



Evaluación de la calidad de la atención brindada a pacientes con cáncer de próstata del
Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., entre los años 2014-2015

Autor

Leidy Tatiana Ladino Verdugo

Asesor interno

Msc. Clara Esperanza Trujillo Gama

Asesor externo

Msc. Miguel Zamir Torres Ibargüen


Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa Bacteriología y Laboratorio Clínico
Bogotá D.C

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA A PACIENTES CON
CÁNCER DE PRÓSTATA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.,
ENTRE LOS AÑOS 2014-2015

LEIDY TATIANA LADINO VERDUGO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE PREGRADO DE
BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO

ASESOR INTERNO
MSC. CLARA ESPERANZA TRUJILLO GAMA

ASESOR EXTERNO
MSC. MIGUEL ZAMIR TORRES IBARGÜEN 

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO
PROYECTO DE GRADO
BOGOTÁ D.C

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA A PACIENTES CON
CÁNCER DE PRÓSTATA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.,
ENTRE LOS AÑOS 2014-2015

Aprobada _____

Jurados Irlena Salcedo Pretelt _____

Carmen Cecilia Almonacid _____

Asesor _____

Con formato: Centrado

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE BACTERIOLOGÍA
PROYECTO DE GRADO

Agradecimientos

Agradezco en gran medida a la doctora Diana Isabel Cuellar del INC, quien siempre estuvo presente y dedico gran parte de su tiempo a las aclaraciones, aportes y sugerencias tan útiles para el éxito del presente proyecto. Al doctor Miguel Zamir Torres como asesor externo del proyecto quien me dio la oportunidad de realizar el trabajo de investigación como parte del macroproyecto, quien compartió sus conocimientos y habilidades sin mencionar su valioso tiempo en pro de desarrollar un buen trabajo, aportar a la investigación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y personalmente para mi crecimiento personal e investigativo. A los docentes que me acompañaron durante este proceso y especialmente a la profesora Clara Esperanza Trujillo como asesora interna del proyecto, por aceptar tomar la dirección del proyecto, por su tiempo dedicado a pesar de las dificultades, el cansancio y la situación de virtualidad, quien fue constantemente una voz de ánimo y una guía para el paso a seguir a lo largo del proyecto, por compartir sus conocimientos y experiencias, por su paciencia y comprensión. Agradecerle también a toda mi familia por darme motivación durante este proceso, mis padres, mi hermano, mi abuela por confiar, por los valores y principios que me han inculcado. A mis amigos que me acompañan desde siempre y a los de la facultad, a todas aquellas personas que de una u otra manera permitieron que este trabajo saliera adelante y no me diera por vencida. A mi pareja, Christian David Manrique quien me impulso a tomar las riendas de este proyecto desde su experiencia con el INC, por creer en mí, por sus consejos, por escucharme cuando lo necesite, por darme fuerzas, por el apoyo, correcciones y guía en el camino. Al INC que mantiene ese apoyo constante a la investigación, a la Universidad que nos brinda las pautas y herramientas, a la monitoria del INC y especialmente a Neicy Johanna Castiblanco por su paciencia y flexibilidad ante los inconvenientes y las discrepancias presentadas.

Dedicatoria

Dedico mi proyecto de grado a mis padres, Sonia y Alexander, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, responsabilidad y valentía, de no temer a las adversidades y superar los obstáculos, a mi hermano Jeisson que me enseñó a no dejarme vencer por nada y siempre salir adelante, a Christian, mi pareja, quien siempre estuvo presente para corregirme, ayudarme a mantenerme centrada y enseñarme lo aprendido con base a su experiencia. A mi abuela Elba quien nunca me permitió entrar a una reunión sin un almuerzo y siempre estuvo pendiente en cada una de ellas a lo que pudiera necesitar. Solo ellos saben lo que he tenido que hacer y dejar de hacer para llegar hasta aquí. Gracias

Lista de Figuras

Figura 1. Etapas del proceso de atención en pacientes con cáncer... ..	9
Figura 2. Tasas estimadas de mortalidad estandarizadas a nivel mundial en 2020 para ambos sexos y todas las edades.....	14
Figura 3. Tasas estimadas de incidencia y mortalidad estandarizadas a nivel mundial en 2020 en hombres de todas las edades	15
Figura 4. GLOBOCAN Número de casos nuevos de cáncer en Colombia en ambos sexos y en el sexo masculino de todas las edades para el año 2020.....	15
Figura 5. GLOBOCAN Número de casos nuevos de cáncer en Colombia en el sexo masculino de todas las edades para el año 2020	15

Lista de Tablas

Tabla 1. Factores que influyen en la calidad de la atención sanitaria.....	8
Tabla 2. Análisis univariado de la clasificación de los pacientes por departamento de residencia.....	25
Tabla 3. Análisis univariado para variables cualitativas sociodemográficas en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015	25
Tabla 4. Análisis univariado para variables cuantitativas de caracterización clínica en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015..	26
Tabla 5. Análisis univariado para variables cualitativas clínicas en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015	26
Tabla 6. Análisis univariado de las variables de calidad en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015	29
Tabla 7. Análisis univariado para variables cualitativas de desenlace en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015	30
Tabla 8. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas sociodemográficas de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015.....	31
Tabla 9. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas clínicas de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015	32
Tabla 10. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas de calidad de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015	32
Tabla 11. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas de desenlace de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015.	33

Tabla de Contenido

Resumen ejecutivo.....	1
Introducción	2
1. Pregunta problema	3
2. Objetivos	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3.1.1.1. Calidad en salud	4
3.1.1.2. Indicadores de Calidad de la atención en salud.....	5
3.1.1.3. Principios de la calidad en salud	7
3.1.1.4. Estandarización y medición de la calidad en salud como atributo.....	7
3.1.1.5. Factores de los que depende la calidad	8
3.1.1.6. Calidad de la atención a pacientes oncológicos.....	10
3.1.1.7. Bases legales.....	12
3.1.2. Cáncer de Próstata.....	13
3.1.2.1. Epidemiología	14
3.1.2.2. Factores de riesgo	1647
3.1.2.3. Diagnóstico	1647
3.1.2.4. Clasificación del cáncer de próstata	19
3.1.2.5. Estadificación del cáncer de próstata	19
3.1.2.6. Tratamiento.....	19
4. Metodología	21
4.1. Diseño metodológico	22
4.1.2. Población y muestra	22
4.1.2.2. Muestra	22
4.1.2.3. Tipo de muestreo.....	23
4.1.2.4. Lugar de la Investigación.....	23
4.2. Confidencialidad	23
4.3. Consideraciones éticas	23
4.4. Control de calidad	24
4.5. Instrumento de captura.....	24
5. Resultados	24
5.1 Análisis descriptivo	24
5.1.1.1. Caracterización sociodemográfica	24
5.1.1.2. Caracterización clínica	26
5.1.1.3. Caracterización de calidad	29
5.1.1.4. Desenlace del paciente	30
5.2 Análisis bivariado	30
5.2.1. Comparación por tipo de régimen.....	30
5.2.1.1. Características sociodemográficas	30
5.2.1.2. Características clínicas	31

5.2.1.3. Características de la calidad	32
5.2.1.4. Características de desenlace	33
6. Discusión.....	33
6.1. Limitaciones	44
7. Conclusiones	44
Referencias bibliográficas	<u>4544</u>

Resumen ejecutivo

El presente trabajo se realizó a nivel de la ciudad de Bogotá como parte del macroproyecto denominado “Estandarización y validación de herramientas de gestión clínica para el seguimiento y evaluación de la calidad en el proceso de atención de pacientes con cáncer en Colombia: Un estudio piloto en el principal centro de referencia”, investigación a partir de la cual se busca definir los estándares y herramientas informáticas que permitan a otras IPS del país que atienden pacientes con cáncer y al mismo Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (INC) definir e implementar su proceso de seguimiento de la calidad de atención de la población atendida. Para el objetivo y desarrollo de este trabajo se enfocaron las actividades en evaluar la atención brindada a 300 pacientes con cáncer de próstata seleccionados al azar en el INC ingresados al mismo desde el 1 de enero del 2014 hasta el 31 de diciembre del 2015, por medio de variables obtenidas de sus historias clínicas que generaron una base de datos para analizar la calidad en la atención a estos pacientes. Con los datos generales de los pacientes se procede a la búsqueda, en el programa SAP, de las variables predefinidas y solicitadas en la herramienta de captura generada, con el ánimo de lograr completar de la mejor manera los datos solicitados individualmente para cada paciente, mediante la revisión de la totalidad de registros encontrados en cada historia clínica. Los resultados fueron divididos en análisis univariado y bivariado por régimen de afiliación en salud para variables cualitativas y cuantitativas de caracterización sociodemográfica, clínica, de calidad y desenlace de los pacientes. Los resultados mostraron los puntos críticos en la atención a los pacientes en la institución para próximos estudios tales como la remisión a otras especialidades y la calidad del reporte en la nota quirúrgica, los puntos a reforzar como la consulta por urología para conseguir una totalidad de los pacientes y los puntos a continuar trabajando para mantener la buena calidad como las ayudas de imágenes diagnósticas y los seguimientos. Es necesario continuar con este tipo de estudios, desarrollar un programa operativo con indicadores concretos y estrategias de recolección de información diseñada de acuerdo con la naturaleza del servicio que permita el proceso de investigación y mejoramiento continuo de las instituciones.

Introducción

El cáncer ha tenido grandes repercusiones en la sociedad y en todo el mundo a lo largo de la historia, desde bajas laborales hasta la exclusión social, cambios psicológicos, cambios de rol, disminución de las capacidades físicas, entre otros, significando un problema de salud pública que continúa en aumento. Con la demanda por servicios de atención oncológica en el país, se ha demostrado la poca disponibilidad de especialistas, los pocos estudios sobre la calidad de atención de los pacientes con cáncer en los centros hospitalarios y la alta prevalencia de esta patología. La medición de la calidad del proceso de atención recibido por los pacientes así como la generación de sistemas de información en calidad en salud, se convierten en aspectos primordiales para conseguir un mejoramiento continuo de los servicios de salud que orienten su estructura a la generación de los mejores resultados, la optimización del uso de los recursos disponibles y un enfoque que no se quede en esferas de la medicina especializada como la urología y la oncología. Según datos obtenidos de GLOBOCAN 2020 para Colombia, en materia de tasas de incidencia estimada estandarizadas por edad, para todos los cánceres en ambos sexos y en todas las edades, se registró una incidencia del cáncer de próstata de 49,8 por cada 100.000 habitantes, ocupando el primer lugar sobre otros tipos de cáncer. A nivel mundial, para ambos sexos el cáncer de próstata ocupa el segundo lugar presentando una incidencia de 30,9 después del cáncer de mama con una incidencia de 47,8. Para el género masculino, el cáncer de próstata ocupa el segundolugar después del cáncer de pulmón. En tasas de mortalidad para ambos sexos, el cáncerde próstata ocupa el segundo lugar con una mortalidad de 7,7 personas por cada 1000, después del cáncer de mama con tasa de mortalidad de 13,6 personas. Con el fin de evaluar la calidad del proceso de atención a pacientes con cáncer de próstata atendidos en el INC y generar información que permita identificar oportunidades de mejora en la prestación de los diferentes servicios que involucran el manejo integral de este grupo de pacientes, este trabajo se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (INC) de la ciudad de Bogotá, como parte del macroproyecto "Estandarización y validación de herramientas de gestión clínica para el seguimiento y evaluación de la calidad en el proceso de atención de pacientes con cáncer en Colombia: Un estudio piloto en el principal centro de referencia".

1. Pregunta problema

¿Cómo es la calidad del proceso de atención brindada a pacientes con cáncer de próstata en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. en la ciudad de Bogotá entre los años 2014 y 2015?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Evaluar la calidad del proceso de atención brindada a pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. durante los años 2014-2015 generando oportunidades de mejora para el seguimiento de la calidad en salud de la población atendida.

