

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL SERVICIO
DE HEMATO-ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES, PERÍODO
JUNIO - AGOSTO 2016**

Informe final presentado por:

Luis Enrique Castillo Palacios
Diego Alexander Castillo Barrientos
Mariano Salvador Castro Mendoza

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Eduardo Fuentes

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE 2016

Contenidos

INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
MARCO TEÓRICO.....	6
COMORBILIDAD CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.....	6
<i>Ansiedad en pacientes oncológicos:</i>	7
<i>Trastorno de angustia/pánico en pacientes oncológicos.</i>	8
<i>Trastorno adaptativo de ansiedad en pacientes oncológicos</i>	9
<i>Trastorno fóbico en pacientes oncológicos.</i>	9
<i>trastornos de ansiedad generalizada en pacientes oncológicos</i>	10
<i>Trastornos depresivos.</i>	12
<i>Depresión secundaria a quimioterapia.</i>	13
<i>Delirium en pacientes oncologicos.</i>	14
GENERALIDADES DEL CÁNCER	15
DISEÑO METODOLÓGICO	21
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	21
PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	21
UNIVERSO Y MUESTRA.....	21
CRITERIOS DE INCLUSION:.....	21
CRITERIOS DE EXCLUSION:	21
ÁREA DE ESTUDIO	22
FUENTES DE INFORMACIÓN	22
TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	22
INSTRUMENTOS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	22
VARIABLES	23
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

Durante la última década el cáncer ha constituido una de las principales causas de muerte a nivel mundial, así mismo representa un reto en la atención integral de los pacientes que lo padecen, afectando en gran medida el ámbito biológico, psicológico y social.

La Organización Panamericana de la Salud, estima que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el continente americano, causando alrededor de 1.3 millones de muertes, ocurriendo el 47 % de estas en Latinoamérica y el Caribe.

En nuestro país se encuentra en construcción el Registro Nacional de Cáncer, sin embargo, se cuenta con información valiosa recopilada de las diferentes instituciones responsables de la atención de pacientes con cáncer, lo cual ha permitido esquematizar en el presente diagnóstico la situación epidemiológica obtenida a partir de egresos hospitalarios.

Para poder ofrecer una respuesta integral a las personas con cáncer se vuelve imperativo, conocer la información generada a nivel nacional sobre esta problemática, para incidir en la toma de decisiones que lleve a la priorización de las intervenciones, a fin de impactar en la reducción de la morbilidad y mortalidad causada por la enfermedad.

El desarrollo de la investigación responde a la necesidad de una adecuada atención integral en pacientes oncológicos, entre las cuales se incluye como parte fundamental intervenciones en salud mental ya que en las instituciones públicas es poca o nula. Por lo que se vuelve necesario actividades como el fortalecimiento de psiquiatría de enlace.

Así mismo se pretende estudiar los principales trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos hospitalizados que reciben quimioterapia en Hospital Nacional Rosales, en el servicio de Hemato-oncología, con el objetivo de que se tomen en cuenta para la realización de actividades e intervenciones específicas que mejoren la calidad de la atención de los pacientes.

Dicho estudio se llevará a cabo en el Hospital Nacional Rosales debido a que es la principal institución pública del país que cuenta con un servicio de hemato-oncología que brinda atención a los pacientes con dicho padecimiento, donde la enfermedad es enfrentada desde un punto de vista biológico, volviéndose necesario evaluar una atención que involucre actividades de intervención de salud mental para lograr una atención integral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Rosales, servicio de hemato-oncología junio a agosto 2016?

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos del servicio de hemato-oncología del Hospital Nacional Rosales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales tipos de cáncer que se asocian a trastornos psiquiátricos.
- Enumerar los principales trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos.

MARCO TEÓRICO

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

El hecho de que una célula normal se vuelva tumoral se debe a un fallo en el programa genético que controla el crecimiento, la proliferación y la diferenciación celular. Los genes normales que codifican la mayoría de las proteínas celulares se denominan protooncogenes celulares y desempeñan funciones primordiales en la regulación de las funciones celulares. Los protooncogenes pueden convertirse en oncogenes y así originar cáncer por diferentes mecanismos: mutaciones, una alteración en la regulación del proceso bioquímico de la transcripción (estadio celular necesario para la expresión génica) que desemboca en una sobreexpresión de dicho oncogén o una reactivación de los programas celulares de desarrollo que se encontraban operativos en el embrión; también la aparición de células inmaduras puede tener una función importante en la génesis de tumores.¹

En la aparición del cáncer es muy importante el defecto que puede existir en los denominados genes supresores de tumores. Éstos llevan a cabo una función esencial en el control del ciclo y la muerte celular. En la mayoría de los casos la transformación de una célula normal en una tumoral se produce por la acumulación de numerosas mutaciones, tanto en oncogenes como en genes supresores de tumores. Además de estos tipos de cáncer, que suelen aparecer de manera espontánea, junto a los hereditarios, que constituyen un 1–2 % de todos los tipos de cáncer, debemos considerar como causas potenciales del cáncer otros factores como los agentes químicos o físicos y los virus. Independientemente de sus causas, todos los tipos de cáncer presentan unos cambios bioquímicos comunes.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

La prevalencia de sufrimiento emocional en pacientes oncológicos es de alrededor de un 35% en el curso de la enfermedad³⁴, y éste se acentúa en jóvenes, según la localización tumoral (mayor riesgo en tumores cerebrales) y

¹ Domingo Barbolla Camarero, Antonia Luego Rosa, Nuria Sánchez Villa, María inmaculada Rubio Merino, Martín Valverde Merino, Julia Bragado Gonzales, Manuel Lázaro Pulido, Diego Peral Pacheco. El Cáncer investigado desde otro paradigma factores psicosocioculturales como desencadenantes. Mc Graw Hill 2008. Pag 10.

en la enfermedad oncológica de peor pronóstico, con mayor riesgo en pacientes con pronóstico de supervivencia inferior a un año.

La comorbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer aumenta los días de hospitalización, la demanda de atención médica y el riesgo suicida; retrasa en al menos un mes la adaptación al diagnóstico de cáncer y se asocia a menor adhesión a tratamientos antineoplásicos. Los síntomas depresivos aumentan la sensibilidad al dolor y afectan el rango y la intensidad de los efectos secundarios del tratamiento, con un impacto negativo en el bienestar físico y funcionamiento social del paciente.

Con respecto al pronóstico de la enfermedad neoplásica, un metanálisis de estudios prospectivos, encontró una asociación estadísticamente significativa, pero pequeña, entre síntomas depresivos y mortalidad, con riesgo relativo (RR) no ajustado de 1.25 (IC 95% 1.12-1.40; $P < 0.001$) elevándose a 1.39 en presencia de diagnóstico de trastorno depresivo mayor (IC 95% 1.10-1.89; $P 0.03$)

El uso del Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS) en un estudio en pacientes con patologías crónicas en fase avanzada (de los cuales 77.6% eran pacientes oncológicos), reportó síntomas ansiosos y depresivos en 51,1% y 27,9% de los pacientes, respectivamente (punto de corte ≥ 8). Si consideramos sólo los casos “clínicamente relevantes” (punto de corte ≥ 11) en ambas subescalas, la frecuencia fue de 30,2% y 11,6%, respectivamente.

Factores de riesgo de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos.

- Deterioro físico en etapa avanzado terminal.
- Trastornos de personalidad.
- Ausencia de esperanza.

Trastornos Psiquiátricos en Pacientes Oncológicos PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group) Derogatis y Col. 1983

Los trastornos psiquiátricos se presentan en el 47%, de entre los cuales los trastornos adaptativos se presentan en el 68%, Depresión mayor en un 13%, trastornos mentales orgánicos en un 4%, trastornos de personalidad en un 3%, y trastornos de ansiedad en un 2%.

Ansiedad en pacientes oncológicos:

Factores desencadenantes

- El cáncer

- La comunicación del diagnóstico y opciones terapéuticas
- El tratamiento
- Las revisiones
- La recidiva o progresión
- Las terapéuticas de 2ª ó 3ª línea
- La suspensión del tratamiento
- El cambio de lugar / equipo.

Formas clínicas en las que se presentan los trastornos de ansiedad en pacientes oncológicos:

- A. Reactiva / Adaptativa:

Normal

- En más del 50%
- Proporcional a la causa
- Breve (1-2 semanas)
- Puesta en marcha de recursos

- Trastorno de ansiedad:
 - Trastorno de angustia/pánico
 - Trastorno adaptativo de ansiedad
 - Ansiedad fóbica
 - Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno de angustia/pánico en pacientes oncológicos.

Crisis de angustia recurrentes, con/sin situación desencadenante

Características:

- Temor o malestar
 - Inicio brusco
 - Máxima intensidad en segundos. (Min/hora)
 - Al menos 4 síntomas de los siguientes
- Síntomas autonómicos:
 - Palpitaciones, taquicardia
 - Sudoración
 - Temblor
 - Boca seca

- Síntomas respiratorios y digestivos:
 - Dificultad para respirar
 - Ahogo
 - Dolor torácico
 - Náuseas, malestar abdominal.

- Síntomas de estado mental:
 - Mareo e inestabilidad
 - Irrealidad y despersonalización
 - Miedo: a perder el control, a la locura
 - Miedo a morir

- Síntomas generales:
 - Calor o escalofríos
 - Entumecimiento, hormigueos
 - Según intervalo temporal, los episodios se dividen en: Moderados: Al menos 4 episodios en 4 semanas
 - Graves: Al menos 4 episodios/semana en 4 semanas.

Trastorno adaptativo de ansiedad en pacientes oncológicos

- No cumple criterios de ninguno de los otros trastornos
- De ansiedad
- Presenta síntomas variados, no específicos
- Aparece dentro del mes siguiente a la actuación del agente estresor
- Se resuelve en los 6 meses siguientes
- Puede ser de 2 tipos:
 - Trastorno de adaptación con ánimo ansioso
 - Trastorno de adaptación mixto.

Trastorno fóbico en pacientes oncológicos.

- Trastorno de angustia/pánico con patrón inespecífico
- Situación concreta desencadenante
- Conductas de evitación
- Más frecuentes las fobias específicas en pacientes oncológicos:
 - Altura
 - Claustrofobia
 - Agujas / punciones
 - Sangre / heridas

Trastornos de ansiedad generalizada en pacientes oncológicos

- Ansiedad, preocupación, aprensión por problemas cotidianos
- Al menos 6 meses de duración
- 4 síntomas del listado, uno de los grupos (1) a (4):

- Síntomas autonómicos:

Palpitaciones

Sudoración

Temblor

Boca seca

- Síntomas respiratorios-digestivos:

Dificultad para respirar

Ahogo

Dolor torácico

Nauseas, dolor abdominal

- Síntomas estado mental:

Mareo, inestabilidad

Irrealidad, despersonalización

Miedo: a perder el control, a la locura...

Miedo a morir

- Síntomas generales:

Calor, escalofríos

Entumecimiento, hormigueos

- Síntomas musculoesqueléticos:

Tensión muscular, parestesias

Dificultad para relajarse

Sensación de "estar al límite"

"Nudo" en la garganta

- Síntomas inespecíficos:

Alarma exagerada

Dificultad para concentrarse, "mente en blanco"

Irritabilidad persistente

Dificultad para dormir

- *Diagnóstico*

- Historia clínica (+ antecedentes psiquiátricos/drogas/fármacos)
- Exploración física (+ neurológica)
- Pruebas complementarias
- Métodos específicos 3 tipos:

Cuestionarios de cribaje: HAD, Golberg

Entrevistas estructuradas: SCAN

Escalas de intensidad: STAI, Zung

Beck, Hamilton

Recomendación técnica en 2 pasos: cuestionario entrevista (Stark y cols).

