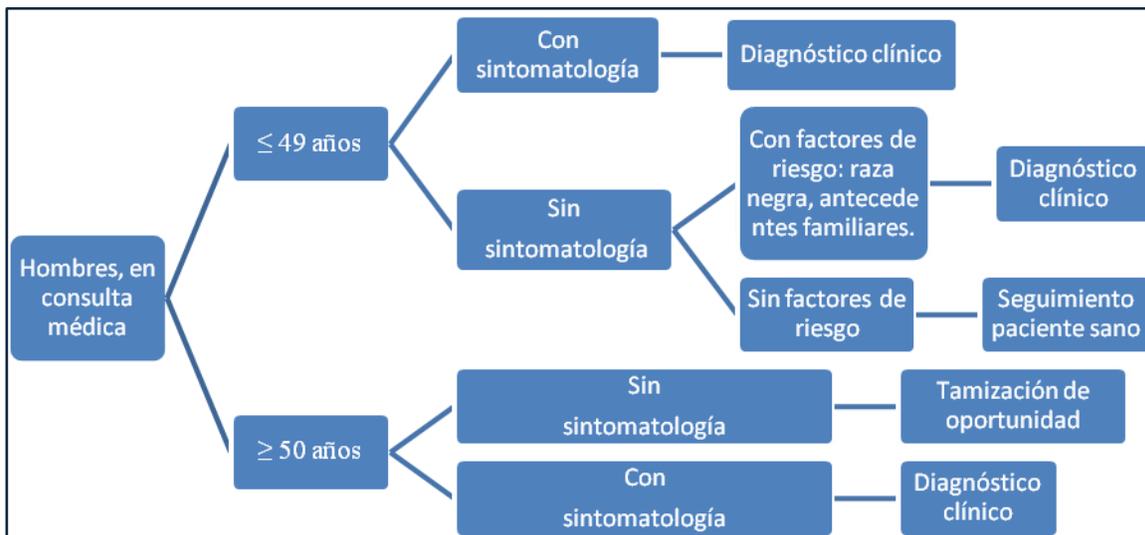
3.1.1 Detección temprana.

Esta etapa del proceso marca un camino importante en todos los tipos de cánceres, su relevancia se asocia a un mejor pronóstico para el paciente así como mejores estrategias terapéuticas en caso de enfrentarse a un diagnóstico positivo de la enfermedad. en el caso del Cáncer de próstata la detección temprana está sujeta a diversas características que presente el paciente, estas son:

- ✓ hombres mayores de 50 años
- ✓ hombres de raza negra mayores de 40 años
- ✓ hombres mayores de 40 años con antecedentes familiares de Cáncer de próstata.

Ya que este tipo de cáncer en algunos casos puede presentar una historia natural sin manifestación de sintomatología, grupos de expertos recomiendan la tamización de manera poblacional es decir, a todos los hombres en general, otros prefieren definir protocolos de detección basados en los niveles del Antígeno Prostático Específico (PSA) y algunos clínicos que son la mayoría prefieren estrategias como la tamización de oportunidad es decir, hombres mayores de 50 años que asistan al servicio de salud por diversas causas, la figura 6 muestra el modelo propuesto para la tamización de oportunidad (15).

Figura 6. Estrategia de detección por oportunidad



Fuente modificada: GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de cáncer de próstata. Guía N° GPC-2013-21.

Tanto el PSA como el TDR son utilizados como herramientas en el proceso de tamización y diagnóstico del cáncer de próstata, pero se ha generado gran controversia en el uso de estas pruebas debido a la baja sensibilidad y especificidad, el PSA presenta una sensibilidad del 72,1% con una especificidad de 93,2%; y para el TDR tiene una sensibilidad de 53,2 % y una especificidad del 86,6%. Por esta razón son utilizados en conjunto para la detección y como parte del diagnóstico y clasificación de la enfermedad (5)(16).

3.1.2 Diagnóstico y estadificación.

Para esta etapa del proceso se busca mediante técnicas con la mayor sensibilidad y especificidad para poder confirmar la presencia o ausencia de la enfermedad. Orientados por los resultados que aporta la revisión médica del paciente en la consulta junto al uso del TDR y el PSA se inicia el proceso diagnóstico.

En el Cáncer de próstata se debe realizar un examen detallado que permita descartar algún tipo de enfermedad como la HPB o a prostatitis, descartada esta o cualquier otro tipo de patología benigna, se hace un nuevo análisis del PSA, de ser posible en el mismo laboratorio clínico donde se realizó por primera vez y según el nuevo resultado se inicia un seguimiento o una biopsia (5)(12).

Para esta fase del proceso el diagnóstico es acompañado de imágenes diagnósticas como: Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Tomografía Axial Computarizada (TAC), Gammagrafía ósea, Ecografía abdominopélvica y Rayos X, estas son solicitadas por los urólogos de acuerdo a los hallazgos clínicos y la necesidad de esclarecer el estado y avance de la enfermedad.

La Biopsia de próstata es el referente principal para el diagnóstico, en esta se determinan aspectos relevantes como el Gleason, la histología y el volumen que presenta el tumor en la próstata. La biopsia puede ser Transrectal (TR) o Transperineal (TP), la elección la genera el clínico basado en su experiencia, el personal y los equipos disponibles para este procedimiento que está indicado a ser manejado bajo anestesia local según la buena práctica clínica, la razón se explica a continuación.

La biopsia prostática es un procedimiento doloroso, se deben tomar una gran cantidad de muestras para ser analizadas adecuadamente por el patólogo. La razón de realizar una resección de esta magnitud es debido a que el tumor prostático es multifocal y se debe

realizar un mapeo de los dos lóbulos de la cápsula prostática para efectuar un diagnóstico apropiado, el número adecuado de muestras no debe ser menor a 10.

Dos de los tres resultados de las siguientes pruebas diagnósticas, permitirán al clínico poder tener un panorama mucho más claro del estado y riesgo de la enfermedad :

- ✓ TDR anormal o normal en algunos casos
- ✓ PSA elevado según la edad del paciente
- ✓ Resultado de patología de la Biopsia TR o TP en el cual se indique el Gleason o clasificación histológica del tumor.

Para la fase de estadificación se tienen en cuenta los criterios establecidos por la AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) en los cuales determina el sistema de clasificación para tumores denominado: TNM, Tumor, Nódulos y Metástasis. Esta clasificación se basa en los resultados de las pruebas anteriormente descritas, en donde se categoriza en que etapa se encuentra el tumor que puede ser desde localizado (en la cápsula prostática) hasta metastásico (paso de células tumorales a órganos adyacentes). En la tabla 1 se clasifica el estadio del Cáncer de próstata según la clasificación del AJCC.

La estadificación del paciente con Cáncer de próstata es un paso fundamental en la determinación del siguiente paso del proceso de atención: el tratamiento.

Tabla 1. Estadificación del cáncer de próstata.

Estado anatómico/ Grupos pronóstico					
Grupo	T	N	M	PSA	GLEASON
I	T1a-c	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
	T1-2a	N0	M0	PSA X	Gleason x
IIA	T1a-c	N0	M0	PSA < 20	Gleason 7
	T1a-c	N0	M0	PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA < 20	Gleason 7
	T2b	N0	M0	PSA < 20	Gleason ≤ 7
	T2b	N0	M0	PSA X	Gleason X
IIB	T2c	N0	M0	Any PSA	Any Gleason

Estado anatómico/ Grupos pronóstico					
Grupo	T	N	M	PSA	GLEASON
	T1-2a	N0	M0	PSA ≥ 20	Any Gleason
	T1-2a	N0	M0	Any PSA	Gleason ≥ 8
III	T3a-b	N0	M0	Any PSA	Any Gleason
IV	T4	N0	M0	Any PSA	Any Gleason
	Any T	N1	M0	Any PSA	Any Gleason
	Any T	Any N	M1	Any PSA	Any Gleason

Fuente: American Joint Committee on Cancer. Prostate Cancer Staging 2010.

3.1.3 Tratamiento

La elección del tratamiento debe ser una decisión conjunta: paciente-médico tratante, siendo de vital importancia informar al aquejado sobre las estrategias (tabla 2) que acorde a su "estadificación" son más viables y que a su vez tengan el mejor panorama en la calidad de vida; para esto, la cáncer de próstata científica, técnica y del personal del centro de referencia deben representar la mejor alternativa para el usuario del sistema de salud (5)(6)(17)(18)(19)(20).

Tabla 2. Elecciones de tratamiento para el cáncer de próstata.

	ESPECTATIVA DE VIDA	ESTADIFICACIÓN		TIPOS DE TRATAMIENTO
	Paciente con Cáncer de próstata	< 10 años		
≥ 10 años o presencia de síntomas		Cáncer localizado	Riesgo bajo	Vigilancia activa. Braquiterapia
				Radioterapia externa. Prostatectomía radical
				Radioterapia externa y vigilancia activa
		Cáncer localmente avanzado	Riesgo intermedio	Radioterapia externa
				Prostatectomía radical
				Radioterapia externa
Cáncer avanzado		Riesgo alto	Prostatectomía radical	
			T3b - T4	Radioterapia externa
				Prostatectomía radical
Cáncer avanzado	N1 o M1	Vigilancia pasiva (observación expectante)		
		Terapia hormonal (farmacológica y/o quirúrgica)		
			Quimioterapia	

Fuente modificada: GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de cáncer de próstata. Guía N° GPC-2013-21

En el proceso de atención se indican unos pasos previos para el inicio del tratamiento, uno de estos pasos es la valoración de la función eréctil así como el grado de incontinencia presentado por el paciente antes y después del tratamiento elegido. La valoración de la función eréctil es un indicador de calidad de vida, analizado en es escalas como FACIT-P (tabla 3), esta valoración es de vital importancia por los eventos adversos de los tratamientos, en especial en edades donde los pacientes todavía presentan vida social y sexual activa (21).

Tabla 3. Valoración de la calidad de vida en cáncer de próstata escala FACIT-P

Dominio	Número de preguntas
Estado físico general de salud	7
Ambiente familiar y social	7
Estado emocional	6
Cáncer de próstata de funcionamiento personal	7
Otras preocupaciones	12 (sexualidad, función gastrointestinal, función vesical y dolor)

Fuente: Functional Assessment of Cancer Therapy. FACIT ORG- 2007

3.1.4 Seguimiento y Rehabilitación.

Posterior al tratamiento continua el proceso de atención, a esta nueva etapa se le llama: seguimiento. Esta fase se lleva a cabo tanto al iniciar tratamientos de tiempo prolongado como la hormonoterapia como en procesos donde el tratamiento termina el mismo día de su inicio, como es el caso de la Prostatectomía radical.

El seguimiento consta de consultas con el especialista, de preferencia el mismo médico quien indicó y/o realizó el tratamiento, acompañadas del valor reciente del PSA, el tiempo se ha establecido depende del tiempo de tratamiento y con ello busca tener un seguimiento de cerca de la evolución del paciente; para ello, el clínico genera en cada consulta una curva de progresión del PSA, este seguimiento permite asegurar el éxito del tratamiento o la necesidad de una nueva intervención en el caso de presentarse recaídas de tipo clínico o bioquímico del paciente.

Como se ha descrito, todo el proceso de atención del Cáncer de próstata requiere de estrategias que se entrelacen y puedan dar el mejor beneficio a los pacientes, para ello se necesita que el sistema de salud este en la cáncer de próstata física, humana y financiera

para generar resultados óptimos en toda a secuencia del proceso, por consiguiente y como es responsabilidad de los entes gubernamentales se establecen normas y procedimientos para garantizar la prestación de servicios de salud con calidad.

3.2 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Medir la calidad de los servicios de salud no es un aspecto estandarizado en especial para el manejo de cáncer de próstata. Un punto de partida puede ser la definición de “calidad” la cual según la ISO 9000:2005 es el “grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria”.

