



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, Ciudad de México, México.

ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,

Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

ASOCIACIÓN ENTRE TIPO DE FAMILIA Y SÍNDROME DE DESGASTE POR COMPASIÓN EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA CON MEDICINA FAMILIAR 8, TLAXCALA

ASSOCIATION BETWEEN FAMILY TYPE AND COMPASSION FATIGUE
SYNDROME IN NURSING STAFF AT THE SUBZONE GENERAL
HOSPITAL WITH FAMILY MEDICINE 8, TLAXCALA

Dafne Bautista Piedras

Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 08 Tlaxcala

Carolina Gómez Cervantes

Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 08 Tlaxcala

Jessica Godínez Celada

Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 08 Tlaxcala

Alejandra Avendaño Avendaño

Unidad Medico Familiar N.19 Apizaco Tlaxcala

José Luis Huerta González

Investigador independiente

Zitlalli Portillo García

Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 08 Tlaxcala

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.22289

Aapego de los médicos familiares al protocolo de atención integral de cáncer de próstata para la referencia a urología

Gabriel Alejandro Tapia Silva¹

gabrieltapiasilva@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-2686-599X>

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Puebla, Unidad de Medicina Familiar No 1

México

Fabiola Méndez Valderrabano

fabiola.mendezv@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0244-0777>

Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Puebla, Unidad de Medicina Familiar No 1 México

Eduardo Vazquez Cruz

eduardovazcruz74@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2562-7777>

Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Puebla, Unidad de Medicina Familiar No 1 México

Edgar Oswaldo Sánchez Avelino

edgaroswaldo.sanchez@upaep.edu.mx

<https://orcid.org/0009-0007-3186-2227>

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Puebla, Unidad de Medicina Familiar No 1 México

RESUMEN

Introducción: El cáncer de próstata se ha situado dentro de las principales causas de mortalidad oncológicamente hablando en población masculina. El Protocolo de Atención Integral de Cáncer de Próstata propone lineamientos claros y precisos para el manejo de estos pacientes, con la intención de unificar criterios de atención del personal de salud, con el fin de no retrasar su atención oportuna. El objetivo fue fidentificar el apego de los médicos familiares al protocolo de atención integral de cáncer de próstata para la referencia a urología. Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo realizado en la UMF No. 1 de la OOAD Puebla mediante revisión de expedientes clínicos electrónicos, mediante estadística descriptiva y medidas de tendencia central. Se utilizaron instalaciones de la UMF No. 1 y el SIMF para la revisión de expedientes. Resultados: Se encontró que durante el 2023, solo en un paciente se cumplió completamente los criterios de referencia incluidos en el Protocolo de Atención Integral. Los médicos familiares no tienen apego al Protocolo de Atención Integral de Cáncer de Próstata para la referencia a urología.

Palabras claves: neoplasia de la próstata, protocolos clínicos, estándares de referencia

¹ Autor principal

Correspondencia: gabrieltapiasilva@gmail.com

Adherence of family physicians to the comprehensive prostate cancer care protocol for referral to urology

ABSTRACT

Background: Prostate cancer has been one of the main causes of mortality in the male population. The Protocol for Comprehensive Care of Prostate Cancer proposes clear and precise guidelines for the management of these patients, with the intention of unifying criteria of care of health personnel, in order not to delay their timely care. The objective was to identify the adherence of family physicians to the protocol of comprehensive care of prostate cancer for referral to urology. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study carried out at the UMF No. 1 of the OOAD Puebla through review of electronic medical records, descriptive statistics and measures of central tendency. Facilities from FMU No. 1 and SIMF were used for the review of files. **Results:** It was found that during 2023, only one patient fully met the reference criteria included in the Comprehensive Care Protocol. Family physicians do not adhere to the Protocol for Comprehensive Prostate Cancer Care for referral to urology.

Key words: neoplasm of the prostate, clinical protocols, reference standards

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

El cáncer prostático se define como proliferación incontrolada de células epiteliales secretoras luminales, células basales y ocasionalmente de células neuroendocrinas en la glándula prostática, generando un tumor de comportamiento biológico, potencial maligno. Principalmente en aumento dentro la población masculina relacionados principalmente a la edad prevalente en la tercera edad de pronóstico heterogéneo (1-8).

