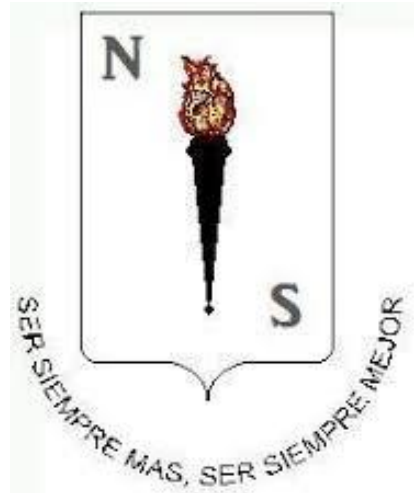


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA
PERSPECTIVA DE ROBERTO N. PRADIER

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

SOLEDAD PAOLA HERNÁNDEZ GARCILAZO

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

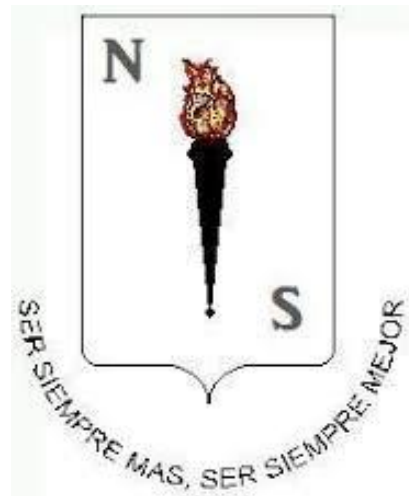
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA
PERSPECTIVA DE ROBERTO N. PRADIER

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

SOLEDAD PAOLA HERNÁNDEZ GARCILAZO

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a dios por ponerme en el lugar adecuado en el preciso momento para dar inicio a lo que será mi vida.

Agradecimiento a mi abuela SARA HERREJON OLIVEROS que desde el cielo guía mi camino.

Agradecimiento a mis padres JOSEFINA GARCILAZO Y MARTIN HERNÁNDEZ puesto que ellos son la pieza fundamental de que esto fuera posible, su apoyo en todos los sentidos me ayudo no solo a llegar hasta este punto sino hasta desarrollarme como persona.

Agradecimiento a mis hermanos Mario, Oscar, Mauricio Y Martin, que de una u otra forma son la razón por la cual me vi en este punto de mi vida, a puerta del título profesional tan anhelado.

Agradecimiento a la licenciada Martha Alcaraz por darme la formación correcta para desarrollar las habilidades y destrezas que esta carrera tiene que tener.

Y finalmente pero no menos importante agradezco a Itzamara y Alejandra quienes han compartido conmigo todos los sacrificios de esta vida universitaria.

DEDICATORIAS

Dedico este proyecto de tesis a dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, pilares fundamentales en mi vida, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que yo pueda estudiar, se merecen esto y mucho más ,porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Gracias por depositar su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar en un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi abuela porque se con certeza que si se encontrara con nosotros estaría más que contenta pues a ella le debo el ser humano que soy, quizá no pude darte las gracias por todo lo que hiciste por mí pero sé que no es necesario que lo haga ya que tú sabes que te estoy enteramente agradecida.

A mis hermanos gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 VIDA Y OBRA	13
2.2 INFLUENCIAS	15
2.3 HIPÓTESIS	16
2.4 JUSTIFICACIÓN	16
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAS	16
2.6 OBJETIVOS	18
2.6.1 GENERAL	18
2.6.2 ESPECIFICOS	18
2.7 MÉTODO	19
2.8 VARIABLES	20
2.9 Encuestas y resultados	24
2.10 GRAFICAS	27
3. CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL	31
3.1 Neoplasias	31
3.2 Datos y cifras	32
3.3 Origen	33
3.4 Fisiopatología	36
3.4 carcinogénesis	37
4. GENERALIDADES ONCOLÓGICAS	38
4.1 DEFINICIÓN DE CÁNCER	38
4.2. FASES DE CARCINOGENESIS	39
4.3. ETAPAS O ESTADIOS DEL CÁNCER	40
4. 3.1 Elementos necesarios para el estadiaje:	41
4.3.1.1. Tipo de cáncer:	41
4.3.2 Sistemas de estadiaje o clasificación de la extensión tumoral:	43
4.3.2.1 Sistema TNM	43
4.4 ESTADO GENERAL	47
4.5. TIPOS DE TRATAMIENTO	48
4.5.1 Cirugía	49
4.5.2 Radioterapia	49

4.5.3 Quimioterapia	51
4.6 LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ONCOLÓGICO.....	53
4.7. ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA VALORACION DE LA RESPUESTA:	55
4.7.1 MÉTODO DE VALORACIÓN DE RESPUESTA.....	56
5. NUTRICIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	57
5.1 OBJETIVOS	58
5.2 ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER?	58
5.2.1 Factores dependientes del tumor	58
5.2.2 Factores dependientes del paciente	59
5.3 ¿QUÉ MEDIDAS PUEDEN AYUDAR A PREVENIR Y COMBATIR LA MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER?	59
5.4 ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES TOXICIDADES DIGESTIVAS DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS?	62
5.4.1 NÁUSEAS Y VÓMITOS.....	62
5.4.2 DIARREA.....	64
5.4.3 MUCOSITIS O ESTOMATITIS ORAL	66
5.4.5 XEROSTOMÍA.....	68
5.4.6 DISGEUSIA	70
5.5 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA PACIENTES CON TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA	73
5.5.1Diarrea	73
5.5.2 Estreñimiento.....	74
5.5.3 Mucositis.....	75
5.6 ORIENTACIÓN NUTRICIONAL:	75
5.6.1Estreñimiento.....	75
5.6.2 Mucositis.....	77
5.6.3 Xerostomía.....	79
6. PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	81
6.1 CAUSAS DE DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER.....	81
6.2 MECANISMOS BÁSICOS POR LOS QUE APARECE DESNUTRICIÓN EN EL CÁNCER	81
6.3 La Caquexia Cancerosa	82
6.4 Alteraciones psicológicas:	83
6.5 CAUSAS DE DESNUTRICIÓN RELACIONADAS CON LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS:.....	83