2.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociales, clínicas y demográficas de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. entre los años 2014-2015
- Analizar estadísticamente los resultados obtenidos producto de la caracterización y de la valoración de la calidad en la atención de pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. entre los años 2014-2015
- Comparar la calidad del proceso de atención de pacientes con cáncer de próstata con base al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. entre los años 2014-2015

3. Marco teórico

3.1. Antecedentes teóricos

3.1.1. Calidad

El concepto de calidad ha ido pasando a lo largo de la historia desde la calidad del producto, medido por métodos estadísticos, hasta llegar a la gestión de la calidad total que abarca a toda la empresa y afecta a todo tipo de bienes y servicios. Sin embargo, se ha pensado que la calidad se trata de un fenómeno actual, y que las empresas han descubierto lo que significa el término ya hacia el siglo XX, pero esto no es en absoluto cierto, por su descripción que data desde la edad media. Lo que sí es cierto, es que a partir de principios del siglo XX se empieza a formar lo que hoy se conoce por gestión de la calidad, sobre todo a raíz del desarrollo de la fabricación en serie¹. La calidad, en términos generales según Mosadeghrad en su artículo *Factors influencing healthcare service quality*, se define como el conjunto de características tangibles e intangibles de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente². En el año 2003 en el artículo *Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (CVRS): Aspectos Conceptuales*, que aunque trata un tema tan amplio como es la CVRS, contiene de utilidad para este estudio su aclaración del punto histórico que nos trae a hablar de calidad, que si bien el tema de la calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es reciente, con un auge evidente en la década de los 90's que se mantiene en los primeros años del siglo XXI³. Desde entonces, el término de calidad ha sido definido a lo largo de la historia por diversos autores, particularmente el Colombiano Castaño en su artículo titulado *Quality of Health Care*⁴ la define como "el grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional mejoran la probabilidad de obtener un resultado de salud esperado y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente"⁴.

3.1.1.1. Calidad en salud

La calidad en la atención en salud por su parte puede ser definida como la definen Remón y colaboradores: "el grado en el que los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de los desenlaces deseados y que son consistentes con el conocimiento y preferencias vigentes"⁵ pero cabe recalcar que hasta ahora los autores

reconocen que quizá nunca existirá una definición del todo acertada para el término aplicado a la salud. Otro autor, Donabedian en 1980 planteó que la calidad de la atención consiste en la “aplicación de la ciencia médica y la tecnología, de manera que se maximicen los beneficios en salud, sin aumentar los riesgos”⁶. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), plantean que la “Calidad en Salud conlleva un compromiso inter-institucional que relaciona tres entes: el estado, los proveedores y los usuarios de los servicios”⁷. La OMS define cuatro elementos esenciales que permiten asegurar el derecho a la salud en el marco de un sistema, estos son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad^{7,8}.

3.1.1.2. Indicadores de Calidad de la atención en salud

Jan Mains en el 2003, realizó una breve revisión para poder llegar a definir los indicadores clínicos. El autor define los indicadores de diferentes maneras con base a sus diferentes propósitos, tales como documentar la calidad de la atención; hacer comparaciones en el tiempo entre lugares, emitir juicios y establecer prioridades, etc. Observó que monitorear la calidad de atención médica es imposible sin el uso de los indicadores clínicos para mejorar la calidad y la priorización en el sistema de salud. Para el Sistema de Información para la Calidad se entiende un indicador de calidad, como “Una medida indirecta de la calidad que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad”⁹. Es decir, un indicador de calidad es una herramienta de medición, tamización o alerta usada para monitorizar, evaluar y mejorar la calidad del cuidado de los pacientes, los servicios de apoyo, y el funcionamiento de organizaciones de salud que influye en los desenlaces de los pacientes¹⁰ que puede variar por distintos factores causales distintos al control de calidad en la atención que nos permiten decir que hubo una falla en la calidad por una situación no prevista en el servicio.

Estos indicadores permiten comparar los sistemas de salud de países con condiciones similares. Con base a esto, en el artículo *Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí*¹⁰, Jaramillo y Mejía en el 2015, muestran el interés de Colombia por mejorar su sistema de salud

creando un sistema nacional de indicadores para obtener la calidad de atención en el sector salud, basado en la experiencia de Israel, que tiene un sistema sencillo y eficaz que incluye indicadores de calidad y rendimiento definidos y aceptados a nivel nacional. En el artículo se concluye que si bien Israel y Colombia comparten aspectos similares en su sistema de salud tanto en su estructura como en su naturaleza, el seguimiento de la calidad del sistema israelí incluye algunos aspectos que le ofrecen una ventaja sobre el nuestro como lo son una descripción de riesgos para la asignación de los recursos y un sistema de información compuesto por un conjunto de indicadores importantes, además de incentivos para la mejora de la calidad de los servicios de salud, de ahí que sea urgente crear un sistema de indicadores de salud que le permita a Colombia una evaluación continua del impacto del tratamiento y le permita compararse a nivel nacional e internacional.

En el año 2013 Donoso y colaboradores publicaron el artículo en la revista chilena de cirugía titulado "*Indicadores de calidad en el cáncer de mama*"¹¹, allí se realizó un estudio a una cohorte de 213 pacientes a los cuales se les realizó una cirugía para el cáncer de mama y se les midieron indicadores de calidad específicos relacionados con el diagnóstico, el manejo quirúrgico y con cómo evitar el sobre tratamiento; éstos permitieron evaluar los resultados en cuanto a tiempos, compararlos con los de otros centros y a su vez con los estándares establecidos, se pudo obtener información objetiva y reproducible para detectar los puntos críticos de los procesos tales como la necesidad de proponer otros estándares de calidad tales como la ausencia de base de datos computarizada, informes de biopsia que tengan fácil acceso y disponibilidad, elaboración de indicadores válidos para cada centro, elaboración de indicadores básicos que permitan compararse con otros centros y definir estándares mínimos y óptimos para autoevaluación de cada centro.

Para comprender estos puntos críticos en la calidad en la atención en servicios de salud, en el año 2013 Dubón Peniche y colaboradores con el apoyo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reportaron en el artículo *The care quality and the doctor-patient disputes*¹² el caso de una paciente, quien expresó su inconformidad ante la CONAMED, refiriendo que presentó tumor en mama y el facultativo demandado no

estableció el diagnóstico, ni brindó el tratamiento en forma oportuna, teniendo que acudir con otros médicos para su atención. Al analizar el caso, se determinó que efectivamente existió mala práctica, por negligencia del demandado al adoptar una actitud contemplativa e incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

Un año después Navarro y colaboradores publicaron el artículo denominado *Indicadores de calidad en hiperplasia benigna de próstata*¹³. Un estudio cualitativo donde se estudian 15 indicadores potenciales en este tipo de hiperplasia acordados en consenso basados en 3 puntos críticos de la calidad en salud: exploración y diagnóstico, tratamiento farmacológico y resultados; se concluye que la mejora de la calidad asistencial con ayuda de los indicadores es una de las estrategias más importantes de las organizaciones sanitarias y justamente permite identificar los problemas de calidad, valorar su importancia y orientar las acciones de mejora se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la atención en salud, por medio de instrumentos fiables que permitan monitorizar esa calidad. La clasificación de los indicadores es descrita en el artículo *Principales medidas en epidemiología*¹⁴ donde se señalan las tasas, razones, proporciones, oportunidades y números como los principales.

3.1.1.3. Principios de la calidad en salud

La Sociedad Internacional para la Calidad de la Atención de Salud (ISQua en sus siglas en inglés) estableció 6 principios internacionales para los estándares de la atención en salud, estos son¹⁵: Mejoramiento de la calidad, Paciente/servicio enfocado en el usuario "Patient/Service User Focus", Planificación y desempeño organizacional, Seguridad, Desarrollo de estándares y Medición de esos estándares.

3.1.1.4. Estandarización y medición de la calidad en salud como atributo

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reconoce la importancia de la medición de la calidad de la atención para múltiples condiciones sugiriendo que los datos epidemiológicos como la morbilidad pueden ser insuficientes para enfrentar los cambios en los patrones de enfermedad en cada país, por lo que desde el año 2002, ha apoyado el proceso de recolección de datos comparativos en diferentes

países sobre condiciones como el cáncer, las cuales puedan fortalecer los sistemas de información para obtener una idea general sobre la calidad de atención y el establecimiento de estándares de calidad. Esta información permite explorar si las diferencias en la calidad de la atención pueden ser explicadas por las características de los sistemas de salud, tales como los programas de tamizaje, las guías clínicas, los niveles de gasto en salud, la disponibilidad de recursos humanos y el uso de la tecnología¹⁶. Un buen indicador dispone de validez, objetividad, consistencia, la capacidad de predecir y pertinencia, atributos que hacen más útil el representar el fenómeno¹⁷

3.1.1.5. Factores de los que depende la calidad

Un estudio cualitativo realizado con 200 profesionales de la salud sugirió que la calidad del servicio en salud depende de factores personales del proveedor, el paciente y de factores relacionados con la entidad en salud, como se observa en la tabla 1².

Tabla 1. Factores que influyen en la calidad de la atención sanitaria según Mosadeghrad en su artículo Factors influencing healthcare service quality²

Categorías	Temas
Factores relacionados con el paciente	Variables socio-demográficas del paciente Cooperación del paciente Tipo de enfermedad del paciente
Factores relacionados con el proveedor	Variables socio-demográficas del proveedor Competencia del proveedor Motivación y satisfacción del proveedor
Factores relacionados con el ambiente	Sistema de salud Recursos e instalaciones Liderazgo y gestión Colaboración y alianza para el desarrollo

Algunos de los factores que permiten asegurar una buena calidad asistencial son¹⁸:

- 1) Conocer la mejor evidencia clínica disponible para ofrecer la mejor atención a sus pacientes
- 2) Mantener disponible la información completa de los pacientes
- 3) Coordinar el trabajo multidisciplinario
- 4) Proporcionar una atención integral continua
- 5) Pago a los profesionales de la salud por calidad en lugar del volumen de atención
- 6) Involucrar a los pacientes en su cuidado.

Medir la calidad de la atención debe servir a tres propósitos: a) mejorar la calidad de la atención que reciben los pacientes, b) incrementar el conocimiento y compromiso con la calidad del proceso de atención y c) reducir o eliminar barreras de acceso a atención de calidad en el sistema¹⁹. Aunque no existen procesos estándar universalmente aceptados para la atención de pacientes con cáncer, esta sigue un marco de referencia compuesto por etapas de atención (figura 1) ¹⁹:



Figura 1. Etapas del proceso de atención en pacientes con cáncer según Carpenter WR en su artículo Calidad en el proceso de atención¹⁹.

Se centra el modelo de calidad de la atención oncológica en la garantía de aspectos como: información para el paciente sobre la dirección y los términos de su itinerario terapéutico, acceso rápido al diagnóstico, anuncio de diagnóstico y propuesta terapéutica organizada y en condiciones adecuadas, estrategia de tratamiento definida sobre una base de asesoramiento multidisciplinar, repositorios actualizados periódicamente (guías de práctica clínica), la entrega al paciente de un programa de atención personalizado y de atención integral continua que combine tratamiento de calidad y acceso a atención complementaria al tratamiento²⁰.

Otro punto clave al evaluar la calidad en los servicios de atención se cita en el artículo *Evaluación de la calidad de la asistencia y el nivel de satisfacción de las pacientes asistidas en una Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas del 2018*²¹ donde se hace una revisión de estudios publicados acerca de la calidad de atención en cáncer gástrico, mama, colorrectal, pulmón, próstata y ginecológicos, encontraron que efectivamente factores como la información brindada por parte del médico, el trato por el personal sanitario, el avance en el tratamiento, el tiempo transcurrido para recibir la atención, la relación médico-paciente, el seguimiento a su enfermedad entre otros, influyen fuertemente en la obtención o no de esa plena satisfacción con la atención brindada.

3.1.1.6. Calidad de la atención a pacientes oncológicos

Particularmente la visión del cáncer como una enfermedad sistémica, heterogénea y de una elevada complejidad hace que los pacientes deban recibir una atención oncológica de calidad, proporcionada por equipos multidisciplinares altamente cualificados como se evidencia en el artículo *El paciente oncológico del siglo XXI: maridaje terapéutico Nutrición-Oncología*²². A la preocupación por asegurar la calidad técnica de la atención sanitaria se le ha sumado el interés por lograr que los pacientes perciban esa calidad, tanto en lo referente a la asistencia recibida como en la utilidad de las intervenciones;

hoy se sabe que, si el paciente adopta una actitud activa, puede tener mayor probabilidad de afrontar la enfermedad y por lo tanto adquirir la capacidad de valorar mejor la labor y las atenciones que le han brindado los especialistas²³. En el caso del cáncer se han descrito tiempos que se consideran apropiados en el acceso a servicios sanitarios, para diagnóstico y para tratamiento. Esto se traduce en la relación de las demoras en la atención con menores tasas de supervivencia y sus consecuencias psicológicas²⁴. Dicha relación ocurre por ejemplo en aquellos pacientes que se encuentran pendientes de confirmación diagnóstica o de tratamiento como se evidencia en el artículo *Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia*²⁵ donde por medio de análisis bivariado se encontraron diferencias significativas en las tasas de incidencia de diagnóstico de acuerdo con el nivel educativo, la seguridad social, el estrato socioeconómico y las razones para la consulta de las mujeres en estudio. El diagnóstico se hizo más rápido en las mujeres con mayor educación (universitaria y posgrado), en aquellas afiliadas al régimen especial de salud y al régimen contributivo, en el estrato socioeconómico más alto y en sospecha por tamizaje.