- *Diagnóstico diferencial:*

- Ansiedad reactiva /adaptativa
- Depresión (S. mixtos)
- Psicosis
- Trastornos por causa orgánica:

Fármacos

Alteraciones metabólicas

Síndrome de abstinencia

Dolor

Tumores productores de hormonas.

- *Tratamiento:*

A. Adaptativa: no suele requerir tratamiento

Trastornos de ansiedad:

- Farmacológico
- Psicológico
- Social
- Fármacos:

Benzodiacepinas

β -bloqueantes (control síntomas físicos propanolol

Antidepresivos: tricíclicos, ISRS

Trastornos depresivos.

Se encuentra presente en el 25% de todos los pacientes oncológicos, este porcentaje aumenta durante la etapa avanzada de la enfermedad hasta un 77%. PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group) Derogatis y Col. 1983.

- Factores de riesgo:
Trastorno mental previo
Alcoholismo
Cáncer avanzado / terminal
Ingreso hospitalario
Aislamiento social / conspiración de silencio
PS deteriorado
Mutilaciones / disfunciones corporales
Síntomas mal controlados
Sexo femenino.
- Importancia del diagnóstico.
La depresión influye negativamente en:
Duración del ingreso hospitalario
Autocuidado
Cumplimiento terapéutico
Calidad de vida
Supervivencia

CIE10²

- Episodio depresivo.
- Trastornos afectivos persistentes.
 - Ciclotimia
 - Distimia.
- Trastorno afectivo mixto.

² Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen 1.

Trastorno depresivo breve recurrente.
Trastorno del humor afectivo sin especificar.
Trastorno del humor afectivo orgánico.

DSM-IV

Trastorno depresivo mayor, episodio único.
Trastorno depresivo mayor, recidivante.
- Ciclotímico.
- Distímico.
Trastorno del estado de ánimo no especificado.
Trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica..

• *Episodio*: Periodo de tiempo durante el cual el paciente presenta síntomas que satisfacen criterios diagnósticos. Deben cumplirse 2 del 1er grupo y 2 del 2º durante, al menos, 2 semanas.

Grupo 1: tristeza, pérdida de interés, fatigabilidad.

Grupo 2: disminución de atención y concentración, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad, futuro sombrío, ideas suicidas, trastornos del sueño, pérdida de apetito.

Con 2 síntomas de cada grupo episodio depresivo leve

Con 2 del 1º y al menos 3 del 2º episodio depresivo moderado

Con 3 del 1º y al menos 4 del 2º episodio depresivo grave

Tipos clínicos

• Trastorno depresivo de adaptación: Daño psíquico afrontamiento

Depresión de causa orgánica:

Enfermedad tumoral

Fármacos

Radioterapia

Sustancias de abuso

• Depresión primaria:

Neurótica

Endógena (melancolía)

Depresión secundaria a quimioterapia.

Está asociada a tratamiento con:

Vincristina, vinblastina, procarbazona, anfotericina B, interferón y corticoesteroides,

Diagnóstico.

- Historia clínica general y psiquiátrica
- Exploración física
- Exploración estado mental (vigilancia, memoria, afectividad).
- Pruebas complementarias
- Medidas específicas: Hamilton

Tratamiento:

• *Heterocíclicos:*

Amitriptilina (Triptizol): 75/300 mg/día

Imipramina (Tofranil): 75/300 mg/día

Clorimipramina (Anafranil): 75/300 mg/día

- *Imao* (inhibidores de la mono amino oxidasa.)

- *isrs* (*inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*), son los de primera elección por su versatilidad, eficacia, perfil, menos efectos secundarios.

Citalopram (Seropram, Prisdal): 20/60 mg/día

Fluoxetina (Prozac): 20/60 mg/día

Paroxetina (Seroxat): 20/60 mg/día

Sertralina (Besitran): 50/200 mg/día

• *Nuevos antidepresivos:*

Mirtazapina (Rexer): 30/120 mg/día

Venlafaxina (Vandral): 75/300 mg/día

Delirium en pacientes oncológicos.

Se presenta en 33% de pacientes ingresados generales, en pacientes oncológicos se observa en un 25-40%, y 85% en pacientes terminales.

Hay una relación directa entre la edad y el riesgo de delirium.

El efecto directo lo causa el tumor primario o metástasis y la radioterapia cerebral.

El efecto indirecto encefalopatía metabólica por fallo de órgano:

Hígado, pulmón, riñón.

- Trastornos Electrolíticos: Na, K, Ca, Mg, Gl.
- Nutricionales: Tiamina, Fólico o B12 .
- Vásculo-hematológica: anemias, trombosis, Hemorragias.
- Infecciones: sepsis, infecciones locales.
- Analgésicos opioides.
- Anti fúngicos: anfotericina B, metronidazol.
- Esteroides: prednisona, decadron.
- Antivirales: Aciclovir.
- Cirugía.
- Quimioterápicos: L asparaginasa, 5 FU, methotrexate, mostaza nitrogenada, procarbazona, clorambucilo, iofosfamida.
- Inmunoterapia: IL II, IF.
- Abuso de sustancias: Alcohol.

Diagnóstico diferencial:

Depresión, psicosis, trastornos disociativos.

GENERALIDADES DEL CÁNCER

Oncogenes

Los oncogenes, derivados originariamente de los protooncogenes celulares, como ya se ha mencionado, se encuentran en un 10–30% de todos los cánceres humanos.

Sin embargo, la expresión de uno o varios de ellos puede no ser suficiente para transformar una célula normal en cancerosa. El conocimiento de la forma en que los oncogenes alteran el crecimiento y proliferación celular ha avanzado extraordinariamente en los últimos años.

Cómo los protooncogenes se transforman en genes tumorales.

Como ya se ha indicado, los protooncogenes pueden sufrir una transformación —Activación— que origina células tumorales a través de varios mecanismos bioquímicos:

a) Mutación. Es el caso, por ejemplo, del oncogén Ras, que fue el primer oncogén que se describió como relacionado con un tumor humano (cáncer de vejiga urinaria) y que presenta una mutación ocasional en la que se ha cambiado el aminoácido valina por la glicina.

b) Amplificación génica y sobreexpresión. Se han descubierto en los cromosomas regiones homogéneas del ADN que representan a los oncogenes c-myc en diferentes tumores, como neuroblastomas, cáncer de células pequeñas de pulmón, cánceres de mama y colon y en leucemias. En una tercera parte de los cánceres de ovario y de mama se ha encontrado amplificación y sobreexpresión del gen erb-B.

c) Translocación cromosómica y por reordenamiento y fusión de genes. El ejemplo más característico es el que se produce en el linfoma de Burkitt. En el 75% de los pacientes con este linfoma, el protooncogén c-myc, que codifica para el factor de transcripción c-Myc, se transloca desde su región normal del cromosoma 8 al cromosoma 14. Esta translocación sitúa al gen c-myc en una localización adyacente a un promotor muy activo en la transcripción del ADN. Como consecuencia de ello se sobre expresan grandes cantidades de c-Myc, lo que, a su vez, mediante diferentes mecanismos bioquímicos que ahora se están descubriendo, promueve una respuesta celular incrementada ante cualquier estímulo o señal extracelular mitótica. Si esto ocurre en linfocitos B, se produce una proliferación incontrolada y, eventualmente, la formación de células B monoclonales neoplásicas.

En 1969, Henry Harris, George Klein y sus colaboradores descubrieron que células cancerosas, que producen tumores en animales, perdían su capacidad de causar tumores cuando se fusionaban con células normales no cancerosas. Esa pérdida de la capacidad de promover tumores se perpetuaba de generación en generación.

Este experimento constituyó un hito en la historia de la investigación del cáncer. posteriormente se ha aplicado a todos los tipos de canceres —

inducidos por virus, por agentes químicos y espontáneos— y a todos los tipos celulares —epiteliales, fibroblastos y linfocitos—. De aquí se concluye que las células normales sanas aportan a las células tumorales uno o más genes que codifican para proteínas que no existen en la célula tumoral y que, de esta forma, contribuyen a suprimir su efecto canceroso. Estos genes de células sanas que se inactivan cuando una célula se transforma en cancerosa se denominan «genes supresores de tumores» y funcionan fisiológicamente como reguladores del proceso bioquímico de la transcripción Del ADN. De esta forma se puede decir que una característica de la célula Cancerosa es que ha perdido sus genes supresores de tumores. La implicación de Estos genes en los diferentes tipos de cáncer en humanos continúa aumentando A medida que avanza la investigación en este campo. Un ejemplo lo constituye el Del gen supresor de tumores RB, cuya desaparición se ha encontrado en el 70% De los osteosarcomas y en un cáncer en niños, el retinoblastoma. Otro clásico gen Supresor de tumores es el p53, cuya mutación es la más común en el 80% de Todos los tipos de cáncer en humanos.³

Aparición de células inmaduras

Las células inmaduras normales se diferencian en células maduras, que a su vez forman células diferenciadas y originan así los diversos tejidos. Sin embargo, las células inmaduras cancerosas, como los teratocarcinomas, parecen haber perdido su capacidad de diferenciación. Por otro lado, las células cancerosas se dividen indefinidamente sin cambiar sus caracteres —de hecho, en cultivo se comportan como células inmortalizadas—. Se ha descubierto que las células inmaduras de teratocarcinoma se comportan como células madre embrionarias, las cuales no pueden diferenciarse debido a que ha habido un bloqueo en su programa normal de diferenciación, provocado a su vez por un fallo en la comunicación De una célula con sus células vecinas. Un ejemplo claro de un tipo de Cáncer que aparece por un bloqueo en la diferenciación, y no por una proliferación Incontrolada, lo constituyen las leucemias. En ellas existe un fallo en la ruta Bioquímica de maduración, que impide la existencia de células diferenciadas con Funciones específicas.

³ Domingo Barbolla Camarero, Antonia Luego Rosa, Nuria Sánchez Villa, María inmaculada Rubio Merino, Martín Valverde Merino, Julia Bragado Gonzales, Manuel Lázaro Pulido, Diego Peral Pacheco. El Cáncer investigado desde otro paradigma factores psicosocioculturales como desencadenantes. Mc Graw Hill 2008. Pag 12.

Estadísticas mundiales sobre incidencia del cáncer.

Se calcula que en 2002 hubo un total de 10.9 millones de casos nuevos de cáncer en todo el mundo.³ El cáncer pulmonar es el más frecuente en todo el mundo, representa 1.35 millones de casos nuevos y 1.15 millones de muertes cada año.³ Ahora, el de mama es el segundo tipo de cáncer más frecuente (1.15 millones de casos cada año) y ocupa el quinto lugar entre las causas más frecuentes de muerte por cáncer, después del gástrico (934 000 casos, 700 000 muertes), color rectal (1.03 millones de casos, 529 000 muertes) y hepático (626 000 casos, 598 000 muertes).