6.6 EFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO:	84
6.7 EFECTOS DE LA QUIMIOTERAPIA:.....	85
6.8 ALTERACIONES	86
6.8.1 Alteraciones metabólicas	86
6.8.2 Alteraciones en la regulación de ingestión de alimentos	87
6. 9 DIAGNÓSTICO	88
6.10 TRATAMIENTO	88
6.10.1 Tratamiento farmacológico	88
6.10.2 Fármacos anabólicos	90
6.11 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN EN EL CÁNCER	91
6.12 DESNUTRICIÓN Y CALIDAD DE VIDA	92
6.13 EFECTOS SOBRE MORTALIDAD	93
6.14 EJERCICIO FÍSICO Y CÁNCER	94
6.15 Composición corporal y cáncer.....	94
6.16 SITUACIONES RELACIONADAS CON EL EFECTO GENERAL DEL TUMOR	95
6.16.1 Anorexia tumoral y saciedad precoz	95
6.16.1 Ageusia, hipogeusia y disgeusia	96
7. IMPACTO DEL PACIENTE FRENTE AL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	97
7.1 NECESIDADES DEL PACIENTE.....	97
7.2 CALIDAD DE VIDA	100
7.3 ¿CUÁLES SON LAS REACCIONES MÁS HABITUALES ANTE LA NOTICIA DEL DIAGNÓSTICO? ...	102
7.3.1 MIEDO.....	102
7.3.2 NEGACIÓN	103
7.3.4 RABIA.....	103
7.3.5 SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD	104
7.3.6 ANSIEDAD	104
7.3.7 AISLAMIENTO	104
7.3.8 DEPENDENCIA.....	105
7.3.9 DEPRESIÓN FRENTE A TRISTEZA.....	105
7.4 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON SU MÉDICO?	106
7.5 ¿PUEDO COMUNICAR Y COMPARTIR MI DIAGNÓSTICO CON OTRAS PERSONAS?	110
7.6 ¿SIENTE MIEDO O DIFICULTAD AL HABLAR DE SU ENFERMEDAD?	110

7.7 ¿CÓMO PUEDEN REACCIONAR LA FAMILIA Y AMIGOS ANTE EL DIAGNÓSTICO?.....	111
7.8 ¿CÓMO PUEDO HABLAR DE LA ENFERMEDAD CON MIS HIJOS?.....	112
7.9 ¿CÓMO PUEDEN REACCIONAR LOS NIÑOS A DIFERENTES EDADES?	113
7.9.1 EDAD PREESCOLAR	114
7.9.2 NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 6 Y 11 AÑOS	114
7.9.3 ADOLESCENCIA	115
7.10 ¿QUÉ HACER PARA AYUDAR A LOS NIÑOS?	116
7.11 ¿ES IMPORTANTE QUE ESTÉN INFORMADOS EN LA ESCUELA?	117
7.12 EFECTO DE LA QUIMIOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA EN EL ESTADO DE ÁNIMO	118
7.12.1 LOS VÓMITOS Y LAS NÁUSEAS.....	118
7.12.2 LA FATIGA.....	119
7.13 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN	121
7.13.1 AFECTIVIDAD	123
7.13.2 SEXUALIDAD	124
7.14 ¿CÓMO SE PUEDE ALIVIAR EL DOLOR Y EL ESTRÉS?.....	127
7.14.1EL DOLOR	127
8. CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	133
8.1 OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: (OMS)	133
8.1.1LA ENFERMERA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS	133
8.1.2 LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	135
8.2. Estándares de calidad de la prestación de servicios de enfermería.....	136
8.2.1 El establecimiento de Estándares de Calidad se basa en estrategias fundamentales derivadas de 5 pilares.....	136
8.3 Implementación del programa de Educación Continua del personal de Enfermería:	138
8.3.1 Primera fase	139
8.3.2 Segunda fase	139
8. 4 Aplicación del programa de protección del personal	140
8.4.1Protección del personal de salud:.....	140
8.4.2Protocolo de protección del personal que manipula Citostáticos:.....	140
8.5 Desarrollo de la práctica de Enfermería Oncológica Avanzada	140
8.6 Enfermería oncológica.....	141
8.6.1 Intervenciones de enfermería	142
8.6.2 Se tratarán los síntomas, como:	145

8.6.3 Los cuidados de enfermería se basan fundamentalmente en la prevención de alguna lesión y son los siguientes:.....	145
8.6.4 Intervenciones de enfermería en el alivio del dolor	147
8.7 Intervención de enfermería con la familia del paciente	148
8.7.1 La comunicación con el paciente y la familia	148
8.7.2 Intervenciones de enfermería en el proceso de comunicación	149
8.7.3 enseñanza de enfermería en el autocuidado e incorporación del familiar	150
8.8 Declaración de derechos de las personas con enfermedad terminal	154
8.9 Consideraciones de la muerte.....	155
8.9.1Principio de respeto por la autonomía.....	157
8.9.2Principios de no maleficencia y de beneficencia.....	158
8.9.3 Principio de justicia.....	158
8.9.2Elementos del consentimiento informado.	161
8.9.3 Significado del consentimiento informado para la Enfermera.....	162
9. CONCLUSIÓN	166
10 BIBLIOGRAFÍA	168
10.1 BÁSICA	168
10.2 COMPLEMENTARIA	169
11 GLOSARIO.....	172

1. INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería ha evolucionado de forma importante en las últimas décadas y en la actualidad, para su práctica, se requiere de gran voluntad, e interés por los cuidados que prestamos.

Interés y conocimientos sobre la naturaleza de los cuidados, sobre la importancia que tiene para la profesión y para las personas a las que van dirigidos y que son la razón de ser de nuestra profesión y objeto de la atención de enfermería como disciplina profesional.

La esencia, por tanto, de la enfermería es el CUIDADO, que se ha definido por algunos autores, como “las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que influyen en la calidad de vida de las personas”.

Se define también como «un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería e individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales».

Pueden por tanto dirigirse a la persona: individuo, familia, grupo y/o comunidad que, en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud.

En el ámbito de la salud el cáncer se define como una patología en la que células anómalas se dividen sin control y destruyen los tejidos corporales.

Las lesiones de los tejidos que esta patología desemboca es una de las principales causas de muerte en el país y en nuestros tiempos, puesto que el cáncer es una enfermedad que contiene un sinnúmero de complicaciones que se desencadena, un ejemplo sería el sistema inmunológico.

En este apartado hablaremos de todo lo relacionado a la Oncología desde la metodología, nutrición, cuidados de enfermería, cuidados paliativos entre otras cosas relacionadas con el tema.

El cáncer no es una enfermedad nueva. Papiros egipcios que datan de aproximadamente el año 1600 a.C. ya la describían. Se cree que fue el médico griego Hipócrates la primera persona en utilizar la palabra “carcinoma” (cangrejo) para denominar el cáncer.

Cuando la primera autopsia fue realizada por el anatomista italiano Giovanni Morgagni en 1761, se sentaron las bases para el estudio científico del cáncer, también conocido como “La Oncología”.

En el siglo XVIII, John Hunter fue uno de los primeros en sugerir que se operara un tumor.

Cuando el microscopio moderno fue inventado en el siglo XIX, se comenzó a estudiar el cáncer y así nació el “estudio patológico moderno del cáncer”.

Razón por la cual el proceso de atención de enfermería se convierte en principal instrumento para que los profesionales de enfermería empleen sus conocimientos para solucionar problemas, desarrollando su creatividad y considerando el aspecto humano de su profesión.

Ya que este método tiene como objetivo principal proporcionar cuidados de enfermería individualizados y permitir la interacción con el paciente de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biológicas, sociocultural, por ende, la enfermera asume la responsabilidad de hacer el bien y proteger valores preciados: vida, salud y derechos del paciente, es responsable de salvar y guardar un medio sano, promoviendo la calidad de vida.

