



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DE L ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE**

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1º. DE OCTUBRE EN
EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 2015 A 2018**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO O DIPLOMA DE ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DR.HUGO PALACIOS VILLEGAS

DIRECTORA:

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES

COASESOR:

DR.BERNARDO SOTO RIVERA

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL

590.2019

**NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
068.2019**

CIUDAD DE MEXICO, MAYO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL REGIONAL " 1º. DE OCTUBRE "

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1º. DE OCTUBRE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 2015 A 2018

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO: 068. 2019

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL :

Dr. Ricardo Juárez Ocaña

Coordinador de Enseñanza e Investigación



Dr. José Vicente Rosas Barrientos

Jefe de Investigación



HOSPITAL REGIONAL " 1º. DE OCTUBRE"

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

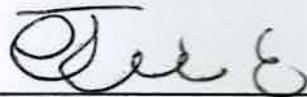
" CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1º. DE OCTUBRE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 2015 AL 2018

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO: 068.2019

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL:

Dr. Bernardo Soto Rivera

Profesor Titular del Curso



Dra. Celina Trujillo Esteves
Profesor Adjunto de Anestesiología

AGRADECIMIENTOS

A mi madre , Bertha que a sus 90 años de edad, continúa con una mente preclara. Con una fuerza de voluntad y tesón que han hecho de ella una persona ejemplar.

A Juanita ,mi esposa, por su amor inacabable y su fortaleza infinita.

A mis hijos . Eunice y Juan Carlos.

A mis nietos; Carmen. Mateo y Regina que son la alegría y motivo de mi existencia.

A los pacientes del ISSSTE que con su sufrimiento y enfermedad nos han motivado a ser mejores médicos.

Al Dr. Antonio García López † ¡Todo un ejemplo para los residentes de Anestesia en aquella época!

Al Dr. Bernardo Soto Rivera . Jefe del servicio de Anestesiología y Clínica del Dolor.

En especial agradecimiento para la Dra. Celina Trujillo Esteves ,por su guía en la realización de ésta tesis y mi admiración por su sed de conocimiento .

INDICE

PORTADA.....	1
APROBACIÓN DE TESIS.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
ANTECEDENTES.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVO GENERAL.....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
ASPECTOS ÉTICOS.....	28
ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES.....	38
PERSPECTIVAS.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXO.....	44

**Si Salvas una vida.....
Salvas a toda la humanidad.**

Mahatma Gandhi

**La superficie de la tierra es la orilla del Océano Cósmico.
Desde ella hemos aprendido la mayor parte de los que sabemos.
Recientemente nos hemos adentrado un poco en el mar, vadeando lo
suficiente para mojarnos los dedos de los pies, o como máximo, para
Que el agua nos llegara al tobillo. El agua parece que nos invita a continuar
El Océano nos llama.**

Carl Sagan

¿ Qué cuál es la mejor religión ¿

**La que te acerca más a Dios. La que te hace ser mejor, la que te vuelve más
compasivo ¡ésa ...es la mejor religión!**

Dalai Lama

RESUMEN

El Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional “ 1º de Octubre” recibe un número importante de enfermos oncológicos con diferentes grados de afectación física, psicológica y social. Anteriormente se ha realizado el diagnóstico situacional de algunas de las enfermedades oncológicas más prevalentes.

Ante el incremento de los pacientes con cáncer de próstata que son referidos para atención paliativa, se requiere conocer cuáles son sus características contextuales, el diagnóstico histopatológico y el estadio clínico con el que llegan al servicio, así como qué tratamientos de intención curativa y paliativa han recibido ,con el objetivo de brindar una atención más eficiente en éstos pacientes y adecuar los cuidados paliativos a cada caso en particular, optimizando los recursos, tanto del personal, fármacos y de la infraestructura del Hospital para proporcionar una calidad de vida aceptable; diagnóstico oportuno de los diferentes síntomas, garantizar la atención paliativa integral en los pacientes con cáncer de próstata .

Se realizó un estudio transversal retrospectivo con la información obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de Cáncer de Próstata

Palabras Clave: Cáncer de próstata, Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

In the Palliative Care Service of the Regional Hospital. "1st. "a significant number of patients are received monthly with the diagnosis that affects the patients physically and psychologically and socially. In the Palliative Care Service of the Regional Hospital "1st. From October " there is no information on how many patients are received each year with the diagnosis of prostate cancer, what are their contextual characteristics, the histopathological diagnosis and the clinical stage with which they arrive at the service, and what treatments with curative intent and palliative have received, as well as the most frequent symptoms, making this information important for Palliative Care personnel. In order to provide more efficient care in these patients and adapt palliative care to each particular case, optimizing resources, both staff, drugs and infrastructure of the Regional Hospital "1st. From October " to ensure a possible longer survival and in the best conditions for an acceptable quality of life, in addition to considering establishing a standardization of care criteria in the Institutions of the National Health System; timely diagnosis, access to treatment, rehabilitation and palliative care, guarantee comprehensive care for prostate cancer and very importantly, promote a culture based on prevention and change of risk behavior to avoid this disease so not to continue with the spiral characterized by late diagnosis, which occurs in 70% of cases. A retrospective study will be carried out with the information obtained from the clinical records of patients diagnosed with Prostate Cancer who have been treated in the Palliative Care service at the Regional Hospital "1st. From October "in the period from 2015 to 2018.

Key Words: Prostate cancer, Palliative Care.

INTRODUCCIÓN

Los orígenes de la palabra Cáncer se remontan al Griego antiguo, **karkinos**, que significa cangrejo, termino que ya se usaba desde los tiempos de **Hipocrates** para denominar ciertos tumores, por el parecido que el médico observó entre las lesiones y la forma del crustáceo¹. El cáncer constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial, Se estima que el 90% de los pacientes con tumores malignos presenta dolor no controlado, lo cual afecta significativamente su calidad de vida². El Dr. Siddaharta Mukherjee ,oncólogo de Oxford y Doctorado en Medicina por la Universidad de Harvard publicó un ensayo en 2010 “ The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer” (El Emperador de Todos Los Males: Una Biografía del Cáncer) que le aporta el premio Pulitzer por ser una obra de difusión científica, ya traducida al Español . Donde transmite al personal médico y público en general lo terrible de ésta enfermedad.