Estadísticas mundiales sobre mortalidad por cáncer

Las tasas de mortalidad por distintos cánceres también varían en forma significativa de un país a otro. Esto es atribuible no sólo a las variaciones en la incidencia, también a las discrepancias en la supervivencia después de un diagnóstico de cáncer. Las tasas de supervivencia dependen de los patrones terapéuticos, así como de las variaciones en las prácticas de detección del cáncer, que influyen en la etapa de la neoplasia al momento del diagnóstico. Por ejemplo, la tasa de supervivencia a cinco años para cáncer gástrico es mucho más alta en Japón, donde la incidencia de este tumor es lo bastante alta para ameritar la detección masiva, lo que se supone conduce a un diagnóstico más temprano. Por otro lado, en el caso del cáncer prostático, las tasas de mortalidad difieren mucho menos que la incidencia entre los países. Las tasas de supervivencia para cáncer prostático son mucho más altas en Norteamérica que en países en desarrollo. Es posible que las prácticas de detección tan difundidas en Estados Unidos permitan descubrir tumores en una etapa más temprana y curable, aunque también es posible que esta detección conduzca al descubrimiento de más cánceres latentes, con menor agresividad biológica, los cuales no habrían causado la muerte aunque no se hubieran detectado.

En resumen, las tasas de incidencia de muchos cánceres frecuentes varían mucho según la región geográfica. Esto se debe en parte a diferencias genéticas, incluidas características raciales y étnicas. También se debe en parte a las diferencias en las exposiciones ambientales y alimentarias, factores que pueden modificarse. Por lo tanto, es crucial generar bases de datos regionales e internacionales para mejorar el conocimiento de la etiología del cáncer; al final, ayudará a iniciar estrategias enfocadas para la prevención mundial del cáncer.

Modalidades del tratamiento del cáncer

El tipo de terapia más apropiada se determina en función de los objetivos planteados con el tratamiento, del tipo de tumor y su extensión, y de las condiciones del paciente, como su estado funcional, su edad y la patología concomitante.

Las principales modalidades terapéuticas utilizadas solas o en combinación en el tratamiento del cáncer son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la terapia inmunológica (o modificadora de la respuesta biológica). La cirugía y la radioterapia constituyen generalmente estrategias mucho más eficaces que la terapia farmacológica en el tratamiento de tumores localizados; en cambio, presentan escaso valor en el tratamiento de la enfermedad diseminada.

Si bien la ventaja principal de la quimioterapia respecto a la cirugía y la radioterapia es su capacidad de llegar a la mayoría de las células corporales, en algunas ocasiones se administra en regiones corporales concretas para tratar la enfermedad localizada o en los denominados santuarios (áreas corporales como el sistema nervioso central donde la mayoría de los antineoplásicos no penetran bien, pudiendo en ellas hallarse protegidas las células tumorales de los efectos de los quimioterápicos sistémicos).

Existen diversas formas de administración de la quimioterapia”

- a) Quimioterapia de inducción: en una situación de enfermedad avanzada, el objetivo es conseguir su remisión con una intención curativa o meramente paliativa. La eficacia se valorará en términos de respuesta objetiva.
- b) Quimioterapia adyuvante: se realiza después de efectuar un tratamiento local/regional quirúrgico o radiológico. Su objetivo es eliminar la enfermedad residual micrometastásica, y su eficacia se valora en términos de prolongación de la supervivencia o del intervalo libre de enfermedad.
- c) Quimioterapia neo adyuvante: se emplea como tratamiento primario del tumor en estadio clínico local/regional quirúrgico antes de cirugía, en asociación o no con radioterapia concomitante. Su eficacia se valora en términos de remisiones completas patológicas y en la prolongación de la supervivencia.

d) Quimioterapia regional o intracavitaria: se realiza por vía intraarterial, intraperitoneal o intratecal, para aumentar la exposición del fármaco en un lugar determinado.

e) Cirugía oncológica.

*Efectos adversos comunes de la quimioterapia.*⁴

Fatiga, náuseas, vómitos, pérdida de peso, cambios en el sentido del gusto y del olfato, boca seca, lesiones en la boca, caída de pelo, lesiones en la voz, dolor, anemia, hiporexia, diarrea, estreñimiento, flatulencias, fatiga, infecciones, infertilidad, retención de líquidos, hemorragias, hematomas, parestesias de extremidades superiores e inferiores, debilidad muscular, vértigos, confusión, problemas de memoria, depresión, daños en los ovarios, cambios en los niveles hormonales por el daño en los ovarios, menor flujo sanguíneo al pene, daños en los nervios que controlan al pene.

⁴ U.S department of health and human services, National Institutes of Health, Chemotherapy and you: Support for people with Cancer. NIH publication N° 08-1136S Revised august 2007.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de tipo descriptivo de corte transversal.

Es descriptivo porque interesó describir los principales trastornos psiquiátricos que se presentan en los pacientes oncológicos y como algunos factores biológicos no modificables juegan un papel importante en el desarrollo de los mismos.

Es cuantitativo porque se trabajó con una población de 236 pacientes oncológicos ingresados o recibiendo quimioterapia ambulatoria en el servicio de hemato-oncología del Hospital Nacional Rosales.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en un periodo de tiempo de junio a agosto del año 2016.

UNIVERSO Y MUESTRA

Se utilizó el muestreo por conveniencia. Tomando como universo el total de pacientes en el área de encamados del servicio de hemato-oncología del Hospital Nacional Rosales en un período de dos meses.

Universo: 236 pacientes

Muestra: 80 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que se encontraban ingresados en el servicio de hemato-oncología periodo Junio-Julio 2016
- Pacientes mayores a los 18 años de edad.
- Pacientes ingresados que recibían quimioterapia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con reingreso en el servicio de hematooncología durante el periodo de recolección de datos.

- Pacientes con trastorno mental orgánico de base previamente diagnosticado.

ÁREA DE ESTUDIO

El lugar donde se realizó la investigación fue el Hospital Nacional Rosales, en el servicio de hemato-oncología. Excluyendo el área de quimioterapia ambulatoria.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- El servicio de hemato-oncología, así como también la información clínica de los pacientes tomada de los expedientes clínicos.
- **Secundarias:** como fuentes de información secundaria se utilizaron estudios previos relacionados con la temática.

TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Las siguientes son las técnicas con las cuales se obtuvo información para realizar el trabajo.

- La entrevista abierta
- Encuesta

INSTRUMENTOS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Se usaron los siguientes instrumentos para la recolección de información.

- Historia clínica longitudinal
- Cuestionario.

VARIABLES

Objetivos específicos	Variable dependiente	Definición Operacional.	Variable independiente	Indicadores	Técnica	Instrumento	Valor
Identificar los principales tipos de cáncer que se asocian a trastornos psiquiátricos.	Trastornos psiquiátricos	Se preguntará a los pacientes ingresados en el servicio de hematología mediante nuestro instrumento de investigación y luego se analizarán los resultados.	Tipos de cáncer	Neoplasias benignas Neoplasias malignas	Entrevista abierta	Historia clínica longitudinal	Leucemias Cáncer de colon Cáncer de cérvix Cáncer de vejiga Cáncer de mama Cáncer testicular

Objetivos específicos	Variable dependiente	Definición Operacional.	Variable independiente	Indicadores	Técnica	Instrumento	Valor
Enumerar los principales trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos.	Tipos de cáncer	Se preguntará a los pacientes ingresados en el servicio de hemato-oncología mediante nuestro instrumento de investigación y luego se analizarán los resultados.	Trastornos psiquiátricos	Trastorno psicótico Episodio maníaco Trastorno afectivo bipolar Episodio depresivo Trastornos del humor persistentes Trastornos no orgánicos del sueño	Entrevista abierta	Historia clínica longitudinal	F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas F30-F39: Trastornos del humor F40-F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos F50-F59: Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.

RESULTADOS

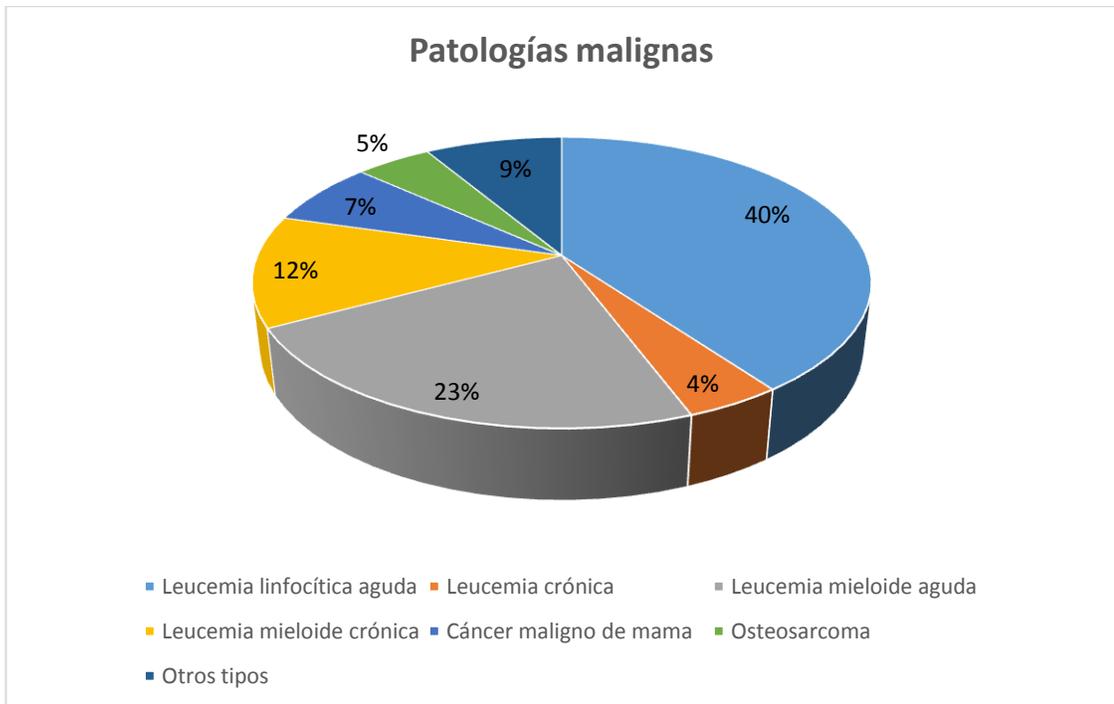
OBJETIVO 1. Identificar los principales tipos de cáncer que se asocian a trastornos psiquiátricos

1. Principales patologías en el servicio de hemato – oncología. HNR.



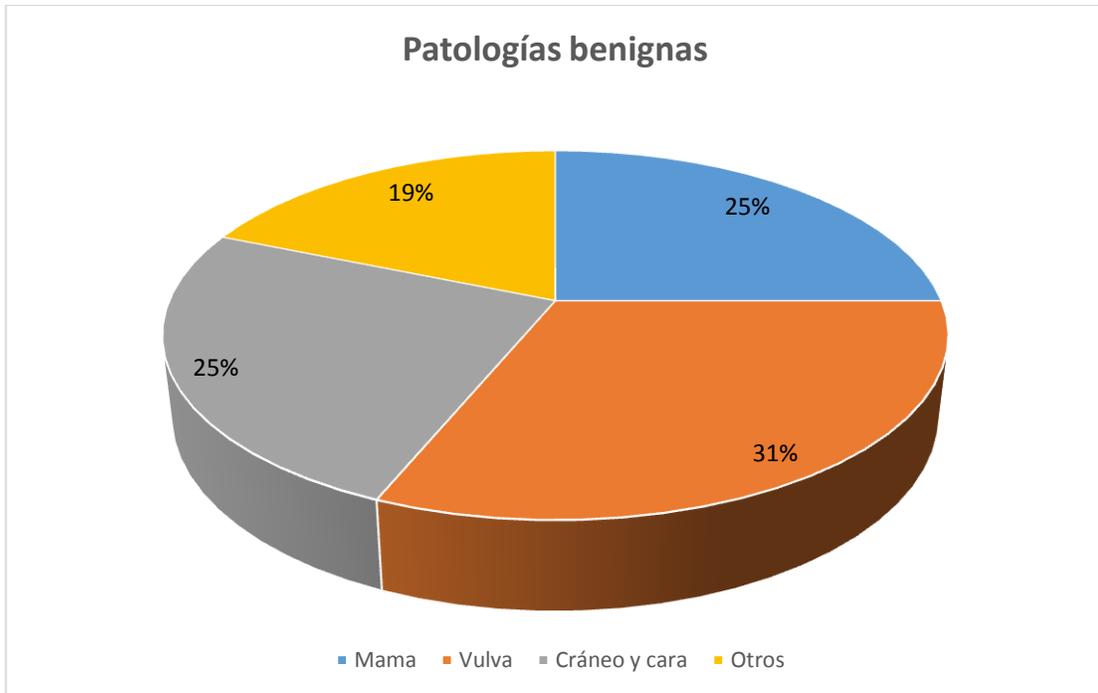
Del total de ingresos al servicio de hemato oncología, 226 pacientes, en el período de junio a julio del año 2016, se encuentran que el 93% corresponden a patologías malignas.