A nivel mundial la definición de calidad en la atención en salud ha tenido diversos enfoques, un ejemplo de ello es el concepto dado por el profesor Avedis Donabedian, quien ha sido un referente conceptual en el campo de la calidad en los sistemas de salud, definiendo la calidad en la atención en salud como: “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”.

Donabedian también ha descrito las diversas facetas que puede tener el concepto de calidad, estas son: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social; centrándose finalmente en una definición que aunque genera debate, puede englobar los aspectos fundamentales para la calidad en salud: “el tratamiento que es cáncer de próstata de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de la salud y los riesgos” (22).

En torno a la definición de “Calidad en los servicios de salud”, los expertos en este tema concluyen que el concepto es un término multidimensional por lo cual se generan variedad de definiciones al momento de construirla y medirla. Para poder definirla, entenderla y buscar la uniformidad en los conceptos se ha llegado a un consenso sobre los dominios más comunes que la conforman, estos son: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad centrada en el paciente, equidad y seguridad (23).

En la publicación: “Calidad de la atención, un proceso para la toma de decisiones estratégicas en los sistemas de salud”, de la OMS, se dan los conceptos básicos de estas dimensiones que son usados por los países para la elaboración de sus sistemas de salud, estos se definen en la tabla 4 (24).

Tabla 4. Conceptos básicos de calidad. Definiciones y dimensiones de la calidad. OMS

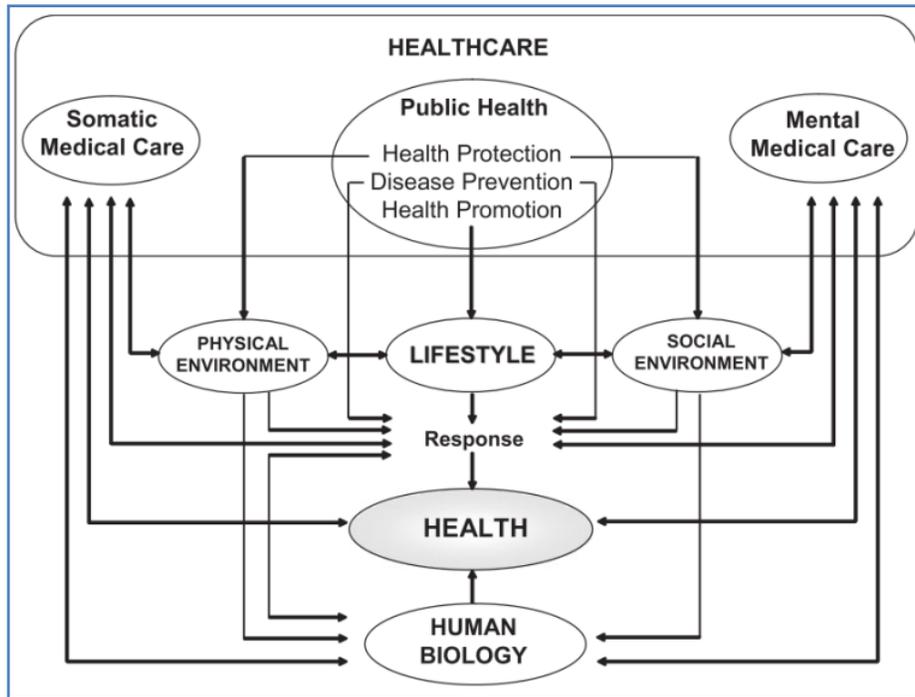
Dimensión	Definición
Efectividad	La prestación de un servicio de salud que se adhiere a la evidencia basada en los mejores resultados para los individuos y las comunidades según sus necesidades.
Eficiencia	La prestación de los servicios de salud de una manera en la cual maximiza el uso de los recursos y evita los residuos.
Accesibilidad	La prestación de los servicios de salud oportuna, geográficamente razonable y proporcionando un entorno donde las habilidades y los recursos son adecuados para las necesidades médicas.
Aceptabilidad centrada en el paciente	Prestación de los servicios de calidad teniendo en cuenta las preferencias y aspiraciones del servicio individual entendiendo las culturas de sus comunidades.
Equitativa	Prestación de los servicios de salud que no varíe en su calidad debido a características personales como el sexo, la raza, el origen, étnico, la ubicación geográfica o el nivel socioeconómico.
Seguridad	Prestación de los servicios de salud que reduzca al mínimo los riesgos y daños a los usuarios del servicio.

Fuente adaptada de: WHO. Making APFOR, Choices S, Systems INH. Quality of care 2006.

En el 2006 la OMS junto a la OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) iniciaron una serie de estudios que permitiera a los sistemas de salud del mundo tener un marco conceptual en el cual pudieran enfocar sus programas de salud.

El análisis presentado en esta serie de estudios es totalmente relevante ya que en los resultados de rendimiento de estas instituciones se apreciaban problemáticas como: el aumento en los costos de atención, baja calidad, errores médicos, no rendición de cuentas e inequidades, que analizados a profundidad puede enmarcarse en uno de los modelos de los determinantes de la salud como se observa en la figura 7, este modelo explica la implicación que tiene la baja calidad en la atención de los sistemas de salud en la salud de las poblaciones (25).

Figura 7. Modelo de los determinantes sociales de la salud aplicado a la calidad en la atención en salud.



Fuente: Arah O a, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care [Internet]. 2006 Sep;18 Suppl 1(September):5–13.

El éxito en la salud de las poblaciones como es el caso de Canadá, Reino Unido, Australia, entre otros, es el enfoque que dan a su sistema de salud (tabla 5), un sistema que no está basado solamente en la atención médica, los aspectos clínicos o las técnicas con las que se desarrollen los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; para este tipo de enfoques la participación de la salud pública y todo el contexto en el cual se desarrolla el ser humano permite tener una visión más completa de la salud de las comunidades lo que se traduce en poblaciones con mejor calidad de vida y productividad y para los sistemas de salud, programas con calidad, financieramente sostenibles y perdurables (25)(26).

En el estudio de Arah y colaboradores se pueden observar los diversos dominios que hacen parte de los sistemas de salud, sistemas que, dependiendo del enfoque pueden

llegar a dar buenos resultados y mejorías significativas en la atención en salud de las poblaciones a las cuales estén enfocados.

Tabla 5. Dimensiones de funcionamiento de sistemas de salud.

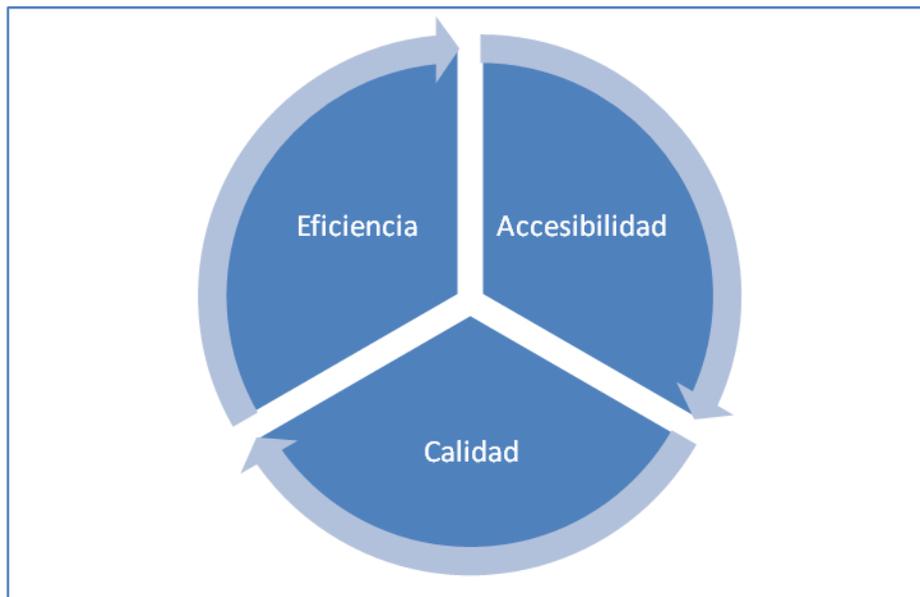
DOMINIOS	UK	Canadá	Australia	USA	ECHI*	TCF*	OMS*	OECD*
Aceptabilidad		OK				OK		
Accesibilidad	OK	OK	OK	OK		OK		OK
Apropiado		OK	OK	OK		OK		
Cuidado del medio ambiente y los servicios	OK							
Competencia		OK						
Cáncer de próstata			OK	OK				
Continuidad		OK	OK	OK		OK		
Efectividad	OK	OK	OK	OK	OK	OK		OK
Mejora de La salud							OK	
Enfoque clínico								
Gastos o costos							OK	OK
Eficiencia		OK	OK	OK			OK	OK
Equidad	OK	OK	OK	OK			OK	OK
Gobernanza	OK							
Enfoque en el paciente	OK	OK	OK	OK			OK	OK
Seguridad	OK	OK	OK	OK				
Sostenibilidad			OK					
Oportunidad	OK			OK				

* ECHI: Comunidad Europea de Indicadores en Salud, TCF: El Fondo Mancomunado. OMS: Organización Mundial de la Salud. OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo. Fuente adaptada de: Arah O a, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A

conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care [Internet]. 2006 Sep;18 Suppl 1(September):5–13

A nivel nacional, la política colombiana de prestación de servicios de salud establece tres ejes estratégicos: *Accesibilidad*, *Calidad* y *Eficiencia*, estos permiten mejorar el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención, generar un sistema de salud eficiente con el fin de lograr una sostenibilidad financiera del sistema. Estas definiciones de los ejes se encuentran descritas en la figura 8. (27).

Figura 8. Ejes estratégicos de la política nacional de prestación de servicios de salud.



Fuente adaptada: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud 2006.

- **Accesibilidad:** permite relacionar a la población que requiere servicios de salud con el sistema de salud que presta los servicios.
- **Eficiencia:** relación entre los mejores resultados en salud empleando la menor cantidad de recursos disponibles.
- **Calidad:** proveer los servicios de salud de manera que estos sean accesibles, equitativos, con un alto nivel profesional que puede tener para los recursos disponibles logrando así la adhesión y satisfacción del usuario.

La calidad en la atención médica tiene un componente que la hace relevante frente a otras definiciones de calidad, ya que esta engloba las dimensiones en que esta misma debe darse. En Colombia el decreto 2309 del 2002, “decreto por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la Atención de Salud del Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en su artículo 4 dice: “la calidad de la atención en salud se entenderá como la provisión de los servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tienen en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (28)

En el artículo 6 del decreto 2309 del 2002, se definen las características que debe tener el SGSSS para que sea un servicio con calidad en la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los dominios en los cuales estas características serán monitoreados con el fin de conocer el enfoque de la política pública colombiana frente a la calidad y orienten la prestación de los servicios de salud basados en las definiciones que se describen en la tabla 6.

Tabla 6. Características del SOGC.

Accesibilidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS
Oportunidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
Seguridad	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias
Pertinencia	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
Continuidad	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Fuente: Decreto 1011. Sistema Obligatorio de garantía de calidad en atención en salud del sistema general de seguridad social en salud 2002.

Para lograr una evaluación de la calidad en el SGSSS, se agruparon subdominios en las grandes características o dominios del sistema permitiendo también que estos sean monitoreados para el desarrollo y mejora continua del SGSSS, estos son:

- **Accesibilidad/Oportunidad:** en el cual se evalúa si los servicios son prestados de manera oportuna, es decir cuando los usuarios los requieran y además son dados por el prestador del servicio sin barreras que dificulten su acceso. Subdominios: Acceso y Oportunidad.