Según el artículo de Islas L., titulado “Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención”, que data del septiembre del 2020, se mencionan que el Cáncer de Próstata es la segunda causa de cáncer a nivel mundial y la quinta causa de muerte en hombres, con incidencia de 34% de hombres en la quinta década de la vida y en 70% a los 80 años (3).

En Europa, el Cáncer de Próstata es la neoplasia sólida más común, con tasa de incidencia de hasta 214 por cada 1000 habitantes. Diagnóstico precoz da mejor pronóstico (5,7).

Se pueden presentar síntomas asociados a crecimiento prostático como disminución del chorro urinario, retención urinaria y hematuria. Cuando el avance de la enfermedad es alto hay predilección a hueso, dando dolor óseo con o sin fracturas patológica, alteraciones neurológicas por compresión medular, dolor en extremidades inferiores, pérdida de peso y/o apetito afección ganglionar a retroperitoneo y uropatía obstructiva con falla renal crónica (4-15).

Los principales factores de riesgo son tener antecedentes heredofamiliares en promedio 9 veces más (familiar de primer grado, duplicando el riesgo de desarrollar el cáncer de próstata, 2 o más familiares, el riesgo aumenta 5 y 11 veces,), la raza (descendientes de afroamericanos), edad; 45 años en caso de antecedentes familiares de cáncer de próstata, frecuente 55 y 69 años, geografía, infecciones y tabaquismo (3,5,6,11,11,14,15).

En la mayoría de los casos puede ser asintomático o un hallazgo; se requiere niveles de antígeno prostático y tacto rectal (4,5,9,10,14,12,16,17).

Los métodos de cribado empleados por la Unión Europea se basan en la determinación de Antígeno Prostático Específico en sangre, así como el uso del tacto rectal (3, 5)

Se creó en Perú el “Plan esperanza”, cuyo objetivo según la literatura, es cubrir los servicios de prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, estatificación, tratamiento y cuidados



paliativos. Independiente de la creación de dicha estrategia, se señala que la mortalidad aumentó. Se sugiere el tamizaje de pacientes varones, sin importar la edad, y sin importar que no cuenten con factores de riesgo. Lo anterior, al señalarse que, en pacientes sanos, sin factores de riesgo, y de edad joven, se encontró evidencia de cáncer en diversos estadios (6).

En México, existe el Protocolo de Atención Integral (PAI) en Cáncer de Próstata. Publicado el 24 de abril de 2023. Enumerado con PAI-IMSS-002-2023. Este protocolo está dirigido a para ser atendido en primer, segundo y tercer nivel (14).

El objetivo principal de este PAI, es ayudar con un diagnóstico precoz, así como la prevención específica de la patología específica de Ca de próstata, así como proponer un manejo a nivel farmacológico, quirúrgico y de manejo con radioterapia. Además, se propone la forma adecuada de seguimiento, así como criterios de referencia y contrarreferencia, para evitar retrasos en la atención integral de dicho padecimiento. El cáncer de próstata en México es un problema latente. Se vuelve un problema grave, dada la morbilidad y mortalidad elevada del paciente ante este padecimiento. El apego a un PAI, nos permite que como comunidad médica, se establezcan estándares de actuación ante un posible escenario clínico, respaldado por evidencia científica, asegurando la mejor atención al paciente, así como optimizando recursos, menos errores en la práctica médica.

En México, el Ca de Próstata se ubica como la principal causa de muerte, siendo un 21.4% de todos los cánceres. Los cambios demográficos y aumento de la esperanza de vida hacen que se espere mayor incidencia en un futuro a corto y mediano plazo. Desde 1985 se ha visto un aumento en la mortalidad por esta patología (1).

Por lo anterior, surge la premisa del actuar de los médicos familiares dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, en la ciudad de Puebla, lo que se puede resumir con la siguiente interrogante:

¿Existe apego de los médicos familiares al protocolo de atención integral de cáncer de próstata para la referencia a urología?