Continuando con esta importancia del diagnóstico temprano de la enfermedad, en el artículo denominado *Calidad de la atención al paciente oncológico*²⁶ se analizaron los tiempos asistenciales recomendables desde la sospecha clínica hasta la definición del tratamiento para cáncer de mama y cáncer colorrectal para dar una correcta atención, los tiempos presentaron una mayor dispersión debido a las diferencias del manejo entre especialistas, la disponibilidad de recursos, las listas de espera e incluso limitaciones para la indicación de colonoscopia. Además de estas falencias en el servicio, hubo pacientes que indicaron fallas en los puntos de información al usuario donde se deberían generar las indicaciones adecuadas que permitan acortar los tiempos evitando la cancelación de procedimientos. Se reitera también este punto clave de la importancia del tiempo al evaluar la calidad en los servicios de atención en el artículo *Evaluación de la calidad de la asistencia y el nivel de satisfacción de las pacientes asistidas en una Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas del 2018*²¹ donde se hace una revisión de estudios publicados acerca de la calidad de atención en cáncer gastroesofágico, mama, colorrectal, pulmón, próstata y ginecológico. Los tiempos de

consulta con el médico, la espera para obtener una cita y la espera para recibir la atención, junto con otros factores tales como, la empatía del personal que les asiste, la continuidad de la atención prestada, la satisfacción con el personal de enfermería, el trato por el personal sanitario, el avance en el tratamiento, la relación médico-paciente, el seguimiento a su enfermedad entre otros, influyen fuertemente en los resultados de calidad de la atención brindada.

En un estudio más reciente en un artículo publicado en el 2021 denominado *Satisfacción de los padres en las unidades de onco-hematología*²⁷, se define a la comunicación entre familiares, pacientes y personal médico así como la información completa y oportuna como factores importantes que influyen en la calidad y la obtención de esa satisfacción del paciente como un predictor de la calidad asistencial y que permite identificar áreas específicas de mejora, el objetivo del estudio fue determinar la satisfacción de los padres con la atención de oncología pediátrica y su relación con variables sociodemográficas, para ello se realizó un estudio observacional transversal. La atención integral del paciente oncológico debe estar enfocada desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente²⁸. Una experiencia positiva de la atención del paciente se relaciona con una mejoría en los resultados, disminución de costos y contribuye significativamente a la reputación de los proveedores de la atención sanitaria²⁹. En Colombia, las Guías de Práctica Clínica (GPC) tienen como objeto principal orientar a los profesionales, gestores y usuarios del sector salud sobre la atención en cáncer desde el diagnóstico hasta el tratamiento de acuerdo con la mejor evidencia disponible, fomentando el mejoramiento continuo mediante la definición de estándares y el desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad que conlleven la disminución de la variabilidad de manejo frente a una situación clínica determinada como estrategia para mejorar la calidad de atención³⁰.

3.1.1.7. Bases legales

Desde 1993 la Ley 100 estableció que el MSPS (El Ministerio de Salud Protección Social) sería el responsable de regular la calidad de los servicios de salud y el control de los

factores de riesgo para la salud que ofrecen las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las EPS, solo en el año 2002 se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud (SOGCS) y hasta el año 2006 se reglamenta el Sistema de Información para la Calidad (SIC) en el decreto 1001 por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo es monitorear la calidad de los servicios, orientar el comportamiento de la población, estimular la gestión de la calidad basada en hechos y datos, y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema ⁸. En Colombia para la evaluación de la calidad en la atención a la salud por medio de indicadores se ha implementado un manual denominado Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud (BNI) acompañada del Consenso basado en evidencia para la definición de indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia, presentando un panorama articulado de los indicadores propuestos para los diferentes niveles que contempla el Sistema de Información para la Calidad (SIC), contiene la actualización de los indicadores de calidad³¹.

3.1.2. Cáncer de Próstata

La próstata es una glándula exocrina que rodea la porción inicial de la uretra masculina la cual presenta interrelaciones endocrinas, testiculares e hipotalámicas, con un elevado grado de potencialidad oncogénica cuya función principal es producir el líquido prostático protegiendo los espermatozoides y ayudando al aumento de las posibilidades reproductivas y de fecundación humana. Todas las enfermedades que la afectan pueden manifestar síntomas relacionados con la función sexual, reproductiva y urinaria, y de ser permanentes, pueden generar daños irreversibles en estos sistemas ³³. Para el 2008 en el artículo de revisión de la revista Mexicana de Urología por Álvarez y colaboradores titulado *Cáncer de próstata*, se define al Cáncer de Próstata (CaP) como la neoplasia maligna más frecuente en hombres, superando al cáncer pulmonar y de colon, y desde el punto de vista etiológico, se considera que el cáncer de próstata es una enfermedad

multifactorial, en la que participan principalmente factores hormonales, además de los relacionados con la raza, la dieta y una historia familiar de cáncer prostático³³.

3.1.2.1. Epidemiología

Según los datos de GLOBOCAN 2020³⁴ a nivel mundial para ambos sexos la tasa de incidencia del cáncer de próstata es de 30,7 ocupando el segundo lugar después del cáncer de mama con una incidencia de 47,8 (figura 2). De la misma forma en tasas de mortalidad a nivel mundial para ambos sexos el cáncer de próstata ocupa el quinto lugar con una tasa de 7,7 después del cáncer pulmón, mama, colorrectal e hígado correspondientemente (figura 2).

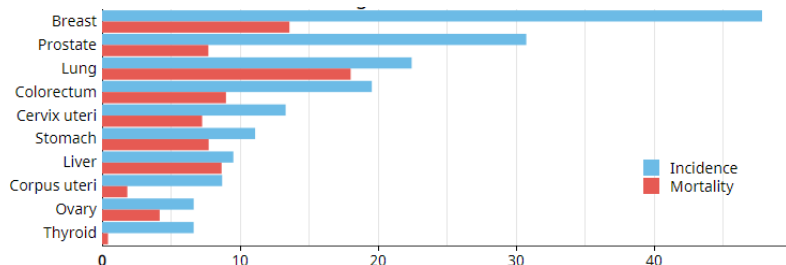


Figura 2. Tasas estimadas de mortalidad estandarizadas a nivel mundial en 2020 para ambos sexos y todas las edades (GLOBOCAN 2020)³⁴

Respecto a la incidencia de cáncer en hombres, a nivel mundial el cáncer de próstata sigue ocupando el segundo lugar con una tasa de 30,7 después del cáncer de pulmón (31,5). En tasas de mortalidad el cáncer de próstata ocupa el sexto lugar con una tasa de 7,7 después del cáncer de pulmón, hígado, colorrectal, estómago y esófago respectivamente como se observa en la figura 3³⁵.

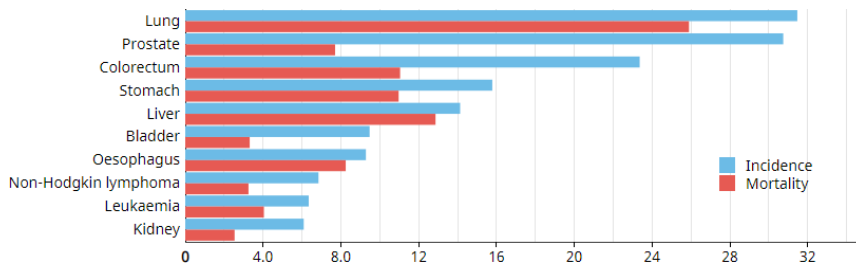


Figura 3. Tasas estimadas de incidencia y mortalidad estandarizadas a nivel mundial en 2020 en hombres de todas las edades (GLOBOCAN 2020)³⁴

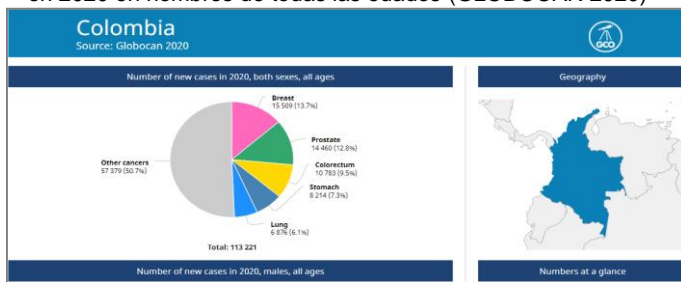


Figura 4. GLOBOCAN Número de casos nuevos de cáncer en Colombia en ambos sexos y en el sexo masculino de todas las edades para el año 2020³⁴

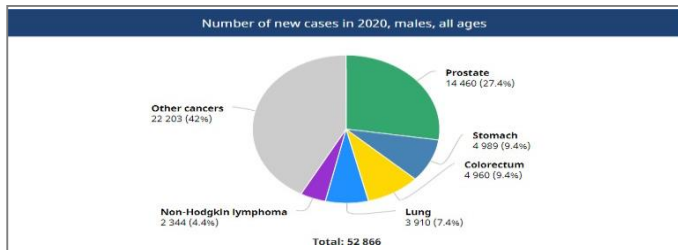


Figura 5. Número de casos nuevos de cáncer en Colombia en el sexo masculino de todas las edades para el año 2020³⁴

En tasas de mortalidad estandarizadas para ambos sexos para el año 2020 en Colombia el cáncer de próstata representa una tasa de 7,7 entre todos los cánceres, ocupando el sexto puesto después del cáncer de pulmón, de mama, colorrectal, de hígado y estómago. En comparación con otros tipos de cáncer y, para ambos sexos, ocupa el

tercer lugar de prevalencia después del cáncer de mama y el cáncer colorrectal, con un número estimado de casos prevalentes para los últimos 5 años de 4.956.901. Con relación al número de casos nuevos para ambos sexos en Colombia, para el año 2020, el cáncer de próstata es el segundo en incidencia con un 12,8% después del cáncer de mama con un 13,7 como se observa en la figura 2. Por otra parte, según la incidencia en hombres el cáncer de próstata ocupa el primer lugar con un 27,4% seguido por el cáncer de estómago con un 12,8% (figura 5).

3.1.2.2. Factores de riesgo

Como en toda enfermedad se han identificado algunos factores de riesgo que pueden aumentar la posibilidad en el desarrollo de CaP, de acuerdo con el Programa de Acción contra el Cáncer de Próstata de la Secretaría de Salud, estos son: la edad; pues a medida que ésta se incrementa, aumenta la incidencia de la enfermedad; la raza, principalmente afroamericana; aspectos hereditarios, aspectos genéticos; la alimentación, así como el índice de masa corporal (IMC) > 30 y las hormonas sexuales, este parámetro ha sido explorado en numerosos estudios epidemiológicos relativos al cáncer de próstata³⁶. También influyen factores hormonales, y las infecciones de transmisión sexual; y, por último, el consumo de tabaco y alcohol se consideran como un factor de riesgo pero estos dos últimos de forma mínima.

Según Delgado en su artículo *Cáncer de próstata: Etiología, diagnóstico y tratamiento* en la revista médica de Costa Rica y Centroamérica la mayor propensión a desarrollar cáncer de próstata se presenta en individuos afroamericanos. Se han encontrado niveles séricos mayores de testosterona, hipotetizando que los niveles de la enzima 5-alfa reductasa pueden variar de acuerdo con la raza del individuo e influir en el desarrollo de cáncer prostático³⁷.

3.1.2.3. Diagnóstico

Para su diagnóstico debemos mencionar que el cuadro clínico puede ser de gran ayuda, pues el CaP suele tener una presentación clínica característica, a pesar de ser considerada una "enfermedad silenciosa", mientras las células se transforman y se

incrementan pueden pasar hasta 10 años sin que se presenten síntomas, por tanto, es común que los síntomas del carcinoma prostático aparezcan en la fase tardía de su

evolución³⁷, lo que nos permite comprender la importancia y la dificultad del diagnóstico temprano de dicho cáncer.

Según Delgado en la revista médica de Costa Rica y Centroamérica, el tacto rectal, la concentración de antígeno prostático y el ultrasonido transrectal son valiosas herramientas diagnósticas para obtener indicios de cáncer de próstata, pero el diagnóstico definitivo solo se puede realizar con una biopsia con aguja gruesa guiada por medio de ultrasonido obteniendo de 6 a 12 cilindros de la base, vértice y parte media de ambos lados de la glándula³⁷. Según la *Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del Cáncer de Próstata*, actualmente el antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal constituyen los métodos diagnósticos más usados en la clínica; sin embargo, a pesar de ser los más utilizados, éstos tienen bajo rendimiento diagnóstico, a nivel individual. Según la *American Cancer Society* concuerda en que no existe evidencia suficiente para determinar la mejor medida de tamización en salud pública, por ahora se sugiere tamizaje de oportunidad en hombres entre 50-70 años (de acuerdo a la expectativa de vida de la población) que ingresen a la consulta del urólogo y pacientes con factores de riesgo (raza negra y familiares con CaP) siendo de vital importancia hacer claridad en que al decidir el inicio de la búsqueda del diagnóstico del CaP debe realizarse el tacto rectal en conjunto con PSA³⁰. Según la *American Cancer Society* el PSA en sangre se determina en nanogramos por mililitro y dicen que la probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta a medida que el nivel de PSA sube, pero no hay un valor límite establecido que pueda indicar con certeza si un hombre tiene o no tiene cáncer de próstata. Muchos médicos usan un valor límite de PSA de 4 ng/mL o superior al decidir si un hombre pudiera necesitar más pruebas, mientras que otros podrían recomendarlo comenzando en un nivel inferior, como 2,5 o 3^{38,37}, en condiciones normales una pequeña cantidad (<4 ng/mL) es liberada al torrente sanguíneo, pero en un proceso neoplásico estos niveles se elevan, el valor predictivo positivo aumenta en relación directa al nivel sérico del marcador.