- **Calidad técnica:** permite evaluar si la atención brindada al paciente se ha dado de manera correcta. Subdominios: Efectividad y eficiencia.
- **Seguridad del paciente:** en el cual se pretende identificar en qué medida la seguridad del paciente ha sido tomada en cuenta durante el proceso de atención. En este dominio encontramos los subdominios de Gerencia del riesgo citados en la resolución 1446 de 2006.
- **Experiencia en la atención:** en este indicador se mide si la atención en salud recibida ha sido satisfactoria para el paciente generando en él una lealtad al prestador del servicio. Subdominios de percepción y lealtad.

La necesidad de establecer condiciones de calidad en la prestación de servicios de salud tiene un trasfondo que va enfocado hacia la equidad (29), la necesidad de proporcionar a todos sin importar las diferencias (30) una adecuada atención en salud que involucre todos los procesos en los cuales participan todos los actores del sistema. La equidad en la atención en salud dependerá entonces de tres componentes esenciales, estos son:

- Acceso igualitario a la atención disponible para la igualdad de necesidades.
- Igualdad del uso para una igualdad de la necesidad
- Igualdad en la atención para todos.

Conforme los sistemas de salud incorporen en sus procesos de atención indicadores que permitan describir, analizar, evaluar y mejorar la calidad en todos los pasos de la atención en salud se podrán tener resultados que estén acordes a todas las necesidades que presentan las poblaciones en general, esto se debe a que cada indicador en salud basa su objetivo en la población, define sus metas en las necesidades puntuales del servicio y da las herramientas analíticas para el mejoramiento continuo de los procesos.

4. OBJETIVO.

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Describir la calidad del proceso de atención que el SGSSS ha prestado a un grupo de pacientes con cáncer de próstata remitidos al Instituto Nacional de Cancerología ESE (INC ESE) entre abril y diciembre del año 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

4.2.1 Describir las características socio demográficas, socioeconómicas y clínicas de un grupo de pacientes con diagnóstico de Cáncer de próstata, atendidos en el INC ESE.

4.2.2 Caracterizar el proceso de atención realizado a los pacientes del estudio a partir de indicadores de calidad que aproximan la accesibilidad, continuidad, pertinencia, oportunidad, integralidad y seguridad del proceso de atención.

4.2.3 Describir diferencias en los indicadores de calidad del proceso de atención según la escolaridad, nivel socioeconómico y tipo de aseguramiento de los pacientes con cáncer de próstata del estudio.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

Observacional descriptivo de corte transversal.

5.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.

Pacientes con Cáncer de próstata atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología ESE.

5.3 MUESTRA.

Pacientes con diagnóstico reciente de adenocarcinoma de próstata, atendidos en el servicio de urología del Instituto Nacional de Cancerología ESE entre abril y diciembre del 2013. En el proceso 118 pacientes fueron incluidos de manera secuencial según su llegada a la consulta externa del servicio de Urología. Se definió por diagnóstico reciente, la confirmación patológica del mismo realizada en los 2 años previos al momento de la entrevista.

5.3.1 Criterios de elegibilidad.

5.3.1.1 Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico confirmado por patología de adenocarcinoma de próstata.
- Hombres mayores de 18 años.
- Pacientes en quienes la confirmación del diagnóstico del cáncer no sea mayor a 2 años al momento de la entrevista.

5.3.1.2 Exclusión:

- No acceder de forma voluntaria e informada a participar en el estudio y no dar su consentimiento verbal.
- Pacientes de quienes no se pueda obtener la información requerida para el adecuado desarrollo del estudio.

5.4 CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO.

5.4.1 Fase de pre-estudio:

- Desarrollo de protocolo de investigación.

- Desarrollo del formato de recolección de caso (FRC), basado en el conocimiento de un panel de expertos en investigación epidemiológica y de salud pública y el área clínica.
- Elaboración del instructivo de diligenciamiento del FRC, con toda la terminología necesaria para la recolección de los datos.
- Diseño del FRC en formato TELEform® Information Cáncer de próstata. Cardiff Software TELEform, Vista, California, EEUU, con el fin de que la información recolectada sea digitalizada, organizada en la respectiva base de datos en formato Microsoft Excel 2010 (versión:14.0). Microsoft® Office 2010 Proofing Tools. © 2010 Microsoft Corporation. Imprensa Systems, Santa Rosa, California, EEUU, con el fin de que sea analizada posteriormente por el programa de análisis estadístico seleccionado StataCorp.2009. Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: Stata Corp, licenciado por el Instituto Nacional de Cancerología ESE.
- Prueba piloto: se realizó una prueba con un grupo de 9 pacientes que cumplían con los criterios de participación en el estudio. Esta prueba se basó en la estructura gramatical con el fin de tener claridad por parte del paciente y del encuestador al momento de realizar las preguntas. Al finalizar el ejercicio se realizaron los cambios requeridos para el buen funcionamiento de la herramienta de recolección de información.
- Las bases de datos permanecen en 2 copias de seguridad en el computador de la investigadora principal y 2 copias actualizadas en el computador del director de trabajo de grado (asesor metodológico) 1 copia en el computador del sistema TELEform® Information Cáncer de próstata. Cardiff Software TELEform, Vista, California, para proteger su integridad y protegidas bajo acceso por clave.
- Se realizó un control de calidad, revisando el formato escaneado frente al formato en físico con el fin de revisar que la cáncer de próstata electrónica del FRC así como el nombre y diligenciamiento de las variables en la base de datos haya sido correcto.

5.4.2 Fase de estudio:

- Se inició la recolección de la información en la consulta externa del servicio de urología, consultando las Historias Clínicas de los pacientes para revisar los criterios de selección del estudio.

- Posterior a la selección de los posibles participantes se buscara e invitó al paciente a participar en el proyecto de investigación.
- Generada la aceptación de la participación, se realizó el proceso de consentimiento informado de tipo verbal en donde se le explicó al participante de manera más completa en qué consiste su participación en el estudio.
- Se realizó la encuesta posterior a la consulta con el médico tratante.
- Se realizó la consulta por la historia clínica electrónica y en físico de cada paciente.
- Se realizó la revisión de calidad de los formatos seleccionados por el equipo de monitoria de investigaciones del INC ESE.
- Se escanearon los FRC sellados por monitoria para digitalizar la base de datos.
- Se certificó la información digitalizada por medio de la revisión de los FRC y la base de datos electrónica, proceso seguido por el equipo de monitoria de investigaciones.
- Se inició el análisis de la información según el plan de análisis preestablecido.

5.4.3 Fase de cierre.

- Se inició la escritura de las secciones de resultados, discusión y conclusiones del trabajo de grado.
- Se realizó el reporte de trabajo de grado y el manuscrito que será sometido para publicación en la Revista Colombiana de Cancerología.
- Se realizó el informe sobre los cierres presupuestales y técnico-científicos del estudio que serán presentados al equipo investigador del estudio multicéntrico.

5.5 ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE LA CALIDAD.

El estudio en su totalidad fue seguido por el CEI del INC ESE. Durante la elaboración del FRC se incluyeron variables que permiten hacer control de calidad a la información (preguntas de verificación).

El Instituto Nacional de Cancerología ESE cuenta en su Área de investigaciones con un grupo de monitoreo a las investigaciones con el fin de garantizar la calidad de la información consignada tanto en los consentimientos informados cómo en el Formato de Recolección de Casos.

5.6 VARIABLES DE INTERÉS.

Las variables necesarias para el cumplimiento de los objetivos de este estudio fueron agrupadas por módulos en el Formulario de Recolección de Caso (FRC). Las variables del estudio tienen las siguientes escalas de medición (31):

Según el tipo de respuesta*:

- a. Preguntas cerradas con diversas categorías de una única respuesta.
- b. De elección múltiple con más de una característica de selección de respuesta.
- c. Preguntas abiertas para diligenciar la totalidad de respuesta del encuestado.

En la tabla 7, se describen los indicadores de calidad basados en el SOGC del SGSSS, así como el indicador propuesto para el proyecto, la descripción del mismo y el tipo de respuesta. La totalidad de las preguntas del FRCC se encuentran en la sección de anexos.

Tabla 7. Descripción de las variables de tipo indicados para el análisis del estudio.

Dominio	Indicador propuesto	Descripción de la pregunta	Tipo de respuesta*
Calidad			
Acceso	Traslado de domicilio	El paciente tuvo que mudarse debido al diagnóstico	a
Acceso	Tipo de aseguramiento diagnóstico	Régimen de aseguramiento que uso para el diagnóstico	a
Continuidad	Continuidad médico tratante	Cambio del médico tratante durante el seguimiento	a
Pertinencia	Pertinencia TDR	Edad primer TDR	c
Pertinencia	Pertinencia PSA	Edad primer PSA	c
Oportunidad	Oportunidad de consulta sospecha	Tiempo entre inicio de síntomas y consulta en la que se sospechó el cáncer	a
Oportunidad	Oportunidad realización imágenes diagnósticas	Tiempo entre indicación y realización de imágenes diagnósticas	a
Oportunidad	Oportunidad del diagnóstico	Tiempo entre el PSA anormal y la realización de la biopsia	Tiempo

Dominio	Indicador propuesto	Descripción de la pregunta	Tipo de respuesta*
Calidad			
Oportunidad	Oportunidad del tratamiento	Tiempo entre la realización de la biopsia y el tratamiento	Tiempo
Integralidad	Atención integral "servicios"	Rehabilitación física	a
		Cuidados paliativos	a
		Nutrición	a
		Apoyo psicológico	a
		Charla educativa Cáncer de próstata	a
		Oncología clínica	a
		Ninguno	a
Pertinencia	Evaluación DE previo tratamiento	Se realiza evaluación de la función eréctil previo al tratamiento	a
Pertinencia	Evaluación DE posterior al tratamiento	Se realiza evaluación de la función eréctil posterior al tratamiento	a
Pertinencia	Tratamiento disfunción eréctil	Recibe tratamiento para la función eréctil	a
Pertinencia	Número de muestras en la biopsia	Número de fragmentos (cilindros) en la muestra de la biopsia con la que se realiza el diagnóstico	c
Seguridad	Tipo de tratamiento inicial	Tipo de tratamiento inicial según estadio de la enfermedad	b
Continuidad	Seguimiento PSA post-tratamiento	Número de seguimientos con PSA en el primer año post- tratamiento (n=4)	a
Seguridad	Uso de Bifosfonatos	Uso de bifosfonatos para la prevención de eventos esqueléticos	a
Resultados	Recaída	Recaída posterior al tratamiento inicial	a
Pertinencia	Disfunción eréctil	Presencia de disfunción eréctil posterior al tratamiento reportada por el paciente	a
Resultados	Tiempo recaída	Tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento y la recaída	Tiempo

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

- La información fue analizada y presentada inicialmente de forma descriptiva, gráfica y tabular.
- El análisis descriptivo se realizó mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa en el caso de las variables cualitativas. Las preguntas con respuesta abierta fueron transcritas en formato de texto plano a la base de datos en Excel, donde se categorizaron según las características observadas con mayor frecuencia.
- Para las variables cuantitativas se resumió la información con medidas de tendencia central (promedios o medianas) y medidas de dispersión (desviaciones estándar o rangos) según correspondiera a la normalidad de su distribución.
- Se validó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov y la evaluación de la Curtosis y el grado de apuntalamiento en las variables cuantitativas.
- Para evaluar la relación entre las características socio-demográficas y las características clínicas e indicadores del proceso de atención se realizaron análisis bivariados.
- La comparación entre variables categóricas, se realizó con la prueba de Ji cuadrado y la prueba exacta de Fisher en el caso de que no se cumplieran con los supuestos para Ji cuadrado (número de observaciones esperadas superior a 5 en no menos del 80% de las casillas de la tabla de contingencia entre variables cualitativas).
- Todos los análisis fueron realizados en StataCorp.2009. Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: Stata Corp, Licenciado por el Instituto Nacional de Cancerología ESE.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

6.1 DEFINICIÓN DEL RIESGO ÉTICO.

De acuerdo con la Resolución No 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia éste proyecto se categorizó como riesgo mínimo. El comité de ética de investigaciones del INC ESE dio el aval ético para que el estudio solicitara al paciente su consentimiento de manera verbal. Este proyecto no cuenta con aval de otras instituciones debido a que la selección de los participantes sólo se realizó en el INC ESE.

