



Análisis clínico-terapéutico de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital Universitario de Canarias, año 2015

Autora: Ylenia Susana Sánchez Araña
Tutora: Josefina G. Castañeda Suardíaz

Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia
Universidad de La Laguna – Tenerife
Junio 2017

“Análisis clínico-terapéutico de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital Universitario de Canarias, año 2015”

Autora:

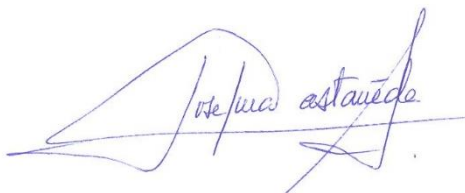
Ylenia Susana Sánchez Araña

Firma de la alumna:



Tutora:

Josefina G. Castañeda Suardíaz



Vº. Bº de la Tutora:

San Cristóbal de la Laguna a Junio de 2017

RESUMEN

El cáncer de próstata es un problema que afecta a un importante porcentaje de varones europeos, siendo una patología frecuente entre los hombres de todo el mundo y una de las primeras causas de muerte por cáncer entre el género masculino. Concretamente en España en 2004 se registró un total de 5.694 fallecimientos a consecuencia de esta neoplasia.

Se estima que en Canarias uno de cada seis hombres acabará padeciendo carcinoma de próstata entre los 50 y los 70 años de edad; de hecho, la Consejería de Sanidad establece una prevalencia de 78 casos por cada 100.000 habitantes, y los expertos prevén que se diagnostiquen unos 1.000 nuevos pacientes en el Archipiélago.

El presente trabajo, un estudio de investigación con carácter observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, supone un análisis clínico-terapéutico de 40 casos de carcinoma prostático diagnosticados y/o seguidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante el año 2015. Entre las variables de estudio están la edad, lugar de residencia, primer síntoma, antecedentes personales y familiares, valores del antígeno prostático específico previos al diagnóstico, métodos diagnósticos y biopsia de próstata, primera línea de tratamiento y evolución del antígeno prostático específico a los 3, 6 y 12 meses del comienzo del tratamiento. Los datos obtenidos reflejan que el 45% de los pacientes se encuentran entre los 70-80 años de edad; la sintomatología predominante está relacionada con el tracto urinario inferior, detectándose antecedentes familiares oncológicos prostáticos en tres casos. Se demuestra la reducción del valor del antígeno prostático específico tras la aplicación del tratamiento de elección, prostatectomía, braquiterapia u hormonoterapia. La evolución de los pacientes ha sido favorable, mostrando un único caso de fallecimiento.

PALABRAS CLAVE: carcinoma de próstata, antígeno prostático específico (PSA), biopsia de próstata, prostatectomía.

ABSTRACT

Prostate cancer is a problem that affects a significant proportion of male European, a common condition all over the world and one of the leading causes of death from cancer among men. Specifically in Spain in 2004 was recorded a total of 5.694 deaths as a result of this neoplasia. It is estimated that in the Canary Islands one of every six men will end up suffering from carcinoma of the prostate between 50 and 70 years of age; in fact, the Ministry of Health established a prevalence of 78 cases per 100,000 inhabitants, and experts predict that they will diagnose about 1,000 new patients in the archipelago.

This work, a study of research with observational, descriptive, retrospective and transversal character, is an analysis of 40 cases of prostatic carcinoma diagnosed and/or followed in the University Hospital of the Canary Islands for the year 2015 clinical-therapeutic. The study variables include age, place of residence, first symptom, personal and family history, values of prostate-specific antigen prior to diagnosis, diagnostic and biopsy of prostate, first line treatment and evolution of prostate-specific antigen to the 3, 6 and 12 months of the start of treatment.

The data obtained reflects that 45% of patients are among 70-80 years of age; the predominant symptoms are related to the lower urinary tract, detecting prostate cancer family history in three cases. It also shows the reduction of the value of prostate-specific antigen after application of the treatment of choice, prostatectomy, brachytherapy, or hormone therapy. The evolution of the patients has been favorable, showing a single case of death.

KEYWORDS: Carcinoma of the prostate (PSA) prostate specific antigen, prostate biopsy, prostatectomy.

Índice

1. PLANTEAMIENTO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	7
1.1 Planteamiento y justificación	7
1.1 Objetivos	9
1.1.1 <i>Objetivo general</i>	9
1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	9
2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES.....	9
2.1 Incidencia del cáncer de próstata.....	9
2.2 Consideraciones anatómicas	11
2.3 Factores que regulan el crecimiento prostático.....	14
2.4 Factores de riesgo	15
2.5 Diagnóstico clínico	16
2.6 Sistema de estadificación y clasificación. Escala de Gleason.....	17
2.7 Tratamiento.....	21
2.8 Papel de Enfermería y abordaje psicológico del cáncer de próstata.....	23
3. MARCO METODOLÓGICO	25
<u>3.1</u> Diseño	25
3.2 Población diana y muestra	25
3.3 Variables de estudio.....	25
3.4 Material y métodos de recogida de la información	25
3.4 Consideraciones éticas	26
4. RESULTADOS.....	27
4.1. Edad.....	27
4.2. Antecedentes personales y familiares.....	28
4.3. Población de residencia	29
4.4. Síntomas	30
4.5. Valores previos al diagnóstico del antígeno prostático específico (PSA) ...	31
4.6. Resultados biopsia prostática	31
4.7. Tratamientos	32
4.9. Resultados de la anatomía patológica de la próstata.....	33
4.8. Valores del PSA a los 3, a los 6 y a los 12 meses	34

5. DISCUSIÓN	35
6. CONCLUSIONES.....	37
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
8. ANEXOS.....	43
8.1 Autorización del Comité de Ética de la Investigación del HUC	43

1. PLANTEAMIENTO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

1.1 Planteamiento y justificación

En la sociedad actual, el cáncer de próstata es un importante problema de salud pública que afecta a un 12% de los varones europeos; por ello, esta patología ha adquirido relevancia en los últimos años desde el punto de vista sanitario, debido a que es el segundo tumor maligno más frecuente entre los varones de todo el mundo y, además, una de las primeras causas de muerte por cáncer entre el género masculino⁽¹⁾. Concretamente en 2004 se registró sólo en España un total de 5.694 fallecimientos a causa de este tipo de cáncer⁽²⁾.

El cáncer de próstata consiste en una degeneración maligna de células que forman parte de la glándula prostática, y en la que su clínica suele aparecer en hombres mayores de cincuenta años, cuya repercusión se incrementa con la edad, debido a que los individuos más longevos producen poca cantidad de hormonas sexuales, lo que contribuye negativamente en el crecimiento de estos tumores, con el consecuente incremento de tamaño de la glándula prostática y alteración en los valores del antígeno prostático (PSA).

Este tipo de cáncer progresa muy lentamente, y en sus estadios iniciales rara vez provoca síntomas, por lo que en la mayoría de los casos pasa desapercibido. Es por ello que el 50% de los hombres mayores de setenta años y prácticamente todos los mayores de noventa presentan en su tejido prostático células cancerígenas, correspondiendo⁽³⁾ aproximadamente el 70% de estos tumores a cánceres que ya se han propagado por todo el cuerpo⁽⁴⁾. De ahí la importancia de que el género masculino se someta rutinariamente a exámenes médicos, donde se analice mediante una analítica de sangre el valor del marcador específico: el PSA (antígeno prostático específico); y, además, cuando este marcador se ve alterado se debe realizar una biopsia del tejido prostático para descartar malignidad⁽⁵⁾.

Aunque afortunadamente este tipo de cáncer tiene una baja estadística de mortalidad, la incidencia anual en España es de 81 casos por cada 100.000 habitantes, puesto que el 95% de los pacientes que se tratan con intención curativa siguen vivos tras diez años del inicio del tratamiento, según la Sociedad Canaria de Urología.

Concretamente en nuestra Comunidad Autónoma se estima que uno de cada seis canarios acabará padeciendo un cáncer de próstata entre los 50 y los 70 años de edad. De hecho, la Consejería de Sanidad establece una prevalencia de 78 casos por cada 100.000 habitantes, y los expertos prevén que se diagnostiquen unos 1.000 nuevos pacientes en el Archipiélago⁽⁵⁾.

Teniendo en cuenta que nuestra población cada vez es más longeva y que la incidencia de dicha enfermedad es llamativa, es muy importante y necesario que los hombres conozcan y estén informados de este tipo de cáncer, así como su naturaleza, para prevenirlo en la medida de lo posible, y disminuir el número de afectados. Por tanto, el diagnóstico precoz en el contexto de la historia natural de la enfermedad, sobre todo en el caso de una enfermedad neoplásica como ésta, es de cuantiosa importancia tanto desde el punto de vista de la curación del paciente como del buen funcionamiento de la atención sanitaria.

“Un estudio realizado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos⁽⁶⁾, en concreto el Círculo de Braquiterapia, sobre el conocimiento del cáncer de próstata entre los hombres españoles deja los siguientes datos en relación a una posible visita al urólogo, su frecuencia y motivos:

- El 47% no acude al urólogo para hacerse revisiones periódicas. Motivos: desinterés (30%), desconocimiento (11%), miedo (4%).
- Entre los que sí acuden al urólogo (53%) de forma regular, el 65% de ellos lo hace anualmente. Motivos: prevención (62%), aparición de molestias (22%), prescripción del médico de familia (13%)”.

El presente estudio permitirá conocer la frecuencia del cáncer de próstata diagnosticado y/o atendido en el Hospital Universitario de Canarias en el año 2015; además aportará información acerca del momento en el que la enfermedad es diagnosticada y cuáles son los motivos que conducen a los afectados a las consultas médicas.

1.1 Objetivos

1.1.1 *Objetivo general*

El objetivo principal de este estudio es realizar un análisis clínico-terapéutico sobre pacientes diagnosticados de cáncer de próstata en el Hospital Universitario de Canarias en el periodo del año 2015.

1.1.2 *Objetivos específicos*

- Conocer y relacionar los antecedentes personales y familiares de los pacientes afectados.
- Averiguar la sintomatología predominante en los casos estudiados.
- Métodos diagnósticos empleados y concordancia entre las pruebas.
- Tratamientos de elección, indicación y complicaciones.
- Evolución clínica de los valores de PSA.

2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES

2.1 Incidencia del cáncer de próstata

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más frecuente entre los hombres de todo el mundo, y la sexta causa de muerte por cáncer específico a nivel mundial. Se calcula que al año se diagnostican unos 899.000 casos nuevos y se registran unas 258.000 muertes anuales. A nivel general, dicho problema tiene una incidencia más elevada en países desarrollados como Australia, Nueva Zelanda, América del Norte y Europa nórdica y occidental, en cambio en los países asiáticos estas cifras se ven disminuidas, teniendo los índices de incidencias más bajos⁽⁷⁾(Figura 1).