A nivel mundial, el cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en los hombres mayores de 50 años. En nuestro país es de 10.6% de acuerdo a el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas y tardíamente diagnosticado, generalmente cuando ya se encuentra en una etapa más avanzada 70% y un porcentaje de 17% de todas las neoplasias malignas en el sexo masculino³ y es la principal causa de muerte, seguido por el cáncer de pulmón y estómago. La supervivencia y la terapia varían de acuerdo con la nación y las diferentes regiones de estos países. En México tiende a encontrarse una mayor incidencia en la región sur debido, posiblemente, a el menor desarrollo económico y menor información respecto a esta enfermedad y a diferencia del norte de nuestro país y países de primer mundo. Lógicamente la estadística depende mucho de la detección y tratamiento oportunos. En el cáncer avanzado de próstata, las metas del tratamiento serán, el prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. Este tipo de pacientes con neoplasias avanzadas tienen una sintomatología variada, en las que se incluyen alteraciones emocionales, problemas económicos, sociales y familiares; lo cual, en parte, en relación a la sintomatología se puede deber a la toxicidad y efectos secundarios del tratamiento del cáncer, ya sea hormonal, quimioterapia o

radioterapia, que actualmente, por los avances, en estas áreas, tienden a ser más agresivos.

Los cuidados paliativos son la atención global y activa de pacientes con enfermedad neoplásica, tanto al inicio como en la fase irreversible. El paciente y la familia, generalmente, perciben este diagnóstico y la fase en la que se encuentra la enfermedad, como un hecho contundente de muerte, a corto o mediano plazo, por lo que se debe de dar apoyo al paciente y a los familiares.

Es prioritario el control de los síntomas, del estado anímico y psicológico, de los aspectos sociales y espirituales. La intención es mejorar la calidad de vida lo más óptimo posible, así como su independencia y proporcionar la mayor sobrevida posible, sin deterioro de la calidad de vida.

ANTECEDENTES

El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente a nivel mundial en hombres mayores de 50 años de edad, aunque un 75% se diagnostican en hombres mayores de 75 años y es la 3ª. Causa de muerte por cáncer después del de pulmón y estomago, en hombres mayores de 40 años de edad. Siendo en Estados Unidos la segunda causa de muerte por cáncer en varones. En estudios de autopsias de hombre fallecidos por otras causas entre 30 y 39 años de edad, se encontraron focos microscópicos en un 30% y hasta un 80% en sujetos de más de 80 años de edad.

Dada su frecuencia en las poblaciones, el cáncer de próstata es una patología de importancia a nivel nacional e internacional. Debido a las dificultades del sistema de salud, la poca disponibilidad de especialistas y la alta prevalencia, el conocimiento de ésta condición debe de ser del dominio de todo médico general y no se debe quedar en esferas de la medicina especializada, como la urología y la oncología. No obstante, el tratamiento de manera integral, debe de ser dado por centros de excelencia en cáncer⁴. El acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno⁵ es una condición asociada a la mortalidad y la diferencia a éste acceso podría explicar la disparidad en la mortalidad por cáncer de próstata en diferentes partes del mundo.

FACTORES DE RIESGO

Son; Genéticos, la herencia es responsable de un 10% de los casos, la integridad de la producción de andrógenos ,edad, Historia familiar, un 25% presentan historia familiar. Una persona con familiares de primer grado afectados de cáncer de próstata tiene 2-3 veces mayor riesgo de manifestar la enfermedad. Se han encontrado alteraciones en los genes supresores como el p53 y el PTEN, los cuales se relacionan con aumento de la incidencia y progresión y agresividad del cáncer. De próstata. Entre otros genes alterados se ha encontrado; Oncogén RAS, EIF3S3, BCL2 (anti-apoptosis), EGFR, FGFR 2c, ERBB2, BRCA 2, MET, además de algunas mutaciones en el cromosoma 1 (riesgo Cá. P. familiar) y 8 (cáncer esporádico).

A lo largo de la historia, el gen BRCA2 se ha relacionado con el cáncer de mama; sin embargo, hallazgos recientes indican que este puede jugar un papel importante en el cáncer de próstata . No se ha logrado identificar con certeza el mecanismo por el cual sus mutaciones predisponen al desarrollo de cáncer. De próstata, aunque por su función se deduce que alteraciones y mutaciones predisponen a una menor reparación de los daños del genoma⁶, lo cual podría resultar en alteraciones del ciclo celular y por consiguiente, una mayor proliferación celular. Por lo general, los pacientes con mutaciones del gen BRCA2 presentan mayor incidencia de cáncer de próstata⁷, estadios más avanzados(T3-T4), fenotipos más agresivos y menor sobrevida a pesar de recibir un tratamiento local con intento curativo similar⁸.

Andrógenos; existe evidencia de que un aumento en la concentración de los niveles de testosterona incrementan la incidencia de cáncer de próstata, aunque no se ha establecido una relación dosis/respuesta ni una concentración a partir de la cual se incremente el riesgo, además no se ha encontrado mayor riesgo en pacientes con hipogonadismo tratados con terapia de remplazo de testosterona⁹.

Estrógenos; se ha evidenciado que los estrógenos pueden predisponer e incluso causar cáncer prostático. En éste aspecto es importante recalcar el 17B-estradiol ya se ha clasificado como carcinógeno sobre todo en el cáncer de mama y endometrial. Se cree que el efecto de los estrógenos en el cáncer de

próstata es causado por mutaciones directas a través de la regulación por efectos epigenéticos o por alteración endocrina propiamente dicha.

Raza; esta patología presenta una incidencia de 123 por cada 100,000. Habitantes de raza blanca. Los varones de raza negra presentan mayor riesgo, 208 por cada 100,000 habitantes y se presenta en estos a edades más tempranas y con mayor carga tumoral.

Se estima que 1 de cada 7 hombres serán diagnosticados a lo largo de su vida con cáncer. De próstata y que 1 de cada 38 hombres morirán como consecuencia de éste.

En países Orientales el cáncer de próstata es 120 veces menor que en los países Escandinavos y se ha relacionado con los hábitos dietéticos^{10,11}.

Existe relación con; incremento en la ingesta calórica, grasas de origen animal, menor concentración de selenio, menor concentración de flavonoides, relacionándose éstos factores mayormente con adenocarcinoma de próstata. También influye la obesidad por aumento en la resistencia a la insulina y aumento de las prostaglandinas¹².

Los reguladores en el crecimiento y diferenciación del epitelio prostático son andrógenos y metabolitos de la vitamina "D" ambos confluyen en el eje del factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1).

Las alteraciones en éstas vías resultan en un desequilibrio entre la proliferación y la apoptosis que puede desembocar en cáncer prostático.

También se ha asociado a polimorfismos de los receptores de andrógenos o del receptor de la vitamina "D" en el cáncer de próstata que influyen en la presentación y respuesta al tratamiento. Estos receptores están involucrados en la transcripción de proteínas relacionadas con el crecimiento de las células prostáticas.

FACTORES PROTECTORES

Se encuentran; la soya, (fitoestrógenos), jitomate (alto contenido de licopenos), vitamina "D" suplementos de selenio, vitamina "E", aunque estos 2 últimos factores no se han comprobado del todo los reguladores en el crecimiento y diferenciación del epitelio prostático son andrógenos y metabolitos de la vitamina "D" ambos confluyen en el eje del factor de crecimiento similar a la insulina(1GF-1) .