Dado que se encuestaron a los pacientes y se revisó su historia clínica en detalle, se solicitó un consentimiento verbal a cada paciente y actualmente se cumple con todos los requerimientos de la normatividad nacional e institucional para el manejo adecuado de la historia clínica.

Todos los procedimientos de la investigación estuvieron a cargo de la investigadora principal de este proyecto, con asesoría de profesionales calificados y competentes en las áreas clínicas y de investigación. Estos resultados serán publicados en revistas de índole académica y científica, preservando la exactitud de la información y garantizando la confidencialidad de los datos individuales.

6.2 PRINCIPIOS BIOÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Los principios Bioéticos fue una constatación de la investigadora de este proyecto, desde su certificación en Buenas Prácticas Clínicas (BPC) en Investigación. El paciente fue abordado de manera que no fuera alterado su proceso de atención en la consulta médica y se respetó su decisión de participar o no del proyecto de investigación (Autonomía y justicia) (32).

En el proceso del consentimiento informado se comentó a los participantes sobre los beneficios de su colaboración en el estudio, aunque no representa un reconocimiento personal, se comentó sobre el aporte en información que esta investigación pretende con el fin de aportar conocimiento real local del Cáncer de próstata para los tomadores de decisiones de salud pública (beneficencia y reciprocidad) (33).

La veracidad se incluyó en todo el proceso de elaboración y ejecución del FRC, las preguntas fueron estructuradas para ser entendidas por los pacientes y encuestadores.

Las respuestas cerradas y abiertas así como las observaciones se transcribieron de manera fiel a la respuesta de los participantes (veracidad y fidelidad) (34).

6.3 CONFIDENCIALIDAD

El acceso a la historia clínica fue potestad solo de la investigadora principal quien durante el proceso del consentimiento informado recibió autorización tanto del paciente como de la institución para ello.

La investigadora principal firmó el acuerdo de confidencialidad donde se compromete a no revelar información que permita la identificación de las personas ni pasar información a terceros no involucrados en el estudio.

A cada paciente se le asignó un número de registro interno que los identifica.

El acceso a las bases de datos con información sobre identificación está permitido únicamente al equipo de investigación: director de trabajo de grado e investigadora.

6.4 IMPACTO AMBIENTAL.

Hasta la fecha este estudio no presentó impacto ambiental, entendiendo al servicio de urología como un espacio donde el ambiente clínico refleja respeto y adaptación de los procedimientos allí establecidos.

7. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados en la secuencia en la que están planteados los objetivos específicos.

7.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS, SOCIO DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y CLÍNICAS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

7.1.1 Características socio demográficas.

Las características socio demográficas en los participantes del estudio se resumen en la tabla 8 y la figura 6. El rango de edad de los pacientes fue 47 a 82 años, la población estaba compuesta en su mayoría por pacientes mayores de 60 años.

Tabla 8. Características socio demográficas.

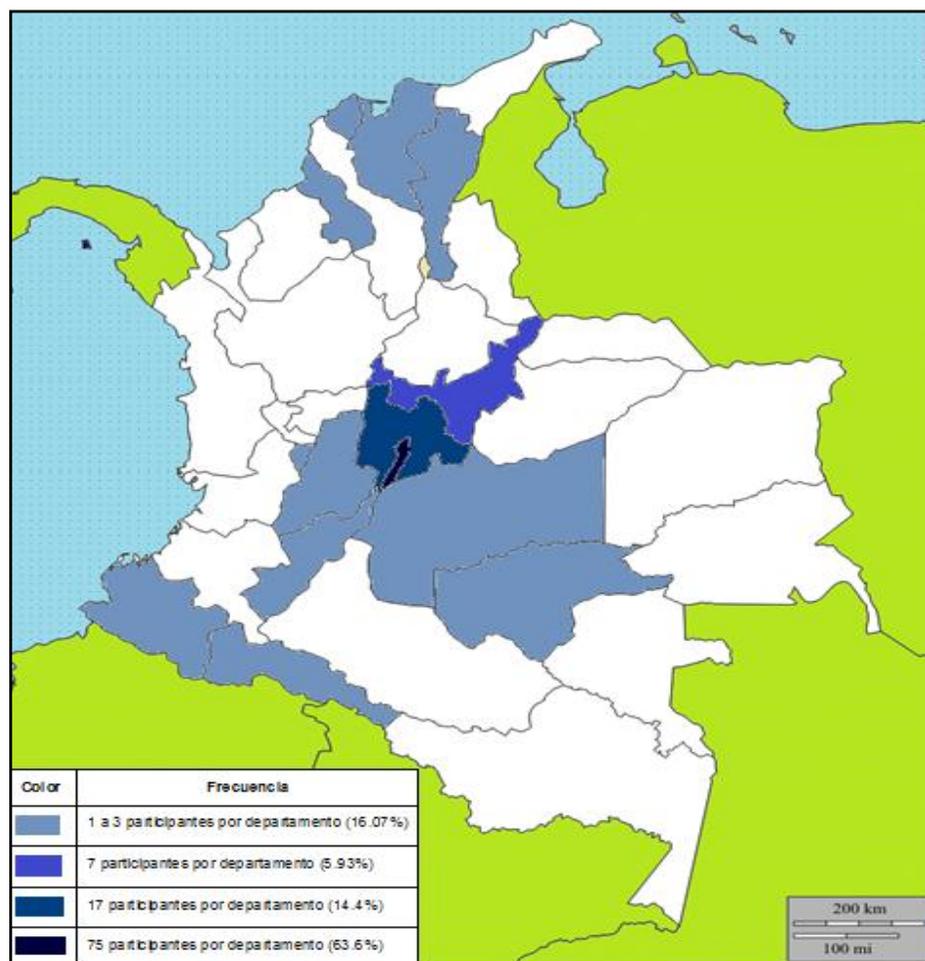
Características	Número de sujetos	% de sujetos
Edad pacientes (año)	<i>n</i> =118	
Edad hombres entrevista (Mediana, RIQ)	69 (11)	
40-49	5	4.24
50-59	10	8.47
60-69	46	38.98
70-82	57	48.31
Estado civil		
Soltero	9	7.63
Casado	80	67.80
Unión libre	21	17.80
Viudo	3	2.54
Separado	5	4.24
Raza/Etnia(percepción)		
Negra	8	6.77
Otra	110	93.22

Fuente: El autor.

Nueve pacientes (7.63%) no estuvieron casados en su vida. Cuando se indagó por la red social de apoyo durante la enfermedad, el 85.6% reportó que aún vivían con la pareja, 55.9% vivían con sus hijos y 32.2% vivían con otras personas, tales como hermanas y madres (13.2%), hijastros (15.8%), nietos (57.9%), suegras o yernos (13.2%). Diez pacientes (8.5%), no convivían con ninguna persona. La figura 8 muestra la distribución

geográfica por departamento de origen de los pacientes, las cinco regiones del país tienen al menos un paciente en la muestra del estudio.

Figura 8. Distribución geográfica de los participantes según Departamento de procedencia.



Elaboración: propia.

7.1.2 Características socio económicas.

El nivel de aseguramiento y las características socioeconómicas al momento de la entrevista se describen en la tabla 9 y la figura 7. No hay representación de estratos 5 y 6 en la muestra del estudio. Condiciones diferenciales socioeconómicas podrían encontrarse entre los niveles I y II (55.9%) y los niveles III y IV (44.1%). Los afiliados a los regímenes contributivo y especial representaban un porcentaje importante de la muestra (77,1%) y los pacientes con coberturas consideradas parciales como en el régimen subsidiado eran la población restante (22.9%).

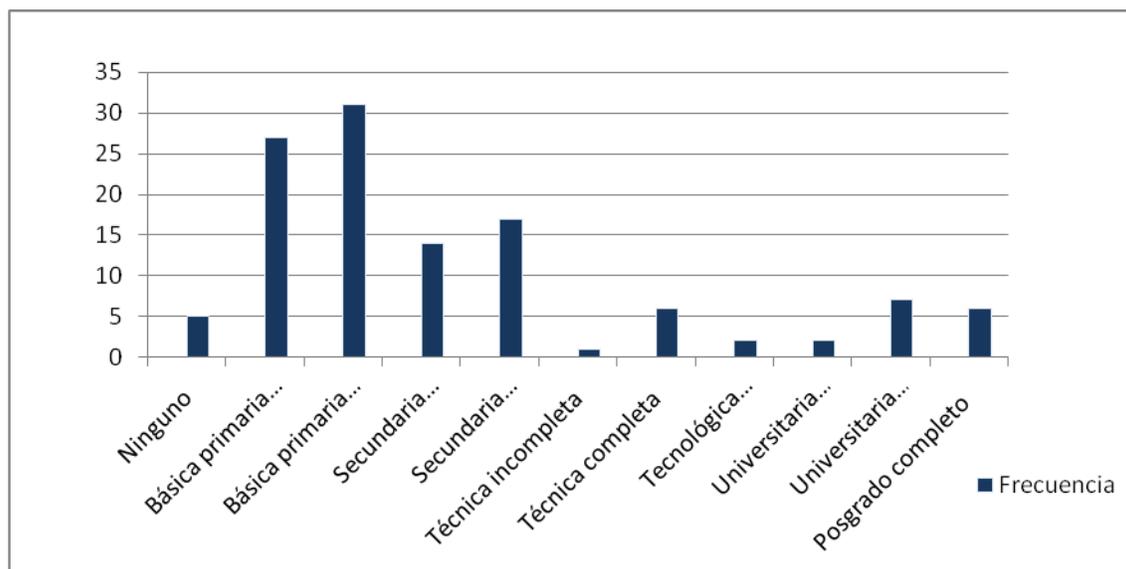
Tabla 9. Características socioeconómicas.

Características	Número de sujetos (n=118)	% de sujetos
Estrato socio económico		
1	15	12.71
2	51	43.22
3	47	39.83
4	5	4.24
Afiliación momento de la entrevista		
Subsidiado	27	22.88
Contributivo	89	75.42
Régimen especial	2	1.69

Elaboración: propia.

La descripción sobre el nivel educativo se encuentra en la figura 9. La mayor parte de la población corresponde a hombres de baja escolarización, 17.8% había completado algún tipo de educación superior y 17% habían completado el bachillerato. El eje de las X muestra las categorías de escolaridad, el eje de las Y representa las frecuencias encontradas para cada categoría.

Figura 9. Nivel de escolaridad



Elaboración: propia.

7.1.3 Características clínicas

Los hallazgos de las características clínicas son presentados en la tabla 10. El 15.2% de la población tenía historia familiar de Cáncer de próstata en primer grado de consanguinidad, especialmente en hermanos, cuatro pacientes (22.2%) de aquellos con historia familiar tenían antecedentes tanto en el padre como en los hermanos.

Tabla 10. Características clínicas.

Características	Numero de sujetos (n=118)	% de sujetos
Historia familiar de Cáncer de próstata		
<i>Si</i>	18	15.25
<i>Padre</i>	8	6.77
<i>Hermano</i>	14	11.86
<i>No</i>	100	84.75
Ha fumado alguna vez en la vida		
<i>Si</i>	87	73.73
<i>No</i>	31	26.73
Diabetes		
<i>Si</i>	12	10.17
<i>No</i>	106	89.83
Hipertensión Arterial		
<i>Si</i>	43	36.44
<i>No</i>	75	63.56
Cirugía abdominal pélvica		
<i>Si</i>	17	14.41
<i>No</i>	101	85.59
ECOG¹		
<i>0</i>	90	76.27
<i>1</i>	19	16.10
<i>2</i>	3	2.54
<i>3</i>	5	4.24
<i>4</i>	1	0.5

Elaboración: propia.