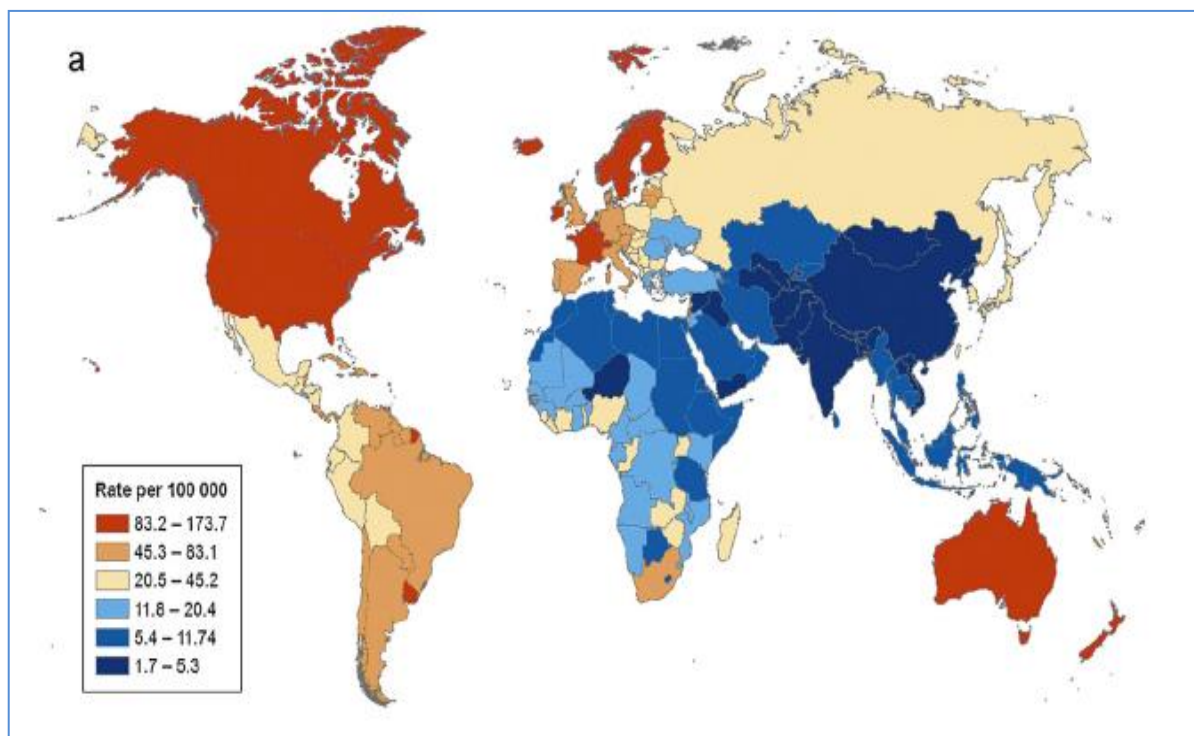


Figura 1. Incidencia del cáncer de próstata. Fuente: Plata Bello (2014)

En Europa, este cáncer representa el 12% del total de tumores diagnosticados, con una tasa de 70.75 casos por 100.000 varones, y concretamente en España representa el segundo tumor más frecuente, detrás del de pulmón, con una incidencia de 16.040 casos diagnosticados al año con una mortalidad anual de 5.574 pacientes.

Si nos ceñimos a nuestra Comunidad Autónoma, en Canarias las cifras de incidencia del cáncer de próstata se elevan a 66 nuevos casos por 100.000 varones cada año. Destacando que la mayor tasa de mortalidad dentro de España, a consecuencia de dicha neoplasia es en la provincia de Gran Canaria⁽⁷⁾.

La figura 2 muestra la tasa de mortalidad por cáncer de próstata en las distintas comunidades españolas.

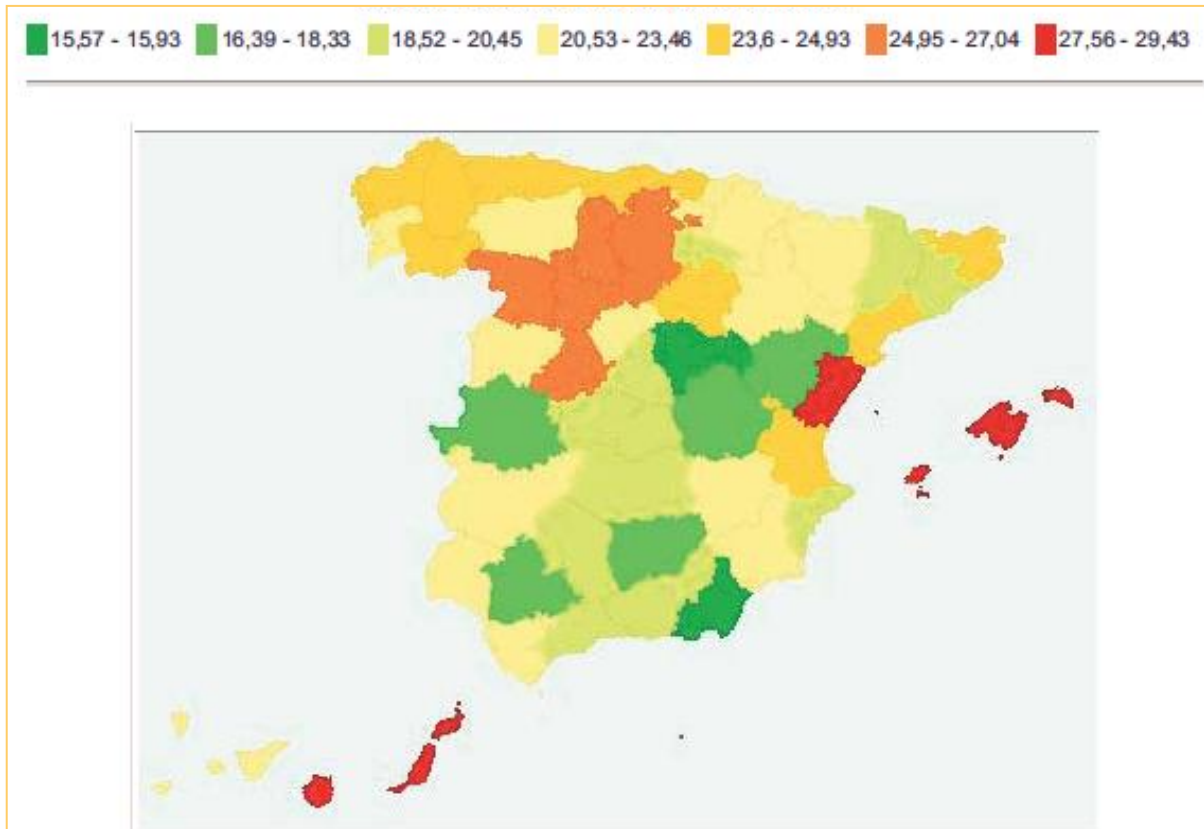


Figura 2. Mortalidad a causa del cáncer de Próstata en España. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

2.2 Consideraciones anatómicas

La próstata es una glándula que forma parte del sistema urinario y reproductor masculino. Se encarga de ejercer una presión directa sobre la pared de la uretra ayudando a tener un mejor control urinario, al mismo tiempo que se encarga de elaborar el líquido que nutre y transporta los espermatozoides. Se localiza bajo la vejiga, delante del recto y rodea el inicio de la uretra⁽⁴⁾ (figura 3). Es un órgano de naturaleza fibromuscular y glandular que tiene unas dimensiones de 4 centímetros de largo por 3 centímetros de ancho, y un peso en la edad adulta de aproximadamente unos 20 gramos. No obstante, estos valores se ven modificados a medida que los varones van sumando edad, comenzando por lo general a manifestarse los primeros cambios alrededor de los 40 años. Estos cambios se deben a una serie de modificaciones que hacen que dicha glándula aumente su tamaño, causando una serie de complicaciones y que, con el paso del tiempo, pueden degenerar en una hiperplasia de próstata.

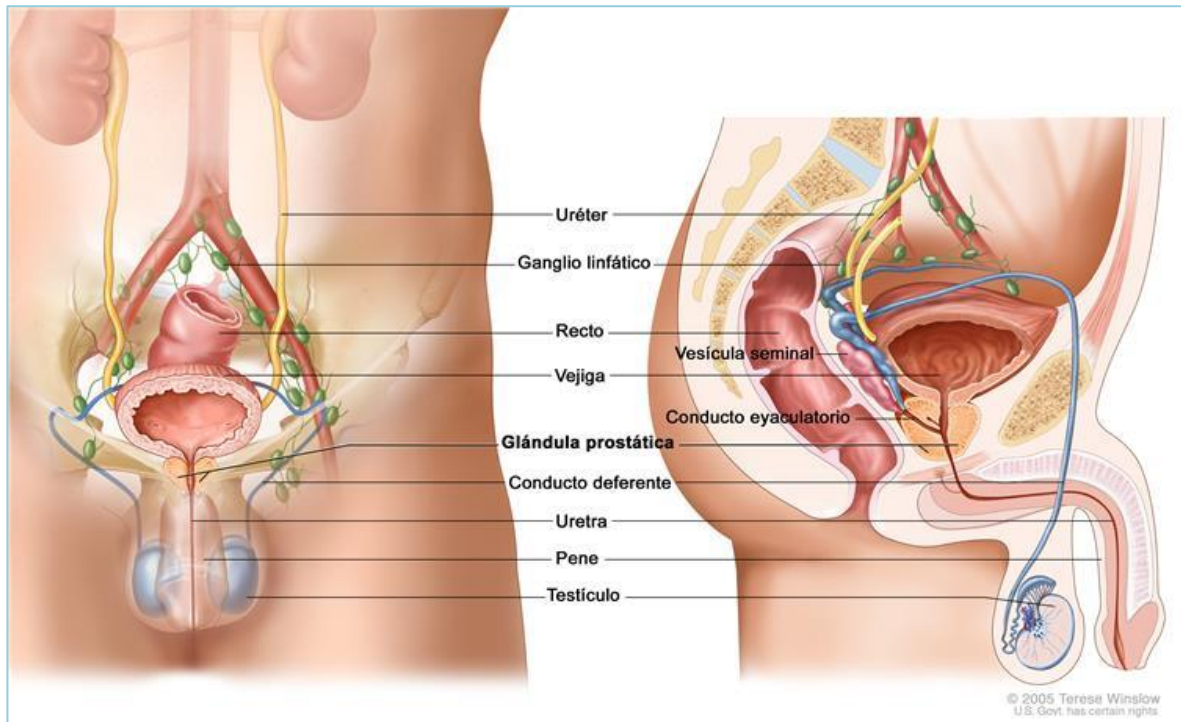


Figura 3. Anatomía pélvica masculina. Fuente: National Cancer Institute

Centrándonos en aspectos macroscópicos y microscópicos, cabe mencionar diferentes zonas prostáticas y elementos celulares. Así, se advierten cuatro zonas en la glándula prostática. Estas son:

- *Zona anterior o estroma fibromuscular*, de naturaleza fibromuscular. La superficie anterior de la próstata aparece rodeada por tejido conectivo-muscular, rodeando la uretra proximal en la zona del cuello vesical, donde se une con el esfínter interno y el músculo detrusor. Ocupa casi un tercio del volumen total de la próstata y no contiene componente glandular.
- *Zona periférica de origen endodérmico*. Es la región anatómica más grande de la próstata glandular, representa el 75% de dicho tejido y la mayoría de los carcinomas de próstata tienen su origen en esta zona.
- *Zona central*. Representa el 20-25% de la masa glandular y se encuentra atravesada por los conductos eyaculadores. Un 10% de los adenocarcinomas se producen en esta zona. Es la más pequeña de las regiones de la próstata glandular, y resulta afectada por un 10% de los adenocarcinomas.