Otro tema de suma importancia en este ámbito de enfermería, es la comunicación del paciente y su entorno, aquí hablaremos de todos los factores que influyen para una buena comunicación. Así como también el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales, el comportamiento y consuelo de sus familiares ya sea por

muerte repentina o después de una enfermedad prolongada es una de las situaciones más difíciles en la práctica de enfermería por lo que este personal, independientemente de la competencia y desempeño que debe mostrar en su actuar diario, debe poseer además todo una serie de principios éticos que se encuentran implícitos en el código de esta profesión y tener en cuenta las reflexiones filosóficas que la bioética le puede aportar en el cuidado y tratamiento de las enfermedades de cáncer en fase terminal.

En fin todos los elementos anteriormente expuestos nos ha motivado a profundizar en las reflexiones en torno a las cuestiones que la ética y la bioética pueden aportar al manejo de este tipo de enfermos dado el papel protagónico del personal de enfermería en las acciones dependientes e independientes que se encuentran en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), método científico del actuar de este personal que más adelante abordaremos.

2. MARCO TEÓRICO

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

Neoplasias

Neoplasias Según la definición de Barbacci: “Los tumores o ‘neoplasias’ son proliferaciones anormales de los ‘tejidos’ que se inician de manera aparentemente espontánea (no se conoce la causa), de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo”.

Las tres características principales de los tumores son:

- Forman una masa anormal de células.
- Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.
- Tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó.

En las neoplasias es muy importante tener en cuenta que se pierden las capacidades de respuesta a los controles normales del crecimiento, ya que las células tumorales continúan proliferando de forma indiferente e independiente de ellos. Los tumores no son totalmente independientes, pues dependen del huésped para nutrirse e irrigarse. La oncología es la ciencia que estudia los tumores y esta misma ciencia los diferencia en neoplasias benignas o malignas, según el comportamiento clínico que posean:

Los tumores benignos son aquellos cuyas características microscópicas y macroscópicas no son graves; es decir, el tumor se encuentra en una zona bien localizada y se puede curar mediante una extirpación quirúrgica, ya que no ha dado lugar a implantes secundarios.

En cambio, los tumores malignos son aquellos que pueden infiltrar las estructuras adyacentes, destruyéndolas; o propagarse a lugares lejanos, dando lugar a implantes secundarios (metástasis) y ocasionando, así, una muerte casi segura.

Datos y cifras

El cáncer es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total), según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de contraer cáncer. El consumo nocivo de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física son otros factores de riesgo importantes.

Ciertas infecciones causan hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos, y un 9% en los países de ingresos altos.

Más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles.

El cáncer comienza con una modificación en una sola célula, que puede haber sido iniciada por agentes externos o por factores genéticos heredados.

Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en 2030.

Origen

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre dichos factores se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos.

El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.

- Herencia:

Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello.

El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular.

En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

- Sustancias químicas:

El alquitrán de hulla y sus derivados se consideran altamente cancerígenos. Sus vapores en algunas industrias (por ej.: refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores.

Hoy en día se sabe que el benzopireno –sustancia química presente en el carbón– provoca cáncer de la piel en personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón.

El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor que lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal. Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina, y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales.

Se ha encontrado que, en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer de hígado y de estómago es alta. El cigarrillo es otro agente cancerígeno; se ha determinado que la muerte por cáncer de pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El cigarrillo es tan pernicioso debido a las sustancias que contiene: nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes.

- Radiaciones:

Las radiaciones ionizantes constituyen uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un

período de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo.

- Infecciones o virus:

Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres que aparecen en enfermos de SIDA. Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfoepiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral, capaz de transformar las células normales en células malignas.

Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales.

- Traumas:

Se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el

labio. En la India, una alta incidencia de cáncer del abdomen y de la ingle se relaciona con la vestimenta (una especie de guayuco) de uso muy generalizado.

FISIOPATOLOGÍA

Se conocen algo más de 60 protooncogenes y 20 genes supresores. Los primeros estimulan normalmente la división celular, como hecho fundamental para mantener la vida. De ellos depende el desarrollo embrionario, la cicatrización de las heridas y la reposición de las células, que normalmente envejecen y mueren luego de cumplida su diferenciación. Pero esos mismos protooncogenes pueden sufrir alteraciones en su estructura, por cambios en la secuencia de los ácidos nucleicos (mutaciones), por pérdida de algunos segmentos del cromosoma o por traslado de un sector cromosómico a otro cromosoma (translocaciones). En general, a estos genes se los clasifica como:

- Genes que estimulan las transcripciones en el ámbito nuclear.
- Genes de factores de crecimiento o sus receptores.
- Genes de proteínas de señales intracitoplasmáticas.

Algunos oncogenes se expresan en varios tipos de neoplasias como el K-ras y N-ras; el c-erb-B2 el cmyc, el c-fos y otros. Por ejemplo: el oncogen c-erbB2 se encuentra activado en el 30% de los cánceres mamarios y relacionados con mayor agresividad tumoral, mayor compromiso axilar y menor sobrevida. Otros genes pueden participar en la carcinogénesis codificando proteínas que en forma indirecta estimulan la proliferación celular, al interferir con los mecanismos de “freno” regulatorio (por ej. el gen bcl2).

Los genes supresores son los encargados de contrarrestar a los anteriormente descritos, cumplen su función de dos “maneras claves”:

- frenando las ciclinas y dejando más tiempo a las células en fase G1, para dar oportunidad a los mecanismos de reparación del genoma, y
- induciendo a la apoptosis o “muerte celular programada

Pues se considera que la célula debe morir antes de reproducirse con las fallas genómicas. Cáncer hereditario Con respecto al cáncer, desde hace muchos años se había planteado la probabilidad de que algunos de ellos, por el hecho de reiterarse en varios miembros de una misma familia, a lo largo de varias generaciones, presentaran un carácter hereditario. Gracias al desarrollo alcanzado en el campo de la Genética Molecular, hoy se han comprobado una serie no despreciable de genes directamente involucrados en el desarrollo de diferentes tumores malignos hereditarios. La predisposición genética al cáncer implica que un gran número de personas tengan un riesgo mayor a consecuencia de su historia familiar y/o personal. El 5% de todas las neoplasias humanas son de carácter hereditario y en su mayoría siguen un modelo de herencia aparentemente dominante.

Los cánceres hereditarios tienen características propias y las más relevantes son las siguientes:

Aparecen en edades más precoces que lo habitual para ese tipo de tumor

- . • Historia familiar de cáncer del mismo tipo histológico en parientes de primer y segundo grados.
- Tumor multicéntrico en órganos únicos, y bilateral uní o multricéntrico en órganos pares.
- Aparición de más de un tumor primario en la misma persona.
- Aparición de tumores que coinciden con rasgos dismórficos o anomalías congénitas. La importancia de los estudios epidemiológicos, clínicos y genéticos está dada por la información brindada, que permite establecer líneas de conducta para reducir la morbimortalidad, realizar diagnósticos más precoces (fase preclínica) y, lo fundamental, trabajar con grupos de alto riesgo en materia de prevención primaria.

