



Evaluación de la toma de decisión, expectativa y
afrontamiento en pacientes con cáncer avanzado

Cuestionario Neoetic: Oncólogo



DATOS CLÍNICOS

Indique cuáles de las siguientes comorbilidades crónicas de Elixhauser presenta el paciente

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la circulación pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> ACV | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades neurológicas | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes no complicada | <input type="checkbox"/> Diabetes complicada | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Fallo renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica sin sangrado |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad por VIH | <input type="checkbox"/> Linfoma | <input type="checkbox"/> Cáncer metastásico |
| <input type="checkbox"/> Tumor sólido sin metástasis | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide o enfermedad del colágeno vascular | <input type="checkbox"/> Coagulopatía |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Alteración de fluidos y electrolitos corporales |
| <input type="checkbox"/> Anemia por pérdida de sangre | <input type="checkbox"/> Anemia por otras deficiencias | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Psicosis | <input type="checkbox"/> Depresión |

Localización del cáncer

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumor de origen desconocido | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso central | <input type="checkbox"/> Fosas nasales - Nasofaringe |
| <input type="checkbox"/> Cavidad oral - Orofaringe | <input type="checkbox"/> Laringe | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Esófago | <input type="checkbox"/> Bronco-pulmonar | <input type="checkbox"/> Estómago |
| <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Intestino delgado | <input type="checkbox"/> Hígado |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar - Vías biliares | <input type="checkbox"/> Páncreas | <input type="checkbox"/> Colon |
| <input type="checkbox"/> Recto | <input type="checkbox"/> Glándulas suprarrenales | <input type="checkbox"/> Riñón |
| <input type="checkbox"/> Vejiga - vías urinarias | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Testículo |
| <input type="checkbox"/> Mama | <input type="checkbox"/> Ovario | <input type="checkbox"/> Endometrio |
| <input type="checkbox"/> Cérvix | <input type="checkbox"/> Vulva/Vagina | <input type="checkbox"/> Piel |
| <input type="checkbox"/> Hueso | <input type="checkbox"/> Músculo | |
| <input type="checkbox"/> Otras localizaciones: _____ | | |

Histología del cáncer

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma | <input type="checkbox"/> Microcítico |
| <input type="checkbox"/> Epidermoide | <input type="checkbox"/> Neuroendocrino | <input type="checkbox"/> Sarcoma |
| <input type="checkbox"/> GIST | <input type="checkbox"/> Células germinales | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Otros tipos: _____ | | |

**Estadio del cáncer**

- Localmente avanzado irresecable IV

Situación del cáncer

- Metástasis irresecables Metástasis potencialmente resecables tras tratamiento sistémico Metástasis resecables de inicio
- Localmente avanzado irresecable Localmente avanzado potencialmente resecable tras tratamiento sistémico

Fecha del 1er diagnóstico de cáncer¹

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

¹ Cualquier estadio

El 1er diagnóstico fue con enfermedad localmente avanzada irresecable o metastásica

- No Sí

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Recibió tratamiento previo para la enfermedad localizada

- No procede² Quimioterapia o tratamiento sistémico Radioterapia
- Cirugía Otro: _____

² Debut diagnóstico con enfermedad avanzada o irresecable

Fecha diagnóstico metástasis o enfermedad avanzada

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Estado general ECOG³

- 0 1 2 3 5

³ En la primera visita médica con enfermedad avanzada o localmente avanzada irresecable

Tras informarle sobre las alternativas terapéuticas para su cáncer avanzado o irresecable, el paciente eligió

- Recibir el tratamiento sistémico que le ofreció Realizar una consulta de segunda opinión Desestimar el tratamiento sistémico
- Pensárselo

Se hizo una planificación anticipada de los cuidados paliativos

- Sí No

Se habló con el paciente de las instrucciones previas

- No Sí, por iniciativa del paciente Sí, por iniciativa del oncólogo

Tipo de tratamiento sistémico

- Ninguno Quimioterapia Fármacos antidiaria
- Fármacos antidiaria Hormonoterapia
- Otro: _____