Las hormonas del crecimiento y andrógenos estimulan la proliferación. Los metabolitos de la vitamina "D" son un factor inhibitorio proliferativos en el Instituto de Ciencias médicas y Nutrición Salvador Zubirán" se realizó un estudio de polimorfismo de receptores de andrógenos en la población Mexicana, en la que se encontró que la repetición da la tripleta CAG fue más frecuente en pacientes con cáncer prostático, así como un sitio de restricción Taq 1 del alelo t del receptor de vitamina "D" que se asoció a un mal pronóstico del cáncer P.

La división celular en la próstata se controla a través de la testosterona que es reducida en la próstata por la enzima 5-alfa- dehidrotestosterona (DHT). En cuanto al diagnóstico; en cuanto a la sintomatología ,la mayoría de los casos de cáncer de próstata, no producirán signos ni síntomas alguno, sobretodo si se encuentra en el lóbulo posterior y no hay hipertrofia glandular. Cuando estos aparecen son similares a los del aumento de tamaño, de la próstata; dificultad para orinar ,chorro débil, urgencia frecuente para orinar, especialmente durante la noche, micción dolorosa o con sensación de quemazón y sangre en la orina.

El tacto rectal, se considera un método subjetivo que requiere entrenamiento y experiencia y es mal aceptado por la población .Solo permite palpar la zona lateral y posterior de la glándula .Como método de cribado poblacional ha sido investigado en dos estudios aleatorizado y la detección de cáncer en la población cribada fue del 1.1-2.4% con unos valores predictivos positivos del 28%. El tacto rectal no es el único medio, pero es complementarios

En cuanto a la ecografía trans rectal sus valores predictivos son bajos, debido a que no puede diferenciar entre nódulo maligno o benigno. No existe evidencia de que su uso como método de cribado mejore la mortalidad. Su principal indicación es sólo como exploración diagnóstica.) La confirmación histológica mediante biopsia se considera el estándar de referencia. Sin embargo las biopsias se realizan sólo cuando los demás estudios practicados anteriormente, son sospechosos de cáncer, pero los resultados de la biopsia son sesgados en cuanto a especificidad y sensibilidad.

En cuanto a los marcadores ,se utilizan el PSA, fosfatasa ácida, fosfatasa alcalina prostática^{13,14,15}. El antígeno prostático específico (APE)¹⁶ es una serínproteasa, es decir es una glucoproteína órgano-específica, de 33 Kda de cadena simple de la familia de las calicreinas (descrita por 1ª.vez en 1930 por Werles)por lo que un valor elevado también puede indicar hiperplasia benigna de próstata, retención urinaria, prostatitis, masaje prostático, eyaculación, y presentarse después de citoscopía, biopsia o sondeo vesical. Se debe considerar también que a los 6 meses de tratamiento con finasteride ,el antígeno prostático específico puede disminuir hasta un 50%.

Un valor de antígeno prostático de 4ng/ml se ha utilizado tradicionalmente como límite superior de la normalidad del Test. Y tiene una sensibilidad de 67% y especificidad de 80%. Pero hoy por hoy sin embargo no se dispone de una estrategia óptima de detección temprana del cáncer de próstata. El APE se produce en las células epiteliales glandulares, endometrio, mamas, leche materna y suero femenino, se secreta hacia el líquido seminal con objeto de disolver el coágulo seminal.

La gammagrafía ósea, se hace en pacientes con APE > 20ng/ml, o cuando la neoplasia es poco diferenciada(suma de Gleason 8 y 10).La probabilidad de encontrar metástasis óseas con APE < de 20ng/ml. La elevación de la fosfatasa alcalina si está elevada puede deberse a metástasis.

En cuanto a la histopatología la neoplasia intraepitelial de alto grado (NIP) es una lesión premaligna y antecede al Ca P. Hasta 10 años, cuando la NIP está en la biopsia existe alrededor de un 50% de riesgo que el Ca de P esté presente.

Suma de Gleason (en 1974):

2-4 bien diferenciada

5-7 moderadamente diferenciada

8-10 pobremente diferenciada

Entre mayor es la suma peor es el pronóstico. El dolor es un problema común en los sobrevivientes de cáncer (considerándose como sobreviviente de cáncer a todo paciente que ya tiene establecido éste diagnóstico y hasta el momento de su muerte, de acuerdo al criterio de la “ Coalición Nacional para la Supervivencia del Cáncer”,). El tratamiento del dolor se considera como un derecho humano. El dolor crónico representa más de la mitad de las consultas al sistema de atención primaria y representa el 25-29 de la población mundial, estimándose que aproximadamente 28 millones de Mexicanos lo padecen, entre adultos y niños y con respecto a las personas diagnosticadas con cáncer, lo experimentan del 65-85% el manejo inadecuado del dolor trae consigo alteraciones físicas, , psicoafectivas, económicas tanto para el paciente, familiares cercanos que conviven día a día con el enfermo y a nivel de los recursos de atención médica, por lo que se han dispuesto diferentes guías clínicas internacionales para el manejo del dolor ,como son de; The National Comprehensive Cancer Network (NCCN). The American Society of Clinical Oncology(ASCO). European Society for Medical Oncology (ESMO)¹⁷. Etc.

Además de que ,todas las modalidades de tratamiento contra el cáncer, llámese cirugía, radioterapia, quimioterapia (ésta última frecuentemente dando origen a neuropatía periférica) tienen en ocasiones, el potencial de causar dolor . Sin embargo aunque parezca contradictorio en especial la cirugía y radioterapia se considera también como paliativa¹⁸ ya que en ocasiones por medio de éstas al producir la citoreducción del tumor, pueden disminuir el dolor. El tratamiento del dolor también es con el uso farmacológico, siendo importante el uso de

narcóticos con sus cuidados estrechos y sus riesgos, en especial si el paciente no tiene familiares cercanos que estén a su cuidados¹⁹. Considerando que en general estadísticamente y en promedio, más del 40% de los sobrevivientes, viven más de 10 años ²⁰.

El abordaje para los cuidados paliativos, se centran en 3 ámbitos principales para lograr estos objetivos : morbilidades asociadas con la enfermedad, morbilidades asociadas con el tratamiento y calidad de vida del paciente y ésta última, que incluye prolongar la vida .Las pautas son multidisciplinarias ; médicos oncólogos, de las diferentes áreas de especialización, algólogos, enfermería, Psicólogos, Psiquiatras, nutriólogos. Medicina Física y de rehabilitación y muy importante la participación de los familiares. Es de hacer notar que los cuidados paliativos deben iniciarse desde que se tiene conocimiento del diagnóstico y no en forma tardía²¹ como ,en general cree la mayoría de las personas, y desgraciadamente algunos médicos, ya que el objetivo es brindar la mejor calidad de vida posible al paciente con diagnóstico de cáncer.