CARCINOGENESIS

Para que una célula normal cambie su fenotipo y se convierta en una célula neoplásica, se requieren varias mutaciones en varios genes, y eso ocurre a través de mucho tiempo, a veces de años, de estar expuesto a un agente carcinogénico.

El cáncer comienza en una célula, es decir que es de origen monoclonal. Esa célula alterada escapa a los controles que anteriormente habíamos mencionado y se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más “células anárquicas”, que, a su vez, pueden inducir a cambios similares en las células vecinas. Pero no sólo afectan a la célula las mutaciones inducidas por los carcinógenos sino que, a lo largo de cada división celular (recordemos que pueden llegar a 50 divisiones), se producen errores espontáneos en cada duplicación y los mismos se van acumulando constituyendo un factor intrínseco de riesgo; aquí vale la pena señalar que los radicales libres son productos normales del metabolismo celular, pero un exceso de los mismos puede acarrear efectos genotóxicos, por lo cual toma vigencia el valor de los suplementos dietarios con antioxidantes. Etapas de la carcinogénesis y acción del carcinógeno. Estos pueden actuar en una o en las tres etapas de la carcinogénesis, que son las siguientes:

- **LA INICIACIÓN:**

Ocurre a nivel del genoma y las alteraciones pueden darse en los tumores benignos y malignos al igual que la segunda etapa, pero la tercera, o sea la de progresión, es exclusiva de la transformación maligna. Los agentes que actúan en la primera etapa pueden ser: FÍSICOS, QUÍMICOS o VIRALES.

- **LA PROMOCIÓN:**

Representa la etapa de crecimiento tisular con la formación del tumor. Participan: los factores de crecimiento y los receptores a los factores de crecimiento, como así también la angiogénesis y degradación de las matrices extracelulares.

- LA PROGRESIÓN:

Implica la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancia por parte de la célula tumoral maligna. Esa capacidad está codificada también en los genes de la misma con modificaciones estructurales y funcionales.

LA CASCADA METASTASICA.

Las células neoplásicas tienen incrementado su metabolismo y, por ende, requieren de mayor aporte de oxígeno; en las mismas existen genes que codifican factores que estimulan la angiogénesis tumoral, que es el primer requisito necesario para iniciar la cascada metastásica. Lo fundamental de esta etapa de progresión es comprender las dificultades que debe superar la célula maligna para colonizar en un lugar distante de su sitio de origen.

Baste saber que sólo una célula de entre diez mil que logre introducirse al torrente sanguíneo o linfático podrá asentarse para desarrollar un foco metastático, para lo cual:

- La célula maligna debe desprenderse de sus vecinas y “navegar” por el espacio intercelular y atravesar la membrana basal (degradación de matrices).
- Debe introducirse al vaso sanguíneo o linfático (migración celular).
- Debe sobrevivir al ataque de la respuesta inmune (respuesta inmune).
- Debe atravesar nuevamente la pared vascular y “anidar” en otro tejido que muchas veces no comparte su estirpe (colonización metastásica).

2.1 VIDA Y OBRA

El Dr. Roberto N. Pradier ha ejercido la docencia en el pregrado en cirugía desde 1962 y la docencia de posgrado en cirugía de cabeza y cuello, principalmente en Cirugía Oncológica desde 1964. Continúa con ambas actividades hasta el momento actual. Accedió al cargo de Profesor Adjunto de Cirugía en 1990, y al de Profesor Asociado de Cirugía de Cabeza y Cuello en 1994. Fue propuesto en 1998 como Profesor Consulto Asociado de Cirugía al Consejo Superior de la U.B.A.

Inició su carrera asistencial en el Hospital de Clínicas como practicante externo en 1954 y fue luego practicante menor y mayor, médico residente y médico de planta del Instituto de Clínica Quirúrgica; así como médico interno por tres años del antiguo Hospital de Clínicas.

En 1969 pasa al Instituto de Oncología como Jefe Interino del Servicio de Cabeza y Cuello donde continúa luego de ganar el concurso respectivo hasta 1991, año en que gana el concurso como director del Área Quirúrgica y continúa allí, su actividad quirúrgica, principalmente en la cirugía de cabeza y cuello.

Se ha dedicado con especial interés a la reconstrucción inmediata luego de resecciones oncológicas y ha contribuido a la difusión en nuestro medio de los colgajos temporo-frontales, delto-pectorales y miocutáneos de pectoral mayor, importantes avances en su momento, así como promovido y facilitado la realización actual de reconstrucciones microquirúrgicas.

La alteración del metabolismo fósforo-calcio por hiperparatiroidismo y su corrección quirúrgica ha sido otro de los temas preferidos, registrando en casos primarios y secundarios una de las series más importantes de nuestro medio.

La integración de los tratamientos oncológicos en cabeza y cuello mediante cirugía, radioterapia y quimioterapia, facilitada por el carácter multidisciplinario del Instituto A.H.Roffo y la comunicación fluida entre sus distintas áreas ha sido otro de los temas fundamentales de su actuación profesional.

Ha publicado 82 trabajos en revistas nacionales y extranjeras y ha sido autor de 7 capítulos de libros.

Su tesis de doctorado fue calificada como sobresaliente y es aún consultada por los médicos residentes en sus aspectos técnicos.

Se ha interesado por la formación de residentes, dirigido la residencia en cirugía oncológica desde 1991, y actualmente la unidad docente de la Carrera de Especialista Universitario en Cirugía Oncológica, integrada a dicha residencia. Forma parte desde 1989 de la Comisión de Residentes de la Asociación Argentina de Cirugía y desde 2006 es Presidente de la Asociación Civil para la Acreditación de Programas de Educación Médica de Posgrado de la República Argentina (ACAP).

En su actuación societaria y participación en congresos nacionales y extranjeros puede destacarse la Presidencia de la Asociación Argentina de Patología de Cabeza y Cuello y la Vicepresidencia de la Academia Argentina de Cirugía.

Ha ocupado la presidencia de la Academia Argentina de Cirugía desde abril de 2000 a abril del 2001; Desde 1999 hasta 2007 fue Director del Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo", cargo ganado por concurso de antecedentes y oposición.

Se le ha otorgado el premio "Vier Heller" 2001, de la Asociación Argentina de Radiología y Radioterapia por el trabajo en colaboración sobre "Conservación laríngea".

Fue presidente del 73º Congreso Argentino de Cirugía, de la Asociación Argentina de Cirugía y Presidente de dicha Asociación en el período 2003 – 2004.

Es Secretario General de la Academia Nacional de Medicina desde 2008 y Director Científico del Instituto de Estudios Oncológicos de dicha Institución.