- *Zona transicional y periuretral.* Tiene origen mesodérmico, constituida por pequeños conductos íntimamente relacionados con la uretra proximal y que representan el 5% de la masa prostática glandular. Esta zona transicional y las glándulas periuretrales constituyen el lugar específico de origen de las hiperplasias prostáticas benignas y de adenocarcinomas, motivando la aparición de alteraciones más o menos notables en la micción.

En cuanto a elementos celulares, se pueden diferenciar principalmente tres tipos de células prostáticas:

- Células epiteliales secretoras: se trata de células cilíndricas altas, bien diferenciadas, conectadas entre sí, y en su base se fija a la membrana basal a través de receptores de integrinas. Participan en la extrusión mecánica del líquido eyaculado bajo estimulación nerviosa.
- Células basales: son células más pequeñas que las anteriores, menos abundantes, diferenciadas y fijadas sobre la membrana basal. Se piensa que son el origen de las células epiteliales secretoras.
- Células neuroendocrinas: se ubican entre el epitelio secretor y en los conductos de todas las porciones de la glándula, así como en la mucosa uretral prostática.

En el terreno de la patología, en la próstata pueden detectarse patologías benignas y malignas. Dentro de las benignas cabe mencionar los cuadros inflamatorios y/o infecciosos, como la prostatitis, o bien la hiperplasia benigna de próstata, con el consiguiente aumento de tamaño prostático. Y dentro de las patologías malignas cabe destacar el carcinoma de próstata⁽⁸⁾.

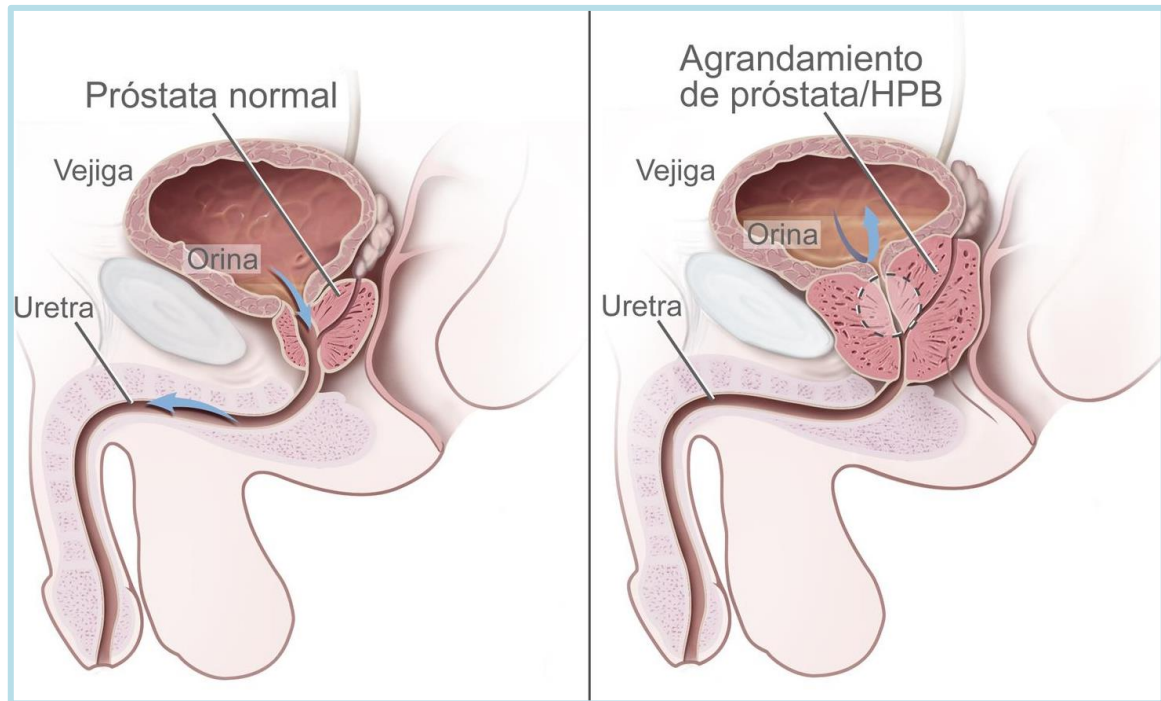


Figura 4. Hiperplasia de próstata. Fuente: National Cancer Institute

2.3 Factores que regulan el crecimiento prostático

Existen numerosas hormonas y factores que influyen en el crecimiento prostático. Entre estos se encuentran⁽⁷⁾:

- Los andrógenos: esta hormona influye de manera directa en el crecimiento y la funcionalidad de la glándula prostática, afectando dando a la proliferación como a la diferenciación del epitelio luminal.
- 5-alfa-reductasa de tipo 2.
- Metabolismo de los andrógenos.
- Estrógenos.
- Vitamina D y su receptor.
- Factores de crecimiento insulínico 1.

2.4 Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo relacionados directamente con el cáncer de próstata tenemos, en primer lugar, la edad, puesto que se ha comprobado que en adultos longevos existe un mayor predominio de este carcinoma, siendo extremadamente raro que se dé en varones menores de 35 años y muy usual en mayores de 60 años, representando el primer grupo el 0.005% de los afectados y el segundo grupo el 70%⁽⁷⁾.

En segundo lugar, la etnia: los hombres afroamericanos tienen tasas de incidencia más elevadas, siendo en ellos la mortalidad a consecuencia de esta enfermedad mucho mayor que la del varón de ascendencia europea. Aunque hoy en día sigue sin conocerse con exactitud el motivo de esta diferencia, se presupone que se debe a factores socio-económicos, a barreras financieras y a la propensión genética. Además, en algunas publicaciones americanas se afirma que la tasa de crecimiento de cáncer de próstata en los varones de esta etnia es más rápida, y que probablemente el aumento de la agresividad de esta patología transcurre, en comparación con los varones de ascendencia europea, en menor tiempo.

Y, en tercer lugar, los factores genéticos, ya que el 10-15% de los pacientes afectados por la neoplasia de próstata tiene algún familiar afectado. De hecho, se triplica el riesgo de padecer cáncer de próstata si el familiar afecto es de primer grado⁽⁸⁾.

Por ello, hay que tener en cuenta las tres circunstancias importantes de riesgos relacionados con la historia familiar de cáncer de próstata, es decir: la edad del hombre en situación de riesgo, la edad del familiar de cáncer de próstata y el número de familiares con cáncer de próstata.

Otros factores relacionados son la inadecuada alimentación, los hábitos tóxicos de tabaquismo y alcohol, la actividad física y sexual, entre otros⁽⁷⁾ ⁽⁹⁾.

2.5 Diagnóstico clínico

La sintomatología de la neoplasia de próstata no siempre va a estar presente: en la mayoría de los casos se da cuando la neoplasia prostática se encuentra en un estadio más avanzado. Sin embargo, hay que estar atentos, puesto que la sintomatología es fundamental para la detección temprana de la neoplasia prostática. Entre los síntomas reveladores se encuentran: polaquiuria con predominio en la noche, flujo miccional débil o necesidad de ejercer fuerza para vaciar la vejiga, hematuria, líquido seminal con restos hemáticos, cierta dificultad para conseguir la erección, dolor o ardor al orinar e, incluso, dolor óseo en los estados más avanzados, que pone de manifiesto metástasis óseas (predominante en pelvis, columna dorsolumbar y costillas)⁽¹⁰⁾.

A lo largo de los años se han considerado tres métodos de cribado del cáncer de próstata: el tacto rectal, el PSA (Antígeno Prostático Específico) y la ecografía transrectal. Actualmente esta sólo está indicada, acompañada de la biopsia, como método diagnóstico. Respecto al tacto rectal presenta numerosas limitaciones, además de requerir experiencia y un correcto adiestramiento por parte del médico que lo realiza. Con dicha técnica sólo se permite palpar la parte posterior y lateral de la próstata, y como consecuencia, entre un 40 y un 50% de tumores quedan sin ser descubiertos⁽⁷⁾.

Sin embargo, el PSA ha demostrado ser de gran utilidad como marcador tumoral en el diagnóstico temprano de la enfermedad, aunque hoy en día no hay un consenso acerca de incluirlo en el screening del cáncer de próstata. Se estiman como valores adecuados del PSA por debajo de 3 nanogramos por mililitro de sangre (ng/ml), aceptándose incluso hasta un valor de 4 ng/ml en varones mayores de 60 años. No obstante, la biopsia de próstata es el único procedimiento disponible actualmente para confirmar el diagnóstico de cáncer de próstata⁽¹¹⁾.

En términos generales, en cuanto a los valores de PSA puede indicarse:

- PSA \leq 3: normal.
- PSA > 4: patológico.
- PSA > 10: alta sospecha de cáncer de próstata.
- PSA > 20: carcinoma de próstata en un estadio avanzado.

La figura 5 muestra la imagen de una resonancia magnética de una pelvis sana en comparativa con una pelvis afectada por carcinoma de próstata.