2. Principales patologías malignas en pacientes hospitalizados en el servicio de hemato oncología. HNR.



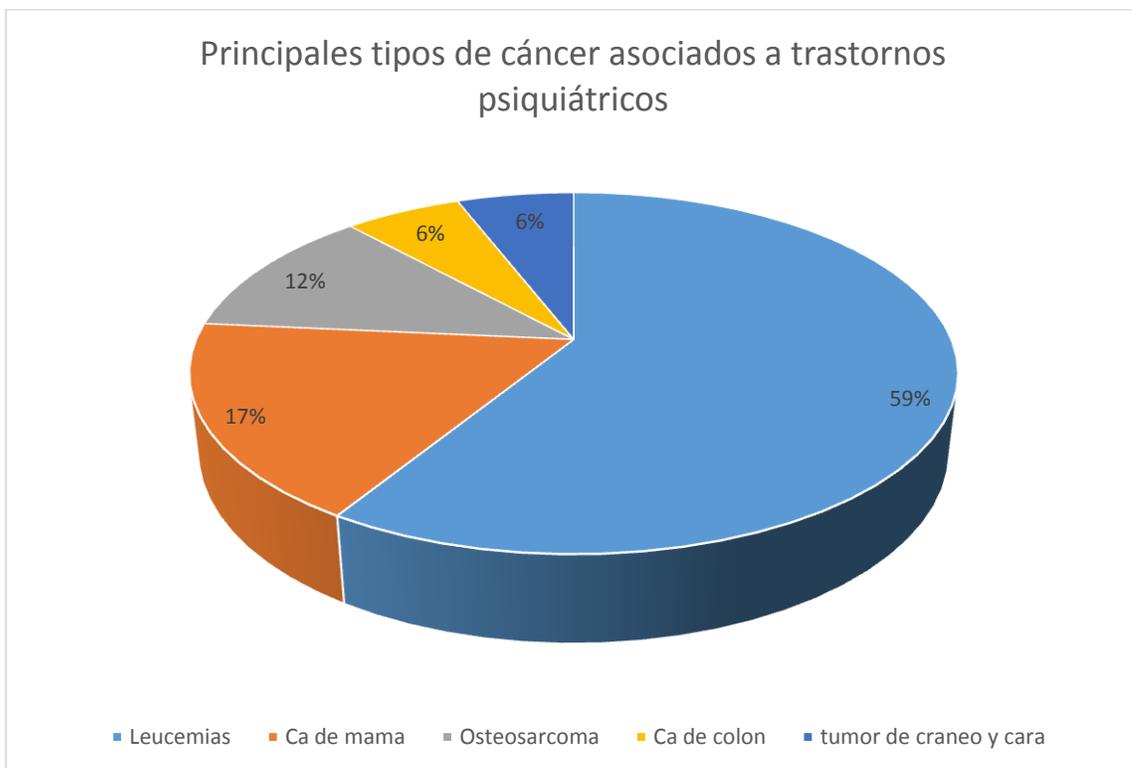
De un total de 210 pacientes ingresados con una patología maligna, en el servicio de hemato oncología en el período de junio a julio de año 2016, la leucemia linfocítica aguda representa el 40% de los casos reportados y en segundo lugar se encuentra la leucemia mieloide aguda, con un total de 23% de los casos encontrados.

3. Patologías benignas en pacientes hospitalizados en el servicio de hemato oncología. HNR.



De un total de 16 pacientes que ingresan al servicio de hemato oncología del HNR, en el período de junio a julio 2016, la mayoría corresponden patología benigna vulvar, mientras en segundo lugar se encuentran las patologías benignas de mama, con 4 pacientes.

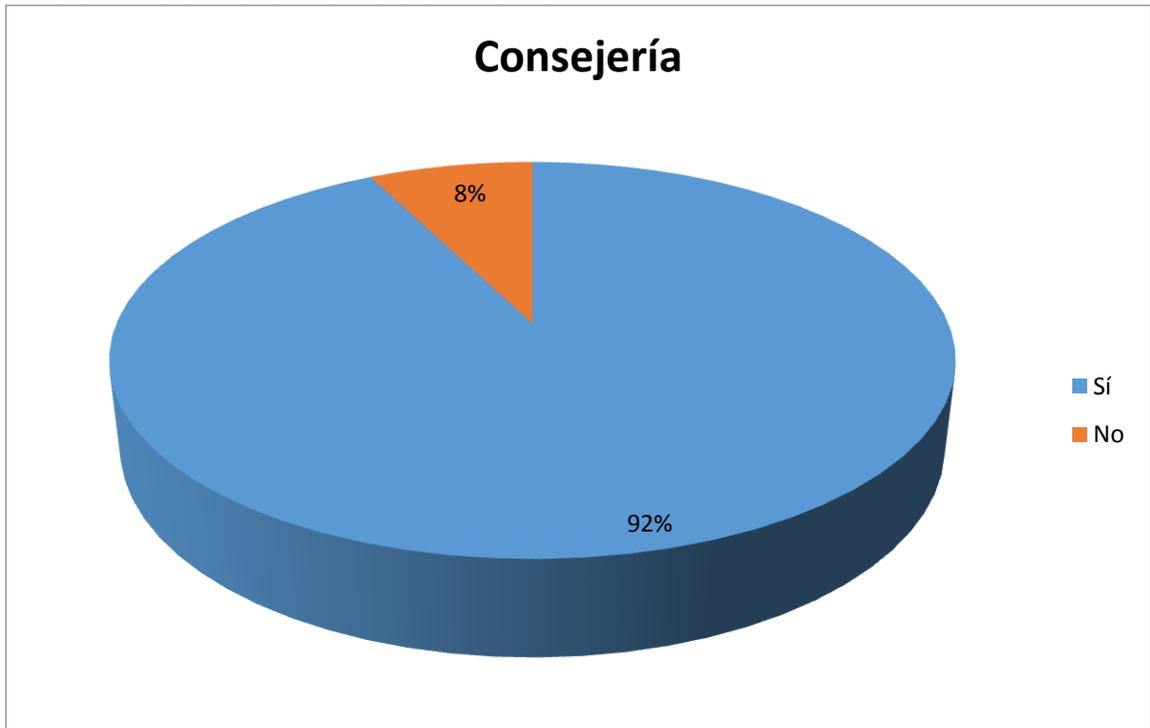
4. Principales tipos de cáncer asociados a trastornos psiquiátricos.



Entre los principales tipos de cáncer que se asocian a trastornos psiquiátricos se encontró que un 59% pertenecen al grupo de las leucemias, seguido de un 17% que corresponde a patología maligna de mama.

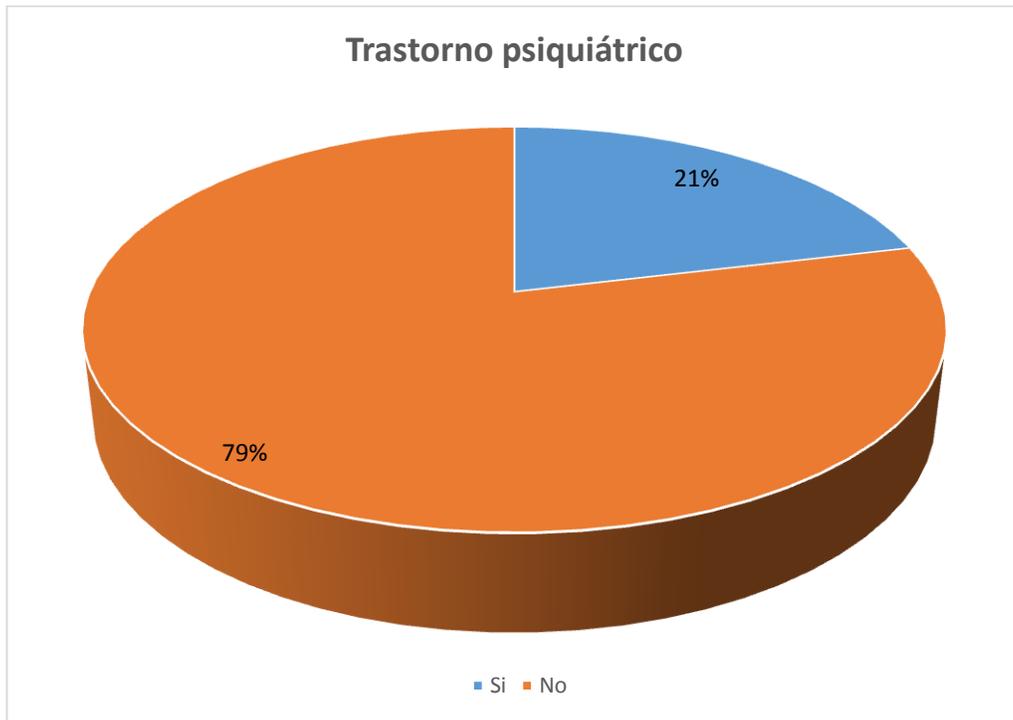
OBJETIVO 2: Enumerar los principales trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos

5. Pacientes ingresados recibieron consejería posterior al diagnóstico o durante el tratamiento del mismo.



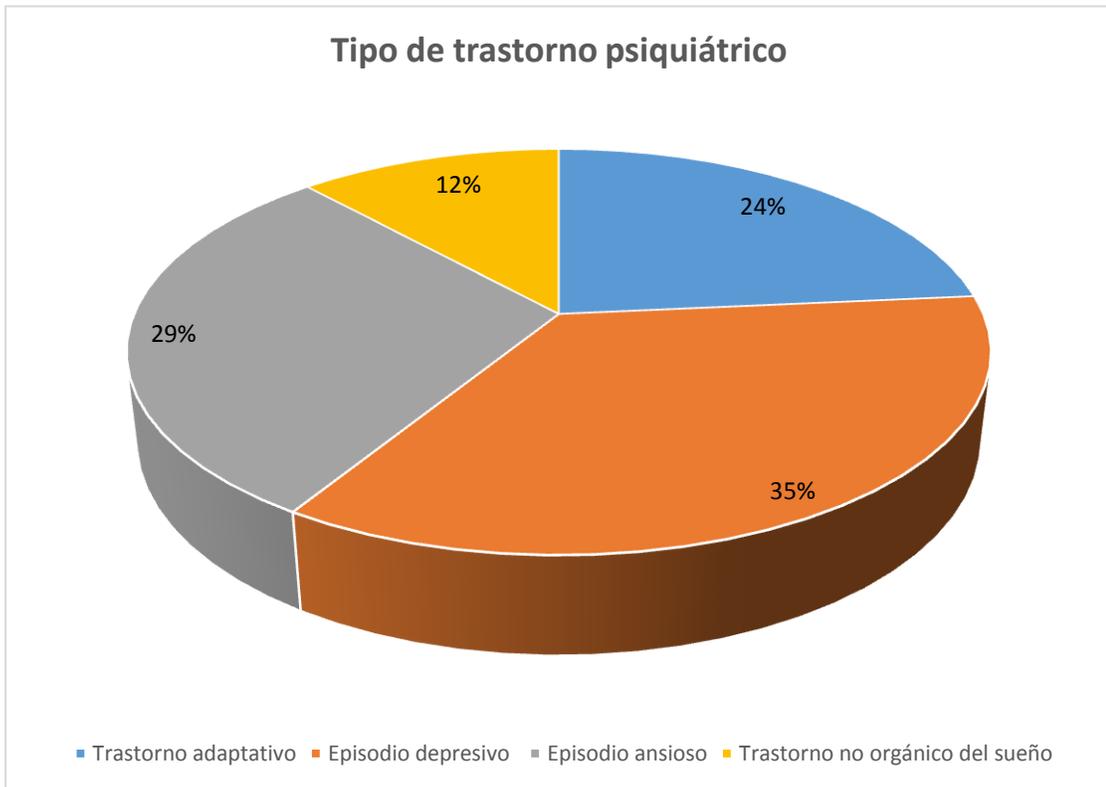
Del total de pacientes entrevistados, 74 de ellos afirmaron haber recibido orientación en cuanto a su diagnóstico, tipo de tratamiento y pronóstico, así como también han recibido respuesta a interrogantes que surgen durante el desarrollo del mismo.

6. Diagnóstico de trastorno psiquiátrico en pacientes hospitalizados en servicio de hemato oncología. HNR.



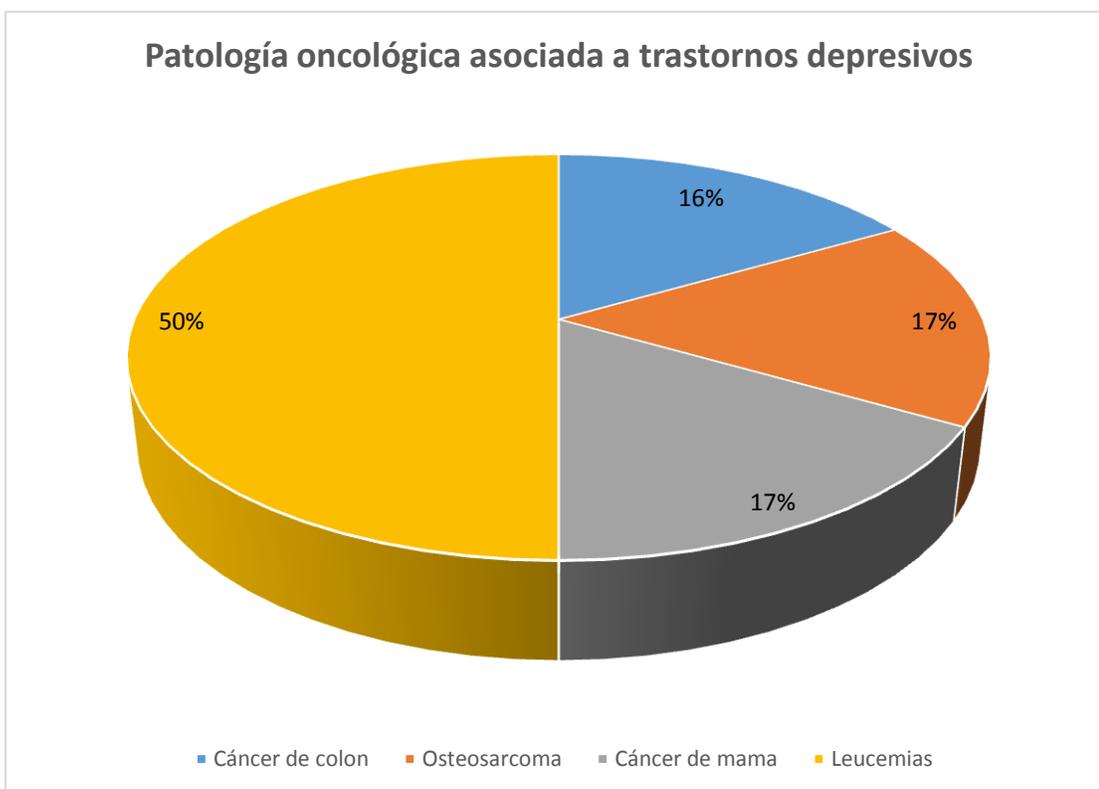
Del total de pacientes ingresados que fueron entrevistados, tan solo 17 de ellos manifiestan algún tipo de alteración psiquiátrica evidente, lo que corresponde al 21% de la muestra.

7. Tipo de trastorno psiquiátrico presente en pacientes hospitalizados



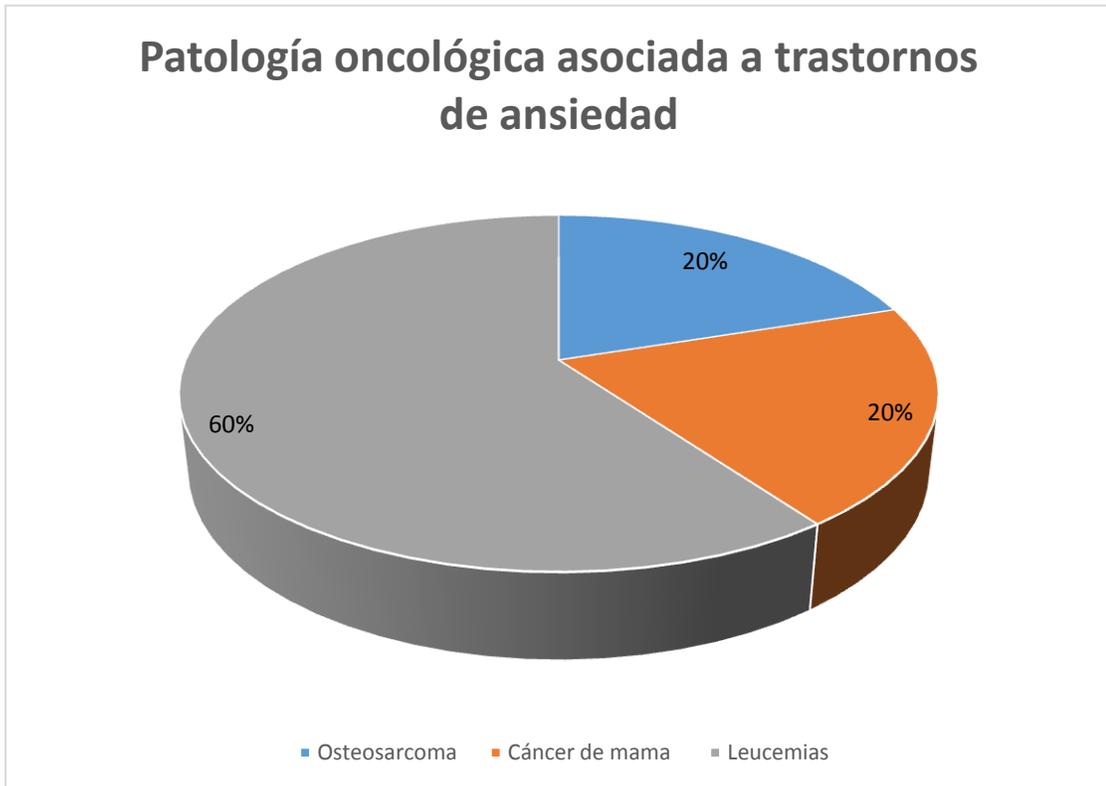
De un total de 17 pacientes con algún tipo de alteración psiquiátrica, la mayoría sufre un episodio depresivo, dato que corresponde al 35% de los mismos, mientras en segundo lugar, se encuentran los pacientes que han sufrido algún tipo de episodio ansioso, quienes representan un 29%.

8. Patología oncológica asociada a trastornos depresivos



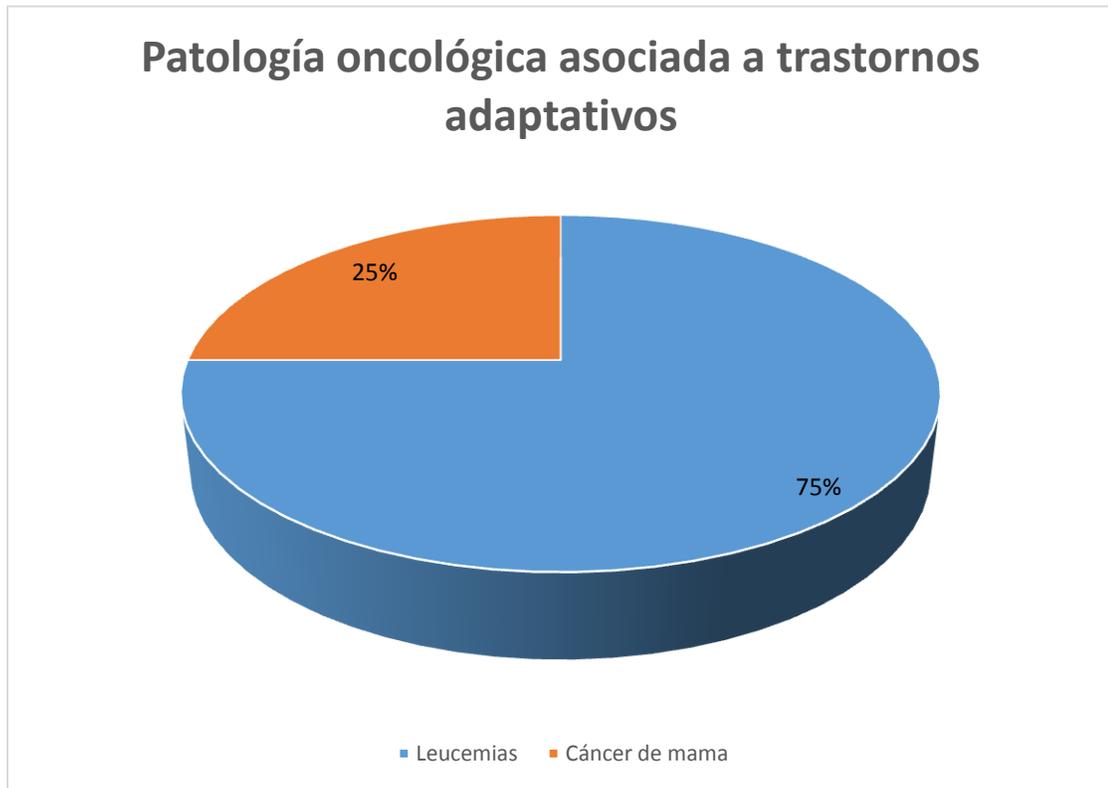
En aquellos pacientes oncológicos que presentaron un trastorno depresivo, el 50% corresponde a leucemias, mientras el resto de enfermedades, como osteosarcoma y cáncer de mama y cáncer de colon se presentan en igual porcentaje, 16%.