Con el tiempo se han desarrollado nuevos tratamientos de prolongación de la vida para hombres con diagnóstico de cáncer de próstata, pero la posibilidad de prolongar la vida también debe equilibrarse con la calidad de vida ,particularmente porque existen efectos secundarios relacionados con éstos tratamientos ²² . El diagnóstico de cáncer de próstata es fatal para la gran mayoría de los enfermos y sus familiares más cercanos, desde la idea que éste es un pronóstico definitivo de muerte, y que es muy poco lo que se le puede ofrecer con reacciones variadas: Tristeza, rebeldía, negación, finalmente aceptación y resignación ante ,este diagnóstico.

Es importante brindar una asistencia al enfermo durante éstas etapas, comprenderlo ,apoyarlo, tolerarlo y explicarle en que va a consistir el tratamiento ,oncológico y los cuidados paliativos, aquí debemos considerar que el manejo integral es específico e individualizado para cada paciente ya que las condiciones físicas y necesidades de cada enfermo son particulares . En cáncer de próstata ,los cuidados paliativos están infravalorados, a pesar que la evidencia muestra beneficios en varias poblaciones de pacientes, posiblemente

debido a la asociación con el cuidado al final de la vida. El cáncer de próstata es particularmente susceptible al manejo de los síntomas paliativos debido al largo curso de la enfermedad ²³.

De los estadificados en el momento del diagnóstico el 80% tendrán una enfermedad localizada, el 12% y el 4% tendrá una enfermedad metastásica.

La morbilidad específica de la enfermedad empeora a medida que el cáncer de próstata progresa y puede incluir metástasis óseas, cuando el cáncer ha traspasado la cápsula de la próstata, invade tejidos vecinos como los ganglios linfáticos de la pelvis y puede metastatizar a través de la corriente sanguínea o el sistema linfático, preferentemente al hueso y en especial a la columna vertebral. También puede producir compresión de la médula espinal, linfedema, obstrucción urinaria, fatiga, anemia y efectos psicológicos significativos que incluyen depresión, ansiedad, capacidad de afrontamiento deficiente, visión alterada de sí mismo y del futuro, falta de empoderamiento, e interrupción de la intimidad con la pareja.

Los tratamientos para el cáncer de próstata varían según la etapa, pero todos pueden estar asociados con la morbilidad. La quimioterapia²⁴, el tratamiento localizado con cirugía y/o radiación se asocian con efectos secundarios que incluyen dolor, disfunción eréctil, incontinencia, disfunción intestinal, fatiga, disuria, hematuria macroscópica y desarrollo de estenosis uretral. Los hombres que desarrollan recidiva bioquímica después de la terapia localizada y los hombres a los que se les diagnostica una enfermedad regional o metastásica pueden ser tratados con privación de andrógenos, lo que puede causar efectos secundarios como náuseas, vómitos, diarrea, sofocos, pérdida de la libido, ginecomastia, insomnio, úlcera gástrica, supresión inmunitaria, efectos psiquiátricos²⁵ mialgias, aumento de peso, osteoporosis y síntomas del tracto urinario inferior

La literatura apoya de manera abrumadora la utilización de los cuidados paliativos tanto en enfermedades de largo plazo como en diversas formas de cáncer. Los ensayos aleatorios múltiples han demostrado una mejora significativa de la calidad de vida, disminución de la intensidad de los síntomas,

mejora de la satisfacción del paciente, estadías menos prolongadas en el hospital, ya que los cuidados paliativos también pueden llevarse a cabo en el hogar por personal especializado y con la ayuda de familiares lo que conlleva a menores costos de atención médica y atención menos agresiva al final de la vida.

Los datos limitados que examinan los cuidados paliativos específicamente en el cáncer de próstata respaldan el uso de los cuidados paliativos . Una revisión en MD Anderson encontró que los síntomas más comunes reportados por hombres con cáncer de próstata avanzado incluían fatiga, somnolencia y dolor. Después de la intervención de los cuidados paliativos, los pacientes tuvieron una mejoría estadísticamente significativa en esos síntomas, así como en el sueño, el bienestar, la ansiedad y la depresión. Rabow et al. ²⁶ .Encontraron que los hombres con cáncer de próstata sometidos a cuidados paliativos además de su manejo oncológico o quirúrgico tuvieron mejoras significativas en la fatiga ($p=0.02$), ansiedad($p<0.01$), depresión($p<0.01$), calidad de vida($p<0.019$ y bienestar espiritual($p0.01$).

Estudios de la epidemiología del cáncer en general, en nuestro país analizan las tendencias y cambios durante las 2 últimas décadas y se hacen proyecciones de la mortalidad por cáncer para el año 2020. Las proyecciones de muerte por neoplasias a nivel mundial indican que en el lapso del 2007 al 2030 la mortalidad aumentará 45% pasando de 8 millones a 11.5 millones.(Organización Mundial de La Salud 2017);según cifras de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC por sus siglas en Ingles).

Con respecto al cáncer de próstata en México, hasta enero del 2018 ,se habian reportado por el INEGI > de 19 defunciones al día, casi 7000 al año y de 21000 a 25000 nuevos casos,así mismo, realizó un análisis prospectivo para el 2020 que contempla 11.5% de defunciones por cada 100,000 habitantes

Por lo que reiteramos la importancia y la adecuación de los cuidados paliativos en el manejo integral del paciente diagnosticado con cáncer, desde el inicio de la enfermedad y hasta la resolución de la misma llámese esto último, la muerte o el control de la misma ya que actualmente tiende a ser crónica, como otras patologías , debido a la sobrevida más prolongada con los recursos de

tratamiento con que se cuenta en la actualidad y recordando que la sobrevida debe ir acompañada de una buena o en su defecto, aceptable calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con cáncer de próstata, tratados en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º. de Octubre, en el periodo comprendido del 2015 al 2018?

JUSTIFICACIÓN

Comprender cómo se desarrollo el cáncer de próstata a través del tiempo, el manejo de la sintomatología, el manejo del aspecto físico, psicológico y social, lo cual nos permitirá anticipar la necesidad para cubrir la demanda de atención. Debido a que es el tumor maligno más frecuente en la población masculina y en México, la información publicada sobre incidencia ,sintomatología y edad al diagnóstico, es aislada en el tiempo y carece de análisis de tendencias correspondientes. El propósito es diseñar una estrategia para enfrentar ,el cáncer de próstata ,en especial lo que nos compete en cuanto a los cuidados paliativos, no olvidando que el tratamiento del cáncer es multidisciplinario. Llevarlo a cabo en las instalaciones del hospital ya sea en ocasiones en internamiento ,en consulta externa o en su domicilio con la ayuda de los familiares en su circulo más cercano y con el personal médico y paramédico.