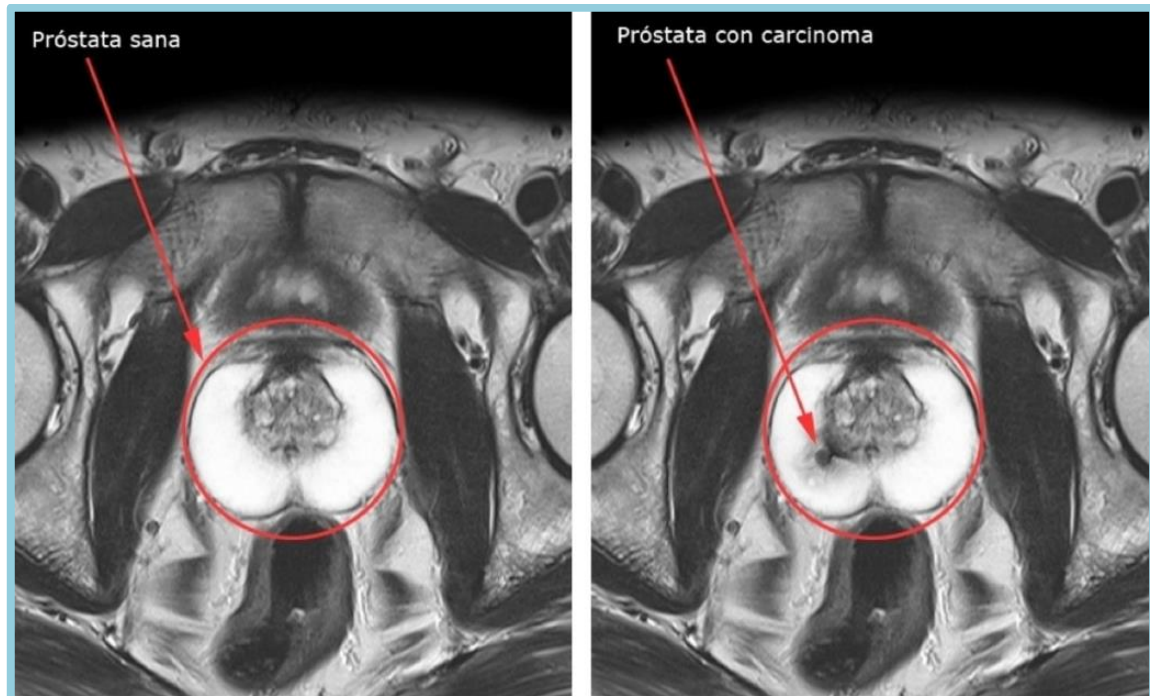


Figura 5. Resonancia pélvica, carcinoma de próstata. Fuente: Alta Klinik

2.6 Sistema de estadificación y clasificación. Escala de Gleason

Para conocer y poder predecir el comportamiento biológico del cáncer de próstata, así como su manejo clínico, es muy importante tener en cuenta el grado de diferenciación glandular. Para ello existen distintos sistemas de estadificación y/o clasificación.

En primer lugar, se encuentra el método general de estadiaje de neoplasias *TNM*, que pretende determinar de manera exacta la extensión de dicha patología, así como el nivel de afectación al resto de órganos^(11,12).

1. Tumor primario (T)
 - TX El tumor primario no puede ser evaluado.
 - T0 No hay evidencia de tumor primario.

- Tis Carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos).
 - T1, T2, T3, T4 Tamaño y/o extensión del tumor primario.
2. Ganglios linfáticos regionales (N)
- NX No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.
 - N0 No existe complicación de ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer allí).
 - N1, N2, N3 Complicación de ganglios linfáticos regionales (número y/o extensión de diseminación).
3. Metástasis hemática (M)
- MX No es posible evaluar una metástasis distante.
 - M0 No existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo).
 - M1 Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo).

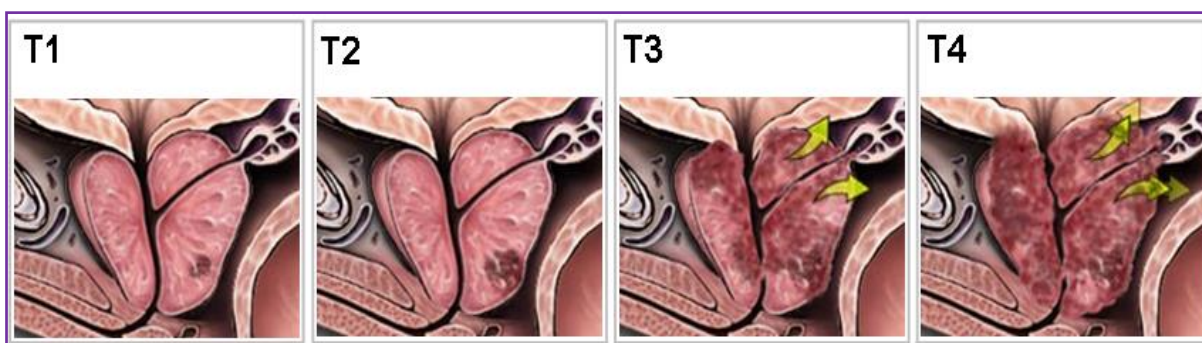


Figura 6. Imagen macroscópica de lesión tumoral prostática según estadiaje T. Fuente: Plata Bello (2014)

Otro de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para clasificar, y con ello, también determinar cómo abordar cada tumor prostático, es la Escala de Gleason. Dicha escala mide el grado de agresividad del tumor tras la observación microscópica de las características de las células de la biopsia. El procedimiento consiste en elegir dos zonas de la muestra, asignando un número del 1 al 5 según la observación, correspondiendo el 1 a un tumor bien diferenciado y poco agresivo, y el 5 a un tumor agresivo y poco diferenciado. Tras obtener estos resultados del número de cilindros de la biopsia, se suman las cifras resultantes de cada una de las zonas elegidas, obteniéndose un número entre 2-10 que daría como resultado la numeración de la Escala de Gleason.

En la escala de Gleason se describen cinco grados en función de las características histológicas de glándulas, su diferenciación y el patrón de crecimiento celular:

GRADOS	DESCRIPCIÓN HISTOPATOLÓGICA
Grado 1	Glándulas uniformes, en masas circunscritas, bien diferenciadas, pequeñas y agrupadas.
Grado 2	Acinos con moderada variación de tamaño y morfología, mayor atípica celular, masas circunscritas pero algo más desordenadas.
Grado 3	Amplia variación en tamaño y morfología glandular, hay glándulas pequeñas o células individuales invadiendo el estroma
Grado 4	Fusión de los acinos glandulares, estos son pequeños, con cordones infiltrantes en el estroma y con nidos en los extremos.

Grado 5

El más anaplásico de todos, con mínima diferenciación glandular, ocasionalmente con presencia de células en anillo, y en una disposición que infiltra difusamente el estroma.

La imagen histológica de cada uno de los grados de la escala de Gleason puede observarse en la figura 7.

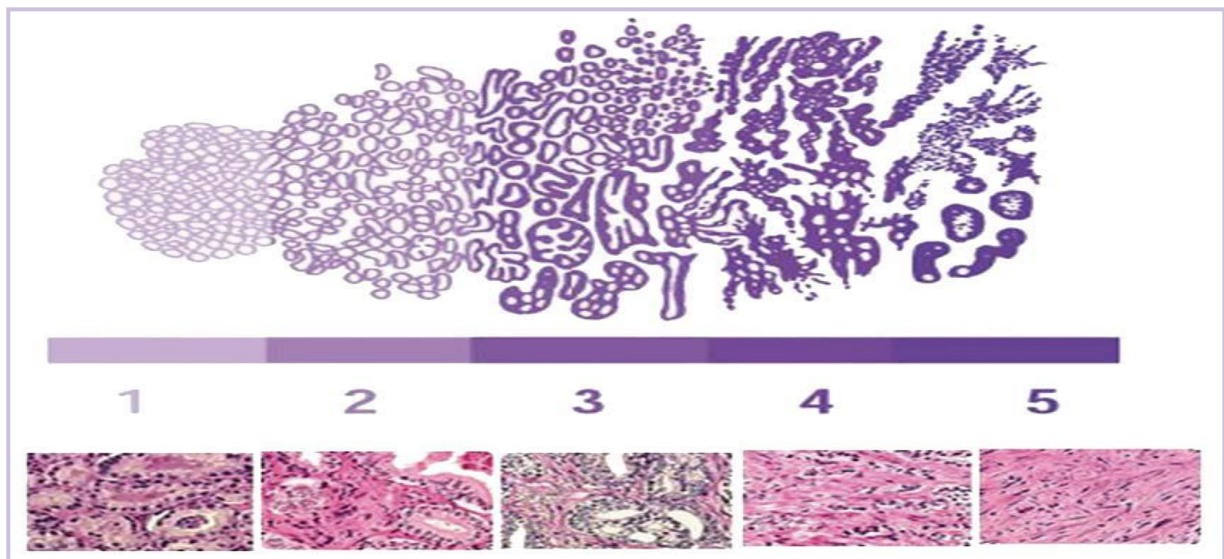


Figura 7. Clasificación histológica del carcinoma de próstata. Fuente: Tesis doctoral, Plata Bello C.

En la práctica clínica se advierten distintos grupos pronósticos de forma genérica, considerando la clasificación TNM, los valores de PSA y los resultados de la numeración de la escala de Gleason. En consecuencia⁽¹⁶⁾:

· Grupo pronostico I → Tumores de bajo riesgo

- T1-T2a
- PSA<10ng/ml
- Gleason<6

· Grupo pronóstico IIA → Tumores de riesgo intermedio

- T2b
- PSA > 10 y <20
- Gleason 7

· Grupo pronóstico IIB → Tumores de alto riesgo

- T2c
- PSA > 20
- Gleason > 8

· Grupo pronóstico III → Tumores difíciles de curar

- T3a-b con cualquier Gleason o PSA

· Grupo pronóstico → Tumores sin cura

- T4
- N1
- M1

2.7 Tratamiento

El abordaje del cáncer de próstata^(17,18) es diferente dependiendo del momento de la enfermedad en que sea diagnosticado. No obstante, en todo tipo de neoplasias prostáticas se sigue una actuación estándar, que consiste en una rigurosa vigilancia con controles de PSA cada tres meses (aproximadamente), y biopsia anual.

Cada tratamiento debe ser individualizado y tener en cuenta una serie de consideraciones, como la edad y la expectativa de vida del paciente, el estadio y gravedad del cáncer, los beneficios del tratamiento y la probabilidad de curación con respecto a los efectos secundarios del mismo.

Por ello, una vez diagnosticado y concretado el estadio de la hiperplasia maligna de próstata, se decide, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, con qué

tratamiento se abordará. Sin embargo, en determinados casos se puede optar, siempre y cuando estemos ante un paciente de edad avanzada y con un Gleason bajo, por una vigilancia activa.

Entre los distintos tratamientos de elección para tratar el cáncer de próstata están:

- La prostatectomía: consiste en la extirpación de la próstata y las vesículas seminales mediante una intervención quirúrgica. Se ha demostrado que es el único tratamiento que aporta ventajas en cuanto a la supervivencia de este tipo de pacientes, ya que es el de mayor tasa de recuperación sobre dicho tumor. Sin embargo, sólo está indicado para aquellos pacientes en los que la neoplasia está limitada a la glándula prostática. No obstante, como consecuencia de esta cirugía puede verse afectada la función eréctil del pene, así como problemas de incontinencia urinaria.

- Radioterapia: es un tratamiento local del cáncer cuyo objetivo es destruir las células cancerosas a través de rayos. Está indicado en aquellos pacientes donde el cáncer ya ha sobrepasado la cápsula prostática. Existen dos tipos fundamentales de radioterapia: la radioterapia externa y la braquiterapia. En la radioterapia externa, como su propio nombre indica, la radiación es aplicada de manera externa y directa al tumor. Se utiliza habitualmente en las etapas más tempranas del cáncer, o como tratamiento de rescate tras una prostatectomía, así como para ayudar a reducir la sintomatología en los estadios más avanzados. Este tratamiento puede aplicarse de manera monoterápica o en combinación con otros métodos.