¹ECOG 0: el paciente se encuentra en total cáncer de próstata de realizar sus actividades diarias con total normalidad. ECOG 1: los síntomas del paciente no le permiten desarrollar actividades pesadas y solo está en cama en horas de descanso. ECOG 2: el paciente no puede realizar ningún trabajo, permanece en cama durante varias horas las cuales no superan el 50% del día. ECOG 3: el paciente necesita estar recostado más de la mitad del tiempo en el día, necesita ayuda para el desarrollo de algunas de sus actividades básicas. ECOG 4: discapacidad en un 100% de las actividades diarias. ECOG 5: fallecimiento del paciente.

En todos los participantes se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata. En la tabla 11 se describen los patrones Gleason y la clasificación TNM según la AJCC (*American Joint Comitee of Cancer, 2010*). Las clasificaciones TNM de los participantes son reportadas en las historias clínicas del lugar de remisión, por lo cual, tras la valoración del Coordinador del servicio de urología, esta categorización puede registrar cambios. En el caso de los 118 pacientes del estudio, la reclasificación del TNM en la institución cambio en 92 pacientes (78%).

Tabla 11. Clasificación TNM inicial y posterior INC ESE.

Características	Número de sujetos (n=118)	% de sujetos	Características	Número de sujetos (n=118)	% de sujetos
Clasificación remisión inicial TNM			Clasificación TNM INC ESE		
T			T		
T1b	1	0.85	T1c	7	5.93
T1c	28	23.73	T2a	10	8.47
T2a	28	23.73	T2b	5	4.24
T2b	20	16.95	T2c	24	20.34
T2c	13	11.02	T3	2	1.69
T3a	16	13.56	T3a	19	16.10
T3b	2	1.69	T3b	13	11.02
T4	8	6.78	T4	4	4.24
Sin dato	2	1.69	Tx	7	5.93
			Sin cambio	26	22.03
N			N		
N0	8	6.78	N0	45	38.14
N1	1	0.85	N1	10	8.47
Nx	107	90.68	Nx	37	31.36
Sin dato	2	1.69	Sin cambio	26	22.03
M			M		
M0	48	40.68	M0	56	47.46
M1a	4	3.39	M1	1	0.85
M1b	12	10.17	M1b	13	11.02
Mx	52	44.07	M1c	1	0.85
Sin dato	2	1.69	Mx	21	17.80
			Sin cambio	26	22.03

Elaboración: propia.

En la tabla 12 se reporta el estadio de los participantes conforme a la clasificación inicial y la clasificación por parte del servicio de urología del INC.

Tabla 12. Estadificación en la remisión al INC y nueva clasificación del Servicio de Urología INC ESE.

Características	Numero de sujetos (n=118)	% de sujetos
Estadificación en institución que remite		
<i>Estadio I-II enfermedad localizada</i>	86	72.88
<i>Estadio III enfermedad localmente avanzada</i>	14	11.86
<i>Estadio IV enfermedad metastásica</i>	16	13.56
<i>Sin dato</i>	2	1.69
Re-estadificación en el INC		
<i>Estadio I-II enfermedad localizada</i>	58	49.15
<i>Estadio III enfermedad localmente avanzada</i>	21	17.80
<i>Estadio IV enfermedad metastásica</i>	37	31.36
<i>Sin dato</i>	2	1.69

Elaboración: propia.

7.2 CARACTERIZACIÓN EL PROCESO DE ATENCIÓN A PARTIR DE LOS INDICADORES DE CALIDAD.

El proceso de atención del Cáncer de próstata comprende cinco etapas: detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación urológica, descritas anteriormente. En los pacientes con enfermedad metastásica culmina con el manejo paliativo.

Para describir la calidad del proceso de atención se construyeron a partir de la información recolectada indicadores de pertinencia, acceso, oportunidad, integralidad y continuidad (Tabla 13). También se incluyeron plantearon dos indicadores relacionados con la recaída como resultado del proceso de atención.

Tabla 13. Indicadores para análisis del proceso de atención en el Cáncer de próstata.

Etapas del proceso de atención	Variable	Indicador
Tamización	<i>Edad primer PSA</i>	<i>Pertinencia</i>
	<i>Edad primer TDR</i>	<i>Pertinencia</i>

Etapa del proceso de atención	Variable	Indicador
Diagnóstico	<i>El paciente tuvo que mudarse por el diagnóstico de la enfermedad</i>	<i>Acceso</i>
	<i>Régimen de afiliación en el SGSSS para el diagnóstico</i>	<i>Acceso</i>
	<i>Número de muestras o cilindros en la realización de la biopsia</i>	<i>Pertinencia</i>
	<i>Evaluación de la función eréctil</i>	<i>Pertinencia</i>
Tratamiento	<i>Régimen de afiliación en el SGSSS para el tratamiento</i>	<i>Acceso</i>
	<i>Uso de bifosfonatos</i>	<i>Pertinencia</i>
	<i>Evaluación de la función eréctil pos tratamiento</i>	<i>Pertinencia</i>
	<i>El paciente recibió tratamiento para la disfunción eréctil</i>	<i>Pertinencia</i>
	<i>Número de servicios complementarios a los cuales accede el paciente durante el curso de la enfermedad</i>	<i>Integralidad</i>
Seguimiento	<i>Cambio de médico tratante durante el seguimiento</i>	<i>Continuidad</i>
	<i>Número de PSA de control desde la finalización del tratamiento inicial</i>	<i>Continuidad</i>
	<i>Recaída posterior al tratamiento inicial</i>	<i>Resultados</i>
Rehabilitación	<i>Manejo de la Función Eréctil</i>	<i>Pertinencia</i>

Elaboración: propia.

7.2.1 Detección temprana, Pertinencia.

En 35 pacientes (29.66%) nunca se había realizado un TDR hasta el momento del diagnóstico. El promedio de edad para el primer PSA fue 62 años (RIQ 13), la mediana de exámenes de PSA antes del diagnóstico de cáncer fue de 2.5 (RIQ 5).

La tabla 14 resume las características esenciales de la detección inicial. La mediana de edad al diagnóstico es de 62 años, no existe información del TDR al momento del diagnóstico para la mayor parte de la población, no obstante entre los 33 pacientes con esta información, se detectaron anomalías en el 78.8%. Entre los participantes el 21.7% tenían antecedentes de hiperplasia prostática benigna registrados en la historia clínica.

Tabla 14. Características de la detección inicial del cáncer

Características	Numero de sujetos (n=118)	% de sujetos
Edad primer PSA (Mediana, RIQ)	62 (13)	
Edad primer TDR (Mediana, RIQ)	62 (14)	
Antígeno Prostático específico inicial (PSA ng/mL)		
≥ 4.09 ng/ml	6	5.08
4,1-20 ng/ml	70	59.32
21-100ng/ml	20	16.94
≥101 ng/ml	15	12.71
Sin dato	7	5.93
Tacto digital rectal inicial (TDR)		
Normal	7	5.93
Anormal	26	22.03
Sin dato	85	72.03

Elaboración: propia.

7.2.2 Diagnóstico, acceso y pertinencia.

En total 35 pacientes (29.66%) tuvieron que trasladarse a Bogotá desde su lugar original de residencia, de manera temporal o permanente debido al diagnóstico. Solo 2 pacientes (1.69%) cambiaron el tipo de afiliación al SGSSS para el diagnóstico, según manifestaron esto se debió a la necesidad de agilizar el proceso diagnóstico, pagando este servicio de

manera particular. La tabla 15 resume los motivos que llevaron al diagnóstico, 62 sujetos fueron diagnosticados a partir de la presentación de signos y síntomas.

Entre los síntomas reportados se encontraron la disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario, goteo, intermitencia, pujo, retención urinaria, hematuria, dispareunia, inflamación testicular, urgencia, disuria, aumento de la frecuencia, dolor musculoesquelético y fracturas patológicas.

Tabla 15. Razones que llevaron a la consulta para el diagnóstico del cáncer

Características	Numero de sujetos (n=118)	% de sujetos
<i>Motivo consulta</i>		
<i>Síntomas</i>	62	52.54
<i>Chequeo general</i>	45	38.14
<i>Hallazgo incidental</i>	11	9.32

Elaboración: propia.

Se observó en la gran mayoría de los casos que la sospecha de Cáncer de próstata la tuvo el médico urólogo (76.3%), seguido de los médicos generales (16.1%). Otros especialistas que sospecharon la enfermedad fueron: fisiatras, internistas y especialistas en entrenamiento.

De los pacientes que fueron diagnosticados por presentar algún signo o síntoma, el tiempo en acudir al médico tras la instauración de la sintomatología fue de 0 a 3 meses (35.48%), 3 a 6 meses (16.12%), 6 a 12 meses (11.19%) y más de 12 meses (37.09 %).

A este mismo grupo de pacientes se les consultó si creían haberse demorado en asistir al médico a lo cual respondieron que si hubo una demora en consultar en el 64.51% de los casos. Las respuestas que se presentan a continuación se categorizaron de la siguiente manera:

1. Categoría: Demora del paciente.

“Pensé que no eran síntomas tan importantes”

“Miedo al TDR y al diagnóstico”

“Por miedo al diagnóstico”

“Porque pensé que ya se sentía bien y me descuidé”

“Me sentía mejor y no volví al médico”

“No le di mucha importancia”

“Porque no me dolía”

“Por no ir a un control antes”

“Porque tomaba hiervas y se me pasaban los síntomas”

“No me imaginaba tener ningún problema”

“Me daba pena consultar al médico, me daba pena quedar con incontinencia”

“Trabajo esclavizante, miedo y descuido”

“Culpa mía, yo debí haberme hecho ese examen antes”

“Me descuidé por no sentirme muy mal”

“Me sentí mejor entonces pensé que no era nada grave”

“pasa por cabeza dura” y cuando uno se ve muy mal

“No eran síntomas tan alarmantes”

“Por negligencia acudía a otro médico”

“Me confié de la patología benigna en 2009”

“No tenía deseo de controles médicos”

“Descuido”

“No me sentía mal”

“Por voluntad propia porque no quería venir y se sentía bien”.

2. Categoría: Demora por información.

“Por una mala información obtenida de internet”

“Por no tener conocimiento, me parecía normal la frecuencia al orinar”

“Porque no tenía información”

“Mala información”

“Comentaba con mis amigos y por la edad eso era normal”

“Ignorancia”

3. Categoría: Demora por barreras del sistema de salud.

“Urólogo se demoró en el diagnóstico”

“Los médicos me pusieron trabas”

“Por desvinculación del sistema de salud, traslado de Cajicá a Bogotá”

“Pensaba que ir al médico era una tomadera de pelo, plata, exámenes”.

“Por no sospecha de médico general”

“Cita muy demorada en la EPS”

“Demora en autorización EPS”

“Demora EPS”

“Demora en la consulta”

La confirmación del diagnóstico se realiza con biopsia prostática. A la mayor parte de los pacientes se les realizó la biopsia TR o TP guiada por ecografía (81.36%). En 21 sujetos no se pudo obtener información del tipo de biopsia. Los datos obtenidos sobre el número de biopsias y el número de fragmentos de tejido prostático se resume en la tabla 16.

Tabla 16. Categorización del número de muestras.

Número de muestras en la biopsia	Frecuencia (n=110)	Porcentaje
Menor o igual a 9 muestras	79	71.82
10-12 muestras	25	22.73
13 o más	6	5.45

Elaboración: propia.