2.2 INFLUENCIAS

Esta investigación está basada en la teoría de Travelbee (1966) puesto que define a los cuidados de enfermería como “un proceso interpersonal, en el cual el enfermero asiste a un individuo o familia a prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento y a encontrar significados de esa experiencia”. El proceso interpersonal involucra una serie de contactos que los enfermeros llevan a cabo con los pacientes, que van desde contactos verbales hasta la interpretación de gestos y movimientos que son utilizados para informar y comunicar cuando no es posible hacerlo mediante el lenguaje hablado. En el proceso de esta conceptualización del cuidado se han identificado dimensiones como: la interacción y la participación que la enfermera establece con el paciente en el acto de cuidar.

De la teoría, surgen las siguientes hipótesis:

Factores sociodemográficos:

El sexo, la edad, la formación, la antigüedad son factores que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas.

Factores psicosociales:

La Carga Mental, la autonomía personal, el contenido del trabajo, la supervisión, la definición de rol, las relaciones personales son factores que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas.

Factores ambientales:

El Ambiente físico de trabajo, la retroalimentación del desempeño laboral y el apoyo de la organización son factores que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas.

Factores culturales de la organización:

Los Valores y Principios, las tradiciones son factores que influyen en el cuidado que brinda el personal de enfermería.

2.3 HIPÓTESIS

Los cuidados de enfermería en pacientes oncológicos son esenciales para llevar un adecuado control en relación al estado de salud del usuario.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La importancia de los cuidados de enfermería en pacientes oncológicos por que la sociedad en general cuanta con déficit de información en cuanto a este tema para proporcionar un buen cuidado, dicha información será proporcionada apegada a conocimientos científicos con el fin de que sean lo más adecuado y correctos posibles , para tener como resultado una información verídica y que la persona que tenga acceso a esta información cuente con el conocimiento para llevar a cabo un cuidado de atención .

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAS

Enfermería, como profesión avocada a la salud, le corresponde una preparación especial para trabajar directamente con comunidades y grupos sociales que le permitan llevar a cabo acciones que pongan en práctica sus habilidades y colaborar en el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, ofreciendo una atención altamente calificada en la prevención, promoción y recuperación de la salud.

El ejercicio de la Enfermería en pacientes oncológicas demanda un despliegue de actividades que necesitan de un control más riguroso que en otros pacientes, por estar expuesto a múltiples agresiones tales como: brindar cuidados prolongados a pacientes con limitaciones físicas, deformaciones y, en muchos casos, con pronósticos sombríos que traen como consecuencia el desgaste físico y emocional de los profesionales dedicados a ella.

No es casual que abunden los trabajos sobre estrés y desgaste en profesionales de enfermería, ya que son un grupo altamente vulnerable a los estresores laborales. Las enfermeras pasan mucho tiempo con los pacientes y familiares, se encuentran sometidas a demandas físicas y emocionales intensas al involucrarse en el cuidado

del enfermo. Son las enfermeras las que están en contacto frecuente con el sufrimiento, el dolor, la angustia, la amenaza de muerte. El tiempo les es insuficiente para completar sus tareas, algunas de las cuales no están directamente relacionadas con su profesión.

Enfermería, se ve también frecuentemente sometido a varias líneas de autoridad y es incapaz de controlar la conducta de los médicos con los que trabaja, o de la dirección (supervisión) de enfermería que determina o planifica su trabajo.

Esta falta de control conduce muchas veces al agotamiento emocional, que es más alto en los que tienen menos capacidad de decisión o que están sometidos a problemas burocráticos, y también en aquellos que tienen menos oportunidad de crear en su trabajo. Mientras el personal médico tradicionalmente se centra en la "cura" del paciente, el rol asignado a la enfermera se centra en su "cuidado", aun cuando esta distinción es más teórica que real.

Luego de estas observaciones en la práctica de enfermería, surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los factores que influyen en la atención que brinda de enfermería a las pacientes oncológicas?
- ¿Será el sexo, la edad, formación y/o antigüedad del personal de enfermería que influye en los cuidados que brinda a las pacientes oncológicas?
- ¿Será el lugar de trabajo y el ambiente laboral que condiciona al personal al momento de brindar cuidados?
- ¿Cómo afecta la muerte del paciente al personal de enfermería?
- ¿Es la cultura de la institución un factor que influye en la atención de enfermería a pacientes oncológicas?

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

Conocer a través de un estudio descriptivo no analítico y transversal, los factores que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicos.

2.6.2 ESPECIFICOS

- Determinar cómo es el cuidado que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicos.
- Conocer los Factores Sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el cuidado.
- Determinar, mediante la utilización de la entrevista, los Factores Psicosociales que influyen en los cuidados que brinda enfermería.
- Conocer cuáles son los Factores Ambientales que influyen en estos cuidados.
- Determinar los Factores Culturales de la organización que influyen en los cuidados que proporciona enfermería.

2.7 MÉTODO

- Cuantitativo:

El tipo de estudio es cuantitativo del tipo descriptivo correlacional no analítico y transversal, prospectivo.

- Descriptivo:

Será descriptivo no analítico porque permitirá establecer la relación entre variables (Factores que influyen en los cuidados que brinda la enfermera).

- Transversal:

Será transversal porque permitirá obtener datos en un momento específico, es decir, que el fenómeno a investigar se captará durante un período limitado de recolección de datos será prospectivo, porque la investigación se inicia con el registro de los presuntos factores y prosigue longitudinalmente a lo largo del tiempo.

2.8 VARIABLES

La variable “Factores que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas”, será estudiada en las siguientes dimensiones e indicadores:

Factores Sociodemográficos:

~ Edad

~ Sexo

~ Formación

~ Antigüedad en el cargo

Factores Psicosociales:

~ Carga Mental:

a) Presión de tiempo para realizar las tareas,

b) Esfuerzo de atención,

c) Fatiga,

d) Información que precisa para realizar la tarea y el nivel de complejidad de la misma,

e) Percepción subjetiva de la dificultad que tiene para realizar su tarea.

~ Autonomía Personal:

a) Elección del ritmo de trabajo,

b) Libertad que tiene para alternar las tareas si lo desea,

c) Capacidad para distribuir los descansos de trabajo.

~ Contenido del Trabajo:

a) Cobertura de expectativas y necesidades que posee sobre sus tareas.

~ Supervisión-Participación:

a) Grado de decisión sobre el desarrollo de su trabajo respecto a la supervisión

~ Definición de Rol:

a) Ambigüedad del rol (inadecuada información sobre su rol laboral)

b) Conflictividad del rol (tareas que no desea cumplir)

~ Relaciones Personales:

a) Comunicación entre pares.

Factores Ambientales:

~ Ambiente Físico:

Espacio, suministros y equipos para realizar el trabajo

~ Retroalimentación del desempeño laboral:

Información de cómo realiza sus tareas.

~ Apoyo de la organización:

a) Conocimiento de la misión y objetivos de la organización,

b) Planeación de funciones laborales en armonía con los objetivos de la organización,

c) Establecimiento de estructura jerárquica,

d) Estímulo de la comunicación con el nivel jerárquico.