Es importante caracterizar a los pacientes con cáncer de próstata que son atendidos en los Servicios de Cuidados Paliativos, lo que permite hacer más eficiente la atención, no sólo médica sino psicológica y social. De esta manera podemos anticiparnos al control de síntomas o determinar si encontramos asociaciones de síntomas en cualquiera de estas tres esferas, de tal modo que la atención sea dirigida a ese síntoma, evitando así sufrimiento innecesario y una atención más oportuna.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir las características de los pacientes con cáncer de próstata, atendidos en el el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º. de Octubre, en el periodo comprendido del 2015 al 2018.

Objetivos específicos:

Reportar el diagnóstico y el estadio en que se recibe al paciente con cáncer de próstata.

Describir los tratamientos oncológicos, así como los tratamientos paliativos.

Identificar los síntomas más frecuentes.

Reportar tiempo de seguimiento del Servicio de Cuidados Paliativos a los pacientes con cáncer de próstata.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previa aprobación del Comité de Ética y de Investigación, se realizó un estudio retrospectivo transversal, Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por Servicio de Cuidados Paliativos, del Hospital Regional 1º. De Octubre comprendido del 2015 al año 2018

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN** : Expedientes clínicos bien conformados de pacientes con el diagnóstico de cáncer de próstata, referidos al Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º. de Octubre, en el periodo comprendido del 2015 al 2018.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Expedientes incompletos de pacientes con el diagnóstico de cáncer de próstata, atendidos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º. de Octubre, en el periodo comprendido del 2015 al 2018.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Expedientes incompletos de pacientes con el diagnóstico de cáncer de próstata, atendidos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º. de Octubre, en el periodo comprendido del 2015 al 2018.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró una base de datos en Excel.

Se aplicaron medidas de frecuencia, media, mediana, moda, porcentajes para las cualitativas

Los resultados se presentan en cuadros y gráficas.

ASPECTOS ÉTICOS

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación en Humanos, la investigación no tiene riesgo, ya que se considera dentro del número 1: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: Cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

No se viola la Ley General de Protección de Datos Personales, pues no se debe pedir consentimiento para utilizar los datos como lo dice en el Capítulo 1 (de los principios) Artículo 22, fracción VII: Cuando los datos personales sean necesarios para efectuar un tratamiento para la prevención, diagnóstico, para la prestación de asistencia sanitaria.

Se actúa conforme a los Principios Básicos de la Bioética, pues no dañamos (No Maleficencia) a ningún paciente, dado que la investigación es únicamente con los expedientes de los pacientes con cáncer de próstata del Hospital Regional 1º. de Octubre; se procede con Justicia porque toda la información es anónima y se manejan todos los expedientes por igual. Se lleva a cabo la Beneficencia, pues con los resultados de la investigación, se trata de mejorar la Calidad de Vida de próximos pacientes con cáncer de próstata en el Hospital Regional 1º. de Octubre. El Principio Básico de Autonomía no aplica porque en esta investigación no es necesario el consentimiento informado; dado que es un estudio retrospectivo.

RESULTADOS

Previa autorización de los Comités de Ética e investigación, se incluyeron 28 expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de Cuidados Paliativos de los años 2015 al 2018. Con diagnóstico de Cáncer de próstata. Las características contextuales se muestran en los Cuadros 1 y 2, la edad promedio de los pacientes fue de 74.9 años \pm 8.48. Religión siendo la católica predominante de 88.23 %.

En cuanto a preparación académica se muestran datos de 7.14% nula y coincidiendo con el porcentaje de la preparación Superior.

Educación media y media superior 28.57, ambas. Casados el 95.83% y viudos 4.16%.

Respecto a la ocupación o actividad, la mayoría de los pacientes eran jubilados como se puede ver en el Cuadro 1.

El 100% de los pacientes recibieron atención por el servicio de Cuidados Paliativos siendo el dolor el síntoma y dato sobresaliente motivo de la interconsulta y tratamiento ulterior. Así como el manejo de los efectos secundarios al tratamiento oncológico y la progresión de la enfermedad. Se registró la evaluación de la escala unidimensional utilizada en la medición del dolor inicialmente, escala numérica análoga, ENA que reportó: dolor leve 56.25% y moderado 43.75%. Se muestran los valores en el Gráfico 1

En cuanto al tratamiento Oncológico encontramos a la hormonoterapia con un 100%. Quimioterapia 62.96% coincidiendo con la combinación Hormonoterapia + Quimioterapia 62.96%, radioterapia 33.33%. Quimioterapia+ radioterapia 29.62%. Tratamiento quirúrgico 14.81% y Tratamiento biológico 3.70%, como se observa en la Gráfica 2.

Con respecto a las variables cuantitativas discretas, se observa en el Cuadro 2 la presencia de síntomas, como el cansancio, malestar, náuseas, disminución del bienestar.

Siendo el porcentaje de enfermos que presentaron dichas variables cuantitativas: Cansancio 1.85%. Malestar 48.14%. Náuseas 40.70% Disminución del apetito 37.03% y las restantes con porcentajes mínimos. Depresión

33.33%. Ansiedad 225.92%. Disnea 7.40% Trastorno cognitivo 3.703%. Los resultados se presentan en el Gráfico 3

CUADRO 1 . Características contextuales

VARIABLE	n=28
Edad:	Promedio
• Rango 64 - 94 años *	74.9 años \pm 8.48
Religión:	
• Católica	88 %
• Creyentes	6%
• Cristiano	6%
Estado Civil:	
• Casados	96%
• Viudos	4%
Escolaridad:	
• Básica:	14 %
• Básica incompleta:	14 %
• Nula:	7%
• Media:	29%
• Media superior:	29%
• Superior:	7%
Ocupación:	
. Jubilados	20
. Activos	3
Tratamientos:	
. Cuidados Paliativos	100%
. Tratamiento del Dolor ENA:	
Leve	56%
Moderado	44%
. Biológico	4 %
. Quirúrgico	15 %
. Quimioterapia + Radioterapia:	30%
. Radioterapia	33%
. Hormonoterapia + Quimioterapia	63%
. Hormonoterapia	100%

***Cuantitativa Discreta**

Los resultados de las variables cuantitativas se presentan en promedio y desviación estándar y para la variables cualitativas se presentan en porcentajes.

CUADRO 2 . Características contextuales

VARIABLE	CUANTITATIVAS DISCRETAS PROMEDIO	N=28 Desviación Estándar
Número de hijos	4.8	2.20
Estadio Clínico	3.7	0.37
Escala Karnofsky	79	9.27
Escala ECOG	2	0.88
Cansancio	5	1.79
Depresión	5	0.66
Ansiedad	5	1.35
Somnolencia	4	1.39
Disminución del apetito	4.	0.31
Disminución del bienestar	5	3.79
Disnea	5	0.70
Insomnio	4	2.30

Los resultados de las variables cuantitativas se presentan en promedio y desviación estándar .