3.1.2.4. Clasificación del cáncer de próstata

En cuanto al grado histológico, la clasificación más empleada es la de Gleason. La puntuación de Gleason alcanza hasta 10, este sería el grado más indiferenciado y con peor pronóstico, recientemente se utilizó la escala ISUP de 1 a 5, ambos describen la posibilidad de que el tumor se disemine o extienda y cuanto más baja la puntuación, menor la probabilidad de diseminación del tumor^{20,39}. Histológicamente, según González y Garcías en la European Society for Medical Oncology (ESMO)³⁸ este cáncer se clasifica en cinco tipos o categorías principales: Adenocarcinoma acinar, Adenocarcinoma ductal, Cáncer de células transicionales o conocido también como urotelial, Cáncer de células escamosas y Cáncer de células pequeñas.

3.1.2.5. Estadificación del cáncer de próstata

El proceso que se emplea para definir si el cáncer se ha extendido dentro de la próstata u otras partes del organismo se llama estadificación. Los dos sistemas más ampliamente aceptados para la clasificación de este tipo de cáncer son el AJCC-TNM, este es el método de estadiaje de neoplasias desarrollado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) junto al Comité Americano sobre el Cáncer (AJCC) que incluye resultados radiológicos y el de la Asociación Americana de Urología siendo el primero el más utilizado y el empleado en este estudio. Se trata de un método implementado desde el año 1987 que promueve una clasificación basada en el tamaño y la penetración del Tumor (T), el compromiso de los nódulos linfáticos (N) y la presencia o ausencia de metástasis (M)⁴⁰.

3.1.2.6. Tratamiento

En la actualidad existen diferentes alternativas para su tratamiento:

CIRUGÍA: La cirugía se usa para tratar de curar el cáncer antes que se disemine más allá de la próstata y el tipo de cirugía depende del estadio de la enfermedad, del estado de salud general del paciente y de otros factores, sin olvidarnos de la importancia de hacerla de manera temprana y oportuna. Puede tratarse de una prostatectomía radical^{41,42} que consiste en la extirpación quirúrgica de toda la próstata, las vesículas seminales y, posiblemente, también los ganglios linfáticos del área pélvica por medio de

la linfadenectomía que es el método de elección en la valoración linfática en pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata por la insuficiencia de otros métodos para detectar la afectación ganglionar como la RM o TAC⁴³. Puede ser también una resección transuretral que se usa para aliviar los síntomas de obstrucción urinaria⁴⁴ generando efectos positivos en el paciente, no para curar el cáncer, o una criocirugía la cual comúnmente se utiliza sólo en estudios de investigación³⁷. Cuando ya no es posible remover el tumor quirúrgicamente se debe recurrir a otras opciones como las expuestas a continuación⁴⁵.

RADIOTERAPIA: La radioterapia es el uso de rayos con alta potencia para atacar las células cancerosas, puede ser por medio de tomografías computarizadas o braquiterapia⁴⁶ que según el artículo *Braquiterapia en el cáncer de próstata localizado* de Abascal y colaboradores la definen como la inserción de fuentes radioactivas directamente en la próstata llamadas semillas las cuales emiten radiación sólo alrededor de la zona en la que se insertan y se pueden utilizar durante horas o semanas de acuerdo a la dosis y su evolución técnica parte de los axiomas antiguos, mejorando la incisión, sangrado, tiempo de ingreso, y complicaciones⁴⁷. Puede ser severo y causar efectos secundarios como diarrea, problemas intestinales, hemorragias, aumento de la urgencia o frecuencia miccional, fatiga, disfunción eréctil permanente y ardor rectal, estos pueden aparecer después de meses e incluso años de haberse realizado el tratamiento⁴⁵. Este tipo de tratamiento es implementado como tratamiento adyuvante para cánceres que han crecido fuera de la próstata hacia tejidos cercanos o en el caso de un cáncer avanzado ayudando a controlarlo o aliviando los síntomas^{48,49}.

TERAPIA HORMONAL: Teniendo en cuenta que el crecimiento del cáncer de próstata está guiado por hormonas sexuales llamadas andrógenos⁵⁰, la reducción de los niveles de estas hormonas puede ayudar a desacelerar el crecimiento del cáncer. La terapia hormonal se usa para el tratamiento del cáncer de próstata que continuó creciendo después de la cirugía o la radioterapia, o que ya está diseminado en el momento del diagnóstico, por lo tanto, es menos invasivo. Esta puede ser por medio de orquiectomía bilateral⁴⁵ por medio de agonistas de hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH), anti-androgénicos, antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina

(GnRH), hormonas femeninas o bloqueo androgénico combinado, sin embargo, aquí también pueden presentarse efectos secundarios⁵¹ tales como disfunción eréctil, pérdida del deseo sexual, sudoración, ginecomastia, depresión disfunción cognitiva, aumento de peso, pérdida de masa muscular y osteopenia⁵¹.

QUIMIOTERAPIA: La quimioterapia⁴⁵ es el uso de medicamentos para atacar las células cancerosas, esta se administra por vía oral o intravenosa y puede ayudar a los pacientes que tienen cáncer de próstata avanzado o refractario a las hormonas⁴⁷.

4. Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se enfocaron las actividades en evaluar la atención brindada a 300 pacientes con cáncer de próstata de distintas regiones del país atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (INC) desde el 1 de enero del 2014 hasta el 31 de diciembre del 2015, por medio de información obtenida de sus historias clínicas que generaron una base de datos para analizar la calidad en la atención a estos pacientes. El estudio se dividió en seis etapas, cuatro de las cuales fueron realizadas previamente a este trabajo:

- 1) Revisión de la literatura científica sobre indicadores para la medición de calidad de la atención en 10 cánceres de interés.
- 2) Definición y concertación de indicadores y estándares de calidad para medir el proceso de atención en los cánceres de interés.
- 3) Evaluación y análisis de necesidades mínimas de información y estándares para el desarrollo de un sistema de información.
- 4) Diseño y desarrollo de un prototipo del sistema de información a partir de los requerimientos funcionales y no funcionales concertados con los usuarios potenciales

Y dos etapas posteriores realizadas durante el presente estudio:

- 1) Analizar la información de las historias clínicas de los 300 pacientes y distribuirla en la herramienta de captura para obtener la base de datos y poder evaluar la calidad.
- 2) Realizar un análisis univariado de los resultados obtenidos y enfrentar en un análisis bivariado los resultados por tipo de régimen para establecer las

diferencias en el proceso de atención brindada a los pacientes.

La captura de información de los registros clínicos institucionales fue realizada por una estudiante investigadora entrenada en el uso de la herramienta con autorización para acceder a los registros clínicos.

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de investigación

De acuerdo con la pregunta problema y los objetivos planteados en el presente estudio, el tipo de investigación es un estudio cuantitativo descriptivo, con base al registro de la información de tipo retrospectivo y transversal teniendo en cuenta el tiempo de su desarrollo.

-Cuantitativo: se empleó un método estructurado de recopilación y análisis de información obtenido de diversas fuentes y se llevó a cabo con el uso de herramientas estadísticas y matemáticas con el propósito de cuantificar el problema de investigación.

-Descriptivo: en el presente estudio se realizó un informe detallado para la evaluación de la atención de los pacientes con cáncer de próstata del INC entre los años 2014-2015 y sus características mediante la recolección de datos de las historias clínicas de dichos pacientes.

-Retrospectivo: los valores de las variables incluyeron datos obtenidos en el pasado, de archivos o entrevistas sobre los hechos sucedidos con anterioridad.

-Transversal: se comparan las características de diferentes pacientes en un periodo de tiempo específico seguido de la investigación.

4.1.2. Población y muestra

4.1.2.1. Universo

El Universo en el estudio estuvo constituido por todos los pacientes hombres diagnosticados con cáncer de próstata que ingresaron el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. entre los años 2014 y 2015.

4.1.2.2. Muestra

La muestra de la investigación fueron 300 pacientes del sexo masculino con diagnóstico histopatológico de cáncer de próstata y que poseían historial clínico dentro del Instituto

Nacional de Cancerología E.S.E. entre el 1 de enero del año 2014 y el 31 de diciembre del año 2015.

4.1.2.3. Tipo de muestreo

El método de selección de la muestra fue por muestreo probabilístico al ser seleccionadas de manera aleatoria.

4.1.2.4. Lugar de la Investigación

El Instituto Nacional de Cancerología como institución prestadora de servicios de salud a pacientes oncológicos de referencia es una entidad del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

4.2. Confidencialidad

Se establecieron todas las normas para respetar la confidencialidad a la que los pacientes tienen derecho. Se garantizó la confidencialidad en el manejo de la información, por medio de la custodia de bases de datos y la firma de un acuerdo de confidencialidad con el estudiante investigador que realizó la digitalización de los datos de las historias clínicas. Por ser un tipo de investigación observacional (basado en registros de historia clínica) no se realizó manejo de muestras biológicas, por esta razón no se describen procedimientos de bioseguridad adicionales.

4.3. Consideraciones éticas

El presente estudio fue realizado en el INC, previa evaluación y aval del comité de ética e investigaciones y ajustado a la normatividad internacional existente para investigación biomédica o relacionado con seres humanos. Se trata de una investigación sin riesgo acorde con los principios establecidos en la clasificación planteada en el Artículo 11 de la Resolución No 008430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud de Colombia. Por su naturaleza retrospectiva y de no intervención, el presente proyecto no requirió consentimiento informado de los pacientes. Para el uso de información clínica se

siguieron los estándares de la Resolución 1995 de Julio 8 de 1999 del Ministerio de Salud.

4.4. Control de calidad

Los datos generados en el proceso de investigación fueron revisados por el equipo de monitoria del INC, con el ánimo de lograr garantizar la calidad de la información, esto se realizó mediante la revisión de registros de pacientes del instrumento al azar y la totalidad de sus variables además del uso del manual para la digitación.

4.5. Instrumento de captura

Previo al presente estudio, la herramienta de captura fue creada con base a una revisión realizada en la literatura científica para cáncer de próstata; el procedimiento para la elaboración de la herramienta de captura requirió:

- Revisión de la literatura, en procura de extractar los indicadores que permiten medir la calidad del proceso de atención en los diferentes estudios realizados a nivel nacional e internacional.
- Consolidación de los indicadores recolectados mediante la revisión realizada, utilizando una matriz con la información general de estos instrumentos.
- Validación de la matriz de indicadores con los expertos temáticos para cáncer de próstata.
- Con el set de indicadores validados, se realizó una nueva matriz que dio cuenta de las variables requeridas para lograr reconstruir estos indicadores con la información que se logre obtener de las historias clínicas de los pacientes incluidos.

5. Resultados

5.1 Análisis descriptivo

5.1.1 Analisis Univariado

5.1.1.1. Caracterización sociodemográfica

En la tabla 2 se muestra la cantidad de pacientes clasificados por departamento de residencia. Para el 9% no se encontró información de su lugar de residencia en la historia clínica, estos pacientes no se consideraron en la tabulación (n=273), siendo en su

mayoría residentes de Cundinamarca (37,7%) y Bogotá (25,0%) para un total de 188 (62,7%) en la región denominada “Cundinamarca/Bogotá D.C.” Los 85 pacientes restantes, se distribuyeron en la región denominada “Resto del país”.

Tabla 2. Análisis univariado de la clasificación de los pacientes por departamento de residencia

Variable n=273	N	%
Departamento residencia		
Cundinamarca/Bogotá D.C.	188	62,7%
Resto del país	85	28,3%

En la tabla 3 se observa el análisis univariado para variables cualitativas sociodemográficas, la mayoría de los pacientes del estudio se encontraban afiliados al régimen contributivo en salud, de los pacientes con dato en su historia clínica la mayoría tuvieron un nivel educativo hasta primaria y estrato socioeconómico 2.

Tabla 3. Análisis univariado para variables cualitativas sociodemográficas en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015.