Dentro de la radioterapia se encuentra la braquiterapia, que es una forma de irradiar el tumor de manera interna y mucho más precisa, a través de la inserción de semillas radiactivas directamente en contacto con la glándula prostática. El uso de esta forma de tratamiento se ha incrementado en los últimos años, ya que respecto a la radioterapia externa, al poder aplicarse en una zona concreta y con unas dosis mayores de radiación, minimiza el tiempo de tratamiento y la probabilidad de dañar a los distintos tejidos circundantes. Además, la braquiterapia es una alternativa terapéutica que es bien tolerada y con menor índice de problemas asociados a otros tratamientos, por lo que es la forma de radiación de elección en pacientes con otras enfermedades concomitantes.

- Hormonoterapia: consiste en supresión de los andrógenos masculinos, concretamente de la testosterona (90-95% producida en los testículos y relacionada con la estimulación de la proliferación de las células prostáticas, en este caso malignas). Este tratamiento suele aplicarse sobre todo cuando la enfermedad está diseminada, o en combinación con otro tipo de tratamiento. La eficacia del tratamiento hormonal se basa en suprimir la testosterona de la sangre, y por tanto el efecto que ésta tiene sobre el cáncer de próstata.

2.8 Papel de Enfermería y abordaje psicológico del cáncer de próstata

El personal de enfermería recoge un amplio abanico de labores, como la función administrativa, investigadora, docente y asistencial, es decir, " la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" (Diers, 1986). La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas⁽¹⁹⁾.

Según la American Nurses Association, la Enfermería consiste en la "protección, promoción y optimización de la salud, prevención de las enfermedades y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos y todo su entorno"⁽²⁰⁾.

La enfermera tiene como objetivo fundamental ofrecer unos cuidados específicos e individualizados a todos y cada uno de sus pacientes. Los pacientes afectos de carcinoma de próstata, como en cualquier otro tipo de cáncer, experimentan un fuerte impacto psicosocial, tanto ellos como su entorno, por lo que debe facilitarse un período de asimilación, reflexión y posterior aceptación⁽²¹⁾.

El cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender a cada individuo de una manera holística, y el involucramiento, que se refiere a la

aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica (Baggio, 2006)⁽²²⁾.

La mayoría de los pacientes diagnosticados de neoplasia maligna de próstata sufre efectos secundarios debido a los tratamientos: náuseas, vómitos, incontinencia, impotencia, retención urinaria, disfunción eréctil, diarrea, fatiga, etc. A consecuencia de ello, se produce una afectación importante a nivel psicológico, puesto que aspectos como la autoestima e incluso relaciones de parejas pueden verse perturbadas⁽²³⁾. De ahí la importancia del papel de Enfermería, la cual facilita distintas medidas enfocadas a lograr el mayor bienestar posible entre los varones afectados y su entorno. Entre ellas se encuentran: actividades funcionales de afecto, apariencia y relación con los familiares, amigos, preocupaciones del trabajo, aceptación y apoyo familiar y atención a otros factores, como las respuestas individuales del paciente. Las medidas de bienestar psicológico se relacionan con el apoyo en el control de la ansiedad, el estrés, la desadaptabilidad, la cognición y la angustia que genera la enfermedad como respuestas individuales del paciente. El bienestar espiritual se relaciona con la fe, las creencias y los significados interiores de cada paciente; sólo escuchando y observando sus respuestas se podrá ofrecer confianza y buena terapéutica para una mejor calidad de vida del paciente oncológico^(23, 24,25).

Tal y como mencionó Florence Nightingale: “La enfermedad era un proceso de reparación, y en donde las funciones de la enfermera consistían en manipular el entorno del paciente para facilitar este proceso”⁽²⁶⁾. Con ello la enfermera debe tener en cuenta todos los aspectos que rodean al paciente, ofreciendo apoyo psicológico y además, sirviendo de apoyo y fuente de información, tanto para el paciente como para sus familiares, para que puedan conocer e interpretar su proceso de enfermedad.

El personal sanitario, y en concreto el personal de enfermería, debe tener en cuenta todas estas premisas para lograr una mayor calidad de vida entre sus pacientes. Es decir, debemos tratar siempre al paciente de un modo holístico, trabajando sobre las dimensiones físicas, sociales, psicológicas y espirituales, para poder individualizar y adaptar nuestro cuidado y hacerlo de una manera óptima.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño

Se trata de un estudio de investigación con carácter observacional, retrospectivo y transversal.

3.2 Población diana y muestra

El presente estudio recoge un grupo de pacientes afectados por cáncer de próstata tratados en el Servicio de Urología y Oncología del Hospital Universitario de Canarias en 2015. Se selecciona aleatoriamente una muestra de 40 casos. Se estima que los casos diagnosticados y/o seguidos en dicho periodo sean en torno a 500 casos.

3.3 Variables de estudio

Las variables de estudio han sido:

- Edad.
- Lugar de residencia.
- Primer síntoma.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Valores del PSA previo al diagnóstico.
- Resonancia magnética.
- Biopsia de próstata.
- Primera línea de tratamiento.
- Resultados del tratamiento, a los 3, a los 6 y a los 12 meses.

3.4 Material y métodos de recogida de la información

Para la realización de este estudio ha sido necesaria la presentación de un Proyecto de Investigación al Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario

de Canarias. Este proyecto incluye diversos apartados como: planteamiento y justificación, objetivos y finalidad del estudio, metodología del estudio, plan de trabajo y aspectos éticos. Finalmente, ha sido concedida la autorización para este estudio (anexo I). Para la realización del mismo se ha contado con profesionales sanitarios de los Servicios de Urología y de Oncología del Hospital Universitario de Canarias.

El Comité de tumores del Hospital Universitario de Canarias, en combinación con los Servicios de Urología y Oncología, ha facilitado la relación de pacientes diagnosticados de carcinoma de próstata en el año 2015. De manera aleatoria, teniendo en consideración la mayor y mejor calidad de datos clínicos, se han seleccionado un total de 40 casos.

Se ha realizado un análisis exhaustivo de las historias clínicas de los casos seleccionados. Entre las variables estudiadas están: edad, población, antecedentes personales y familiares, primer síntoma, tacto rectal, valores de PSA previos al diagnóstico, resonancia magnética, gammagrafía, biopsia prostática, tipo de tratamiento (prostatectomía con resultado anatomopatológico, radioterapia, hormonoterapia, vigilancia activa), y valoración de cifras de PSA a los 3, 6 y 12 meses de evolución.

El tratamiento estadístico se ha llevado a cabo con la hoja de cálculo del programa Microsoft Excel.

3.4 Consideraciones éticas

El estudio se ha realizado en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002) y Brasil (2013); y las Leyes y reglamentos vigentes en Europa y España.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes participantes en el estudio, sólo han tenido acceso a los mismos el investigador y su equipo de colaboradores. A su vez, los datos clínicos recogidos de los pacientes están debidamente disociados de acuerdo con la nueva Orden SSI/81/2017, de 19 de enero,

por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

4. RESULTADOS

En el análisis clínico-terapéutico de los 40 casos de carcinoma prostático se han estudiado las siguientes variables: edad, antecedentes personales y familiares, población de residencia, sintomatología, valores de PSA, métodos diagnósticos, tipos de tratamiento y valores de PSA a los tres, seis y doce meses.

4.1. Edad

Los pacientes presentan una edad entre 40 y 80 años. Se establece el siguiente rango de edad: entre 40-49 años, 50-59 años y 70-80 años. El porcentaje de casos según rango de edad se advierte en la figura 8.

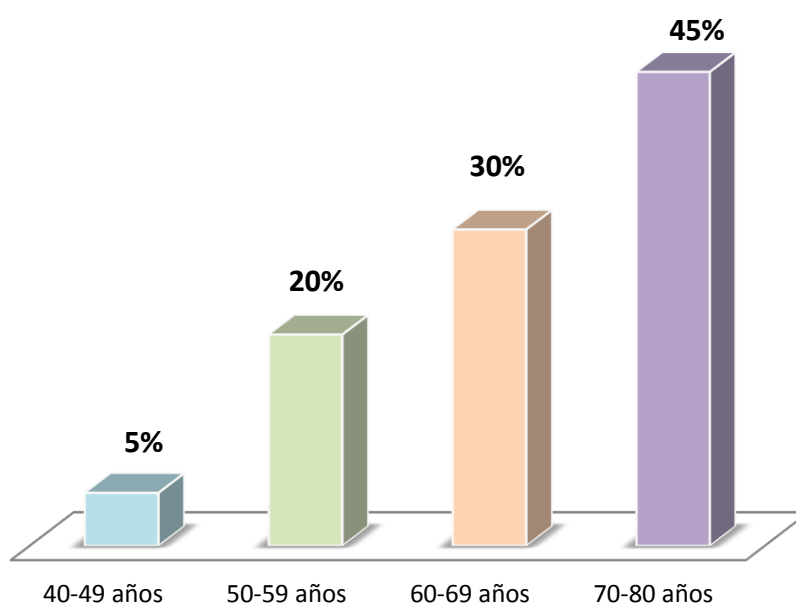


Figura 8. Rango de edad

4.2. Antecedentes personales y familiares

Respecto a los antecedentes personales cabe destacar que la mayoría de los pacientes con carcinoma de próstata muestran patologías propias de su edad. Entre ellas se encuentran: hipertensión arterial (20 pacientes), dislipemia (16 pacientes), patologías cardíacas (11 pacientes), fumadores (10 pacientes), diabetes mellitus (4 pacientes), hiperplasia benigna de próstata (3 pacientes), obesidad (2 pacientes), alcohol (1 paciente), disfunción eréctil (1 paciente) y vasectomía (1 paciente). Además, cabe resaltar que a uno de los varones estudiados se le habían realizado cuatro biopsias previas al diagnóstico de carcinoma de próstata, que resultaron negativas. Finalmente, debe señalarse que únicamente cuatro de los varones están exentos de antecedentes personales de interés.