Para el momento del diagnóstico se preguntó a los pacientes si para la realización de la biopsia de próstata utilizaron anestesia, 52 (44.07%) respondieron: sí, 51 (43.22%) pacientes contestaron: no; 9 participantes no recordaron esta información. En el caso de percepción del dolor en el momento de la biopsia de próstata: 88 (74.58%) pacientes comentaron haber sido una experiencia dolorosa, 26 (22.03%) pacientes refirieron no haber sentido dolor.

Además del tipo de biopsia se reviso en la HC quien fue el profesional responsable de la realización del procedimiento, como resultado: 5 (4.24%) fueron realizadas por el médico

radiólogo, 25 (21.19%) por el médico urólogo y en 88 (75.58%) de los casos no se encontró esta información. En la realización de la biopsia de próstata, es el uso de analgesia durante el procedimiento, solo se encontró información en 22 participantes, 3 (2.73%) reportan sí haber usado anestesia, 19 (17.27%) reportan no haber usado anestesia en el procedimiento y no se tiene dato en 88 (80%) de los casos.

La revisión de la historia clínica en la consulta por primera vez al INC ESE se observan datos como los patrones de Gleason según la patología, aunque en 8 (6.77%) de los participantes no se encontrara información sobre el número de muestras analizadas para la biopsia en todos los casos se reporta el patrón de Gleason.

La tabla 17 resume las imágenes diagnósticas empleadas en la estadificación o seguimiento de la enfermedad. Llama la atención el uso de la gammagrafía ósea en la mayor parte de los pacientes, en comparación con la presencia de estadios I y II de la enfermedad en el 50% de los pacientes.

Tabla 17. Imágenes diagnósticas empleadas en estadificación o seguimiento.

Examen	Frecuencia (n=118)	Porcentaje (%)
Gammagrafía ósea	90	76.27
TAC abdomen	25	21.19
TAC pelvis	17	14.41
RMN abdomen	9	7.63
RMN pelvis	8	6.78
Ninguno	25	21.19

Elaboración: propia.

7.2.3 Tratamiento, acceso, pertinencia e integralidad.

Según lo reportado en la historia clínica, a 29 (24.58%) de los participantes se les realizó valoración de la función eréctil, 85 (72.03%) no se les realizó valoración y en 4 (3.39%) participantes no se tiene registro del dato, estos son pacientes quienes iniciaron la conducta terapéutica en un lugar diferente al INC ESE y no se encuentra reporte.

Al momento de cierre en la cáncer de próstata de información 102 (86.44%) sujetos habían finalizado el tratamiento inicial, 11 (9.32%) se encontraban en tratamiento y 5

(4.24%) no habían iniciado aun. Entre los esquema de tratamientos, se registraron en orden de frecuencia la prostatectomía radical más linfadenectomía pélvica (50.44%), la orquidectomía bilateral (25.66%), castración farmacológica (18.58%) y la radioterapia externa sin hormonoterapia (2.65%). Opciones como la radioterapia externa con hormonoterapia o con braquiterapia de alta tasa y la vigilancia activa se administraron a un paciente cada una.

En los tres pacientes a quienes se les realizó Radioterapia externa, se encontró que le número de sesiones fue 37, 38 y 39, con dosis acumuladas de 56, 74 y 76 Gy respectivamente. En los pacientes que recibieron como primera opción de tratamiento la hormonoterapia farmacológica a todos fue aplicado Acetato de Leuprolide que actúa como análogo de la hormona LHRH (Hormona Liberadora de gonadotropina).

Se consultó con los participantes sobre el acceso a otros servicios además de la atención en la clínica de urología, 77 (65.25%) de los participantes dicen no haber tenido acceso a ningún servicio adicional, 3 (2.54%) pacientes fueron atendidos en rehabilitación, en el servicio de cuidados paliativos se atendieron 8 (6.78 %) participantes, 7 (5.93%) pacientes se les realizó consulta en nutrición, 4 (3.39%) pacientes fueron remitidos a asesoría psicológica, en 25 (21.19%) participantes se res realizó una charla educativa sobre Cáncer de próstata y 10 (8.47%) pacientes se les vio conjuntamente en oncología clínica.

La valoración también se consultó al finalizar el tratamiento, 44 (37.29%) sí se les realizó valoración posterior al tratamiento inicial, 68 (57.63%) no se les realizó valoración, en 5 (4.24%) casos no aplicó ya que no habían iniciado tratamiento y en un caso (0.85%) no se encontró información.

7.2.4 Seguimiento, continuidad

El seguimiento en la evolución del paciente se observó por medio de la curva de progresión del PSA pos tratamiento registrado en la historia clínica. Lo registrado se describe en la tabla 18. No todos los pacientes reportan un PSA post tratamiento, ya que

el tratamiento inicial se realizó poco tiempo antes del tiempo determinado para la revisión de las historias clínicas y el diligenciamiento del FRC.

Tabla 18. Número de PSA de seguimiento posterior al tratamiento.

Número de PSA	PSA 1	PSA 2	PSA 3	PSA 4	PSA 5	PSA 6	PSA 7	PSA 8	PSA 9	PSA 10
Finalizó tratamiento (n=102)	95	80	63	52	41	19	11	5	3	1
En tratamiento	10	7	5	4	3	2	1	1	1	
Total (n=113)	105	87	68	56	44	21	12	6	4	1

Elaboración: propia.

Durante el seguimiento clínico que se realiza al paciente se observa detenidamente la curva evolutiva de los niveles séricos del PSA con el fin de determinar en qué momento puede presentarse una recaída bioquímica, es decir que los niveles sanguíneos del PSA aumenten según el criterio clínico después del tipo de tratamiento inicial.

Se encontró que 15 (12.71%) de los pacientes tuvieron recaída, 6 (10.53%) casos en pacientes con Prostatectomía Radical, 1 (33.33%) caso en pacientes con manejo con Radio Terapia Externa, 4 (13.79%) casos en pacientes con Orquidectomía y 4 (19.05%) casos en pacientes manejados con Hormonoterapia farmacológica. En 3 (20%) de los casos se presentó recaída bioquímica, estos pacientes estaban en tratamiento.

Frente al seguimiento de la enfermedad, se consultó a los pacientes si el médico que inicio el tratamiento fue el mismo con quien se desarrollaron sus citas de control, 34 (28.81%) respondieron que siguen siendo controlados por el mismo medico tratante, 71 (60.17%) comentaron que es otro médico quien les hace las consultas de seguimiento, 13 (11.02%) de los participantes a la fecha de la entrevista no se les había iniciado tratamiento.

El manejo con bifosfonatos hace parte del manejo terapéutico de la enfermedad y está indicado en pacientes cuyas estadificaciones se encuentren en enfermedad avanzada o con metástasis óseas, es decir estadios III y IV. Lo reportado en la historia clínica de los participantes indica que a 5 (4.24%) de los participantes se les realizó manejo con bifosfonatos para la prevención de eventos esqueléticos.

En los pacientes clasificados como estadio III no se administró ningún bifosfonato, en el estadio IV se administró el bifosfonato a 2 (12.50%) pacientes, en 2 casos no se tenía estadificación pero en ambos se administró el bifosfonato, un caso presento manejo con bifosfonato, este paciente estaba clasificado como enfermedad localizada. La mayor frecuencia de uso la presento el Ácido Zolendrónico 4 (80%) y un paciente se manejó con Ibandronato.

7.2.5 Rehabilitación, pertinencia

Esta parte del proceso de atención es importante ya que determina parte de la calidad de vida del paciente, previo y posterior al tratamiento se debe hacer una valoración de la función eréctil, así como recomendaciones y acciones terapéuticas en los casos que se requiera; en 25 pacientes (22.12%) se manejaron medicamentos para la disfunción eréctil.

7.3 DESCRIPCIÓN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS INDICADORES DEL PROCESO EN FUNCIÓN DE LA ESCOLARIDAD, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ASEGURAMIENTO.

En la tabla 19 se describen los indicadores del proceso de atención comparadas con las variables de interés Nivel socioeconómico, tipo de aseguramiento en el SGSSS y escolaridad de los participantes del estudio. Los valores resaltados son aquellos que presentan diferencias estadísticamente significativas y los valores en negrilla son aquellos que se encuentran en el límite de significancia ($p= 0.005$).

Tabla 19. Diferencias en los indicadores de calidad en el proceso de atención en función de NSE, Aseguramiento y Escolaridad.

Indicador de calidad	Categorías	NSE			Aseguramiento			Escolaridad		
		Bajo n (%)	Medio n (%)	<i>p</i>	Sub asegurado n (%)	Asegurado n (%)	<i>p</i>	Ninguno a primaria completa n (%)	Bachillerato o superior n (%)	<i>p</i>
<i>Edad primer PSA</i>	≤ 50	11 (16.92)	10 (20)	0.672	5 (18.52)	16 (18.18)	0.968	7 (9.33)	14 (35)	0.001
	≥ 51	54 (83.08)	40 (80)		22 (81.48)	72 (81.82)		68 (90.67)	26 (65)	
<i>Edad primer TDR</i>	≤ 49	11 (16.92)	6 (11.76)	0.436	6 (22.22)	11 (12.36)	0.204	7 (9.33)	10 (24.39)	0.028
	≥ 50	54 (83.08)	45 (88.24)		21 (77.78)	78 (87.64)		68 (90.67)	31 (75.61)	
<i>El paciente tuvo que mudarse por el diagnóstico de la enfermedad</i>	<i>Si</i>	22 (33.33)	13 (25)	0.325	12 (44.44)	23 (25.27)	0.055	23 (29.87)	4 (9.76)	0.946
	<i>No</i>	44 (66.67)	39 (75)		15 (55.56)	68 (74.73)		54 (70.13)	37 (90.24)	
<i>Número de</i>	<i>4 a 9</i>	46	33	0.945	23 (85.19)	56 (67.47)	0.213	54 (76.06)	25 (64.10)	0.372