Factores Culturales de la organización:

~ Valores y Principios:

a) Reconocimiento del tiempo de permanencia en el puesto,

b) Colaboración entre compañeros,

c) Relaciones interpersonales adecuadas,

d) Información sobre el rendimiento laboral y eficacia del mismo.

~ Tradiciones:

Transmisión oral de costumbres, creencias.

Definición conceptual de la variable:

Para el presente estudio, la investigadora ha optado en posicionarse sobre el modelo de interrelación de Joyce Travelbee, debido a que este paradigma reconoce al Modelo de Relación Persona-Persona, , se considera un modelo revolucionario, pues brinda un nuevo enfoque en la relación de ayuda profesional, pues muestra al enfermero/a como una persona que brinda cuidados y al paciente como la persona que demanda del cuidado; por lo que la variable “Cuidados de enfermería en pacientes oncológicos” queda definida en los siguientes términos:

“Son elementos o indicadores internos o externos capaces de producir modificaciones en la enfermera en el proceso de cuidar”.

Estos indicadores incluyen:

- Factores sociodemográficos, que son los que contienen las características biográficas como el sexo, edad, formación y antigüedad en el puesto.

- Factores psicosociales, hacen referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Así pues unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo, como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador. Estas condiciones son: carga mental, autonomía personal, contenido del trabajo, supervisión-participación, definición de rol, relaciones personales.

- Factores ambientales, hacen referencia a las condiciones del ámbito en que se trabaja, los equipos y suministros con los que dispone la enfermera para brindar cuidados, la retroalimentación del desempeño, el apoyo de la organización en cuanto al desarrollo de las tareas que realiza la enfermera.
- Factores culturales de la organización, definidos como las creencias y valores que están visibles u ocultos y que se manifiestan hacia los clientes, decisiones, a la tecnología, al clima organizacional, ya sea en forma funcional o disfuncional.

2.9 Encuestas y resultados

A) Datos de identificación

Edad: 20-29 30 – 39 40-50 + 50

Sexo: M F

Formación: Profesional Licenciado

Antigüedad: 0-9 10-19 +20



B) Guía de Observación

1) Al momento de brindar cuidados:	Si	No
- Tiene presión de tiempo para realizar las tareas		
- Realiza esfuerzo de atención		
- Presenta fatiga		
- Posee presión sobre la información que precisa para realizar la tarea y el nivel de complejidad de la misma		
- Manifiesta dificultad para realizar su tarea		
2) Respecto a su autonomía personal dentro del lugar de trabajo		
- Elige el ritmo de trabajo		
- Tiene libertad para alternar las tareas si lo desea		
- Posee capacidad para distribuir los descansos de trabajo.		
3) Contenido del Trabajo:		
- Cubre expectativas y necesidades que posee sobre sus tareas.		

4) Supervisión-Participación:		
- Tiene grado de decisión sobre el desarrollo de su trabajo respecto a la supervisión		
5) Definición de Rol:		
- Posee ambigüedad del rol (inadecuada información sobre su rol laboral)		
- Presenta conflictividad del rol (tareas que no desea cumplir)		
6) Relaciones Personales :		
- Adecuada comunicación entre pares		
7) Ambiente Físico :		
- Posee espacio, suministros y equipos para realizar el trabajo		
8) Retroalimentación del desempeño laboral :		
- Posee Información de cómo realiza sus tareas		
9) Apoyo de la organización :		
- Conoce la misión y objetivos de la organización		
- Planea las funciones laborales en armonía con los objetivos de la organización		
- Conoce el establecimiento de la estructura jerárquica de la organización		
- Recibe estímulo de la comunicación con el nivel jerárquico		
10) Valores y Principios :		
- Tiene reconocimiento del tiempo de permanencia en el puesto		
- Recibe colaboración de compañeros		
- Adecuadas relaciones interpersonales		

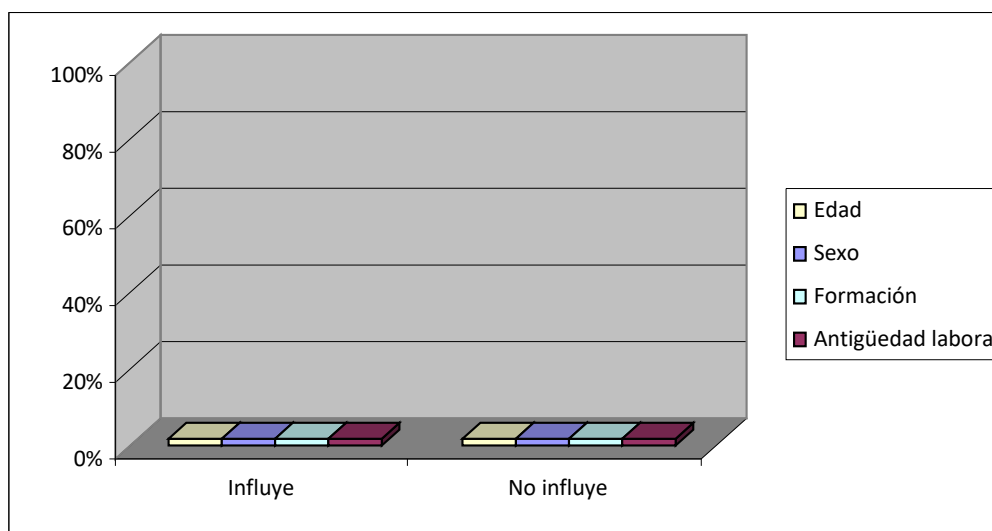
- Recibe información sobre el rendimiento laboral y eficacia del mismo		
11) Tradiciones:		
- Recibe transmisión oral de costumbres, creencias de la cultura organizacional		
12) Comunicación :		
- Proporciona ambiente adecuado y parte de su tiempo para permitir que el paciente hable de lo siente y piensa		
13) Respeto :		
- Se dirige hacia el paciente por su nombre		
14) Responsabilidad:		
- Realiza seguimiento exhaustivo del estado de salud		
15) Apoyo :		
- Acompaña al paciente durante procedimientos médicos		
16) Ayuda :		
- Ayuda a que el paciente manifieste sus miedos y temores		
17) Información y realización de actividades básicas:		
- Proporciona información precisa y oportuna al paciente sobre estado de salud y mientras realiza procedimientos		
18) Toma de decisiones:		
- Permite que el paciente opine sobre su tratamiento		
- Tiene en cuenta las propuestas o acepta el rechazo de determinadas actividades, procedimientos y tratamientos que manifiesta el paciente		

2.10 GRAFICAS

Los datos se presentarán en tablas de simple y doble entrada y gráficos de barras.