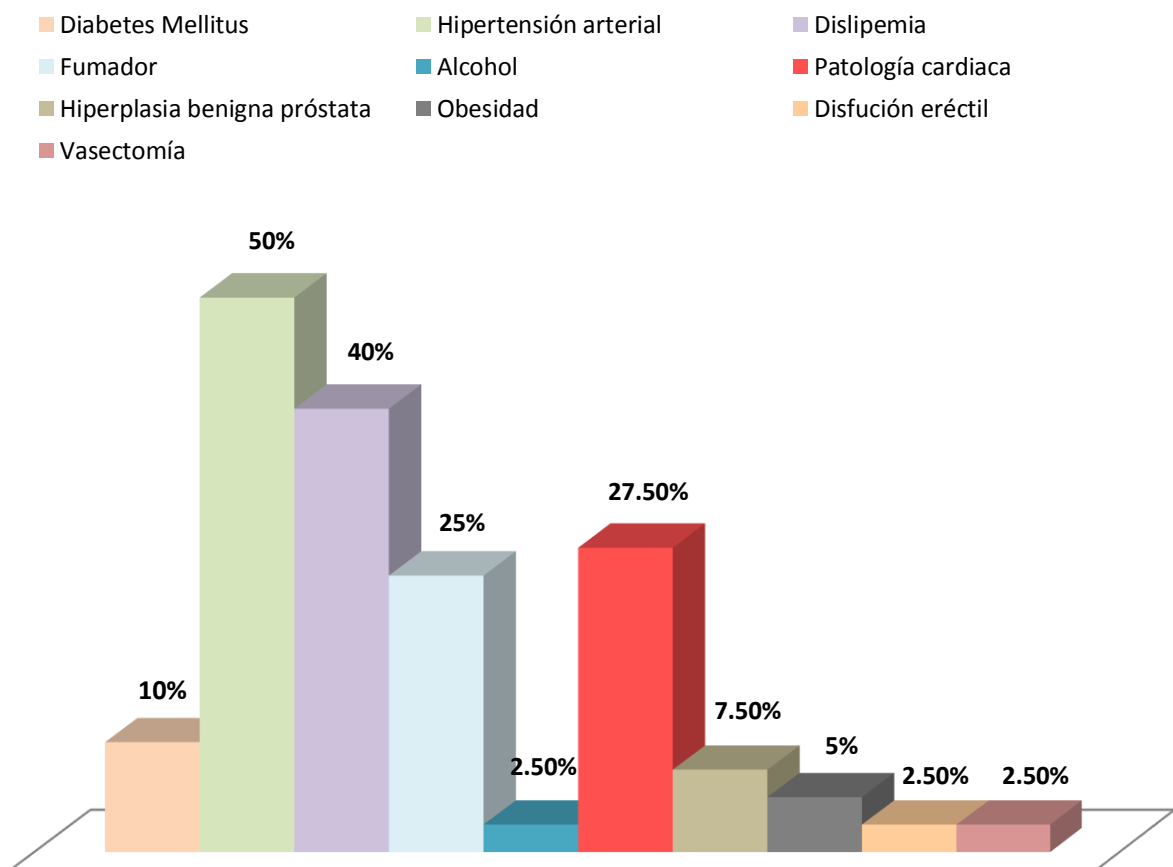


Figura 9. Antecedentes personales

En los antecedentes familiares llama la atención un paciente con hermano mellizo con cáncer de próstata, y otro paciente de 74 años también con hermano afecto de la misma patología y fallecido a los 72 años. Por último, otro paciente con antecedentes de carcinoma prostático en el progenitor.

4.3. Población de residencia

Teniendo en cuenta que el análisis se ha realizado en el Hospital Universitario de Canarias, y que la zona geográfica que éste cubre abarca todos los municipios de la zona norte de Tenerife, los resultados que obtenidos son los que se muestran en la figura 10.

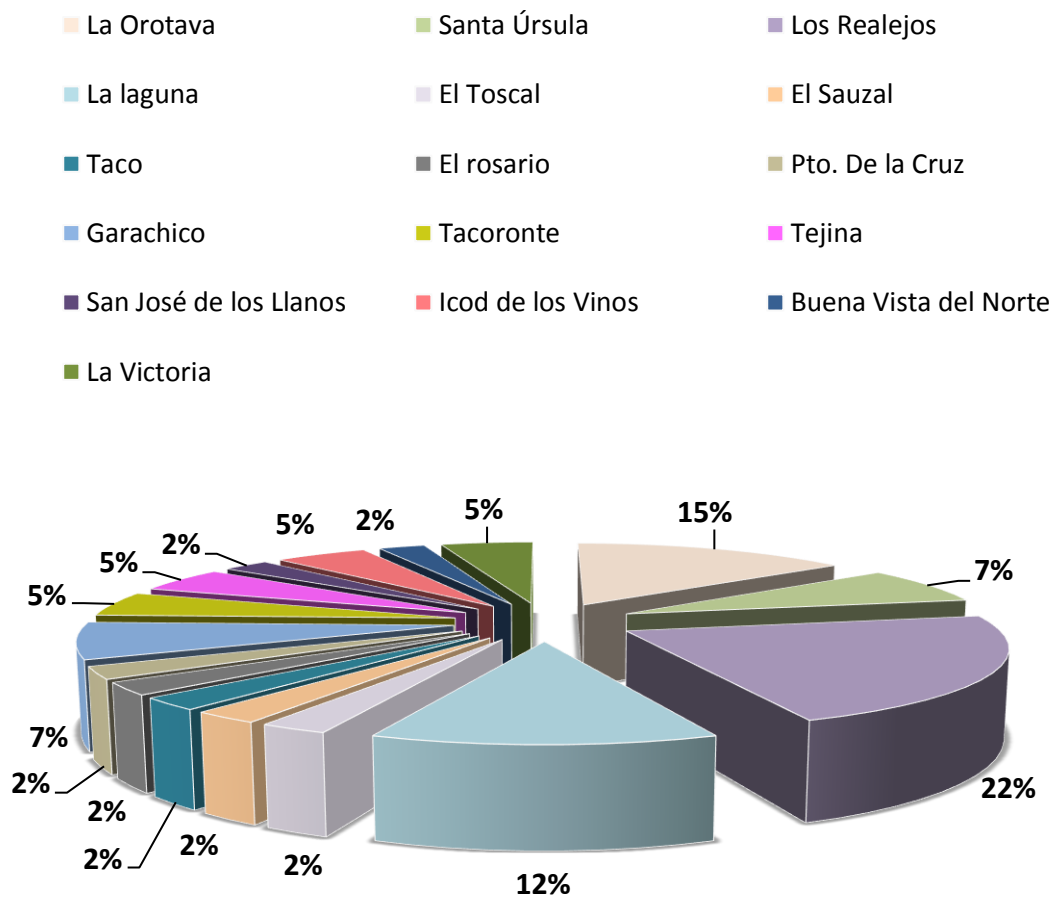


Figura 10. Población de residencia

Destaca el municipio de Los Realejos, con un total de 9 pacientes (22%), seguido de La Orotava (15%) y La Laguna (12%).

4.4. Síntomas

El 30% de los varones estudiado ha mostrado una sintomatología previa al carcinoma prostático. Estos síntomas son: 8 pacientes con síntomas del tracto urinario inferior (STUI), 2 con hematuria, 1 con dolores abdominales y 1 con cansancio y dolores en el retrosoma, este último fallecido y con un PSA > 100ng/ml (estadio avanzado, metástasis ósea). El porcentaje de afectados con sintomatología diversa se expresa en la figura número 11.

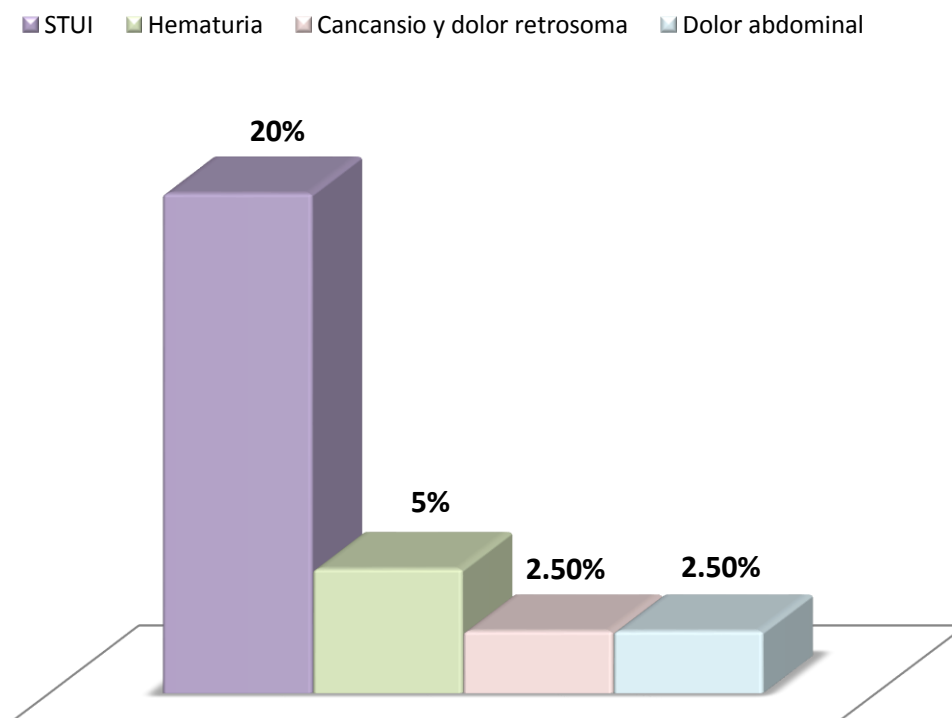


Figura 11. Sintomatología

4.5. Valores previos al diagnóstico del antígeno prostático específico (PSA)

Respecto a la media de los valores de PSA previos al diagnóstico, en los pacientes afectos es de 13,93 ng/ml. Encontramos que el mayor valor es de 298,3 ng/ml, correspondiente a un paciente al que, tras aplicarle tratamiento de bloqueo hormonal, se le reduce dicha cifra considerablemente. El valor menor corresponde a un individuo con un PSA de 2,78 ng/ml, quien resultó diagnosticado de carcinoma de próstata con un Gleason 3+3 pT2c tras realizársele una biopsia y posterior prostatectomía, a pesar de ser un valor dentro de lo normal. Existe dos casos con valores elevados de PSA, concretamente 298,3 y otro caso con cifras > 100ng/ml, de forma que considerando el resto de los 38 casos, el valor medio de PSA es de 6,478 ng/ml.

Cabe destacar igualmente que tres de los varones tomaban previamente fármacos (Tamsulosina y Duodart) para la hiperplasia prostática benigna, por lo que los valores de PSA están alterados.

Entre los métodos diagnósticos, además de los valores de PSA se ha considerado tacto rectal en todos los casos, biopsia prostática, y en determinados casos gammagrafía y resonancia magnética.

4.6. Resultados biopsia prostática

El resultado de la biopsia efectuada a los 40 casos de estudio evidencia la afectación por carcinoma prostático en la zona derecha en 16 casos, en el lado izquierdo 10 casos, y comprometiendo ambos lados en 14 casos. Valorando la escala de Gleason y sus valores dentro de los distintos grupos pronóstico, en este estudio se obtiene que el valor de Gleason ≤ 6 (bajo riesgo) se advierte en 31 casos, Gleason de 7 (riesgo intermedio) en 8 casos, y Gleason > 8 (riesgo alto) en el caso restante.