Indicador de calidad	Categorías	NSE			Aseguramiento			Escolaridad		
		Bajo n (%)	Medio n (%)	p	Sub asegurado n (%)	Asegurado n (%)	p	Ninguno a primaria completa n (%)	Bachillerato o superior n (%)	p
<i>muestras o cilindros en la realización de la biopsia</i>	10 a 12 más de 12	(73.02)	(70.21)							
		14 (22.22)	11 (23.40)		3 (11.11)	22 (26.51)		14 (19.72)	11 (28.21)	
		3 (4.76)	3 (6.38)		1(3.70)	5 (6.02)		3 (4.23)	3 (7.69)	
<i>Evaluación de la función eréctil</i>	<i>Si</i>	20 (31.75)	9 (17.65)	0.086	5 (21.74)	24 (26.37)	0.648	23 (30.67)	6 (15.38)	0.076
	<i>No</i>	43 (68.25)	42 (82.35)		18 (78.26)	67 (73.63)		52 (69.33)	33 (84.62)	
<i>Uso de bifosfonatos</i>	<i>Si</i>	3 (4.62)	2 (3.85)	1.000	0 (0.00)	5 (5.56)	0.588	4 (5.19)	1 (2.50)	0.659
	<i>No</i>	62 (95.38)	50 (96.15)		27 (100)	85 (94.44)		73 (94.81)	39 (97.50)	
<i>Evaluación de la función eréctil pos tratamiento</i>	<i>Si</i>	24 (38.71)	20 (40)	0.889	10 (38.46)	34 (39.53)	0.922	26 (34.67)	18 (46.65)	0.154
	<i>No</i>	38 (61.29)	30 (60)		16 (61.54)	52 (60.47)		49 (65.33)	19 (51.35)	
<i>El paciente recibió tratamiento para la disfunción eréctil</i>	<i>Si</i>	12 (30.77)	13 (41.94)	0.333	6 (46.15)	19 (33.33)	0.384	12 (29.27)	13 (44.83)	0.181
	<i>No</i>	27 (69.23)	18 (58.06)		7 (53.85)	38 (66.67)		29 (70.73)	16 (55.17)	
<i>Cambio de médico tratante durante el seguimiento</i>	<i>Mismo MD</i>	18 (30.51)	16 (34.78)	0.642	11 (45.83)	23 (28.40)	0.109	21 (30.88)	13 (35.14)	0.656
	<i>Otro MD</i>	41 (69.49)	30 (65.22)		13 (54.17)	58 (71.60)		47 (69.12)	24 (64.86)	
<i>Recaída posterior al tratamiento inicial</i>	<i>Si</i>	8 (12.90)	7 (14)	0.865	2 (7.41)	13 (15.29)	0.516	9 (12.16)	6 (15.79)	0.594
	<i>No</i>	54 (87.10)	43 (86)		25 (92.59)	72 (84.71)		65 (87.84)	32 (84.21)	
<i>Número de servicios complementarios a los cuales accede el paciente durante el curso de la enfermedad</i>										
<i>acceso rehabilitación</i>	<i>Si</i>	2 (3.03)	1 (1.92)	1.000	1 (3.70)	2 (2.20)	0.545	1 (1.30)	2 (4.88)	0.276
	<i>No</i>	64 (96.97)	51 (98.08)		26 (96.30)	89 (97.80)		76 (98.70)	39 (95.12)	
<i>acceso cuidados paliativos</i>	<i>Si</i>	5 (7.58)	3 (5.77)	1.000	1 (3.70)	7 (7.79)	0.680	6 (7.79)	2 (4.88)	0.712
	<i>No</i>	61 (92.42)	49 (94.23)		26 (96.30)	84 (92.32)		71 (92.21)	39 (95.12)	
<i>acceso nutrición</i>	<i>Si</i>	1 (1.52)	6 (11.54)	0.043	1 (3.70)	6 (6.59)	1.000	4 (5.19)	3 (7.32)	0.693
	<i>No</i>	65 (98.48)	46 (88.46)		26 (96.30)	85 (93.41)		73 (94.81)	38 (92.68)	
<i>acceso psicología</i>	<i>Si</i>	1 (1.52)	3 (5.77)	0.319	1 (3.70)	3 (3.30)	1.000	2 (2.60)	2 (4.88)	0.609
	<i>No</i>	65 (98.48)	49 (94.23)		26 (96.30)	88 (96.70)		75 (97.40)	39 (95.12)	
<i>acceso charla educativa Cáncer de próstata</i>	<i>Si</i>	11 (16.67)	14 (26.92)	0.176	6 (22.22)	19 (20.88)	0.881	11 (14.29)	14 (34.15)	0.012
	<i>No</i>	55 (83.33)	38 (73.08)		21 (77.78)	72 (79.12)		66 (85.71)	27 (65.85)	
<i>acceso oncología</i>	<i>Si</i>	4 (6.06)	6 (11.54)	0.333	3 (11.11)	7 (7.69)	0.694	8 (10.39)	2 (4.88)	0.491

Indicador de calidad	Categorías	NSE			Aseguramiento			Escolaridad		
		Bajo n (%)	Medio n (%)	<i>p</i>	Sub asegurado n (%)	Asegurado n (%)	<i>p</i>	Ninguno a primaria completa n (%)	Bachillerato o superior n (%)	<i>p</i>
<i>clínica</i>	<i>No</i>	62 (93.94)	46 (88.46)		24 (88.89)	84 (92.31)		69 (89.61)	39 (95.12)	
<i>ningún acceso</i>	<i>Sí</i>	50 (75.76)	27 (51.92)	0.007	18 (66.67)	59 (64.84)	0.861	53 (68.83)	24 (58.54)	0.263
	<i>No</i>	16 (24.24)	25 (48.08)		9 (33.33)	32 (35.16)		24 (31.17)	17 (41.46)	

Elaboración: propia.

Se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en comparaciones entre la edad del primer PSA y TDR relacionados con la escolaridad, aunque el tamaño de la muestra no permitió observar esta diferencia entre el NSE y el tipo de aseguramiento, los resultados cercanos a la significancia estadística podrá revelar estas relaciones en muestras con mayor poder. Seguramente sucederá lo mismo en la búsqueda de dichas diferencias entre el aseguramiento y la mudanza para diagnóstico o tratamiento, así como la valoración de la función eréctil pre y post tratamiento.

8. DISCUSIÓN

El 30% de los participantes han tenido que mudarse de su lugar habitual de residencia para poder tener acceso al proceso de atención de su enfermedad, ya sea para el diagnóstico, tratamiento o el seguimiento, problemática que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con niveles socioeconómicos (NSE) bajos, menor nivel educativo y asegurados al régimen subsidiado, lo cual es coherente en el estudio de las inequidades en la prestación de servicios de salud (35).

La accesibilidad definida cómo la facilidad con la que el usuario puede obtener los servicios médicos necesarios, en este estudio, muestra un panorama inquietante, para el paciente mudarse desde su lugar de residencia podría implicar, entre otros factores, un riesgo frente a la adherencia hacia el tratamiento y/o el seguimiento de la enfermedad (36).

La edad del diagnóstico de la enfermedad concuerda con la literatura, donde la media reportada es 68 años (+8) con un rango de 36 a 95 años (37), edad que es muy tardía para un diagnóstico temprano del cáncer de próstata lo cual termina afectando la sobrevivencia de los pacientes al ser diagnosticados en estadios muy avanzados de la enfermedad.

Según la edad promedio en la que los pacientes se realizaron por primera vez el TDR y el PSA, se podría decir que en la mayoría de los participantes se realizaron los exámenes como parte del diagnóstico del Cáncer de próstata y no como exámenes de tamización, esto podría estar relacionado con la ausencia de medidas de promoción y prevención del Cáncer de próstata durante los años en que fueron diagnosticados los pacientes del estudio, o que los programas, si estos existían, no lograban la suficiente adherencia por parte de los usuarios.

Un dato muy importante fue el observar que de los pacientes que asistieron al médico para realizarse el "chequeo general" 45 (38.1%), 44 (97.7%) fueron diagnosticados en estadios tempranos del cáncer.

En el dominio pertinencia se presentaron carencias, como es el caso de la toma de muestras para la biopsia de próstata, este procedimiento además de ser doloroso y representar un riesgo para el paciente, puede llegar a demorar el diagnóstico del cáncer (5) (38).

Otra evidencia es la valoración de la función eréctil antes y después del tratamiento, las deficiencias en su función acarrearán no solo problemas fisiológicos sino psicológicos en los pacientes, sus esposas y su red social de apoyo, de ahí la importancia de su valoración y manejo para la rehabilitación urológica mejorando así su calidad de vida (39).

El acceso se encuentra enmarcado en el cáncer de próstata, organización y relaciones entre los prestadores de servicios de salud que deben tener en cuenta aspectos precisos como la geografía, economía, cultura y organización con el fin de dar respuesta al eje estratégico de accesibilidad dispuesto en la política nacional de prestación de servicios de salud (27).

Los pacientes con bajo NSE y grados iniciales de educación son más propensos a incorporar hábitos perjudiciales como el consumo de cigarrillo que no solo se vuelven agentes causales del desarrollo de enfermedades neoplásicas sino que a su vez generan una secuencia de hábitos poco saludables en el núcleo familiar, volviéndose este un problema cíclico (18).

El nivel educativo se convierte en una barrera para acceder a los servicios de salud, en este grupo de pacientes esto parece relacionarse con un menor conocimiento sobre medidas de prevención por ejemplo educación sobre la enfermedad. El acceso tardío observado en estos pacientes puede estar relacionado con una menor comprensión e interés en los signos de alarma, así como en factores que involucran daños a la masculinidad, los cuales derivan en un acceso a la consulta médica tardío o en estadios avanzados(9).

Una manera de ratificar que el chequeo general es una parte fundamental para la detección temprana de la enfermedad es precisamente la respuesta más frecuente que los participantes indican sobre el motivo que lo llevo a asistir a la consulta: los síntomas, un problema que debe resolverse de manera asertiva al ser esta una enfermedad que en estadios tempranos no presenta sintomatología, es necesario que los hombres aprendan a identificar signos de alarma por medio de información de fuentes confiables.

Un resultado que genera discusión es cuando se preguntó a los pacientes el tiempo que demoraron entre el inicio de los síntomas e ir al médico, 22 (35.48%) respondieron que el tiempo fue entre 0 a 3 meses y 23 (37.10%) respondieron haberse demorado más de 12 meses en consultar, en este caso se podría pensar que la severidad del síntoma es lo que hace que el paciente se demore más o menos tiempo para preguntar al médico sobre su

estado de salud, esta diferencia podría verse en síntomas severos como retención urinaria y otros menos severos como el goteo.

Se encuentran antecedentes de cáncer en familiares de primer grado, en una proporción importante de la población. Esto concuerda con la evidencia científica mundial, la cual muestra una relación entre antecedentes familiares y el desarrollo y pronóstico de la enfermedad (15)). Es por ello que uno de los criterios nacionales para realizar la tamización de oportunidad en hombres mayores de 50 años es el antecedente familiar de Cáncer de próstata (5).

Otro aspecto interesante fue la frecuencia de pacientes que presentaron enfermedades como la DM e HTA, lo cual debería representar frecuencias de diagnóstico temprano más elevadas por el continuo contacto de estos pacientes con el sistema de salud. No obstante, en los 12 pacientes con diabetes mellitus la frecuencia de estadio IV fue superior a la de los pacientes sin esta comorbilidad (41.7% vs. 30.8%). Surge la duda sobre el enfoque clínico integral que incluya la sospecha de la enfermedad en pacientes de estas características.

Un hallazgo relevante en este estudio es que en la mayoría de los pacientes 71.82% las muestras para el diagnóstico del Cáncer de próstata fueron menores o iguales a 9, en un proceso que muestra que el diagnóstico es más confiable se hace en biopsias con más de 10 fragmentos o cilindros (38). Este es un indicador de pertinencia y seguridad por la complejidad del procedimiento diagnóstico.

La frecuencia del tiempo entre la prescripción de los exámenes y su realización no fue mayor a 3 meses. Referente al uso de imágenes diagnósticas para la estadificación de la enfermedad, llama la atención el uso de la gammagrafía ósea en pacientes en estadios tempranos de la enfermedad, debido a que la finalidad del examen es detectar metástasis óseas como indicador de progresión.

En el caso de la red social de apoyo, encontramos que la mayoría de los pacientes cuentan con un núcleo social que los apoya. Muchos van acompañados por familiares a las consultas de tratamiento y seguimiento. Esta red social puede ser importante en la adherencia y seguimiento al tratamiento, se considera que el apoyo familiar durante procesos como las cirugías, la radioterapia y la hormonoterapia puede aumentar el efecto curativo y/o paliativo y generar una mejor asimilación de los efectos adversos que traen consigo cada tratamiento (40).

El estado funcional de los pacientes medidos mediante el ECOG, mostró que a pesar de que esta enfermedad se presenta con más frecuencia en los adultos mayores, estos se encuentran con la funcionalidad física de una persona normal para su edad, 78 de 112 pacientes (76.47%) se encontraban en ECOG 0, esto podría indicar que tanto la enfermedad como el tratamiento no afectan de forma importante las cánceres de próstata físicas de los pacientes, en especial en estadios no avanzados.

Otro de los hallazgos importantes de este estudio es el acceso a servicios complementarios, este tipo de servicios indica una atención integral del paciente oncológico, indicador de integralidad. Muchos de los pacientes encuestados comentaron problemas con la disfunción eréctil, pero estos problemas además de afectarlos psicológicamente afectaban sus relaciones de pareja, en un caso la esposa de un paciente comentó:

“Él ya no se siente hombre, ahora llega a la casa malhumorado y decaído, ya no es el hombre con el que me casé y ahora vive estresado pensando que yo me pueda conseguir otro”. Sección de observaciones del FRC.