Esquema de tratamiento: Quimioterapia

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actinomicina | <input type="checkbox"/> Azacitidina | <input type="checkbox"/> Bleomicina |
| <input type="checkbox"/> Cabacitaxel | <input type="checkbox"/> Carboplatino | <input type="checkbox"/> Capecitabina |
| <input type="checkbox"/> Carmustina | <input type="checkbox"/> Cisplatino | <input type="checkbox"/> Ciclofosfamida |
| <input type="checkbox"/> Docetaxel | <input type="checkbox"/> Doxorubicina | <input type="checkbox"/> Epirrubicina |
| <input type="checkbox"/> Etoposido | <input type="checkbox"/> Fluorouracilo | <input type="checkbox"/> Fotemustina |
| <input type="checkbox"/> Gemcitabine | <input type="checkbox"/> Ifosfamida | <input type="checkbox"/> Irinotecan |
| <input type="checkbox"/> Lomustina | <input type="checkbox"/> Metotrexato | <input type="checkbox"/> Mitoxantrone |
| <input type="checkbox"/> Nabpaclitaxel | <input type="checkbox"/> Oxaliplatino | <input type="checkbox"/> Paclitaxel |
| <input type="checkbox"/> Pemetrexed | <input type="checkbox"/> TAS102 | <input type="checkbox"/> Temozolamida |
| <input type="checkbox"/> Topotecan | <input type="checkbox"/> Vincristina | <input type="checkbox"/> Vinorelbina |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Fármacos antidiaria

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aflibercept | <input type="checkbox"/> Afatinib | <input type="checkbox"/> Axitinib |
| <input type="checkbox"/> Bevacizumab | <input type="checkbox"/> Cabozantinib | <input type="checkbox"/> Cetuximab |
| <input type="checkbox"/> Ceritinib | <input type="checkbox"/> Crizotinib | <input type="checkbox"/> Dabrafenib |
| <input type="checkbox"/> Erlotinib | <input type="checkbox"/> Everolimus | <input type="checkbox"/> Gefitinib |
| <input type="checkbox"/> Lenvatinib | <input type="checkbox"/> Palbociclib | <input type="checkbox"/> Panitumumab |
| <input type="checkbox"/> Pazopanib | <input type="checkbox"/> Pertuzumab | <input type="checkbox"/> Olaparib |
| <input type="checkbox"/> Ramucirumab | <input type="checkbox"/> Regorafenib | <input type="checkbox"/> Sorafenib |
| <input type="checkbox"/> Sunitinib | <input type="checkbox"/> Vandetanib | <input type="checkbox"/> Trastuzumab |
| <input type="checkbox"/> Vemurafenib | <input type="checkbox"/> Temsirolimus | <input type="checkbox"/> Trametinib |
| <input type="checkbox"/> Ribociclib | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Inmunoterapia

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Atezolizumab | <input type="checkbox"/> Avelumab | <input type="checkbox"/> Durvalumab |
| <input type="checkbox"/> Ipilimumab | <input type="checkbox"/> Nivolumab | <input type="checkbox"/> Pembrolizumab |
| <input type="checkbox"/> Tremelimumab | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Hormonoterapia

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ag LHRH | <input type="checkbox"/> Antiandrógenos | <input type="checkbox"/> Inhibidor aromatasa |
| <input type="checkbox"/> Tamoxifeno | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Se ha usado esquema idéntico al del fase III?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Se han usado dosis bajas por características del paciente | <input type="checkbox"/> Se ha modificado por características del paciente |
| <input type="checkbox"/> Se ha modificado y pautado a dosis bajas por características del paciente | <input type="checkbox"/> Se ha modificado según el protocolo del servicio | |



El tratamiento requiere biomarcador para poder administrarlo

No Sí

Si ha indicado sí:

Tipo de biomarcador

- ALK BRAF EGFR
- HER2 Inestab microsatélites KIT
- KRAS MET PD1
- PDGFR Receptores hormonales RET
- ROS1 VEGFR
- Otro: _____

ESCALAS ONCOLOGÍA

Quién acompaña habitualmente al paciente a las visitas

- Acude solo La familia Amigos/as o conocidos
- Personal de apoyo o voluntario

Expectativas de eficacia de tratamiento (EIT)

	No lo sé	—————>			Muy probable
	0	1	2	3	4
Crees que el tratamiento le ayudará a curar el cáncer	<input type="checkbox"/>				
Crees que el tratamiento le ayudará a vivir mejor	<input type="checkbox"/>				
Crees que el tratamiento le aliviará los síntomas del cáncer	<input type="checkbox"/>				
Crees que el tratamiento le producirá muchos efectos secundarios	<input type="checkbox"/>				

Satisfacción con las decisiones y el cuidado (SWPD y CAHPS)