Variable (n=300)	n	%
Categoría		
Régimen	n	%
Contributivo	159	53,0%
Subsidiado	100	33,3%
Sin dato	30	10,0%
Régimen especial	10	3,3%
Particular	1	0,3%
Nivel educativo	n	%
Sin dato	154	51,3%
Primaria	62	20,7%
Ninguno	33	11,0%
Bachillerato	24	8,0%
Universitario o superior	13	4,3%
Técnico o tecnólogo	12	4,0%
Preescolar	2	0,7%
Estrato socioeconómico	n	%
Sin dato	128	42,7%
Dos	63	21,0%
Uno	59	19,7%
Tres	44	14,7%
Cuatro	6	2,0%

5.1.1.2. Caracterización clínica

La tabla 4 muestra la caracterización de los pacientes para variables cuantitativas clínicas.

Tabla 4. Análisis univariado para variables cuantitativas de caracterización clínica en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015

Variable	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Edad de dx	69,4	70	51	90	7,5
Edad de realización tacto rectal	69,5	70	54	90	10,3
Edad PSAi	68,4	69	52	85	9,9
Días transcurridos para tto	67,6	51	0	333	69,3

La caracterización de los pacientes para variables de tipo cualitativo mostro que el total de pacientes diagnosticados dentro del INC fue mínimo a comparación de los diagnosticados extrainstitucionalmente (85,7%) como se observa en la tabla 5. Para la variable de tacto rectal se tuvieron en cuenta los pacientes con registro de su realización dentro de su historia clínica dando prelación al tacto rectal realizado por el INC obteniendo la mayoría de pacientes con resultado del mismo (88,3%). La variable de factores de riesgo muestra la cantidad de pacientes en los que se encontró registro de alguno de los factores de riesgo: raza negra, antecedentes familiares o síntomas encontrando 66,7% de los pacientes con factores de riesgo para cáncer de próstata. La variable de PSAi muestra la cantidad de pacientes que registran dentro de su historia clínica el valor del Antígeno Prostático Específico inicial (PSAi), 87,7% de los pacientes estudiados presentan resultado de este examen. La variable de Gammagrafía ósea muestra la cantidad de pacientes que registran la realización de al menos una gammagrafía ósea durante los dos años de estudio, se encontraron 79% de los pacientes con reporte de gammagrafía ósea en su historia clínica.

Tabla 5. Análisis univariado para variables cualitativas clínicas en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015.

Variable (n=300)	N	%
Categoría		

Lugar de dx	n	%
Extrainstitucional	257	85,7%
Institucional	43	14,3%
Tacto rectal	n	%
No	3	1,0%
Si	265	88,3%
Sin dato	32	10,7%
Factores de riesgo	n	%
No	3	1,0%
Si	200	66,7%
Sin dato	97	32,3%
PSAi	n	%
No	31	10,3%
Si	263	87,7%
Sin dato	6	2,0%
Gammagrafía ósea	n	%
Si	237	79,0%
Sin dato	63	21%
TAC o RM pélvica	n	%
No	2	0,7%
Si	142	47,3%
Sin dato	156	52,0%
Lugar donde recibió el primer tratamiento	n	%
Extrainstitucional	133	44,3%
Institucional	152	50,7%
Sin dato	15	5,0%
Evaluación función urinaria pre tratamiento	n	%
Si	264	88%
Sin dato	36	12%
Evaluación función urinaria pos tratamiento	n	%
Si	223	74,3%
Sin dato	77	25,7%
Evaluación función sexual pre tratamiento	n	%
Si	173	57,7%
Sin dato	127	42,3%
Reporte de patología de biopsia con aguja	n	%
No	5	1,7%
Si	85	28,3%
Sin dato	210	70,0%
Consulta por urología	n	%
Si	289	96,3%

Sin dato	11	3,7%
Tratamiento en el INC	n	%
No	33	11,0%
Si	265	88,3%
Sin dato	2	0,7%
Resistencia a la castración	n	%
No	13	4,3%
Si	27	9,0%
Sin dato	260	86,7%
Uso bifosfonatos	n	%
No	28	9,3%
Si	13	4,3%
Sin dato	259	86,3%
Remisión a trabajo social	n	%
No	299	99,7%
Si	1	0,3%
Remisión a psicología	n	%
No	289	96,3%
Si	11	3,7%
Remisión a cuidados paliativos	n	%
No	262	87,3%
Si	38	12,7%

La tabla muestra que al 47.7% de los pacientes les realizaron una tomografía axial computarizada (TAC) o una resonancia magnética (RM) pélvica y el 52% no presenta registro. La mayoría de los pacientes recibieron su primer tratamiento en la institución (50,7%), la evaluación urinaria previa al tratamiento (88%) y evaluación post tratamiento (74,3%) según lo consignado en la historia clínica de urología. La cantidad de pacientes que recibieron una evaluación de la función sexual previa a su primer tratamiento fue de 57,7% y 60,3% no presentan dato referente a la función sexual posterior a su primer tratamiento en la historia clínica.

Para la variable de resistencia a la castración quirúrgica o química, la mayoría de los pacientes (86,7%) no presentan dato. 86,3% de los pacientes no presentaron dato referente al uso de bifosfonatos. El porcentaje de pacientes no remitidos a especialidades fue de: 99,7% para trabajo social, 96,3% para psicología y 87.3% para cuidados paliativos en el año de estudio.

5.1.1.3. Caracterización de calidad

La tabla 6 muestra la evaluación de la calidad en la oportunidad de tratamiento que se estableció según previa revisión en la literatura, buena calidad para tratamiento brindado antes de los 30 días posteriores al ingreso del paciente y mala calidad para tratamiento brindado después de 30 días posteriores al ingreso del paciente. Para ello se tuvieron en cuenta los pacientes que recibieron tratamiento dentro del instituto, es decir, una cohorte de 265 pacientes, de los cuales 169 (63,8%) sobrepasaron los 30 días para oportunidad de tratamiento y 96 pacientes (36,2%) recibieron tratamiento oportunamente.

Tabla 6. Análisis univariado de las variables de calidad en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC entre los años 2014 y 2015.

Variable (n=265)	N	%	
Categoría		n	%
Calidad en la oportunidad de tto			
Buena		96	36,2%
Mala		169	63,8%
Variable (n=297)	N	%	
Evaluación calidad consulta y PSA en seguimiento	N		
Buena		245	82,5%
Mala		52	17,5%
Variable (n=144)	N	%	
Evaluación en la calidad del reporte de la nota qx		n	%
Mala		72	50,0%
Buena		72	50,0%

Tto: Tratamiento
 PSA: Antígeno prostático específico
 Qx: Quirúrgica

Se observa también la evaluación de la calidad del seguimiento por medio de consulta y detección de PSA, de los 297 pacientes, 245 (82,5%) presentaron buena calidad y 52 pacientes (17,5%) presentaron mala calidad.

El análisis del reporte de la nota quirúrgica (gx) se realizó teniendo en cuenta la proporción de pacientes con reporte de linfadenectomías, aquellos que fueron tratados

quirúrgicamente, es decir de 144 pacientes 72 (50,0%) evidencian la realización de linfadenectomía y 72 pacientes (50,0%) no.

5.1.1.4. Desenlace del paciente

Como se observa en la tabla 7, de los pacientes incluidos en el estudio, 290 (96,7%) sobrevivieron y 10 (3,3%) de ellos fallecieron en el tiempo que se realizó el presente estudio.

Tabla 7. Análisis univariado para variables cualitativas de desenlace en pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015.

Variable (n=300)	N	%	
Categoría			
Estado vital	N	%	
Muerto		10	3,3%
Vivo		290	96,7%

5.2 Análisis bivariado

5.2.1. Comparación por tipo de régimen

El análisis bivariado fue realizado por régimen de afiliación: Contributivo y Subsidiado, para lo cual se incluyeron a los pacientes particulares y pertenecientes al régimen especial de afiliación dentro del régimen contributivo como pacientes con capacidad de pago para un total de 170 en contributivo y 100 en subsidiado.

5.2.1.1. Características sociodemográficas

La tabla 8 representa la caracterización sociodemográfica para el análisis bivariado por régimen de afiliación, se encontró que el 57.1 de los pacientes en el régimen contributivo corresponden a Bogotá/Cundinamarca y en el régimen subsidiado el 80% también corresponden a Bogotá/Cundinamarca. En la variable de nivel educativo, tomando solo los pacientes que presentaron dato, la mayoría tenía estudios hasta primaria tanto para régimen contributivo como subsidiado y es de resaltar que para el régimen subsidiado ningún paciente tuvo un nivel educativo superior a bachillerato. Respecto al estrato socioeconómico el mayor porcentaje de pacientes en el régimen contributivo pertenecen

al estrato 2 y 3, y en el régimen subsidiado la mayoría pertenece a estrato socioeconómico 1. Los resultados de estos análisis en el régimen de afiliación contributivo y subsidiado no fueron significativos.

Tabla 8. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas sociodemográficas de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015.

Variable	Régimen de afiliación				p
	Contributivo (n=170)		Subsidiado (n=100)		
Departamento de residencia		%		%	
Bogotá/Cundinamarca	97	57,1%	80	80,0%	p=0.11
Resto del país	60	35,3%	13	13,0%	
Sin dato	13	7,6%	7	7,0%	
Nivel educativo					
Bachillerato	22	12,9%	2	2,0%	
Ninguno	16	9,4%	17	17,0%	
Preescolar	1	0,6%	1	1,0%	
Primaria	32	18,8%	30	30,0%	
Sin dato	77	45,3%	50	50,0%	
Técnico o tecnólogo	11	6,5%	0	0,0%	
Universitario o superior	11	6,5%	0	0,0%	
Estrato socioeconómico					
Cuatro	4	2,4%	0	0,0%	
Dos	36	21,2%	26	26,0%	
Sin dato	69	40,6%	36	36,0%	
Tres	36	21,2%	6	6,0%	
Uno	25	14,7%	32	32,0%	

p: Significancia

5.2.1. 2. Características clínicas

Como se observa en la tabla 9, tanto para los pacientes afiliados al régimen contributivo como al subsidiado se determinó que la mayoría fueron diagnosticados por fuera de la institución, de los pacientes afiliados al régimen contributivo el 54,7% recibieron su primer tratamiento dentro del INC y de los pacientes afiliados al régimen subsidiado 49,0% recibieron su primer tratamiento por fuera de la institución. La mayoría de los pacientes, independientemente del tipo de régimen de afiliación, recibieron tratamiento dentro del instituto durante los años de estudio y tuvieron el seguimiento correspondiente. Los resultados presentados para el régimen de afiliación en la tabla no fueron significativos.

Tabla 9. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas clínicas de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015.

Variable	Régimen de afiliación			
	Contributivo (n=170)	%	Subsidiado (n=100)	%
Lugar de Dx				
Extrainstitucional	144	84,7%	87	87,0%
Institucional	26	15,3%	13	13,0%
Lugar donde recibió primer tto				
Extrainstitucional	69	40,6%	49	49,0%
Institucional	93	54,7%	47	47,0%
Sin dato	8	4,7%	4	4,0%
Tratamiento en el INC				
Si	158	92,9%	84	84,0%
No	11	6,5%	16	16,0%
Sin dato	1	0,6%	0	0,0%
Seguimiento				
Si	149	87,6%	81	81,0%
No	5	2,9%	3	3,0%
Sin dato	16	9,4%	16	16,0%

Tto: Tratamiento

PSA: Antígeno prostático específico

Qx: Quirúrgica

p: Significancia

5.2.1.3. Características de la calidad

En la tabla 10 se observa el análisis para los indicadores de calidad por régimen de afiliación. Se encuentra que la buena calidad en la oportunidad de tratamiento fue de 31,8% para los pacientes afiliados al régimen contributivo y de 35,0% para los de régimen subsidiado. La calidad de seguimiento de consulta por urología y PSA en seguimiento, considerando buena calidad el recibir al menos una consulta por urología y un seguimiento de PSA posterior a su tratamiento, mostro la mayoría de los pacientes con una buena calidad en los dos regímenes de afiliación. Por otra parte, la calidad del reporte de la nota quirúrgica fue considerada como mala para la mayoría de pacientes, considerando como buena calidad el presentar el reporte de linfadenectomías en la nota quirúrgica. Los resultados no fueron significativos según el valor obtenido de P.

Tabla 10. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas de calidad de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015.

Variable	Régimen de afiliación			
	Contributivo (n=170)	%	Subsidiado (n=100)	%
Calidad oportunidad tto				

Buena	54	31,8%	35	35,0%	p=0.25
Mala	116	68,2%	65	65,0%	
Calidad seguimiento por consulta y PSA					
Buena	150	88,2%	82	82,0%	
Mala	20	11,8%	18	18,0%	
Calidad reporte nota Qx					
Buena	0	0,0%	22	22,0%	
Mala	170	100,0%	78	78,0%	

Tto: Tratamiento
 PSA: Antígeno prostático específico
 Qx: Quirúrgica
 p: Significancia

5.2.1.4. Características de desenlace

Como se observa en la tabla 11 de los 10 pacientes fallecidos durante el presente estudio la mitad de ellos se encontraban afiliados al régimen contributivo de salud y la otra mitad al régimen subsidiado de salud por igual. Los resultados no fueron significativos en la tabla.