METODOLOGÍA

Este estudio, por sus características generales, se consideró observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población fuente fueron todos los expedientes de pacientes hombres mayores de 40 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Puebla. Se valoraron todos los

expedientes de hombres mayores de 40 años de edad, atendidos de enero 2023 a diciembre 2024, que cuenten con diagnosticos de primera vez relacionado con patología prostática.

Se incluyeron todos los expedientes electrónicos que contaron con diagnósticos de primera vez de: Hiperplasia de la próstata (N40), Enfermedades inflamatorias de la próstata (N41), Prostatitis aguda (N41.0), Prostatitis crónica (N41.1), Otras enfermedades inflamatorias de la próstata (N41.8), Enfermedad inflamatoria de la próstata, no especificada (N41.9), Atrofia de la próstata (N42.2), Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata (Z12.5), Tumor benigno de la próstata (D29.1) Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la próstata (D40.0). También expedientes con fecha de atención de enero a diciembre del año 2023.

Se excluyeron los expedientes de paciente que contaban con diagnóstico de cáncer de próstata. Se eliminaron aquellos expedientes que hayan tenido información incompleta.

Se revisó en la Red Local de Consulta el OC34 del año 2023 mes por mes y se filtraron los datos por Diagnóstico principal de primera vez relacionados con la palabra próstata, dejando solo los diagnósticos pertinentes; dando un total de 61 pacientes atendidos en este periodo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

La presente investigación de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de acuerdo en su artículo 17 se considera de sin riesgo, el cual fue autorizado por el cometé local de investigación en salud 2104, otorgando el número de registro SIRELCIS R-2024-2104-036.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

A la variable edad de los pacientes se le aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo un p-valor de 0.55, lo que indica distribución normal de la muestra; por lo tanto, la media de edad fue de 64.89 (DE+/- 11.04).

Respecto a la variable Factores de Riesgo se identificó que solo al 27.87% (n=17) se les realizó cuestionario para la identificación de estos factores. En cuanto al tacto rectal, solo se les realizó al 4.92% (n=3) de los pacientes. El antígeno prostático se realizó al 78.69% (n=48) del total de pacientes. Por último, el examen general de orina con 86.89% (n=53) y el urocultivo con 31.15% (n=19) tambien fue contabilizado. (Tabla 1).

Ahora bien, con respecto al apego a los criterios de referencia, solo se cumplió de forma adecuada en en 3.28% (n=2) de los casos totales (Tabla 2).

Como se pudo observar, solo el 3.28% de los casos tuvo un adecuado apego al Protocolo de Atención Integral. El British Journal for General Practice menciona que en países como Reino Unido o Dinamarca, el cumplimiento completo de sus protocolos de atención se cumple entre un 20% y un 80% dependiendo el tipo de cáncer, esto debido a que se tiene bien establecido el protocolo a seguir en caso de tamizaje oncológico (18).

En países como Francia y Reino Unido, se han reportado hasta el 94% de apego a sus protocolos, mientras que países subdesarrollados como Brasil, Nigeria y Sudáfrica reportan apegos inferiores al 24%, donde la UMF No. 1 de la OOAD Puebla se posiciona, con el 3.28% de apego, muy por debajo de estos. Lo anterior, debido a que la consulta institucional tiene duración de 15 minutos, lo que no facilita la exploración física, además de que por pudor del paciente, muchas veces se opta por sustituir el tacto rectal por un usg prostático que, aunque es útil, no se considera propiamente dentro de los criterios de referencia establecidos en el PAI (19).



Tabla 1. Variables analizadas

Variable	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Factores de riesgo	17	27.87	44	72.13	61	100
Tacto rectal	3	4.92	59	95.08	61	100
Antígeno prostático	48	78.69	13	21.31	61	100
Examen General de Orina	53	86.89	8	13.11	61	100
Urocultivo	19	31.15	42	68.85	61	100

Tabla 2. Apego al PAI

Variable	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Apego a criterios de referencia	2	3.28	59	96.72	61	100