- Lado derecho
- Lado izquierdo
- Ambos lados

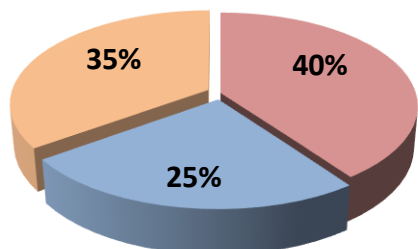


Figura 12. Localización carcinoma de próstata

- Gleason ≤ 6 (bajo riesgo)
- Gleason = 7 (riesgo intermedio)
- Gleason > 8 (riesgo alto)

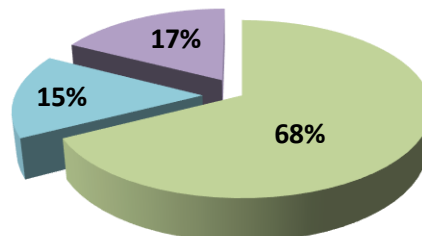


Figura 13. Biopsia y Escala de Gleason

4.7.Tratamientos

A una gran parte de los pacientes se les realiza una prostatectomía, concretamente a 26 de ellos, a 9 se les trata mediante braquiterapia, y en otros 5 casos es de elección la hormonoterapia. Además de estos tratamientos, a 7 de los varones que se han sometido a una prostatectomía, también se le trata con radioterapia de rescate.

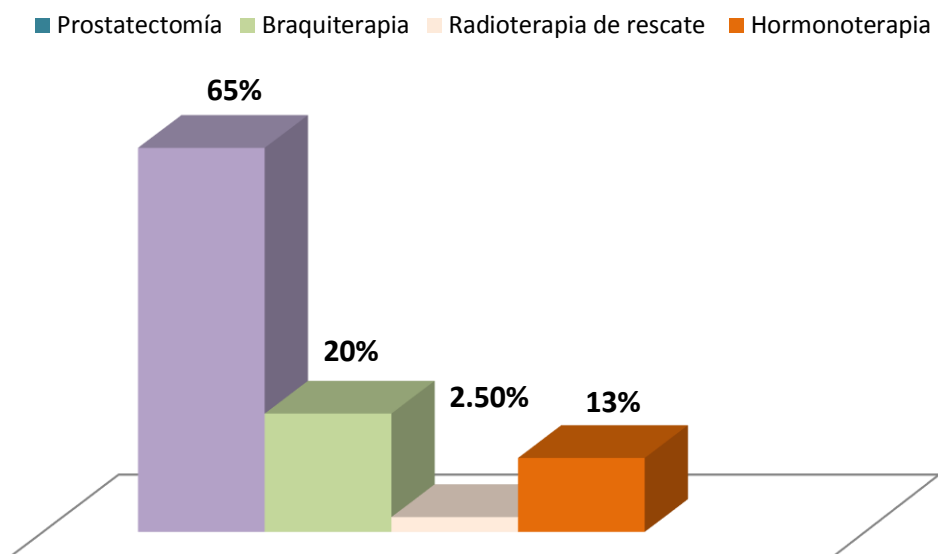


Figura 13. Tipos de tratamiento

4.9. Resultados de la anatomía patológica de la próstata

El tratamiento mediante prostatectomía se ha llevado a cabo en 27 de los 40 pacientes con carcinoma de próstata. Tras el estudio anatomopatológico de la pieza de resección y en la valoración del tumor se encuentran los siguientes resultados: T1-T2a (bajo riesgo) 5 casos, T2c (alto riesgo) 13 casos, T3a-b (tumor difícil de curar) 9 casos; no se ha observado T2b (riesgo intermedio) y T4 (tumores sin cura).

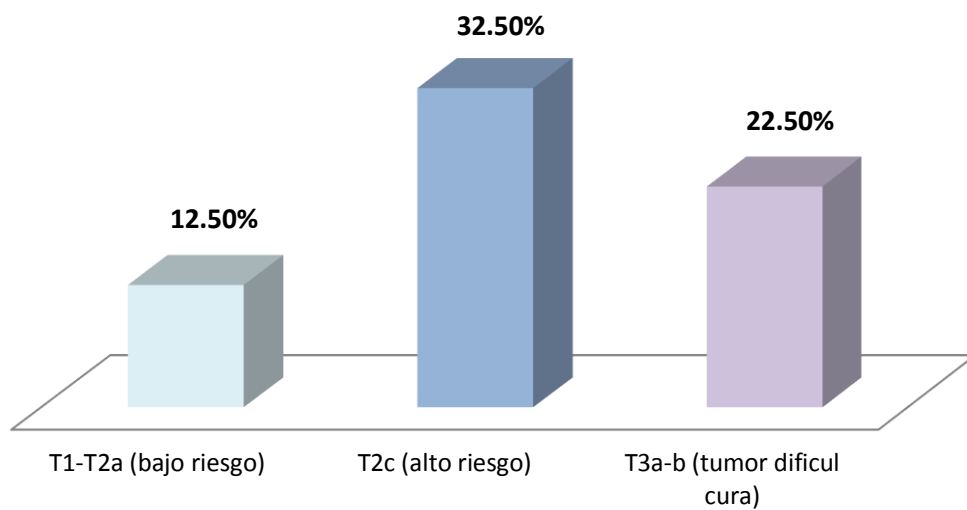


Figura 14. Anatomía patológica tras prostatectomía

4.8. Valores del PSA a los 3, a los 6 y a los 12 meses

Prácticamente la totalidad de los pacientes estudiados presentan un notable descenso de los valores de PSA tras la aplicación del tratamiento correspondiente. Únicamente los varones que desde un primer momento se predecía su mal pronóstico son los que no modifican su PSA, viéndose incluso este magnificado con el paso de un periodo de tiempo. El valor menor de PSA a los 3 meses es de 0,003 ng/ml, a los 6 meses es de 0,003 ng/ml y a los 12 es de 0,003 ng/ml. El valor de PSA mayor a los 3 meses el mayor corresponde a 4,33 ng/ml, a los 6 meses de 2,24 ng/ml y a los 12 meses 70,43 ng/ml. El valor de PSA medio a los 3 meses es de 2,1665 ng/ml, a los 6 meses es de 0,258631579 ng/ml y a los 12 meses de 2,018342105 ng/ml.

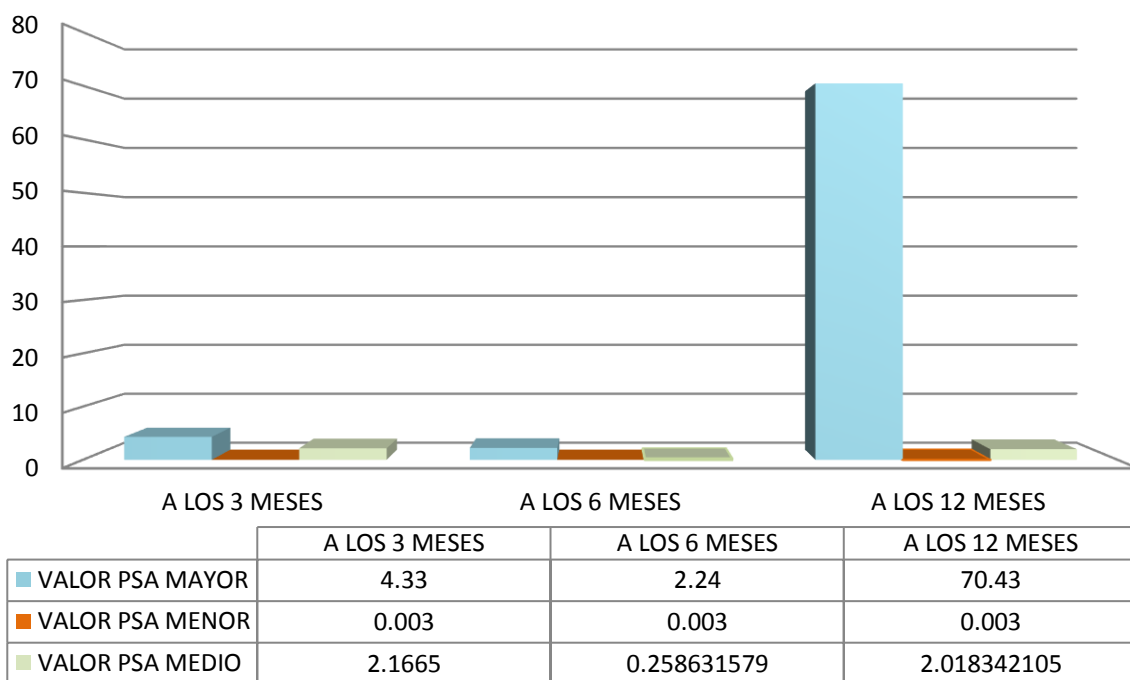


Figura 15. Evolución del PSA

5. DISCUSIÓN

Los datos aportados por el estudio realizado muestran que, de los cuarenta casos estudiados, la mayor parte (un 45% del total) corresponde a varones de edades comprendidas entre 70 y 80 años de edad, tal y como se menciona en la bibliografía consultada, la cual refleja que la incidencia del carcinoma de próstata aumenta exponencialmente con la edad^(2,4,6,7). No obstante, cabe destacar que en nuestro estudio hay un 5% de casos comprendidos entre 40 y 49 años, de forma que el diagnóstico de cáncer de próstata se ha recogido en un paciente de 40 años y en otro de 49 años. Según algunos autores⁽⁷⁾, es muy poco frecuente que se dé esta patología en varones menores de 40 años.

En lo que respecta a los factores de riesgo relacionados con el cáncer de próstata^(7,9) tenemos, los antecedentes personales de los afectos, como la alimentación (imposible de valorar a la hora de analizar las historias clínicas), la obesidad, los hábitos

tabáquicos y alcohólicos. De los cuarenta casos seleccionados, únicamente un 2,5% del total tiene hábitos alcohólicos, y un 5% padece de obesidad. Es necesario indicar que la hipertensión arterial es un cuadro muy habitual en este estudio, de la misma forma que otros antecedentes personales también son propios de la edad; solamente en un pequeño porcentaje (10%) se encuentran exentos de cualquier patología.

En varios estudios^(28,29) se ha mencionado la asociación de la vasectomía el riesgo de padecer cáncer de próstata, e incluso se ha referenciado⁽²⁹⁾ que este riesgo puede verse incrementado hasta en un 70%; en cambio, otros autores hacen referencia a que este riesgo en pacientes con vasectomía realizada minimizan la probabilidad de desarrollar una neoplasia maligna de próstata. Entre los cuarenta casos de este estudio, un 2,5% tiene realizada una vasectomía previa, este valor es muy reducido, pero sin embargo guarda relación con los distintos artículos consultados sumando, a los factores de riesgos que tienen que ver con carcinoma de próstata, la realización de una vasectomía.