Tabla 11. Análisis bivariado por régimen de afiliación para variables cualitativas de desenlace de pacientes con cáncer de próstata que ingresaron al INC en 2014-2015.

Variable	Régimen de afiliación				
	Contributivo (n=170)	%	Subsidiado (n=100)	%	
Vivo	165	97,1%	95	95,0%	p=0.387
Muerto	5	2,9%	5	5,0%	

6. Discusión

Según los resultados obtenidos se observa que la mayoría de pacientes llegan al INC con una edad mayor o igual a 51 años, lo que dificulta evaluar indicadores de diagnóstico y tamizaje en este estudio, similar ocurre en otros trabajos como el titulado *Tratamiento del cáncer de próstata en función de la esperanza de vida, la comorbilidad y las guías de práctica clínica*⁵² donde la media de edad de los pacientes era de 66,2 años y solamente el 9,7% tenía una edad ≤ 55 años, alcanzado hasta los 75 años. De la caracterización sociodemográfica de los pacientes y como es de esperarse al realizar un estudio en una

IPS localizada en una ciudad principal, la mayoría de los pacientes fueron de la región Cundinamarca-Bogotá, y se encuentra que pacientes de diferentes regiones del país han tenido que dirigirse a la IPS de referencia en la ciudad de Bogotá para recibir intervenciones u obtener una segunda opinión en lo relacionado al cáncer de próstata.

Al analizar el nivel educativo, el estrato socioeconómico y el tipo de régimen, se considera su asociación con las desigualdades en salud. En el caso del nivel educativo el presente estudio mostro un porcentaje mayor de pacientes con nivel educativo hasta primaria, en comparación con un estudio realizado en Chile titulado *Nivel educacional como determinante en tamizaje de cáncer de próstata*⁵³ donde se presentó un mayor porcentaje de pacientes con un nivel universitario y se observó una directa relación entre la escolaridad y el porcentaje de pacientes que declararon que se les había explicado o que habían leído alguna vez sobre el cáncer de próstata, con 71,3% en el grupo de educación básica, 80,9% en educación media, 85,2% educación técnica y 95,9% en educación universitaria.

Para el estrato socioeconómico la mayoría de los pacientes indicaron pertenecer al estrato 2, un estudio externo de la revista Colombia Medica indico su relación con la mortalidad por cáncer de próstata en el artículo titulado *Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base poblacional*⁵⁴, donde los pacientes con cáncer de próstata de estrato medio mostraron cerca de 47% menos riesgo de morir que los pacientes de estrato bajo. La mayoría de los participantes en el estudio se encontraban afiliados al régimen contributivo en salud (53,0%) seguido por el régimen subsidiado (33,3%) y en menor cantidad el régimen especial y particular (13,3%) similaral estudio realizado por la Cuenta de Alto Costo titulado *Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia*⁵⁵ en el cual la distribución del cáncer de próstata por el régimen de afiliación se encontró una mayor concentración dela población en el régimen contributivo (74%), seguido del subsidiado (19,5%), con menorrepresentación de la morbilidad en el resto de los regímenes (6,5%).

La edad de diagnóstico en promedio fue de 69 años, una edad menor al comparar con el estudio de la cuenta de alto costo⁵⁵ quienes al tener en cuenta a todos los afectados por el cáncer de próstata, encontraron en la medición de la edad una media de 73 años. La edad de realización del tacto rectal presenta un panorama similar, en promedio fue de 69 años, según lo indicado por la Sociedad Americana del Cáncer³⁶, al cumplir los 40 años de edad los hombres con factores de riesgo como un pariente de

primer grado con cáncer de próstata desde una edad temprana deberían iniciar a realizarse anualmente el tacto rectal desde los 45 años de edad al tratarse de un hombre con alto riesgo por factores de riesgo como raza negra y pariente de primer grado con diagnóstico de cáncer de próstata desde una edad temprana y desde los 50 años aquellos hombres con un riesgo promedio lo cual vemos no se cumple teniendo en cuenta la cantidad de pacientes que si cuentan con los factores de riesgo dentro del presente estudio.

La edad del PSA inicial, el cual fue realizado también extrainstitucionalmente y cuyo promedio fue de 68 años, es importante dentro de la historia clínica de un paciente con cáncer de próstata no sólo para la detección temprana o para su diagnóstico sino para el seguimiento del paciente, tratamiento y rehabilitación. Según la Guía de práctica clínica (GPC)³⁰ se recomienda el seguimiento trimestral de los niveles de antígeno prostático en pacientes tratados con intención curativa durante el primer año posterior al tratamiento y semestralmente en el segundo año. En el Consenso⁵⁶ se establece que la toma de PSA postratamiento es recomendada 3 meses después de la intervención. Particularmente en Colombia, según la Sociedad Colombiana de Urología, el cáncer de próstata es una neoplasia maligna tendiente al crecimiento en incidencia relacionada con la detección en pacientes asintomáticos por medio de la medición del antígeno prostático específico (PSA) como prueba de detección temprana.

Según el artículo *Detección precoz del cáncer de próstata: guía de la asociación urológica americana (american urological association, aua)*⁵⁷ la base de la evidencia disponible le permitió al Panel recomendar que se realice el tamizaje con una confianza limitada en el grupo de edad específico entre 55 a 69 años. Este rango de edades representa al grupo con la evidencia de máxima calidad para obtener beneficio. La edad se considera aquí importante por ser un factor de modificación del PSA, como se menciona en el artículo Gómez y colaboradores titulado *Papel actual del antígeno prostático específico y otros marcadores en el diagnóstico del cáncer de próstata*⁵⁸, 5 factores se relacionan con la modificación del PSA, el volumen, la edad, la inflamación los tratamientos y la cinética del PSA. Para hablar específicamente de la edad citan a Oesterling quien relacionó por primera vez la importancia de la edad con el PSA encontrando en su estudio de 2.219

varones, el riesgo relativo fue mayor para los hombres con mayoría de edad, el riesgo relativo más alto en los modelos de riesgo proporcional existe para hombres de 60 a 69 años. Más recientemente e insistiendo en este tema Punglia según el mismo artículo hace una revisión sobre el efecto de la edad y la presencia de la hiperplasia con el PSA y desarrolla un modelo que confirma la importancia de este factor para la toma de decisiones muy especialmente en los rangos de PSA <4, sin embargo como muestra el estudio es importante mencionar que muchos pacientes a pesar de tener un PSA inicial realizado extrainstitucionalmente no llevaban el dato a la institución para su conocimiento por lo que se presentaron 31 pacientes con "PSA inicial desconocido". Los días transcurridos para realizar un tratamiento en promedio fueron 67 días, la cifra es menor comparada con el estudio realizado por la cuenta de alto costo donde el periodo transcurrido entre el diagnóstico y el primer tratamiento en promedio fue de 86,7 días.

Según los resultados obtenidos para el análisis de las variables cualitativas de tipo clínico, el lugar de diagnóstico en su mayoría fue extrainstitucional (85.7%, Tabla 5) y 133 (44.3%) de los pacientes recibieron además su primer tratamiento por fuera de la institución. Estos datos sugieren que el INC al ser una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública, atiende a pacientes de cualquier región del país y al ser una institución de referencia atiende a pacientes diagnosticados previamente con cáncer de próstata, con estado avanzado de su enfermedad y que incluso, ya han recibido algún tipo de tratamiento como se muestra en el artículo de la revista Colombiana de cancerología *Experiencia Clínica Con El Uso De Quimioterapia Neoadyuvante Esquema Ac (Doxorrubicinaciclofosfamida) En Pacientes Con Cáncer De Mama Localmente Avanzado En El Instituto Nacional De Cancerología*⁵⁶ donde se indica que por lo menos un 50,8% de las pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario se encuentran en estadios clínicos localmente avanzados en el INC y el 53,4% de las pacientes con cáncer de mama se encuentran en estadios clínicos localmente avanzados, razón por la cual su tratamiento inicial es quimioterapia neoadyuvante.

Se identificaron al 66,7% de los pacientes con factores de riesgo para cáncer de próstata entre los 3 establecidos para el presente estudio: antecedentes familiares, síntomas y/o

raza negra. Diferentes a otros estudios, como el de la revista Enfermería Universitaria de la Ciudad de México titulado *Identificación de factores de riesgo para cáncer de próstata*³⁶ en el cual los factores de riesgo presentes fueron el sobrepeso y obesidad encontrando que cerca de la mitad de la muestra estudiada presentan este factor, antecedentes heredo-familiares, antecedentes de ETS y tabaquismo, que no estuvo presente en la muestra estudiada, y factores como la edad no se evidenció como factor de riesgo debido que para ese trabajo se obtuvo una media de 47 años.

Los resultados indicaron también altos porcentajes de pacientes que recibieron tacto rectal (88,3%), gammagrafía ósea (79,0%) y TAC o RMN pélvica (47,3%). Resultados similares a un estudio externo realizado en Madrid titulado *El Cáncer De Próstata En La Comunidad De Madrid En El Año 2000. III - Estudio De Extensión Tumora*⁶⁷ de los 1.127 pacientes con datos conocidos sobre el estudio de extensión, al 71% se realizó Gammagrafía Osea, al 68% TAC, Gammagrafía Ósea y TAC se realizó al 61% pacientes y Gammagrafía Ósea o TAC a 78% y los autores explican estos porcentajes como una tendencia en la literatura mundial a no realizar pruebas de imagen en el estudio de extensión en los pacientes con bajo riesgo de metástasis en función de variables como PSA, estadio y grado de diferenciación o Gleason.

La evaluación de la función urinaria y sexual pre y post tratamiento obtuvo un resultado positivo en la mayoría de los pacientes, un importante aspecto que ha sido estudiado anteriormente por otros autores, en el artículo *Orgasmo y su impacto en la calidad de vida después de prostatectomía radical*⁶¹ 96,4% de los pacientes presentaban disfunción eréctil después de la intervención quirúrgica. En el artículo *Disfunción miccional en el cáncer de próstata*⁶² evalúan 47 enfermos con cáncer de próstata 6 meses después del tratamiento, 37 casos presentaron hiperactividad vesical relevante, 31 incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia y 21 presentaron síntomas obstructivos, y disuria persistente en 12.

Para las variables de consulta por urología y tratamiento en el INC 96,3% y 88,3% de los pacientes presentaron respuesta positiva respectivamente, sin embargo, los pacientes que no fueron atendidos por urología pudieron ser vistos y tratados por la especialidad

de oncología, como se menciona en el artículo de la revista Gaceta Medica de España titulado *El papel de urología y oncología en el nuevo escenario del cáncer de próstata*⁶³ ya que el cáncer de próstata es una enfermedad muy heterogénea y se hace necesario conocer muy de cerca su evolución, esto no se podría llevar a cabo sin el binomio urólogo-oncólogo. A través de esta labor multidisciplinar, la toma de decisiones conjunta será acertada.

Ahora, los datos muestran que la mayoría de la población no registra dato acerca de la realización de biopsia por aguja fina dentro o fuera de la institución lo que podría explicarse por ser un procedimiento realizado al momento de su diagnóstico a nivel histopatológico, el cual, como se ha mencionado en su mayoría fue extrainstitucional. Resultado diferente a los obtenidos en un estudio titulado *Validación de la punción aspiración con aguja fina (paaf) en pacientes mayores de 70 años con sospecha clínica de cáncer de próstata en el hospital de especialidades de las fuerzas armadas, quito 2013-2014*⁶⁴, el 49% de pacientes analizados fueron diagnosticados de carcinoma de próstata, además se determinó que en pacientes con Antígeno Prostático Específico mayor de 12 y con un tacto rectal sospechoso la punción por aguja fina presento un valor diagnóstico del 90%. En cualquier caso, los resultados del estudio sugieren que, en general, ante una sospecha clínica de cáncer de próstata a partir de los datos del PSA sérico y el tacto rectal en la población de edad avanzada, es necesaria la confirmación histológica o citológica del diagnóstico, ya que sólo en aproximadamente la mitad de estos pacientes se confirma el diagnóstico clínico importante para poder dar un correcto tratamiento.