9. Patología oncológica asociada a trastornos de ansiedad



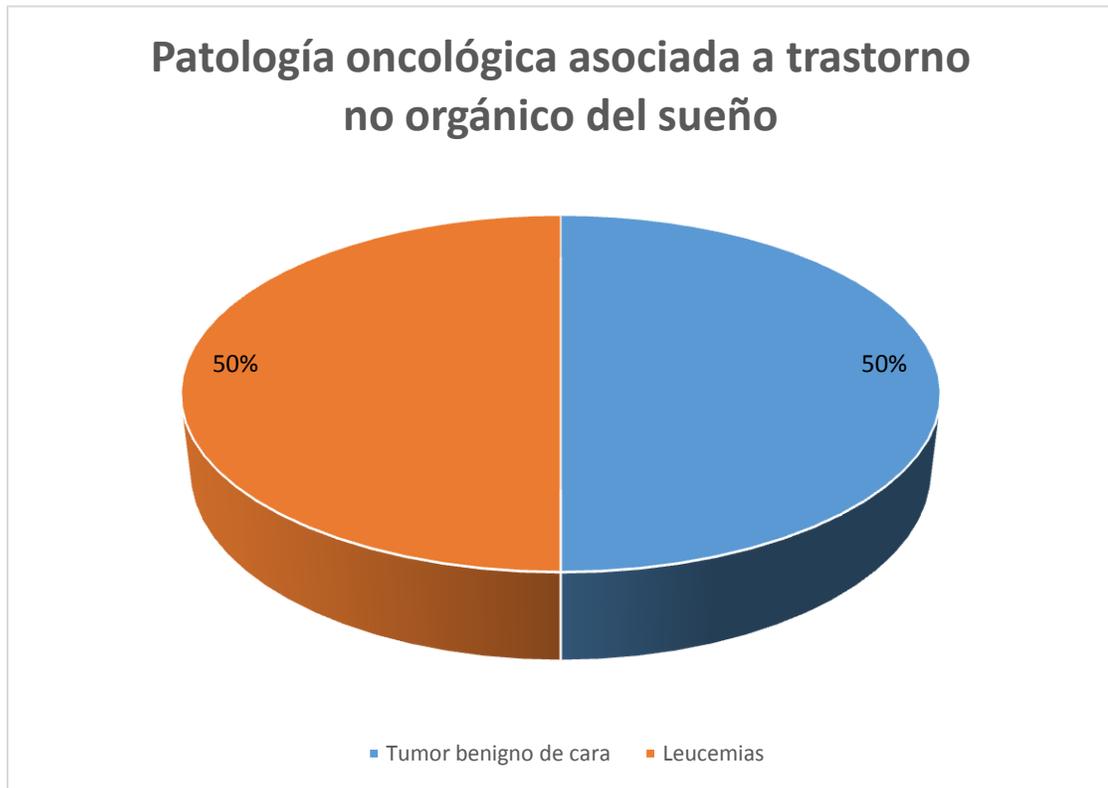
En aquellos pacientes oncológicos que presentaron un trastorno de ansiedad, el 60% corresponde a leucemias, mientras el resto de enfermedades, como osteosarcoma y cáncer de mama se presentan en un 20% de los pacientes cada una.

10. Patología oncológica asociada a trastornos adaptativos



En aquellos pacientes oncológicos que presentaron un trastorno adaptativo, el 75% corresponde a leucemias, mientras el cáncer de mama representa solo el 25% de los mismos.

11. Patología oncológica asociada a trastorno no orgánico del sueño



En aquellos pacientes oncológicos que presentaron un trastorno no orgánico del sueño, se encuentran con igual porcentaje, 50%, tanto la leucemia como el tumor benigno de cara.

DISCUSIÓN

La prevalencia de síntomas psiquiátricos en pacientes oncológicos es bastante alta, al tener en cuenta que estos se presentan en una tercera parte de ellos, lo cual se evidencia en gran medida en los pacientes hospitalizados en el área de hemato oncología del Hospital Nacional Rosales, según los datos obtenidos en nuestra investigación, los cuales nos muestran que hasta un 21% de estos han manifestado alguna alteración a nivel psiquiátrico.

También se debe tener en cuenta la relación de estas alteraciones con la edad de los pacientes que las presentan, las cuales no se ven reflejados en un solo grupo etareo, si no que los mismos pueden manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital, dependiendo de múltiples factores externos. Lo que se ve reflejado en los resultados, al no tener un solo grupo etareo con un único tipo de manifestación psiquiátrica específica, aunque se logra evidenciar que en aquellos pacientes con edades tempranas, son más comunes los trastornos adaptativos, no así, exclusivos.

De acuerdo al sexo de estos pacientes, no existe ningún tipo de discriminación en el tipo de hallazgos obtenidos, mostrando la misma relación entre ambos.

Así mismo, la aparición de estos síntomas se ven directamente relacionados con el tipo de patología que el paciente presenta, y también al pronóstico del mismo. Al obtener un 94 % de pacientes ingresados con patología de tipo maligna en el servicio de hemato oncología, podemos observar dicha relación con el apareamiento de diversas alteraciones emocionales y conductuales, contrastado con los datos obtenidos de aquellos pacientes que tienen mejor pronóstico clínico.

Se pudo constar que un 92% de pacientes recibió orientación sobre su diagnóstico, tipo de tratamiento de elección y pronóstico de su enfermedad, así como también se le brindan respuesta a las inquietudes que surgen durante el proceso.

Finalmente, al considerar que el tipo de tratamiento juega un rol importante en la aparición de efectos secundarios relacionados a manifestaciones psiquiátricas, no se encuentra evidencia alguna de esto, No por ello se pueden descartar, pero implicaría un seguimiento más amplio de dichos pacientes.

CONCLUSIONES

Dentro del estudio se concluye que:

- Las principales patologías que padecen los pacientes, ingresados en el servicio de hemato oncología del Hospital Nacional Rosales, son de tipo maligno; dentro de estas a la cabeza las leucemias, seguidas en menor frecuencia por osteosarcomas y cáncer maligno de mama. Los trastornos psiquiátricos se encontraron con mayor frecuencia en las patologías de tipo maligno principalmente en las leucemias, pero también se encuentra un porcentaje significativo en el cáncer de mama y el osteosarcoma. A diferencia de los procesos benignos que reflejan una baja tendencia de presentar comorbilidad con trastornos psiquiátricos.
- Del total de pacientes ingresados en el servicio de hemato oncología se encuentra que una gran mayoría recibe consejería, orientación y resolución de dudas en cuanto a su enfermedad, tratamiento y pronóstico. Así mismo, todos aquellos pacientes que manifiestan alguna alteración psiquiátrica afirman haber recibido consejería, por contraparte un gran número de pacientes que también reciben dicha información no manifiestan al momento ninguna alteración de estas. Por lo que se concluye que la consejería no es un factor determinante en el desarrollo y apareamiento de síntomas psiquiátricos.
- El principal grupo de trastornos psiquiátricos encontrado son del tipo depresivo, los cuales se asocian en su mayoría a pacientes con diagnóstico de leucemia. A su vez, aquellos pacientes con patologías benignas suelen presentar pocas o nulas alteraciones psiquiátricas. Por tanto se concluye que existe una relación directa entre el tipo de patología, el tratamiento y el pronóstico de esta, en el apareamiento de alteraciones psiquiátricas.

RECOMENDACIONES

- A futuros investigadores que deseen profundizar sobre temas relacionados que tomen en cuenta todos aquellos factores externos que puedan modificar la respuesta del paciente de cara a la morbilidad que enfrenta para lograr una mayor confiabilidad al momento de la obtención de datos.
- Al servicio de hemato oncología y de forma general al Hospital Nacional Rosales prestar una mayor atención a las comorbilidades psiquiátricas presentes en los usuarios demandantes de atención oncológica y de ser necesario pedir valoración por el especialista en psiquiatría para brindar una atención integral; así como se recomienda a las autoridades competentes del Hospital Nacional Rosales aumentar la cantidad de recursos en atención psiquiátrica para una mayor accesibilidad a intervenciones en salud mental.
- A los usuarios que reciben atención oncológica, se les recomienda participar de manera activa en los procesos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación para lograr un empoderamiento de su condición con el fin de prevenir y detectar precozmente sintomatología física o mental con el fin de buscar atención oportuna.

BIBLIOGRAFÍA.

- Psychosocial Collaborative Oncology Group Derogatis y Col. Trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos PSYCOG.
- Jorge Calderón, Cristóbal Campla, Nicole D'Aguzan, Soledad Barraza, Oslando Padilla, Cesar Sánchez, Silvia Palma, Matías González.
- Prevalencia de síntomas emocionales en pacientes oncológicos chilenos antes de iniciar quimioterapia: Potencial del Termómetro de distrés (DT) como instrumento ultra-breve de tamizaje. Dpto. de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Cáncer Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Yolanda Escobar Álvarez. Ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Servicio de oncología médica Hospital general universitario Gregorio Marañón Madrid.
- F. Charles Brunnicardi, Dana K. Andersen, Timothy R, Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter. Jeffrey B. Matthews. Raphael E. Pollock. Schwartz PRINCIPIOS DE CIRUGIA 9ª ed. Mc Graw Hill 2011.
- Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA 18ª ed. Mc Graw Hill 2012
- Domingo Barbolla Camarero, Antonia Luego Rosa, Nuria Sánchez Villa, María Inmaculada Rubio Merino, Martín Valverde Merino, Julia Bragado Gonzales, Manuel Lázaro Pulido, Diego Peral Pacheco. El Cáncer investigado desde otro paradigma factores psicosocioculturales como desencadenantes. Mc Graw Hill 2008.
- U.S department of health and human services, National Institutes of Health, Chemotherapy an you: Support for people with Cancer. NIH publication Nº 08-1136S Revised august 2007.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen 1.

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Sexo:
Lugar de nacimiento:
Lugar de residencia:
Ocupación:
Raza:
Religión:
Fecha de elaboración de la Historia Clínica:
Historiador:

II. Síntoma Principal: ” “.

III. Historia de la enfermedad Actual (Inicio y evolución del cuadro clínico, “Que hace? Qué no hace? Qué dice? “, desencadenantes, cuadros clínicos previos, internamientos, tratamientos recibidos, disfunción familiar, social, laboral):

IV. Antecedentes personales:

a. Antecedentes prenatales:

-Embarazo planificado y deseado?
-Salud materna:
-Complicaciones obstétricas:
-A término?

b. Infancia y adolescencia:

-temperamento: timidez? Amigos? Describir relaciones familiares?
-desarrollo: deambulación, desarrollo del lenguaje, lectura, dificultades en el aprendizaje, asignaturas y cursos repetidos, menstruación, pubertad, nivel académico completado).
-estabilidad familiar: (estable, abusiva, negligente).
-Sexualidad e identidad de género:

c. Adulto joven:

-ocupación: a que edad comenzó a trabajar?, fechas de cada trabajo, patrones de rendimiento y duración laboral, educación y trabajo actual, circunstancias laborales y económicas):

-Vida social: (actividades recreativas):

-Familia de origen: a que edad y como se separó de la familia? Si no lo a hecho, porqué?