Tal vez en esta enfermedad el proceso no sea tan agresivo, ni se presenten estados de deterioro severos como en cánceres de estómago, pulmón o colon, pero la calidad de vida del paciente afecta a su red social de apoyo, en especial las esposas, en definitiva el manejo psicosocial de la enfermedad debería ser una regla de buena práctica clínica en especial en aquellos tratamientos como la Orquidectomía donde el hombre pierde casi o totalmente su función eréctil.

La información sobre los efectos adversos de la enfermedad no solo debería quedar como una “advertencia” al paciente, estos efectos deben ser entendidos con total claridad y para ello el médico debe prepararse para la comunicación clara con su paciente. Se observó una asociación interesante entre la valoración de la función eréctil mayor para NSE y de escolaridad bajos, lo cual podría explicarse con un comportamiento sexual diferente (41).

Para la prestación de un servicio integral el INC ESE se cuenta con una serie de charlas educativas dictadas en algunas oportunidades por los médicos de los servicios o enfermeras con experiencia en el manejo oncológico, algunos de los pacientes de este estudio comentan que los invitaron a las charlas pero no asisten porque en oportunidades los contenidos son muy densos y poco entendibles, en otros casos los pacientes no van por falta de tiempo o por falta de motivación, esta última posiblemente asociada a la etapa de asimilación del diagnóstico de la enfermedad.

Surge la inquietud sobre ¿Qué tan importante es para el paciente tener las consultas del tratamiento y el seguimiento con el mismo médico?, muchas de las respuestas están enfocadas en el conocimiento que tiene el médico sobre el caso de cada paciente en particular, la percepción muestra que el paciente piensa que el ser atendido por un médico diferente interrumpe el proceso que lleva y para el caso de una enfermedad como el cáncer esto puede significar un retroceso en el avance hacia su recuperación, es un tema en el cual se debe indagar con mayor rigor.

En los pacientes del estudio se presentaron casos en los cuales se informa que el seguimiento es realizado por otro médico diferente al médico tratante, en este caso se trataba de casos en los cuales los paciente eran vistos en la consulta de seguimiento por los especialistas en formación (residentes), en un centro de formación como el INC ESE, el coordinador del servicio así como los médicos tratantes hacen seguimiento a cada uno de los casos, por esta razón el médico tratante no difiere del médico que hace seguimiento, solo en el caso de la atención hecha por los residentes.

La principal limitación del estudio es la naturaleza retrospectiva en la cáncer de próstata de la información. El diseño es especialmente susceptible al sesgo de memoria, lo cual se evidenció en información sobre fechas e hitos en el manejo de la enfermedad. Esto afectó la generación de indicadores de oportunidad más confiables.

La existencia de diferencias no significativas puede estar relacionada con el tamaño de muestra final del estudio. No obstante los patrones observados generan dudas sobre la existencia de diferencias evitables según características socio demográficas, que deben exploradas en estudios posteriores. La presente investigación busca inspirar la investigación de servicios sanitarios en pacientes con cáncer y nuevas investigaciones que se aproximen a la evaluación de la calidad en servicios de salud en pacientes crónicos.

Otra limitación de este estudio fue la inclusión de la Raza/Etnia como una variable medida según la percepción del encuestador, aunque se ha encontrado evidencia científica que permite concluir que las personas afro descendientes tienen un mayor riesgo en desarrollar esta enfermedad, por factores como la masa muscular y la gran concentración de testosterona, en este estudio esta variable no puede ser tomada como una medición genética sino como un factor determinante en el acceso al servicio de salud como lo sugieren las nuevas investigaciones en sociología (42).

9. CONCLUSIONES

La descripción del proceso de atención del cáncer de próstata en el grupo de participantes del presente estudio por medio de los indicadores de calidad permitió a trazar un panorama frente a la calidad de la atención que fue brindada a estos pacientes, mostrando que el proceso requiere mejoras en cada fase del curso clínico con el fin de lograr los resultados propuestos para la prestación del servicio.

La propuesta de estos indicadores de calidad pueden ayudar analizar los procesos de atención relacionados con el cáncer de próstata, en investigaciones futuras como en el proceso de implementación de la GPC de atención integral del cáncer de próstata, estos indicadores además de permitir una evaluación del proceso sirve como herramienta para la mejora continua del sistema de atención en salud.

Este estudio muestra la necesidad de la implementación de Guías de Práctica Clínica, con el fin de lograr una estandarización de los procesos de atención lo cual representará un aumento en la calidad de la atención en salud de los pacientes.

Ampliar de igual forma la investigación sobre el Cáncer de próstata en Colombia en especial para explicar las diferencias encontradas en el presente estudio y las que por la metodología no pudieron ser evidentes, podrán revelar panoramas más amplias de la realidad que se vive en la población con esta neoplasia, con el fin de lograr el desarrollo de políticas de salud que tengan unas metas reales y que estas sean acordes y empoderadas por la población a la que están dirigidas.

10. REFERENCIAS

1. Zeigler-johnson CM, Rennert H, Mittal RD, Sachdeva R, Malkowicz SB, Mandhani A, et al. Evaluation of prostate cancer characteristics in four populations worldwide. *Natl Inst Heal*. 2011;15(June 2008):4056–64.
2. Fact Sheets by Cancer 2012 Globocan [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013; 2012. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
3. Brawley OW. Prostate cancer epidemiology in the United States. *World J Urol* [Internet]. 2012 Apr [cited 2014 Jan 22];30(2):195–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22476558>
4. Pow-sang M, Astigueta JC, Castillo O. Cáncer de próstata en Latinoamérica. *Actas urológicas españolas*. 2013;33(10):1057–61.
5. General S, Social S. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana , seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. 2013.
6. Baade PD, Aitken JF, Ferguson M, Gardiner R a, Chambers SK. Diagnostic and treatment pathways for men with prostate cancer in Queensland: investigating spatial and demographic inequalities. *BMC Cancer* [Internet]. 2010 Jan;10:452. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2936907&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Tarman GJ, Kane CJ, Moul JW, Thrasher JB, Foley JP, Wilhite D, et al. Impact of socioeconomic status and race on radical prostatectomy in an equal access health care system. *Adult Urol*. 2000;56(6):1016–20.
8. Paiva EP De, Catarina M. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata 1. *Ev Latino-Am Enferm*. 2011;19(1):1–8.
9. Cabrera GA. creencias sobre el examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en cali. *Colomb Med*. 2003;34(3):111–8.
10. Atención Integral del cáncer de próstata: información para pacientes y sus cuidadores Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Guía para pacientes y cuidadores No . XX de 2012. 2012;(Xx).
11. Ali M, Zabala C. Todos hacia un mismo proposito. *Repub Colomb Dep DEL CHOCÓ*. 2011;(094):69.
12. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, et al. Guía clínica sobre el cáncer de próstata. *Eur Assoc Urol*. 2010;196.

13. Castelblanco D, Jaramillo FG, Gustavo C, Ordóñez T. análisis retrospectivo de las biopsias de próstata realizadas en la Clínica de Próstata del Hospital universitario Fundación santa Fe de Bogotá. *UrolColomb*. 2011;XX(1):27–33.
14. Marracino C, Donabedian A. Tendencias en la atención médica y cambios en la concepción de la calidad. :1–9.
15. Loeb S, Schaeffer EM. Risk factors, prevention and early detection of prostate cancer. *Prim Care [Internet]*. 2009 Sep [cited 2014 Jan 22];36(3):603–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19616157>
16. Abdrabo A a, Fadlalla AI, Fadl-Elmula IM. Significance of serum total prostate specific antigen and digital rectal examination in the diagnosis of prostate cancer. *Saudi Med J [Internet]*. 2011 Nov;32(11):1133–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22057600>
17. Serag H, Banerjee S, Saeb-Parsy K, Irving S, Wright K, Stearn S, et al. Risk profiles of prostate cancers identified from UK primary care using national referral guidelines. *Br J Cancer [Internet]*. Nature Publishing Group; 2012 Jan 31 [cited 2014 Jan 22];106(3):436–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3273344&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Rapiti E, Fioretta G, Schaffar R, Neyroud-Caspar I, Verkooijen HM, Schmidlin F, et al. Impact of socioeconomic status on prostate cancer diagnosis, treatment, and prognosis. *Cancer [Internet]*. 2009 Dec 1 [cited 2014 Jan 22];115(23):5556–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19787636>
19. Plata C, Paba S, Aristizábal A. Complicaciones relacionadas con los procedimientos realizados con intención curativa en cáncer de próstata Incontinencia urinaria y disfunción eréctil. *UrolColomb*. 2008;XVII(1):83–90.
20. Facts C. *Cancer Facts & Figures 2013*. Am Cancer Soc. 2013;64.
21. Functional Assessment of Cancer Therapy. FACIT-P versión 4. 2007;(November):4–6.
22. Paneque REJ. Redalyc.Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. 2004;30:17–36.
23. Saturno PJ. Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad. 2010;(1970).
24. Making APFOR, Choices S, Systems INH. Quality of care.
25. Arah O a, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care [Internet]*. 2006 Sep;18 Suppl 1(September):5–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954510>

26. Arah O a, Klazinga NS, Delnoij DMJ, ten Asbroek a H a, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2003 Oct;15(5):377–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14527982>
27. Social Mi de la protección, editor. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005th ed. Bogotá DC; 2005.
28. Social M de la protección. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS. Minist La protección Soc. 2006;17.
29. Whitehead M. Los Conceptos y principios de la equidad en salud. Washington, DC.; 1991 p. 1–24.
30. Freeman HP. Poverty, culture, and social injustice: determinants of cancer disparities. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 1989;54(2):72–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15061597>
31. Anguita JC, Labrador JRR, Campos JD. La encuesta como técnica de investigación . Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). 2003;31(1).
32. Juliusson G, Lazarevic V, Hörstedt A-S, Hagberg O, Höglund M. Acute myeloid leukemia in the real world: why population-based registries are needed. *Blood* [Internet]. 2012 Apr 26 [cited 2014 Jul 20];119(17):3890–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3358248&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
33. Vejez DELA, Envejecimiento YEL. RECIPROCIDAD Y SOLIDARIDAD COMO PRINCIPIOS EN EL ANÁLISIS. :5–11.
34. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. 2010;22(Marzo):121–57.
35. Agency IAE. Inequity in Cancer Care: A global perspective. Vienna; 2011 p. 51.
36. Palacios-Espinosa X, Vargas-Sterling LP. Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología* [Internet]. 2012 Jan 25;8(2-3):423–40. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/37890>
37. Chingwundoh F, Enver M, Lee A, Nargund V, Oliver T, Ben-Shlomo Y. Risk and presenting features of prostate cancer amongst African-Caribbean, South Asian and European men in North-east London. *BJU Int* [Internet]. 2006 Dec [cited 2014 Jan 22];98(6):1216–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17125479>
38. Eichler K, Hempel S, Wilby J, Myers L, Bachmann LM, Kleijnen J. Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review. *J Urol* [Internet]. 2006 May [cited 2014 Jan 22];175(5):1605–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16600713>

39. Kornblith a B, Herr HW, Ofman US, Scher HI, Holland JC. Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. The value of a data base in clinical care. *Cancer* [Internet]. 1994 Jun 1;73(11):2791–802. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8194021>
40. Zhou ES, Penedo FJ, Bustillo NE, Benedict C, Rasheed M, Lechner S, et al. Longitudinal effects od social support and adaptative coping on the emotional well-being of survivor of localized prostate cancer. *J Support Oncol*. 2011;8(5):196–201.
41. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *Am J Public Health* [Internet]. 2000 Oct;90(10):1582–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1446372&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
42. Torres-parodi C. Evolución del concepto etnia / raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. 2007;22(6):405–16.