Dentro de los antecedentes familiares, el poseer un familiar de primer grado afecto con algún tipo de tumor (y en concreto de próstata) triplicará la posibilidad de sufrir dicha patología en un 10-15% de los varones⁽⁸⁾. Llama la atención el hecho de que un 7,5% de los individuos estudiados tiene antecedentes familiares oncológicos. Concretamente, un paciente con hermano mellizo con cáncer de próstata, y otro paciente de 74 años también con hermano afecto de la misma patología y fallecido a los 72 años; por último, se encuentra asimismo entre nuestros casos el antecedente de carcinoma prostático en un progenitor.

Tal y como prácticamente la totalidad de los autores consultados^(4,7,10), en la patología de carcinoma de próstata se hace referencia a que los síntomas son muy poco frecuentes en la etapa inicial, y es en los estadios más avanzados cuando éstos pueden hacerse presentes. En nuestro estudio el 30% de los pacientes muestra algún tipo de síntomas, coincidiendo con los valores más elevados de PSA; el 5% de varones muestra una mayor sintomatología (dolores en retroversión, abdominal y cansancio) y están afectados de metástasis. Por otro lado, la sintomatología predominante en nuestro estudio corresponde a síntomas del tracto urinario inferior.

Hay que señalar que por regla general, la población masculina que presenta valores del antígeno prostático específico menores de 3 nanogramos por mililitro de sangre, está exenta de este tipo de carcinoma, con lo cual, no está indicada la realización de una biopsia prostática, aceptándose incluso hasta un valor de 4 ng/ml en varones mayores de 60 años^(12,13,14). Sin embargo, en el análisis realizado sobre los valores de PSA de los varones afectos en este trabajo, encontramos que un paciente (2,5%) presenta un PSA \leq 3 ng/ml, concretamente de 2,78 ng/ml, realizándose una biopsia que resultó positiva de neoplasia maligna de próstata, y en 4 casos (10%) tiene valores entre 3 y 4 ng/ml.

El tratamiento seguido en los pacientes de este estudio obedece a las pautas generales establecidas en función de la edad, escala de Gleason y estadiaje, recogidas en la Guía de actuación del cáncer de próstata del Servicio Canario de la Salud⁽¹⁶⁾. La prostatectomía ha sido el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

Finalmente, el pronóstico de los pacientes dependerá del momento de la enfermedad en el que sea diagnosticado, habiendo más probabilidad de fallecimiento en los casos que sean detectados de forma tardía; de ahí la importancia de la prevención primaria para detectar dicho problema. Aparecen como ejemplo en este estudio dos casos en los que se hizo un diagnóstico tardío, revelando un PSA muy alterado, teniendo lugar un exitus en uno de ellos.

6. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes estudiados, diagnosticados o tratados de carcinoma de próstata en el Hospital Universitario de Canarias en el año 2015, corresponden al rango de edad de 70-80 años. El paciente estudiado de menor edad es de 40 años.
2. Dada la edad de la mayoría de los pacientes, entre los antecedentes personales destaca la hipertensión arterial y la dislipemia. En un solo caso se ha advertido vasectomía previa al diagnóstico de carcinoma de próstata.

3. De los cuarenta casos estudiados se observa antecedentes familiares de carcinoma de próstata en tres ellos, dándose la circunstancia de un paciente con hermano mellizo afecto de la patología.
4. El Hospital Universitario de Canarias abarca la población del norte de la isla de Tenerife, detectándose que la zona de residencia en la que se encuentra el mayor número de pacientes estudiados corresponde al municipio de Los Realejos.
5. La sintomatología predominante se relaciona con el tracto urinario inferior. Como métodos diagnósticos se ha considerado los valores de PSA, tacto rectal, biopsia prostática y en algunos casos gammagrafía y resonancia magnética. El tratamiento más efectuado ha sido la prostatectomía.
6. La determinación del antígeno prostático específico (PSA) resulta fundamental en el diagnóstico y evolución del carcinoma de próstata. En casi la totalidad de los casos analizados el valor de PSA se reduce notablemente pasados tres y doce meses del inicio del tratamiento, independientemente del tratamiento de elección.
7. En el análisis clínico-terapéutico llevado a cabo destaca la buena evolución de los pacientes en función de su detección temprana, advirtiéndose un solo caso de defunción.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2004 [Internet]. 2006 [consultado el 9 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np410.pdf>
2. Granado de la Orden S, SaáRequejo C, QuintásViqueiraA. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. Actas Urológicas Españolas [Internet]. 2006 [consultado 9 diciembre 2016]; 30: 574-82. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480606734970>
3. Álvarez Blanco MA, Escudero de los Ríos PM, Hernández Toríz N. Cáncer de próstata. Revista Mexicana de Urología [Internet]. 2008 [consultado 1 febrero 2017]; 68:245-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur084l.pdf>
4. Lemay Nodal LaugartR, Rodríguez Ardí M, Tamayo I, Domínguez Fabars A. Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. Medisan[Internet]. 2011 [consultado 24 febrero 2017]; 15: 958-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011000700011&script=sci_arttext&lng=en
5. Cámara JL. Prevén un millar de nuevos casos de cáncer de próstata en Canarias. Diario de Avisos [Internet]. 2015 [consultado el 10 de diciembre de 2016]; [aprox. 3 páginas]. Disponible en: <http://www.diariodeavisos.com/2015/04/preven-millar-nuevos-casos-cancer-prostata-en-canarias/>
6. Médicosypacientes.com. Se presenta el estudio “El conocimiento del cáncer de próstata entre los hombres españoles”. Médicos y pacientes.com [Internet]. 2009 [consultado 12 marzo 2017]; [aprox. 2 páginas]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/se-presenta-el-estudio-el-conocimiento-del-c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata-entre-los-hombres-espa%C3%B1oles>
7. Plata Bello AC. Epidemiología del cáncer de próstata en el área sanitaria del Hospital Universitario de Canarias e impacto de los diferentes esquemas de biopsia de próstata en el diagnóstico del cáncer de próstata [tesis doctoral].

Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna, Facultad de Medicina; 2014 [consultado 10 diciembre 2016] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/108>

8. Rodríguez López MR, Baluja Conde IB, Bermúdez Velásquez S. Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. RevBiomed 2007 [Internet]; 18: 47-59. [consultado 10 diciembre de 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2007/bio071f.pdf>

9. Ferrís i Tortajada J, García i Castell J, Berbel Tornero O, Ortega García JA. Factores de riesgo constitucionales en el cáncer de próstata. Actas UrolEsp [Internet]. 2001 [consultado 12 de marzo de 2017]; 35(5):282-88. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480611000489>

10. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de próstata: Síntomas y signos. Cancer.Net [Internet]. 2016 [consultado el 15 de marzo de 2017]; [aprox.3 páginas]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata/s%C3%ADntomas-y-signos>

11. Alta Klinik. *Reconocimiento de la próstata mediante IMR*. [Interet] [fecha de acceso el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.alta-klinik.es/reconocimiento-de-la-prostata-mediante-irm.html>

12. Seoane González B. TNM. Escala de estadiaje del cáncer. [Internet]. La Coruña: Sociedad Gallega de Medicina Interna; 2016 [consultado 16 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/TNM.pdf>

13. Instituto Nacional del Cáncer. Estadificación. [Internet]. Washington: Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU.; 2015 [consultado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

14. Instituto Nacional del Cáncer. Análisis del antígeno prostático específico (PSA). [Internet]. Washington: Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU.; 2012 [consultado 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/hoja-informativa-psa#q7>

15. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de próstata: Estadios y grados. Cancer.Net [Internet]. 2016 [consultado 31 de marzo de 2017]; [aprox.10 páginas]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata/estadios-y-grados>
16. Servicio Canario de Salud. Guía de actuación del cáncer de próstata. [Internet]. 2013 [consultado 4 de marzo de 2017]; [31 páginas]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/996225f4-3277-11e3-a0f5-65699e4ff786/CancerDeProstata.pdf>
17. Sánchez Gómez LM, Polo de Santos M, Luengo Matos S. Eficacia y seguridad de la braquiterapia de altas tasas de dosis como monoterapia en el tratamiento del cáncer de próstata. [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2016 [consultado 1 de abril de 2017]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=15/06/2016-d8430dd886>
18. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de próstata: Opciones y tratamiento. Cancer.Net [Internet]. 2016 [consultado 11 marzo de marzo de 2017]; [aprox.23 páginas]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata/opciones-de-tratamiento>
19. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería digital [Internet]. 2004 [consultado 5 de abril de 2017]; 13:44-5. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/92022452/Gestion-Del-Cuidado-y-Del-Servicio-de-Enfermeria>
20. American Nurses Association. *What is Nursing?* [Consultado el 4 de mayo de 2016] [Internet]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>
21. Santamaría NP, García LE, Sánchez Herrera B, Carrillo GM. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. Revista Latinoamericana de Bioética [Internet]. 2016 [consultado 8 de abril de 2017]; 16(1):104-127. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a07.pdf>

22. Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2006 [consultado 5 de abril de 2017]; 8(1):9-16. Disponible en: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/949/1163>.

23. Santamaría NP, García LE, Sánchez Herrera B, Carrillo GM. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. Revista Latinoamericana de Bioética [Internet]. 2016 [consultado 8 de abril de 2017]; 16(1):104-127. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a07.pdf>

24. Zaidier G, Triviño V, Sanhueza OA. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichán [Internet]. 2005 [consultado 11 de abril de 2017]; 5(1):20-31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003

25. Rivero A, Berríos R. El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. Psicología, Conocimiento y Sociedad [Internet]. 2016 [consultado el 18 de abril de 2017]; 6(1):164-90. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/309/280>

26. Amaro Cano MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. RevCubanaEnfermer [Internet]. 2004 [consultado el 18 de abril de 2017]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009

27. American Cancer Society. Factores de riesgo del cáncer de próstata. [Internet]. Georgia: Sociedad Americana Contra el Cáncer; 2016 [consultado 29 abril de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

28. Ferrís i Tortajada J, García i Castell J, Berbel Tornero O, Ortega García JA. Factores de riesgos ambientales no dietéticos en el cáncer de próstata. Actas UrolEsp [Internet]. 2011 [consultado 4 de mayo de 2017]; 35(5):289-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-4806201100050000

8. ANEXOS

8.1 Autorización del Comité de Ética de la Investigación del HUC



Servicio
Canario de la Salud
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS



- 3 FEB 2017



El estudio de investigación titulado: “Análisis clínico-terapéutico de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital Universitario de Canarias. Estudio año 2015.”, versión 2, Enero 2017, con código 2016_95, del que es Investigador Principal Dña. YLENIA SUSANA SANCHEZ ARAÑA, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Canarias en su sesión del 26 de enero de 2017, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Canarias **Autoriza** la realización de este estudio.

La Laguna, a 26 de enero de 2017.

Firmado:



Dra. CONSUELO MARIA RODRIGUEZ JIMENEZ
Secretaría del Comité de Ética de la Investigación
Hospital Universitario de Canarias