	Completamente en desacuerdo	—————>			Completamente de acuerdo
	0	1	2	3	4
SWPD					
Estoy satisfecho con la información que he proporcionado al paciente sobre su cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho en cómo se han tomado las decisiones sobre el cuidado de este paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho con las decisiones que se han tomado sobre este paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Completamente en desacuerdo \longrightarrow Completamente de acuerdo

0 1 2 3 4

CAHPS

Lo he escuchado con atención	<input type="checkbox"/>				
Se le ha explicado las cosas de una manera que podía entender	<input type="checkbox"/>				
Se le ha dado toda la información que necesitaba sobre el tratamiento, incluido beneficios y efectos secundarios	<input type="checkbox"/>				
Se le ha respondido a todas las preguntas relacionadas con el cáncer	<input type="checkbox"/>				
Se le ha tratado con cortesía y respeto	<input type="checkbox"/>				
En general, estoy satisfecho con la visita realizada	<input type="checkbox"/>				

Preferencia de control (CPS)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero tomar las decisiones sobre el tratamiento yo mismo | <input type="checkbox"/> Prefiero tomar las decisiones del tratamiento yo mismo tras escuchar la opinión del paciente y los familiares |
| <input type="checkbox"/> Prefiero tomar las decisiones sobre el tratamiento junto con la familia y el paciente | <input type="checkbox"/> Prefiero que el paciente y la familia tomen las decisiones del tratamiento tras escuchas mi opinión |
| <input type="checkbox"/> Prefiero que el paciente y la familia tomen las decisiones por sí mismos | |

Relación médico paciente (STAR-C)Nunca \longrightarrow Siempre

0 1 2 3 4

Me llevo bien con mi paciente	<input type="checkbox"/>				
Tengo una buena relación con mi paciente	<input type="checkbox"/>				
Escucho a mi paciente	<input type="checkbox"/>				
Siento que mi paciente me rechaza como médico/a	<input type="checkbox"/>				
Creo que mi paciente y yo tenemos una buena relación	<input type="checkbox"/>				
Me siento inferior a mi paciente	<input type="checkbox"/>				
Mi paciente y yo compartimos expectativas similares con respecto a su progreso en el tratamiento	<input type="checkbox"/>				
Siento que apoyo a mi paciente	<input type="checkbox"/>				
Es difícil para mí empatizar con sus problemas	<input type="checkbox"/>				



	Nunca	→			Siempre
	0	1	2	3	4
Mi paciente y yo somos sinceros el uno con el otro	<input type="checkbox"/>				
Soy capaz de tomar la perspectiva de mi paciente cuando trabajo con él/ella	<input type="checkbox"/>				
Tenemos una relación de confianza	<input type="checkbox"/>				
He informado al paciente sobre el pronóstico de la enfermedad	<input type="checkbox"/>				
He informado al paciente sobre el beneficio del tratamiento	<input type="checkbox"/>				

Beneficio clínico (MCBS-ESMO)

Para poder completar el cuestionario MCBS-ESMO sobre los resultados del ensayo clínico en el que se basa el esquema de tratamiento antineoplásico elegido para este paciente, necesitamos que incluyas el PMID y DOI. Los puedes encontrar en PubMed cuando accedes al estudio (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

PMID: _____ DOI: _____

¿Consideras que este paciente cumple los criterios de elegibilidad de ese ensayo pivotal?

Sí, y está bien representado en la población del ensayo

Sí, y está bien infrarrepresentado por la población del ensayo

No los cumple claramente

No, pero la desviación es clínicamente irrelevante

¿Por qué?

Explicación[®]

[®] Explicación de por qué se adapta o no a los criterios de elegibilidad del ensayo clínico

Expectativa sobre eficacia y seguridad de la medicación en este paciente

Estimación de supervivencia libre de progresión _____ Meses

Supervivencia libre de progresión a 1 año _____ %

Estimación de supervivencia _____ Meses

Supervivencia global a 3 años _____ %



¿Hay otro esquema de tratamiento más eficaz para esta indicación que no hayas podido pautar?

- No, es lo más eficaz que existe para este tipo de tumor
- Hay otros esquemas algo más eficaces con peor perfil de seguridad
- Hay otro esquema más eficaz, con buen perfil de seguridad en general, pero no es recomendable en este paciente
- Hay otros esquemas más eficaces no accesibles en mi centro

Efecto esperado sobre calidad de vida

- La preserva
- La empeora
- La mantiene

% esperado de muertes tóxicas

_____ %

Teniendo en cuenta la toxicidad grado 3-4 más frecuente con este esquema que pudiera impactar en calidad de vida, ¿a qué % de pacientes considera que afecta?

_____ %