El bajo porcentaje de remisiones a trabajo social, cuidados paliativos y psicología es un aspecto importante que considerar para futuros estudios de investigación del INC, en los cuales se pueda tener mejor trazabilidad de la atención por estos servicios, ya que al revisar únicamente la historia clínica institucional se desconoce si los pacientes fueron manejados por estas especializadas en otros centros de atención. La importancia de estas remisiones en el paciente oncológico han sido comprobadas por estudios, como lo mencionan en el artículo *Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata*⁶⁵ donde demuestran que en temas oncológicos, a la hora de

demandar apoyo psicológico, los hombres piden menos ayuda que las mujeres y específicamente en el cáncer de próstata, adoptan una actitud estoica y comprueban que las intervenciones psicológicas son eficaces para mejorar el estado emocional y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata. O como se sugirió en el artículo *Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review*²⁴ donde en mujeres con cáncer de mama ocurre un panoramadiferente y se encuentra bien documentada esa angustia que ellas a diferencia de los hombres si manifiestan como ansiedad y esos niveles de angustia se elevan a niveles preocupantes que pueden tener implicaciones a largo plazo, habiendo una fuerte evidencia de relaciones entre el historial médico, la educación y el rasgo de ansiedad con la angustia para estas pacientes.

Por su parte un artículo de la Gaceta Mexicana de Oncología titulado *Atención paliativa en el cáncer de próstata*⁶⁶ indicó que los pacientes con cáncer de próstata regularmente enfrentan un pronóstico con menores probabilidades de supervivencia y mayor índice de recurrencias, además de que cursan con otros padecimientos asociados que repercuten en su calidad de vida, dando esta importancia a los cuidados paliativos en este tipo de pacientes.

Este tipo de cáncer impone desafíos en la práctica clínica para orientar de mejor manera el abordaje de cada caso y por supuesto garantizar la calidad en su atención durante el curso de la enfermedad, según el artículo del Colombiano Castaño *Quality of Health care Our responsibility as health care professionals as well as health care system*⁴ son tres los elementos importantes para el proceso de mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud que quiero traer a colación para el presente estudio. El primero de ellos es el mejoramiento de procesos clínicos. Un claro ejemplo es donde un paciente es visto por dos médicos y se le dan dos tratamientos diferentes siendo algo ya culturalmente aceptado, o como ocurrió en el presente estudio donde ha sido muy clara la diferencia entre lo que se esperaría por medio de estándares de atención en salud que se realice con el paciente y otra muy diferente la atención realmente brindada obteniendo los puntos críticos en la atención observados en los resultados obtenidos, esto hace pensar

que se deben implementar los procesos de calidad con mayor rigurosidad para evitar la variabilidad de los resultados mediante el uso de protocolos y guías clínicas establecidas basadas en la evidencia, en literatura médica y en la revisión de paneles de expertos, que se deben estar actualizando mediante un proceso de mejoramiento continuo, sistemático y medirse a través de indicadores establecidos de forma clara por las instituciones oncológicas de tal manera que se fortalezca la crítica de los análisis y asegurar el mejoramiento en los resultados.

El segundo elemento es el Direccionamiento estratégico ya que una vez se altera un eslabón de la cadena, es preciso hacerlo con el sistema completo como un todo, por ejemplo, el darles mayor seguimiento a los resultados financieros o al tiempo que demora una consulta que a los mismos resultados de salud en los pacientes. Así mismo debe ser para obtener resultados en calidad, no solo se debe tener y seguir procesos como se mencionó en el primer ítem, sino que se debe comprometer a los tomadores de decisiones en salud para que la calidad se lleve a cabo e impacte todas las instancias del proceso terapéutico. Se observó esta necesidad en puntos críticos presentados en las oportunidades de tratamiento, así como las remisiones a psicología, trabajo social y cuidados paliativos, por ejemplo. Todo esto tiene un propósito y es comprometer a todos para obtener un cambio total y que entiendan que hay que aportar económicamente para el desarrollo de todos los procesos necesarios para lograr un direccionamiento estratégico como lo han hecho países como Estados Unidos que en el 2001 después del informe de To Err is Human, el congreso de los EE.UU. aprobó US\$50.000.000 anuales para la investigación de la prevención de los errores de la atención en salud.

Y finalmente la transformación cultural tanto para el profesional al comenzar a adoptar los elementos anteriores, una educación continua, aceptar la falta de información o evidencia en el lugar y momento adecuado al manejar la magnitud de información como la que maneja el personal de salud, y entender que el desenlace de la enfermedad está condicionado por más de un actor del sistema. El uso de herramientas como una historia clínica que no está presta para este tipo de investigaciones dificulta unos buenos resultados en materia de calidad. De ahí la importancia que en la búsqueda de la calidad

se dé la transformación o cambio de la cultura de las personas, organizaciones y grupos, que no es una tarea fácil.

En el presente estudio se dividieron las variables utilizadas para evaluar la calidad de la atención en los pacientes con cáncer de próstata en 3 pilares diferentes: calidad en la oportunidad de tratamiento, calidad en el seguimiento y calidad en el reporte de la nota quirúrgica. Como se vio reflejado en los resultados de las variables de calidad, uno de los factores críticos en la atención del cáncer es la oportunidad con la que se instauran los tratamientos, según el artículo *Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia*²⁵ esto se ha tenido en cuenta en diferentes países y para otros tipos de cáncer, por ejemplo en Chile se establece un máximo de 30 días para la confirmación diagnóstica ante una sospecha, 45 días para la estadificación desde la confirmación diagnóstica y 30 días para iniciar el tratamiento desde la misma. Según el *Consenso basado en evidencia para la definición de indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia*⁵⁶ la oportunidad en términos de tiempo para acceder a un tratamiento debe garantizarse a los pacientes, especialmente con este tipo de enfermedades que pueden afectar considerablemente su calidad de vida, igualmente comparando con Chile, consideran los autores que el punto de corte Bueno debe ser menor a 30 días, Regular entre 30 y 60 días y Malo mayor a 60 días, sin embargo el presente estudio se basó en Buena y Mala calidad siendo en su mayoría mala por un 63,8%, además de tenerse en cuenta que la mayoría de los pacientes (85,7%) ingresaron con un diagnóstico extrainstitucional, por tanto se tiene en cuenta que la oportunidad de tratamiento es durante los 30 días posteriores a su ingreso a la institución.⁶⁷ Continuando con el artículo, al evaluar la respuesta de los pacientes posterior al tratamiento, se evidencio que los pacientes que respondieron a dicho tratamiento lo hicieron durante una mediana de tiempo de 25 meses (6-30 meses) y no se observaron nuevas recaídas en los pacientes que respondieron. Sin embargo, los efectos secundarios de la radioterapia se manifestaron con sintomatología intestinal, rectal o vesical leve en 5 (56%) de los pacientes que fueron controlados con tratamiento sintomático. Según un estudio similar titulado *Sobrevida en*

*cáncer de próstata de una población del centro de Colombia*⁶⁸, el seguimiento se determinó como el periodo en meses transcurrido entre el final del tratamiento y la fecha del último control o la fecha de cierre del estudio, tiempo en el cual se determinó la presencia de recaídas al término del seguimiento.

Al evaluar la calidad del reporte de la nota quirúrgica se encontró que la mayoría de los pacientes presentaron mala calidad, Teniendo en cuenta que la linfadenectomía es un procedimiento que se realiza por protocolo en la institución y debería presentarse su registro dentro de la nota quirúrgica⁴³, se observó cómo apenas la mitad de los pacientes tratados en la institución presentaron esta buena calidad. Diferente a lo ocurrido en un estudio externo titulado *Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC)*⁶⁹ donde buscaban determinar el porcentaje de cumplimiento de la normatividad y la calidad de en los registros de la documentación contenida en el expediente clínico y ningún expediente cumplió con el total de las variables de los 21 dominios establecidos en la normatividad. Los porcentajes de cumplimiento más críticos por dominio de evaluación fueron las notas de trabajo social 20%, registro de la transfusión de unidades de sangre 45%, notas de enfermería 47%, nota pos-anestésica 62%, integración del expediente 72%, nota pos-operatoria 76%.

Para referirnos al desenlace de los pacientes en el estudio es preciso recalcar la supervivencia de un gran porcentaje de los mismos, según el artículo *Sobrevida en cáncer de próstata de una población del centro de Colombia*⁷⁰ la sobrevida a cinco y diez años en etapa localizada del 92 y 79%, en enfermedad metastásica fue de 52 y 30% respectivamente y con enfermedad regional la sobrevida fue de 100% tanto a cinco como a diez años.

En otro estudio de diferente institución ubicada en la misma ciudad titulado *Supervivencia de los pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto, en el Hospital Militar Central de Bogotá, D.C. en el Periodo 2008- 2014*⁷¹ la supervivencia Global de los pacientes con Cáncer de Próstata de riesgo intermedio y alto, fue del 57%, y el mayor número de fallecimientos (40%) ocurren en los primeros 3 años posteriores al manejo por oncología, donde se observan cambios drásticos en el curso de la historia natural de

la enfermedad.

6.1. Limitaciones

Una limitación importante del presente estudio fue en primer lugar que al ser el INC un centro de referencia, la mayoría de los pacientes asisten en etapas avanzadas del cáncer de próstata por lo que no es posible valorar indicadores de tamización y de diagnóstico como se quisiera. En segundo lugar, que la historia clínica no está diseñada para la investigación lo que genera la pérdida o ausencia de información además del carácter retrospectivo del trabajo y la imposibilidad de que un paciente sea atendido por una sola institución para todo el manejo de su enfermedad.

7. Conclusiones

-Las diferencias entre los pacientes afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado en salud no fueron significativas para los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Instituto entre los años 2014-2015.

-A pesar del interés del INC en los resultados en calidad y el constante mejoramiento, aún existen puntos críticos como lo son las oportunidades de tratamiento y la calidad del reporte de la nota quirúrgica observados en el presente estudio

-La caracterización de pacientes oncológicos es importante para evaluar la calidad en la atención, para identificar puntos críticos, comparar con otros estudios y establecer las respectivas oportunidades de mejora.

-Es necesario continuar los estudios para evaluar la calidad en la atención para pacientes oncológicos en el país, que se les de la importancia que merecen, con datos más actuales, con muestras más significativas y la inclusión de otras instituciones.

-Es preciso desarrollar un programa operativo con indicadores concretos y estrategias de recolección de información diseñada de acuerdo a la naturaleza del servicio que permita el proceso de investigación y mejoramiento continuo de las instituciones.

Referencias bibliográficas

1. M.C., Cubillos RRD. El concepto de calidad: Historia de la calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista Universidad de la salle [Internet]. 2009; (48):80–99. Available from: <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1170&context=ruls>
2. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. Int J Heal Policy Manag [Internet]. 2014;3(2):77–89. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122083/>
3. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Scielo [Internet]. 2003;Vol.9(n.2):pp.09-21. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Castaño S. Quality of Health care Our responsibility as health care professionals as well as health care system. Educ y práctica la Med [Internet]. 2005;vol 30(N° 4):289–94. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a8.pdf>
5. Carlos Aibar Remón y Jesús M. Aranaz Andrés. Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Univ Zaragoza [Internet]. 2016;Unidad 1:1–23. Available from: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/01/01-contenidos.pdf>
6. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Revista Calidad Asistencial [Internet]. 2001; Available from: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf
7. Martínez A, Robles M, Araque AM. Plan decenal para el control en Colombia, 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social – Instituto Nacional de Cancerología ESE [Internet]. 2012; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>
8. Uribe AG, Gómez FR, Guerrero CED. Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente.” Ministerio Salud y Protección Social [Internet]. 2016; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
9. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J

Qual Heal Care [Internet]. 2003;15(6):523–30. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14660535/>

10. Jaramillo M. Information for the quality of the healthcare system in Colombia: A proposal for a review based on the Israeli model. *Estudios Gerenciales*. 2015;Volume 31(Issue 134):30–40.
11. Donoso A, Amar M, Minassian M, Salazar C. Indicadores de calidad encáncer de mama. *Rev Chil Cirugía* [Internet]. 2013;65(3):216–21. Available from:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v65n3/art04.pdf>
12. Dubón M. The care quality and the doctor-patient disputes. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 2013;12(3):205–10. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-la-calidad-atencion-controversias-medico-paciente-X1665920113270178>
13. Navarro J, Peiro S, Brotons F, Lopez E. Indicadores de calidad en hiperplasia benigna de próstata. Un estudio cualitativo. *Atención Primaria* [Internet]. 2013;46(5):231–7. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/259511832_Indicadores_de_calidad_en_hiperplasia_benigna_de_prostata_Un_estudio_cualitativo
14. Alejandra Moreno-Altamirano, C.D., M. en C. Sergio López-Moreno MC, Alexánder Corcho-Berdugo MC. Principales medidas en epidemiología. *Scielo* [Internet]. 2000;42(4):337–48. Available from:
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n4/337-348>
15. Lastri K. A FRAMEWORK OF REQUIREMENTS FOR STANDARDS. *ISQua's Int Princ Healthc Stand* [Internet]. 2007;3(2):8–11. Available from:
https://www.academia.edu/16555877/International_principles_for_healthcare_standards_b
16. Minsalud. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. Plan Calid Minist salud [Internet]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCION-EN-SALUD.aspx>
17. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2004;30(1):1561–3127. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004
18. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Minist la Protección Soc Dir Gen Gestión la Demanda en Salud [Internet]. 2010; Available from:

[https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Guía Metodológica para la elaboración de guías.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Guía%20Metodológica%20para%20la%20elaboración%20de%20guías.pdf)

19. Social M de S y P. Calidad en el proceso de atención. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>
20. McAvoy B. "Optimising cancer care in Australia." Aust Fam Physician [Internet]. 2003;32(5):369–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12772373/>
21. Cecilia c. Evaluación de la calidad de la asistencia y el nivel de satisfacción de las pacientes asistidas en una Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Scielo [Internet]. 2018;vol.3(n1):23–9. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2393-67972018000100023&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo xxi. Maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutr Hosp [Internet]. 2016;3(33(Suppl 1)):174. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27269214/>
23. Moreno G. Patient's perception on their well-being during hospitalization. Index de Enfermería [Internet]. 2012;21(4):1132–296. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300002
24. Montgomery M. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. J Adv Nurs [Internet]. 2010;66(11):2372–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05439>.
25. Marion Piñeros, MSPI; Ricardo Sánchez, M en EsII, III; Fernando Perry, MCIV; Oscar Armando García, MCIV; Rocío Ocampo, MCI; Ricardo Cendales M en E. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Salud Publica Mex [Internet]. 2011; Available from: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53n6/478-485/>
26. MIRA J. Calidad de la atención al paciente oncológico: Tiempos asistenciales recomendables entre sospecha clínica y definición del plan terapéutico en cáncer de mama y colorrectal. Scielo [Internet]. 2012;vol.35(3):385–93. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272012000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. C. Villabrille García, D. Zuazua-Rico, b, A. Maestro-González, c D, , M.P.