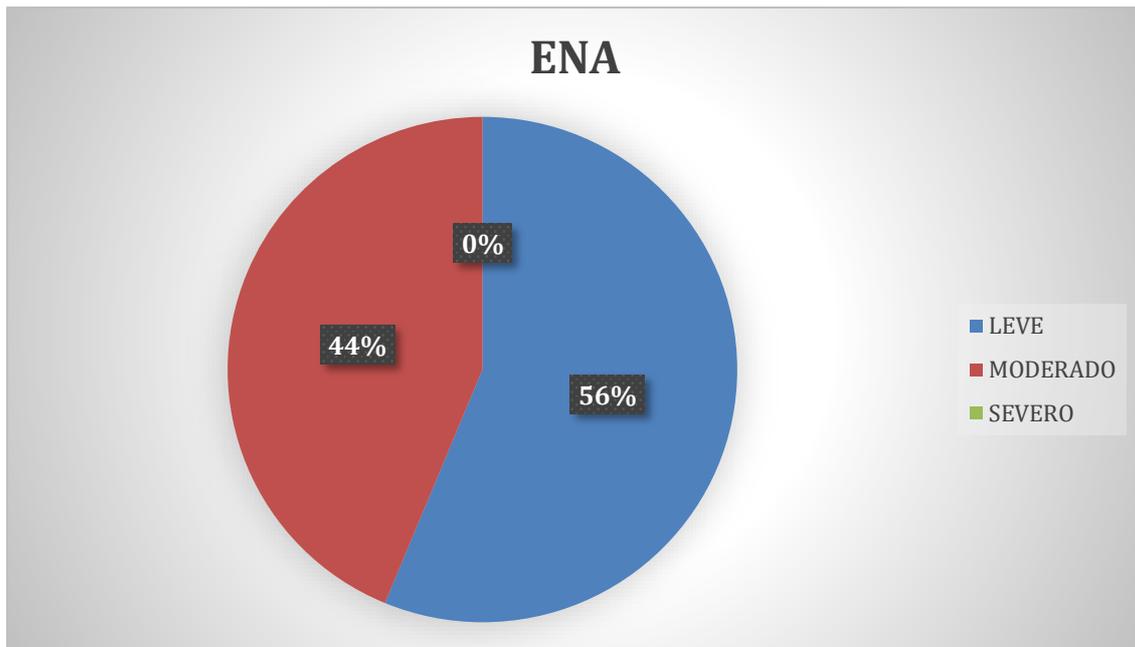


Gráfico 1. Frecuencia de la intensidad del dolor aplicando la escala numérica análoga, ENA

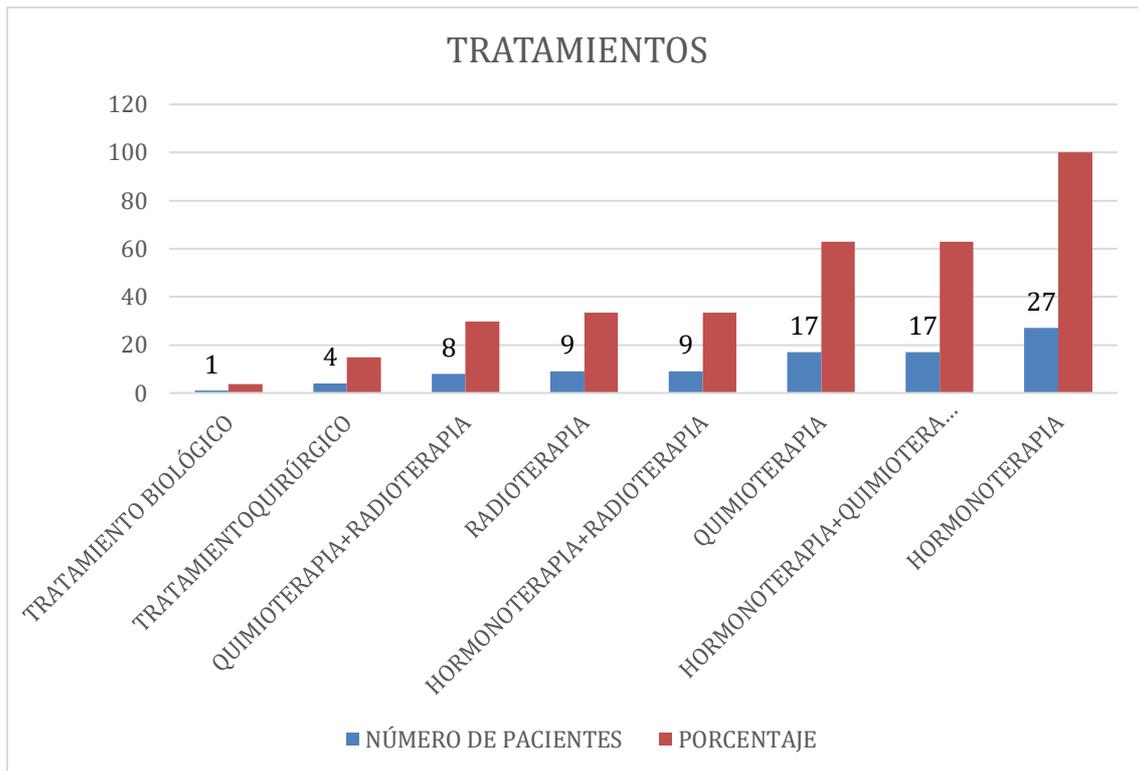


Gráfico 2. Frecuencia de la intensidad del dolor aplicando la escala numérica análoga, ENA