CONCLUSIONES

Hablando del apego al Protocolo de Atención Integral de Cáncer de Próstata, solo se cumplió con un paciente, siendo el 3.28% de los casos totales. Con lo anterior, logramos la comprobación de la hipótesis nula, que plantea que no existe apego de los médicos familiares al protocolo de atención integral de cáncer de próstata para la referencia a urología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Islas Pérez, L. Á., Martínez Reséndiz, J. I., & Ruiz Hernández, A. (2020). Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. JONNPR, 5(9), 1010–1022. <https://orcid.org/0000-0002-5593-3946>



- 2.- Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia, Instituto Nacional de Cancerología ESE, & Sociedad Colombiana de Urología. (2013). GPC Colombia: Detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. <http://www.colciencias.gov.co>
- 3.- Heidenreich, A., Bolla, M., Joniau, S., et al. (2010). GPC Europea: Guía clínica sobre el cáncer de próstata.
- 4.- De los Ríos, E. P. (2008). Cáncer de próstata. Revista Mexicana de Urología, 68.
- 5.- Heidenreich, A., Bellmunt, J., Bolla, M., et al. (2011). Guía de la Unión Europea sobre el cáncer de próstata. Parte I: Cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer clínicamente localizado. Actas Urológicas Españolas, 35(9), 501–514.
- 6.- Cuentas-Jara, M., Goicochea-Lugo, S., Delgado-Flores, C. J., et al. (2021). Clinical practice guideline for screening, diagnosis and initial treatment of localized and locally advanced prostate cancer in the Peruvian Social Security (EsSalud). Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 14, 195–206.
- 7.- Castro Marín, M., Martinez Cervera, P. F., & Alcázar Quiñones, A. (2018). GPC IMSS: Diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata. <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 8.- Ávila Herrera, P., Campos, A., & Huerta Gómez, J. C. (2008). GPC SSA: Diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el segundo y tercer nivel de atención. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- 9.- Savón Moiran, L. (2019). Cáncer de próstata en Cuba. Revista Información Científica, 98(1), 117–126. <http://orcid.org/0000-0001-8864-3139>
- 10.- Delgado Delgado, D. (2016). Cáncer de próstata: Etiología, diagnóstico y tratamiento.
- 11.- Milla González, L. P., Jardón Pizano, A. S., Fernández Rivera, J. J., et al. (2022). Tamizaje de cáncer de próstata: artículo de revisión. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, 6(5), 3244–3259.
- 12.- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., et al. (2019). Detección precoz del cáncer de próstata: Guía de la Asociación Urológica Americana (American Urological Association, AUA).

- 13.- Organización Mundial de la Salud [OMS] & Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017, septiembre). Consulta a expertos sobre tamizaje y detección temprana de cáncer de próstata en América Latina y el Caribe: Informe de reunión. Ciudad de México. <http://www.paho.org>
- 14.- Fuziwara Ruiz, S., Vázquez Parrodi, M., & Huerta Gómez, J. C. (2023, abril). Protocolo de Atención Integral: Cáncer de próstata. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prosta
- 15.- Liu, S., Chen, J., Wang, Y., et al. (2023). Effect of dietary antioxidants on the risk of prostate cancer: Systematic review and network meta-analysis. *Nutrición Hospitalaria*, 40, 657–667.
- 16.- Rubí-López, B., Real-Cárabes, J. J., & Magaña-Gutiérrez, A. (2020). Cáncer de próstata en México: experiencia epidemiológica en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”. *Revista Mexicana de Urología*, 80.
- 17.- Torres-Sánchez, L., Hernández-Pérez, J. G., Escamilla-Nuñez, C., et al. (2023). Disparities on prostate cancer survival in Mexico: A retrospective cohort study. *Salud Pública de México*, 65(3), 236–244.
- 18.- Nicholson, B. D., Mant, D., Neal, R. D., Hart, N., Hamilton, W., Shinkins, B., Rubin, G., & Rose, P. W. (2016). International variation in adherence to referral guidelines for suspected cancer: A secondary analysis of survey data. *British Journal of General Practice*, 66(643), e106–e113.
- 19.- Young, S. M., Bansal, P., Vella, E. T., Finelli, A., Levitt, C., Loblaw, A. (2015). Guideline for referral of patients with suspected prostate cancer by family physicians and other primary care providers. *Canadian Family Physician*, 61(1), 33–39.