- Mosteiro-Díaz MS-Z. Satisfacción de los padres en unidades de oncohematología. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2021;36(2):J. Healthc. Qual. Res. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-satisfaccion-padres-unidades-oncohematologia-S2603647920301342>
28. Henoch I, Lövgren M, Larsson B, Tishelman C. Perception of quality of care: comparison of the views of patients' with lung cancer and their family members. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012;21(3–4):585–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22150995/>
29. Colton M. Canadian Council on Health Services Accreditation: client-centred cancer staging standards. *Cancer Prev Control* [Internet]. 1998;2(6):295–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10470459/>
30. Urología IN de CESES de. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. 2013; Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GP_C_Comple_Prostata.pdf
31. Biblioteca Nacional de Indicadores en Salud. Obs Calid Aten en salud [Internet]. 2011; Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/BIBLIOTECA NACIONAL DE INDICADORES JUNIO 2011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/BIBLIOTECA_NACIONAL_DE_INDICADORES_JUNIO_2011.pdf)
32. NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001:2015. ICONTEC [Internet]. 2015; Available from: <https://www.agencomex.com/pdf/ISO-9001-2015.pdf>
33. Álvarez Blanco M, Escudero de los Ríos, P Hernández Toríz N. Cancer de próstata. *Rev Mex URLOGÍA* [Internet]. 2008;68(4):250–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur084l.pdf>
34. OMS. The Global Cancer Observatory. GLOBOCAN [Internet]. 2020; Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/27-Prostate-fact-sheet.pdf>
35. OMS. GLOBOCAN Cancer today. Int agency Res Cancer [Internet]. 2020; Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&
36. Ortiz-Arazola GL. Identificación de factores de riesgo para cáncer de próstata.

Enferm Univ [Internet]. 2012;10(1):3–7. Available from:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n1/v10n1a2.pdf>

37. Delgado D. Cáncer de próstata: etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev medica costa rica y centroamérica LXXIII [Internet].2016;620:707–10. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art53.pdf>
38. Horwich A, Lamarre J, Bramley C, Svetlana J, Douillard J-Y. ¿Qué es el cáncer de próstata? Déjenos responder a algunas de sus preguntas. Una guía ESMO para pacientes [Internet]. 2018; Available from: <https://www.esmo.org/content/download/6628/115197/file/ES-Cancer-de-Prostata-Guia-par-a-Pacientes.pdf>
39. Morera Bolaños P, Chacón C. Escala patológica de Gleason para el cáncer de prostata y sus modificaciones. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2017;34(1):2215–5287. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100237
40. González BS. TNM. Escala de estadiaje del cáncer. Med Interna CHU Juan Canalejo [Internet]. 2004; Available from: <https://meiga.info/escalas/TNM.pdf>
41. Nadler R, Andriole G. Who is best benefited by radical prostatectomy? Hematol Oncol Clin North Am [Internet]. 1996;10(3):581–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8773498/>
42. Orlich C. Experiencia con prostatectomia radical en el manejo del estadio temprano del cancer de prostata en el hospital san juan de dios. rev medica costa rica l111 [Internet]. 1986;495:109–110. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/496/art5.pdf>
43. Rincón Mayans A, Zudaire Bergera JJ, Rioja Zuazu J ZD-TB, Barba Abad J, Brugarolas Rosselló X, Rosell Costa D BPJ. Linfadenectomía (ampliada vs estándar) y cáncer de próstata. Actas urológicas españolas [Internet]. 2008;9(32):879–87. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/ae/v32n9/v32n9a04.pdf>
44. Walsh P, Lepor H, Eggleston J. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations. Prostate [Internet]. 1983;4(5):473–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6889192/>
45. Cáncer de próstata: Opciones de tratamiento. Am Soc Clin Oncol (ASCO) [Internet]. 2005; Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-próstata/opciones-de-tratamiento>
46. Abascal Junquera JM*, Hevia Suarez M, *Abascal García JM AGR, Gonzalez

Suárez H, Alonso A**, Juan Rijo G PP. Braquiterapia en el cáncer de próstata localizado. Actas urológicas españolas [Internet]. 2007;31(6):617–26. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/aue/v31n6/v31n6a07.pdf>

47. La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO). Guía de cáncer de próstata. Cancernet [Internet]. 2010; Available from: https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/vignette/Cancer.Net_Guide_to_Prostate_Cancer_PDF_ESP.pdf
48. Uclahealth. Radioterapia y el cáncer de próstata. Dep Justicia Calif [Internet]. Available from: https://www.uclahealth.org/urology/workfiles/IMPACT/radiation_therapy_Span_-_taxol.pdf
49. Tratamiento del cáncer de próstata. Am Cancer Soc [Internet]. 2019;1–68. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9000.00.pdf>
50. Huggins C, Hodges C V. Studies on Prostatic Cancer. I. The Effect of Castration, of Estrogen and of Androgen Injection on Serum Phosphatases in Metastatic Carcinoma of the Prostate. CANCER Res COMMUNICATIONS [Internet]. 1941;1(4):293. Available from: <https://cancerres.aacrjournals.org/content/1/4/293.abstract%0A>
51. Schulman CC, Debruyne F, Forster G, Selvaggi F, Zlotta A. 4-Year follow-up results of a European prospective randomized study on neoadjuvant hormonal therapy prior to radical prostatectomy in T2-3N0M0 prostate cancer. European Study Group on Neoadjuvant Treatment of Prostate Cancer. Eur Urol [Internet]. 2000;38(6):706–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11111188/>

52. Obrador AB, Ramos M, Iglesia MT de la, Zaforteza M. Tratamiento del cáncer de próstata en función de la esperanza de vida, la comorbilidad y las guías de práctica clínica. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n3/original3.pdf>
53. Novoa C, Anguita C, Badilla S, Aliaga A. Nivel educacional como determinante en tamizaje de cáncer de próstata. Scielo [Internet]. 2014;142(9). Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900007#:~:text=Se observó una directa relación,y 95%2C9%25 en educación
54. Arias N. Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base poblacional. Scielo [Internet]. 2018;49(1). Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342018000100063&script=sci_arttext&tlng=es#:~:text=Con relación el estrato socioeconómico,0.88\)%2C independientemente del RAS.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342018000100063&script=sci_arttext&tlng=es#:~:text=Con relación el estrato socioeconómico,0.88)%2C independientemente del RAS.)
55. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta alto costo [Internet]. 2018; Available from: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/Libro_Situacion_Cancer_2018_compressed-1.pdf
56. Merchan L, Quintero P, Parra D. Consenso basado en evidencia para la definición de indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia. Cuenta alto costo [Internet]. 2017; Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/consenso-cancer-de-prostata.pdf>
57. H. Ballentine Carter, Peter C. Albertsen, Michael J. Barry, Ruth Etzioni SJ, Freedland, Kirsten Lynn Greene, Lars Holmberg, Philip Kantoff BR, Konety, Mohammad Hassan Murad dfp y alz. detección precoz del cáncer de próstata: guía de la asociación urológica americana (American Urological Association, aua). guía la asoc urológica am [internet]. 2019; available from: [file:///c:/users/leidy/downloads/deteccionprecoz del cancer de prostata \(1\).pdf](file:///c:/users/leidy/downloads/deteccionprecoz del cancer de prostata (1).pdf)
58. F. Gómez Veiga, J. Ponce Reixa, A. Barbagelata López EFR y, Martín MG. PAPEL ACTUAL DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO Y OTROS MARCADORES EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. Scielo [Internet]. 2006;59(10):1.069-1.082. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/urol/v59n10/original13.pdf>
59. Quiroga Alicia. Experiencia Clínica Con El Uso De Quimioterapia Neoadyuvante Esquema Ac (Doxorrubicinaciclofosfamida) En Pacientes Con Cáncer De Mama

Localmente Avanzado En El Instituto Nacional De Cancerología. Scielo [Internet]. 2013; Available from: <file:///C:/Users/EQUIPO/Downloads/326-Manuscrito-anónimo-1849-1-10-20200207.pdf>

60. F. Herranz amo1, f. Arias funez2 mam, f.j. calahorra fernández4, j. Carballido rodríguez5 rdr, j.a. herrero payo7, C. Llorente abarca8 jomm, I. Martínez-piñeiro lorenzo10, r. Mínguez martínez11 jms, a. Rodríguez antolín13, j.c. tamayo ruíz14 jta. El cáncer de próstata en la comunidad de madrid enel año 2000. Iii - estudio de extensión tumoral. Actas urológicas españolas [Internet]. 2003;27(6):0210–4806. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000600002
61. J.I. Martínez-salamanca García, j. Jara rascón imi, j. Garcíaburgos chf. Orgasmo y su impacto en la calidad de vida después de prostatectomía radical. Actas urológicas españolas [internet]. 2004;28(10). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004001000007
62. Chaparro LP. Disfunción miccional en el cáncer de próstata. Arch españoles Urol [Internet]. 2009;62(10). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009001000002
63. C.M.LÓPEZ. El papel de urología y oncología en el nuevo escenario del cáncer de próstata. Gaceta Medica Villahermosa [Internet]. 2018; Available from: <https://gacetamedica.com/investigacion/el-papel-de-urologia-y-oncologia-en-el-nuevo-escenario-del-cancer-de-prostata-gx1505833/>
64. Díaz G., Salazar O., Polanco R. Validación de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) en pacientes mayores de 70 años con sospecha clínica de cáncer de próstata en el hospital de especialidades de las fuerzas armadas, quito 2013-2014. Univ Cent Ecuador [Internet]. 2014; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4668/1/T-UC-0006-70.pdf>
65. Oraá N, Sánchez F, Ossola Lentati E, Pino3 VFJC y N del. Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata. Psicooncología [Internet]. 2013;10(2–3). Available from: <file:///C:/Users/LEIDYL/Downloads/43454-Texto del artículo-65048-3-10-20171020.pdf>
66. Agustín P, Jiménez M, Castañeda C, Castañeda G, Lozano J. Atención paliativa en el cáncer de próstata. Gaceta Mexicana Oncología [Internet]. 2015;14(3):185–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-atencion-paliativa-el-cancer-prostata-S1665920115000528>

67. Recidiva del cáncer de próstata después de la prostatectomía radical y radioterapia de rescate. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004001000005
68. Sobrevida en cáncer de próstata de una población del centro de Colombia. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v40n2/v40n2a06.pdf>
69. Sánchez1 KV, Vázquez2 JAPC y, Martha Olivia Soto Arreola. Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC). CONAMED [Internet]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con154b.pdf>
70. Carlos Raúl Villegas, José Arnoby Chacón TS. Sobrevida en cáncer de próstata de una población del centro de Colombia. ACTA MEDICA Colomb [Internet].2015; Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v40n2/v40n2a06.pdf>
71. Nelson Rolando Campos Guzmán. Supervivencia de los pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto, en el Hospital Militar Central de Bogotá, D.C., en el Periodo 2008-2014. 2016; Available from: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4229/Campos_Guzmán_Nelson_Rolando_2016.pdf?sequence=1