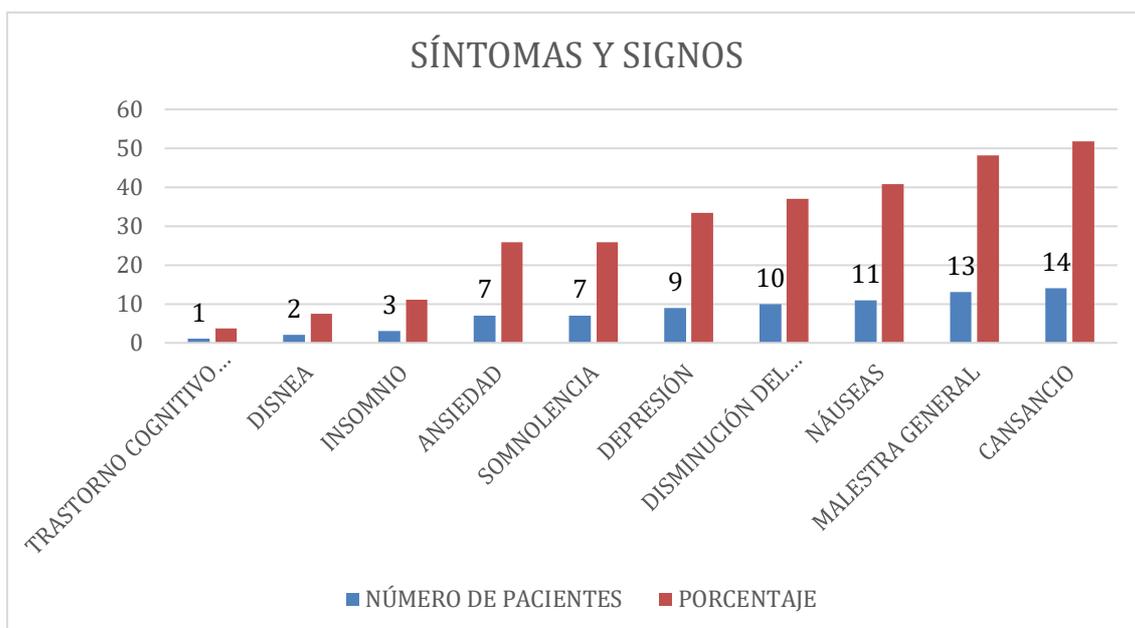


Gráfico 3. Frecuencia de presentación de síntomas en pacientes con cáncer de próstata.

DISCUSIÓN

Sabemos que el consenso para el tratamiento del cáncer en general, es integral y multidisciplinario, por el abordaje y complejidad que representa, en el caso del cáncer de próstata, el origen es multifactorial ,así como se observa en los antecedentes. En cuanto al registro que realizamos en los expedientes de los pacientes con éste diagnóstico, se observó que el la manifestación de síntomas y signos se presentan por lo general al inicio o durante la 7ª década de la vida . Hay algunos pasos generales para el tratamiento en estadio inicial y localmente avanzado. El estadio I y II crecen lentamente y pueden demorar años en causar algún síntoma u otros problemas, por lo tanto la vigilancia puede ser activa. Para los hombres con puntuación de Gleason más alta (7) el crecimiento puede ser más rápido y variará por lo tanto el tratamiento .

También a mayor edad del enfermo, que no tiene una esperanza de vida larga (5 años o menos) y con otras patologías agregadas, se considerará el tratamiento,

Los Oncólogos no tratan el cáncer de próstata localmente avanzado (Estadio III) con terapia sistémica antes de la cirugía ,incluida la terapia de deprivación androgénica (TDA). Sin embargo se puede administrar en forma neoadyuvante antes de la cirugía o la quimioterapia neoadyuvante y es el estándar previo a la radioterapia.

Si el cáncer de próstata es de alto riesgo, la TDA neoadyuvante se administra por 24 ó 36 meses. La radioterapia adyuvante es el estándar con extensión extraprostática pT3a ó pT3b,independientemente de la puntuación de Gleason. En relación con el manejo terapéutico Oncológico, el mayor porcentaje, en nuestra revisión,fue la terapia hormonal de deprivación androgénica, en un 100%, seguida de combinación de hormonoterapia + quimioterapia o y en 3er. Lugar, radioterapia + quimioterapia.

Lo que explica, en éstos 3 tipos de manejo la intensidad de los síntomas secundarios que presentaron los enfermos a la terapia.

En nuestra serie los pacientes fueron enviados a la consulta de” Cuidados Paliativos “ del Hospital Regional 1º. De Octubre con estadio Clínico de IV, (promedio 3.78 con DS + - 0.375) ,es decir ya con metástasis principalmente a huesos, lo que motivó dolor, siendo prácticamente, el síntoma cardinal de la

interconsulta y con un ENA (Escala Numérica Análoga) de 56% para dolor moderado y severo 44%. Las condiciones en que llegaron no fueron malas en cuanto a la escala de Karnofsky (78.8% y una DS 9.273). Mostrando un cansancio moderado, promedio de 5.12 y DS+- 1.7191 . Así mismo manifestaron una disminución del bienestar moderado de 4.61 y DS +- 3.79 . Siguiendo en forma descendiente, progresiva náuseas, disminución del apetito. La Depresión y ansiedad no fueron significativas como se puede observar en la escala de síntomas, que se calificaron en una escala numérica del 0 al 10, al cuestionar a los pacientes en cuanto a la magnitud que experimentaban.

Considero que estos 2 últimos parámetros fueron debidos a la larga evolución de la enfermedad, antes de llegar al servicio de Cuidados Paliativos, lo cual les ha dado a los pacientes el tiempo y la oportunidad de asimilar el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad, el pronóstico a corto y largo plazo y finalmente la etapa de aceptación y resignación que generalmente suceden, contribuyendo también a esto el control de los síntomas dados tanto por la enfermedad como por la terapia Oncológica no así al inicio de la enfermedad y al conocimiento del diagnóstico. Es de hacer notar que los signos y síntomas pueden tener efectos arrolladores en las condiciones generales del paciente ,motivando una vida insufrible, por lo cual deben de aminorarse lo más posible para llegar a que el enfermo esté en mejores condiciones.

Los pacientes llegaron por primera vez al servicio de Cuidados Paliativos. Prácticamente en ,su mayoría con estadio clínico IV, con metástasis óseas principalmente. Sabiendo que en ésta fase es incurable el cáncer de próstata .

Una de las metas alcanzables aparte de lo mencionado arriba es prolongar la vida con la regla de oro simultáneamente, de mejorar las condiciones generales de los enfermos, traduciéndose en el mayor bienestar posible, tanto por el manejo de los Oncólogos como por el servicio de Cuidados Paliativos.

Aunque parezca contradictorio es de considerarse, también, que se diagnostican más casos, que antes no se diagnosticaban, el aumento de la población y la mayor expectativa de vida son la causa .Considero que la solicitud para los Servicios de “ Cuidados Paliativos” debieran ser más tempranos y no solo justificados por el dolor.

CONCLUSIONES

- Los enfermos con diagnóstico de cáncer de próstata, son referidos en estadio clínico de IV . Los cuales fueron enviados al Servicio de Cuidados Paliativos para el tratamiento del dolor , esto nos revela que el diagnóstico está siendo tardío, lo cual podría ser por falta de información ; por la baja escolaridad , el aumento de la población, la mayor expectativa de vida y el escaso acceso a los servicios de salud.
- La intensidad de los síntomas, como se ha reiterado, es secundario a la enfermedad en sí y al tratamiento oncológico más intenso, que se justifica por tratar de retrasar lo más posible la progresión del cáncer de próstata
- Los Cuidados Paliativos debieran establecerse más tempranamente e involucrar simultáneamente los servicios de Psicología y/o Psiquiatría, para un manejo integral.