-matrimonio:

Religión (creencias mejoran o empeora los síntomas?):

-Estándares (principios morales, políticos, sociales, éticos):

Adulto mayor:

-Pérdidas : (de trabajo, inseguridad financiera, pérdida de apoyo familiar, pérdida de salud física y mental, pérdida de familiares.):

- V. Historia familiar:
 - A.- Familia de primer grado de consanguinidad (adicciones, trastornos de personalidad, enfermedades mentales, antecedentes de suicidio, tratamientos psiquiátricos).
- VI. EXAMEN FISICO Y NEUROLOGICO:
- VII. Examen del estado mental:
 - a. General:
 - Apariencia:
 - Comportamiento:
 - Lenguaje:
 - b. Conciencia:
 - c. Atención:
 - d. Orientación:
 - e. Afecto:
 - f. Pensamiento:
 - curso:
 - Asociación de ideas:
 - Contenido:
 - g. Senso-percepción:
 - h. Memoria reciente y remota:
 - i. Conducta motora:
 - j. Juicio:
 - k. Insight:
 - l. Funciones corticales superiores:
 - Gnosia:
 - Musia:
 - Nomia:
 - Apraxia:
 - Calculia:
 - Capacidad de abstracción: (pruebas de refranes, similitudes y diferencias)
- VIII. Diagnóstico Sindromático:
- IX. Diagnóstico Nosológico (CIE-10):
 - I. a. Trastorno psiquiátrico:
 - b. Capacidad intelectual y personalidad:
 - c. Enfermedades médicas no psiquiátricas:
 - II. Escala del Funcionamiento global: Personal: Familiar: Social:
 - III. Estresores y desencadenantes:
 - X. Plan: (abordaje farmacológico y no farmacológico):

ANEXO 2.

MARCO CONCEPTUAL.

DEFINICIONES:

CÁNCER: El cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo.

NEOPLASIA: Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno.

TUMOR MALIGNO: Tumor cuya proliferación celular invade los tejidos sanos del organismo, se extiende a otras partes del cuerpo y puede causar la muerte.

TUMOR BENIGNO: Tumor que está rodeado por una cápsula fibrosa, no se extiende a otras partes del cuerpo y no tiene consecuencias graves para el organismo.

MARCADOR TUMORAL: Los marcadores tumorales son una serie de sustancias que pueden detectarse en la sangre, la orina u otros tejidos del organismo y cuya presencia en una concentración superior a determinado nivel puede indicar la existencia de un cáncer.

QUIMIOTERAPIA: La quimioterapia es el tratamiento de las enfermedades a través de productos químicos. El concepto suele estar asociado al tratamiento del cáncer mediante este tipo de sustancias.

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO: Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos y/o biológico.

ANSIEDAD: Estado emocional subjetivo. Aprensión. Hiperactividad S.N. Autónomo.

ANGUSTIA: Temor opresivo sin causa precisa. Predomina el componente psíquico.

MIEDO: Temor a amenaza concreta.

PÁNICO: Vivencia intensa de angustia en crisis recortadas.

ESTRÉS: Ansiedad asociada a desencadenante exógeno cuando la amenaza supera La capacidad de adaptación.

DELIRIUM: es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora.

MARCO DE REFERENCIA.

HOSPITAL NACIONAL ROSALES.

El Hospital Nacional Rosales está ubicado en la ciudad de San Salvador, El Salvador. Como dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de este país, es considerado el principal centro de salud para referencia de pacientes a nivel nacional y el más especializado para el tratamiento de diversas afecciones.

HISTORIA.

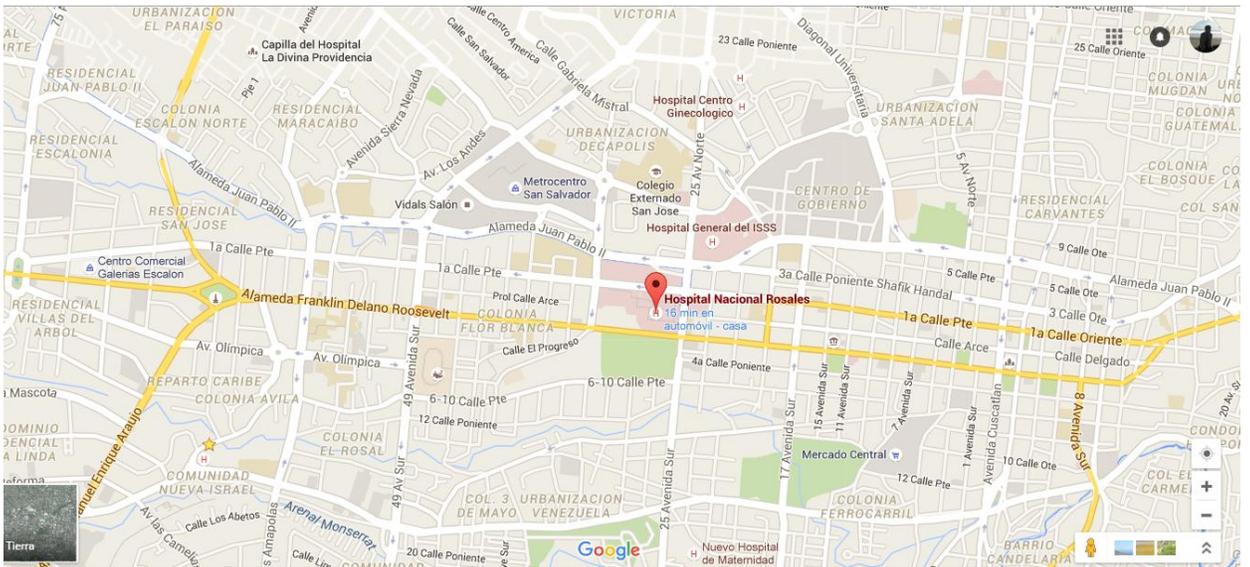
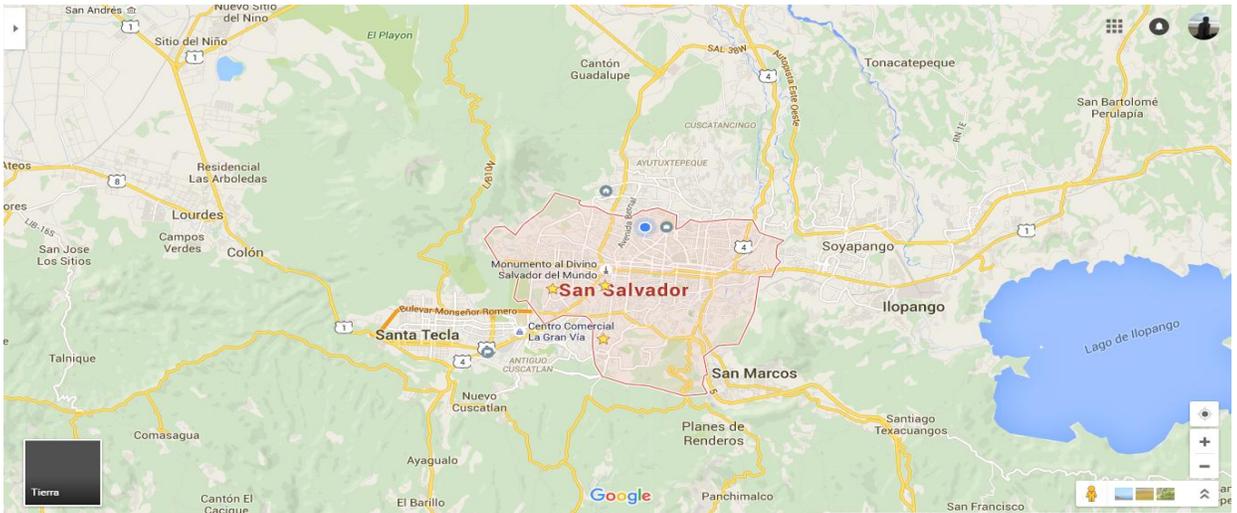
A finales del siglo XIX la ciudad de San Salvador necesitaba de un hospital grande y moderno, por lo que el Dr. Ramón García González tuvo la idea de construir un hospital y financiarlo mediante la fundación de una Lotería, la "Lotería del Hospital", que posteriormente se convertiría en la Lotería Nacional de Beneficencia. Originalmente la obra era denominada como «Casa de los Enfermos de San Salvador», y fue realizada gracias a don José Rosales, quien dispuso su testamento a favor de la construcción del hospital.

Su diseño básico fue esbozado por don Alberto Toflet, francés radicado en El Salvador. Su construcción con piezas metálicas prefabricadas fue encomendada a la Société Forges d'Aiseau de Bélgica, desde donde fue transportado por barco, aunque primero erróneamente a Salvador de Bahía en Brasil y luego por fin a su destino final, siendo ensamblado pieza por pieza en los terrenos donados por don José Rosales. La primera piedra fue colocada el 9 de abril de 1891, siendo inaugurado el 13 de julio de 1902. El Dr. Ramón García González, originador del proyecto, fungió como su director hasta 1919.

EL Hospital Nacional Rosales es la principal institución pública del país que cuenta con un servicio de hemato-oncología que brinda atención a los pacientes con dicho padecimiento, donde la enfermedad es enfrentada desde un punto de vista biológico, volviéndose necesario evaluar una atención que involucre actividades de intervención de salud mental para lograr una atención integral. Cuenta con capacidad para 42 pacientes ingresados y 15 pacientes para quimioterapia ambulatoria.

ANEXO 3

Ubicación geográfica Hospital Nacional Rosales



Servicio Hemato oncología. Hospital Nacional Rosales



ANEXO 4.

Datos de ingresos a ser vicio de Hemato oncología en el período de junio a julio del año 2016. Hospital Nacional Rosales

Indice de Diagnóstico hospitalario Hospital Nacional San Salvador SS "Rosales" Período del 01/06/2016 al 01/08/2016			
Código	Diagnóstico	Número de Pacientes	fe
D10.1	Tumor benigno de la lengua	1	27
D11.0	Tumor benigno de la glándula parótida	1	15
D13.4	Tumor benigno del hígado	1	02
D13.7	Tumor benigno del páncreas endocrino	2	13
D14.1	Tumor benigno de la laringe	3	02
D16.4	Tumor benigno de los huesos del cráneo y de la cara	1	16
D17.7	Tumor benigno lipomatoso de otros sitios especificados	1	24
D17.9	Tumor benigno lipomatoso, de sitio no especificado	1	17
D18.0	Hemangioma, de cualquier sitio	1	11
D22.1	Nevo melanocítico del párpado, incluida la comisura palpebral	1	27
D23.2	Tumor benigno de la piel de la oreja y del conducto auditivo externo	1	27
D24	Tumor benigno de la mama	1	01
D28.0	Tumor benigno de la vulva	2	01
D32.9	Tumor benigno de las meninges, parte no especificada	2	20
D33.0	Tumor benigno del encéfalo, supratentorial	1	22
D34	Tumor benigno de la glándula tiroides	1	15
D35.2	Tumor benigno de la hipófisis	5	22
D36.7	Tumor benigno de otros sitios especificados	2	10
D44.9	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de glándula endocrina no especificada	1	26
D45	Policitemia vera	1	31

**Índice de Diagnóstico hospitalario
Hospital Nacional San Salvador SS "Rosales"
Período del 01/06/2016 al 01/08/2016**

Código	Diagnóstico	Número de Pacientes	fecha inicial	fecha final
C91.0	Leucemia linfoblástica aguda	84	01/06/2016	01/08/2016
C91.1	Leucemia linfocítica crónica	9	07/06/2016	21/07/2016
C91.2	Leucemia linfocítica subaguda	1	15/07/2016	15/07/2016
C91.4	Leucemia de células vellosas	6	17/06/2016	28/07/2016
C92.0	Leucemia mieloide aguda	48	02/06/2016	01/08/2016
C92.1	Leucemia mieloide crónica	26	01/06/2016	30/07/2016
C92.4	Leucemia promielocítica aguda	2	21/06/2016	11/07/2016
C93.9	Leucemia monocítica, sin otra especificación	1	07/06/2016	07/06/2016
C95.0	Leucemia aguda, células de tipo no especificado	3	07/06/2016	24/06/2016
C95.9	Leucemia, no especificada	1	22/07/2016	22/07/2016