PERSPECTIVAS

- Elaborar una hoja de registro tanto para Oncología y Cuidados Paliativos, donde se puedan integrar, todos los datos del paciente y su manejo, ya que muchos datos no se registran, están dispersos o se han perdido.
- Migrar los expedientes a un formato electrónico con las ventajas obvias de : legibilidad, espacio, accesibilidad y una visión general inmediata, del estado del paciente
- Integrar al manejo Oncológico y de Cuidados Paliativos a los servicios de Psicología y/o Psiquiatría.
- Finalmente la meta en un futuro inmediato sería un manejo integral, con los mínimos efectos secundarios, el mayor bienestar , mayor sobrevivencia posible para el enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera MY, López GEJ, López CE, Arredondo ABC. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. Rev.Finlay. 2017; 7 (2): 1-9.
2. Pedraza REM,González VVE, Medina MJ, Rodríguez RLL.Characterización clínica del dolor y la calidad de vida en pacientes con tumores malignos.Revista Universidad Médica Pinareña. 2019;15(29):1-15
3. Reynoso NN,Torres-Domínguez . Epidemiology of cáncer in Mexico: global burden and projection 2000-2020. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. 2017; 8 (1): 9-13.
4. Perdomo G H. Cáncer centers of Excellence in Colombia: A fundamental way to work together. Urol Colomb. 2017;26(3):157-8
5. Esquivel PLM, Bolaños CAM,Guaitarilla-Soto JM, García-Perdomo HA .Una mirada general a los biomarcadores para la tamización y el diagnóstico temprano del cáncer de próstata. Urol Colomb. 2017;26(2);110-6.
6. Fradet-Turcotte A, Sitz J, Grapton D, Orthwein A. BRCA2 functions: from DNA repair to replication fork stabilization. Endocr Relat Cancer.2016;23(10):T1-17.
7. Gulati R, ChengHH, Lange PH,Nelson PS, Etzioni R. Screening men at increased risk for prostate cáncer diagnosis: Model estimate of benefits and harms. Cancer Epidemiol Biomarkers and Prev. 2017; 26(2):222-7

8. Song WH, Kim SH, Joung JY, Park WS, Seo HK, Chung J, et al. Prostate Cancer in a Patient with a Family History of BRCA Mutation: a case Report and Literature Review. *J Korean Med Sci*. 2017; 26(2):377-81.
9. Michaud JE, Billups KL, Partin AW. Testosterone and prostate cancer: an evidence-based review of pathogenesis and oncologic risk. *Ther Adv Urol*. 2015;7(6):378-87.
10. Byung Ha Chung, Shigeo Horie, Edmund Chiong. The incidence, mortality and risk factors of prostate cancer in Asian men. *Prostate Int*. March 2019 ; 7 Issue 1: 1-40.
11. Perdana NR, Mochtar CA, Umbas R, Hamid AR. The Risk Factors of Prostate Cancer and Its Prevention: A Literature Review. *Acta Med Indones*. 2016; 48(3): 228-38.
12. Kaaks R, Stattin P. Obesity, endogenous hormone metabolism, and prostate Cancer risk: a conundrum of “highs” and “lows”. *Cancer Prev Res*. 2010; 3 (3): 259-62.
13. Saini S. PSA and beyond: alternative prostate cancer biomarkers. *Cell Oncol*. 2016; 39(2):97-106.
14. Chadha KC, Miller A, Nair BB, Swartz SA, Trump DL, Underwood W. New serum biomarkers for prostate cancer diagnosis. *Clinic Cancer Investig J*. 2015;3(1):72-9.
15. Kontos CK, Adamopoulos PG, Scorilas A. Cancer prognosis and predictive biomarkers in prostate cancer. *Expert Rev Mol Diagn* 2015;15 (2): 1567-76.

16. Salman JW, Shoots IG, Carlson SV, Jenster G, Roobol MJ. Prostate Specific Antigen as a Tumor Marker in Prostate Cancer: Biochemical and Clinical Aspects. *Adv Exp Med Biol* .2015;867: 93-114.
17. Mottet N, Bellmunt J, Briers E, Bolla M, Bourke L, Cornford P, et al. Guidelines on Prostate Cancer European Association of Urology; 2017
18. Wallis CJD, Saskin R, Choo R, Herschorn S, Kodama RT, Satkunasivam R, et al. Surgery Versus Radiotherapy for Clinical-localized Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol*. 2016; 70(1): 21-30.
19. Lycken M, Drevin L, Garmo H, Stattin P, Adolfsson J, Frank LI, et al. The use of palliative medications before death from prostate cancer: Swedish population-based study with a comparative overview of European data. *European Journal of Cancer*. January 2018; volume 88, Pages 101-108.
20. Glare PA, Davies PS, Finlay E, Gulati A, Lemanne D, Morly LN, et al. Pain in Cancer Survivors. *J Clin Oncol*; 2014, 32(16): 1739-1747.
21. Dr. Christopher J. Kane, Dr. Eric A. Singer, Dr. Ronald C. Chen. Integratin Palliative Care in Prostate Cancer Treatment . 2018 Genitourinary Cancers Symposium. February 1, 2018.
22. Holm M, Doveson S, Lindqvist O, Wennman-Larsen A, Fransson P. Quality of life in men with metastatic prostate cancer in their final years before death-a retrospective analysis of prospective data. *BMC Palliat Care*. 2018; 17: 126.
23. Reynoso NN, Torres D JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. Agosto 2017-Enero 2018; 8(1): 9-15.

24. Fernandes R, Mazzarello S, Hutton B, Shorr R, Ibrahim MFK, Jacobs C, et al. A Systematic Review of the Incidence and Risk Factors for Taxane Acute Pain Syndrome in Patients Receiving Taxane-Based Chemotherapy for Prostate Cancer. *Clin Genitourinary Cancer J* . 2017;25(9): 2781-9.
25. Giesinger JM, Aaronson NK, Arraras JI, Efficace F, Groenvold M, Kieffer JM, et al. A cross-cultural convergent parallel mixed methods study of what makes a cancer-related symptom or functional health problem clinically important. *Psycho-Oncology*. 2017; 27(2): 548-555.
26. Rabow MV, Dibble SL, Pantilar SZ, Mc Phee SJ. The comprehensive care team: A controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med*. 2004;164(1):83-91.



**“Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores
del Estado”**

“Informe de Avances para protocolos de investigación”

Fecha:

Anexo 2: Hoja de toma de datos:

Número de expediente	Variable	Sí/No/¿Cuál?/¿Cuántos?
	Sexo	
	Edad	
	Estado Civil	
	Número de hijos	
	Religión	
	Escolaridad	
	Ocupación	
	Diagnóstico	
	Estadío Clínico	
	Tratamiento Oncológico	Quimioterapia
		Radioterapia
		Cirugía
		Hormonoterapia
		Terapia Biológica
	Cuidados Paliativos	
	Escala Karnofsky	
	Escala ECOG	
	Dolor	
	Cansancio	
	Náuseas	
	Depresión	
	Ansiedad	
	Somnolencia	
	Apetito	
	Bienestar	
	Disnea	
	Insomnio	
	Sexo	
	Edad	