**Índice de Diagnóstico hospitalario
Hospital Nacional San Salvador SS "Rosales"
Período del 01/06/2016 al 01/08/2016**

Código	Diagnóstico	Número de Pacientes	fecha inicial	fecha final
C17.0	Tumor maligno del duodeno	1	28/07/2016	28/07/2016
C23	Tumor maligno de la vesícula biliar	12	09/06/2016	01/08/2016
C26.0	Tumor maligno del intestino, parte no especificada	1	05/06/2016	05/06/2016
C30.0	Tumor maligno de la fosa nasal	1	01/08/2016	01/08/2016
C31.0	Tumor maligno del seno maxilar	1	26/07/2016	26/07/2016
C31.3	Tumor maligno del seno esfenoidal	1	20/07/2016	20/07/2016
C38.3	Tumor maligno del mediastino, parte no especificada	2	10/07/2016	11/07/2016
C40.0	Tumor maligno del omóplato y de los huesos largos del miembro superior	1	27/06/2016	27/06/2016
C40.2	Tumor maligno de los huesos largos del miembro inferior	10	04/06/2016	31/07/2016
C41.0	Tumor maligno de los huesos del cráneo y de la cara	3	10/06/2016	30/07/2016
C41.2	Tumor maligno de la columna vertebral	2	16/07/2016	22/07/2016
C41.9	Tumor maligno del hueso y del cartilago articular, no especificado	7	03/06/2016	13/07/2016
C44.0	Tumor maligno de la piel del labio	1	25/07/2016	25/07/2016
C44.1	Tumor maligno de la piel del párpado, incluida la comisura palpebral	1	30/07/2016	30/07/2016
C44.2	Tumor maligno de la piel de la oreja y del conducto auditivo externo	3	08/06/2016	16/07/2016
C44.3	Tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara	10	23/06/2016	01/08/2016
C44.4	Tumor maligno de la piel del cuero cabelludo y del cuello	5	25/06/2016	27/07/2016
C44.5	Tumor maligno de la piel del tronco	2	20/07/2016	28/07/2016
C44.9	Tumor maligno de la piel, sitio no especificado	5	13/06/2016	07/07/2016
C45.9	Mesotelioma, de sitio no especificado	1	17/07/2016	17/07/2016

ANEXO 5

1. Principales patologías en el servicio de hemato – oncología. HNR.

Tipos de cáncer	Frecuencia
Benignos	16
Malignos	210

2. Principales patologías malignas en pacientes hospitalizados en el servicio de hemato oncología. HNR.

Patologías malignas	Frecuencia
Leucemia linfocítica aguda	84
Leucemia crónica	9
Leucemia mieloide aguda	48
Leucemia mieloide crónica	26
Cáncer maligno de mama	15
Osteosarcoma	10
Otros tipos	18

3. Patologías benignas en pacientes hospitalizados en el servicio de hemato oncología. HNR.

Patologías benignas	Frecuencia
Mama	3
Vulva	4
Cráneo y cara	2
Próstata	3
Otros	4

4. Principales tipos de cancer asociados a trastornos psiquiátricos

Principales tipos de cancer asociados a trastornos psiquiátricos	Frecuencia
Leucemias	10
Ca de mama	3
Osteosarcoma	2
Ca de colon	1
tumor de cráneo y cara	1

5. Pacientes ingresados recibieron consejería posterior al diagnóstico o durante el tratamiento del mismo.

Consejería	Frecuencia
Sí	74
No	6

6. Diagnóstico de trastorno psiquiátrico en pacientes hospitalizados en servicio de hemato oncología. HNR.

Paciente con trastorno psiquiátrico	Frecuencia
Si	17
No	63

7. Tipos de trastornos psiquiátricos presentes en pacientes hospitalizados.

Tipos de trastorno psiquiatrico	
Trastorno adaptativo	4
Episodio depresivo	6
Episodio ansioso	5
Trastorno no organico del sueño	2

8. Patología oncológica asociada a trastornos depresivos

Patología oncológica asociada a trastornos depresivos	Frecuencia
Cáncer de colon	1
Osteosarcoma	1
Cáncer de mama	1
Leucemias	3

9. Patología oncológica asociada a trastornos de ansiedad

Patología oncológica asociada a trastornos ansiosos	Frecuencia
Osteosarcoma	1
Cáncer de mama	1
Leucemias	3

10. Patología oncológica asociada a trastornos adaptativos

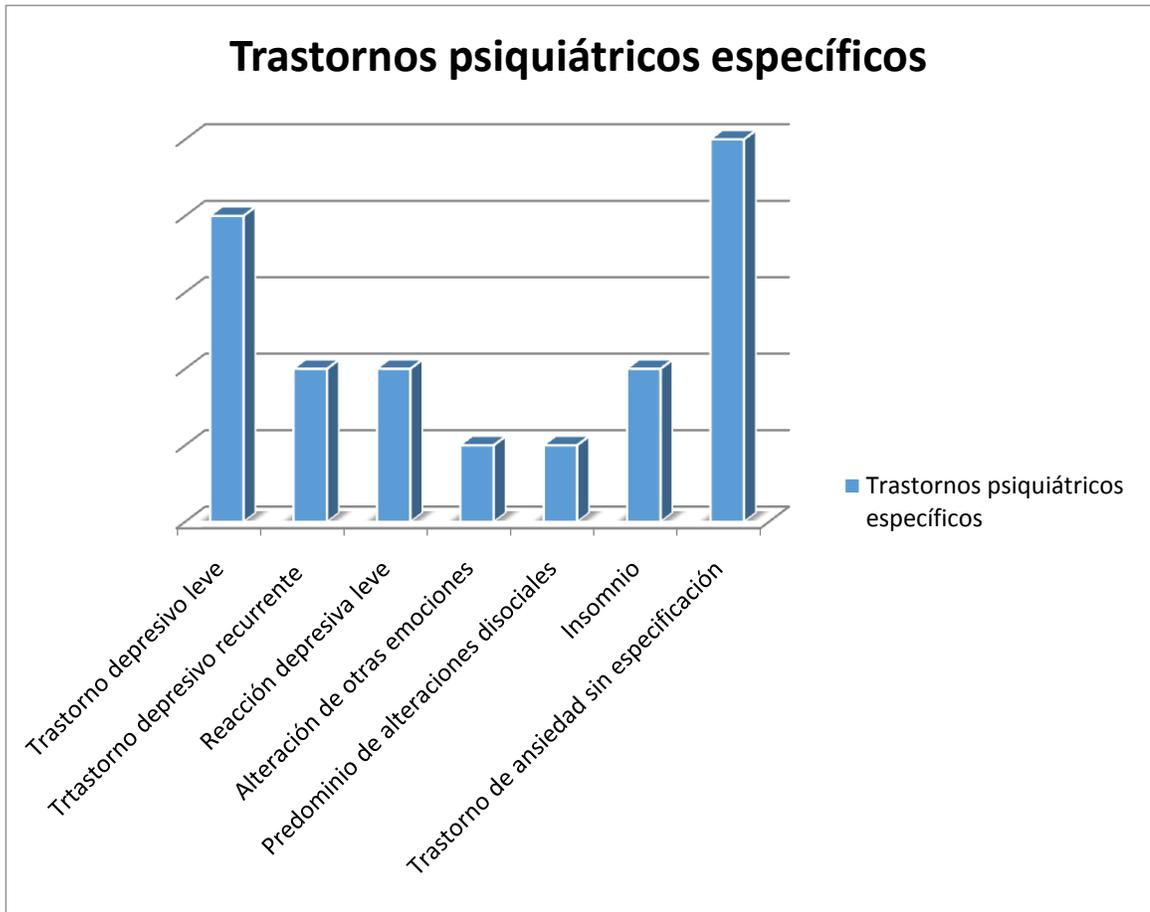
Patología oncológica asociada a trastornos adaptativos	Frecuencia
Leucemias	3
Cáncer de mama	1

11. Patología oncológica asociada a trastorno no orgánico del sueño

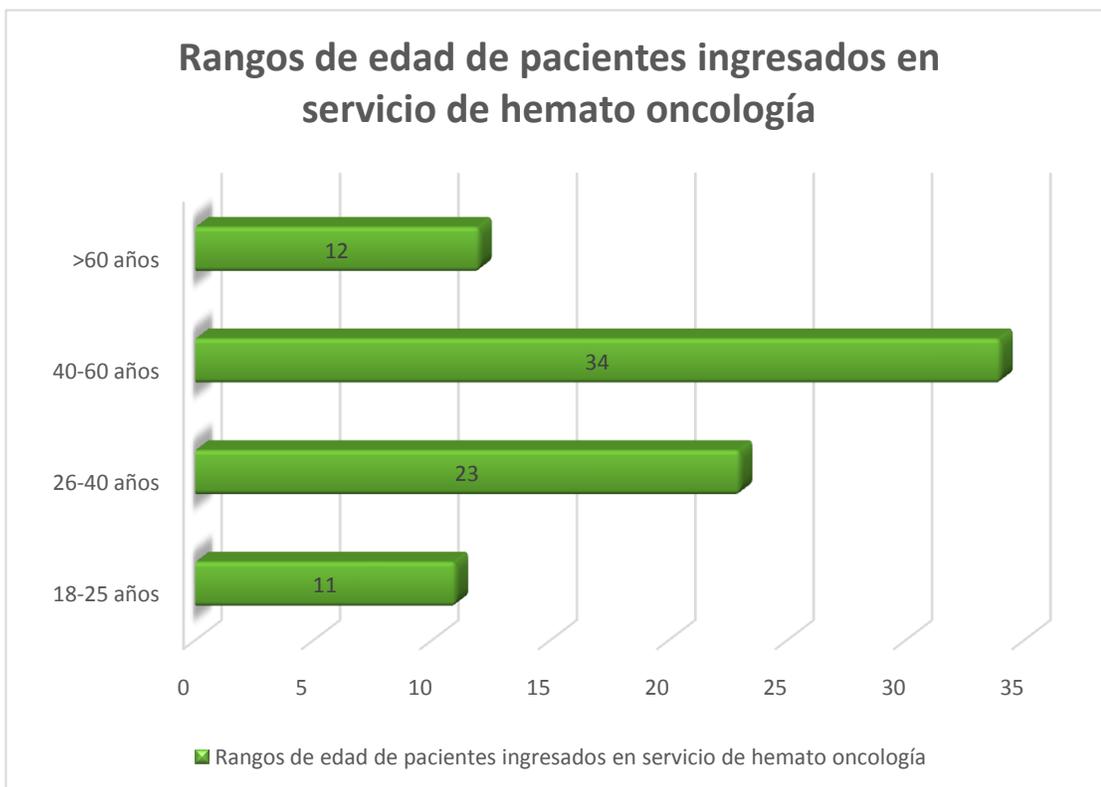
Patología oncológica asociada a trastorno no orgánico del sueño	Frecuencia
Tumor benigno de cara	1
Leucemias	1

ANEXO 6

Trastornos psiquiátricos específicos en pacientes hospitalizados en el servicio de hemato oncología. HNR



Rangos de edad de pacientes ingresados en servicio de hemato oncología Hospital Nacional Rosales.



Clasificación por sexo de pacientes ingresados en servicio de hemato oncología, Hospital Nacional Rosales