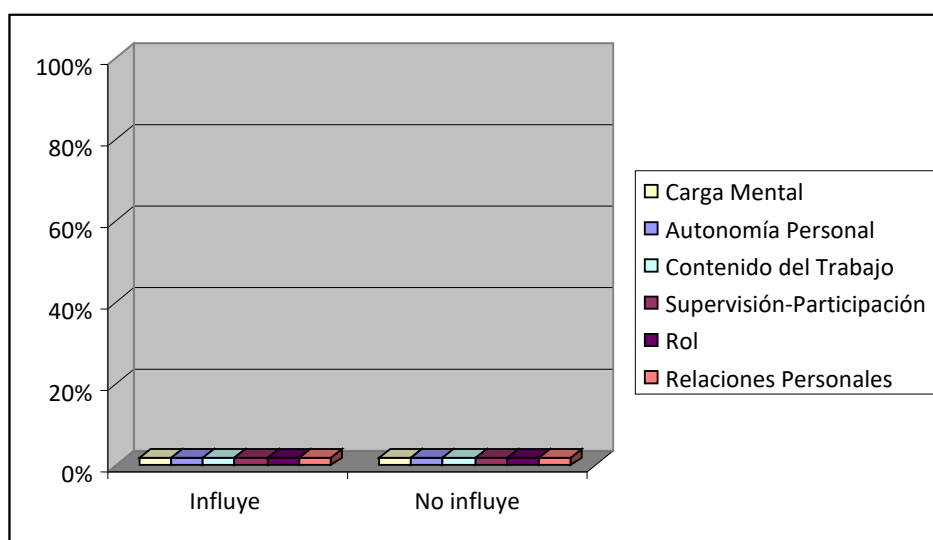
- Factores sociodemográficos que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería

GRAFICO N°1



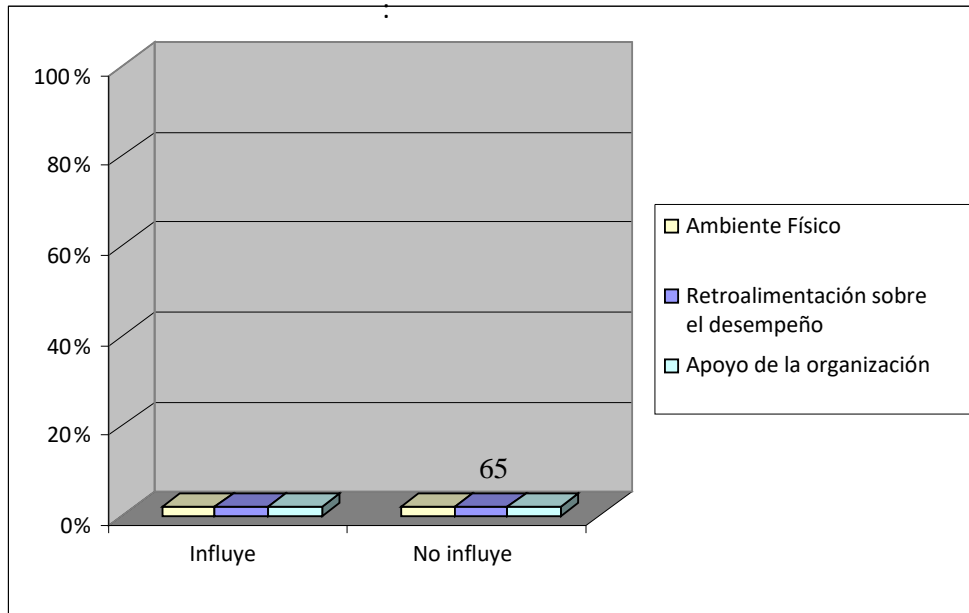
- Factores Psicosociales que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas.

GRÁFICO N° 2

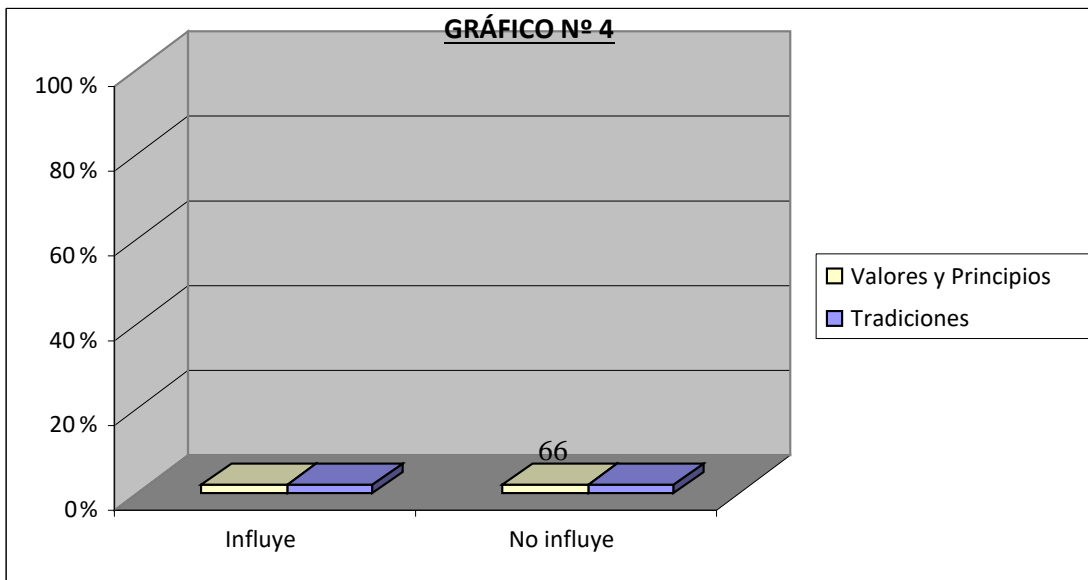


- Factores Ambientales que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas

GRAFICO N°3

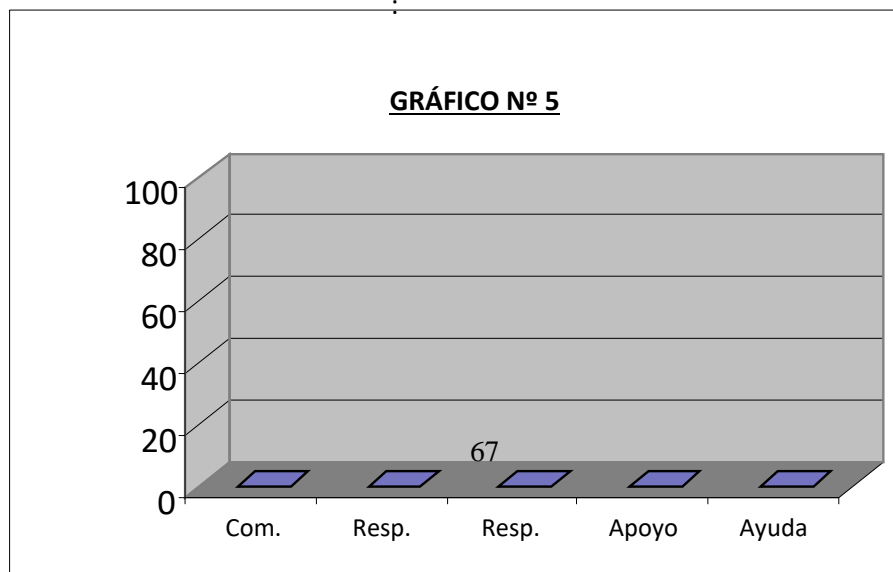


- Factores Culturales de la organización que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas



- Interacción que establece el personal de enfermería con las pacientes oncológicas

Interacción
Comunicación Respeto
Responsabilidad
Apoyo
Ayuda



Estos resultados refieren que este sector está lleno de peculiaridades que, frecuentemente, son desconocidas por el profesional enfermero que no tiene una formación específica en el área, una vez que, en la mayor parte de las instituciones de enseñanza, no es abordada la enseñanza de la cancerología en el curso de graduación en enfermería. Los resultados de la investigación muestran que la mayor parte de los enfermeros (70,1%) no poseen la formación específica en oncología;

Los factores considerados más estresantes por los enfermeros de oncología son:

- La muerte de los pacientes (28,6%)
- Las situaciones de emergencia (16,9%)
- Los problemas de relación dentro del equipo de enfermería (15,5%)
- Las situaciones relacionadas al proceso de trabajo (15,5 %).

De un universo de enfermeros se seleccionó una muestra de 80 se les aplicó una entrevista con variables de interés para el estudio. Como resultado se obtuvo que el 57,6% del personal no conoce todas las alteraciones psíquicas que presentan los pacientes, se detectaron deficiencias en la comunicación paciente-enfermero, atribuido a la sensación de impotencia ante problemas no posibles de resolver por los enfermeros y sentimientos de lástima, lo que no permite mantener el equilibrio en la relación enfermo-familia-equipo tratante.

Los expertos entrevistados, manifiestan estar satisfechos con la atención que se brinda a las pacientes oncológicas y aseguran que una preparación previa sobre los cuidados que debe brindar enfermería sería lo más conveniente. Otro punto importante, sería el abordaje de las pacientes oncológicas y sus familiares por parte del área de salud mental debido a que el personal de salud no cuenta con las herramientas o conocimientos suficientes para afrontar las demandas de las pacientes ante sentimientos de ansiedad y angustia que les genera la enfermedad, situación está que afecta en la atención que brinda el profesional.

De la exploración realizada, se puede concluir que existen extensas publicaciones referida a la patología en sí y algunos estudios sobre enfermería y pacientes oncológicos, pero ninguno aborda sobre los factores que influyen en los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes oncológicas.

3. CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

3.1 Neoplasias

Neoplasias Según la definición de Barbacci: “Los tumores o ‘neoplasias’ son proliferaciones anormales de los ‘tejidos’ que se inician de manera aparentemente espontánea (no se conoce la causa), de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo”.

Las tres características principales de los tumores son:

- Forman una masa anormal de células.

- Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.
- Tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó.

En las neoplasias es muy importante tener en cuenta que se pierden las capacidades de respuesta a los controles normales del crecimiento, ya que las células tumorales continúan proliferando de forma indiferente e independiente de ellos. Los tumores no son totalmente independientes, pues dependen del huésped para nutrirse e irrigarse. La oncología es la ciencia que estudia los tumores y esta misma ciencia los diferencia en neoplasias benignas o malignas, según el comportamiento clínico que posean:

Los tumores benignos son aquellos cuyas características microscópicas y macroscópicas no son graves; es decir, el tumor se encuentra en una zona bien localizada y se puede curar mediante una extirpación quirúrgica, ya que no ha dado lugar a implantes secundarios.

En cambio, los tumores malignos son aquellos que pueden infiltrar las estructuras adyacentes, destruyéndolas; o propagarse a lugares lejanos, dando lugar a implantes secundarios (metástasis) y ocasionando, así, una muerte casi segura.

3.2 Datos y cifras

El cáncer es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total), según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de contraer cáncer. El consumo nocivo de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física son otros factores de riesgo importantes.

Ciertas infecciones causan hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos, y un 9% en los países de ingresos altos.

Más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles.

El cáncer comienza con una modificación en una sola célula, que puede haber sido iniciada por agentes externos o por factores genéticos heredados.

Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en 2030.

3.3 Origen

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre dichos factores se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos.

El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.

- Herencia:

Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

- Sustancias químicas:

El alquitrán de hulla y sus derivados se consideran altamente cancerígenos. Sus vapores en algunas industrias (por ej.: refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores.

Hoy en día se sabe que el benzopireno –sustancia química presente en el carbón– provoca cáncer de la piel en personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón. El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor que lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal. Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina, y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales.

Se ha encontrado que, en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer de hígado y de estómago es alta. El cigarrillo es otro agente cancerígeno; se ha determinado que la muerte por cáncer de pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El cigarrillo es tan pernicioso debido a las sustancias que contiene: nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán.

El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes. c. Radiaciones: las radiaciones ionizantes constituyen uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un período de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo. d.

Infecciones o virus: existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres que aparecen en enfermos de SIDA. Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral, capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales.

Traumas: se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio. En la India, una alta incidencia de cáncer del abdomen y de la ingle se relaciona con la vestimenta (una especie de guayuco) de uso muy generalizado.

3.4 Fisiopatología

Se conocen algo más de 60 protooncogenes y 20 genes supresores. Los primeros estimulan normalmente la división celular, como hecho fundamental para mantener la vida. De ellos depende el desarrollo embrionario, la cicatrización de las heridas y la reposición de las células, que normalmente envejecen y mueren luego de cumplida su diferenciación. Pero esos mismos protooncogenes pueden sufrir alteraciones en su estructura, por cambios en la secuencia de los ácidos nucleicos (mutaciones), por pérdida de algunos segmentos del cromosoma (deleciones) o por traslado de un sector cromosómico a otro cromosoma (translocaciones).

En general, a estos genes se los clasifica como:

- Genes que estimulan las transcripciones en el ámbito nuclear.
- Genes de factores de crecimiento o sus receptores.
- Genes de proteínas de señales intracitoplasmáticas.

Algunos oncogenes se sobreexpresan en varios tipos de neoplasias como el K-ras y N-ras; el c-erb-B2 el cmyc, el c-fos y otros. Por ejemplo: el oncogen c-erbB2 se encuentra activado en el 30% de los cánceres mamarios y relacionados con mayor agresividad tumoral, mayor compromiso axilar y menor sobrevida. Otros genes pueden participar en la carcinogénesis codificando proteínas que en forma indirecta estimulan la proliferación celular, al interferir con los mecanismos de “freno” regulatorio (por ej. el gen bcl2). Los genes supresores son los encargados de contrarrestar a los anteriormente descritos, cumplen su función de dos “maneras claves”:

- frenando las ciclinas y dejando más tiempo a las células en fase G1, para dar oportunidad a los mecanismos de reparación del genoma, y
- induciendo a la apoptosis o “muerte celular programada

Pues se considera que la célula debe morir antes de reproducirse con las fallas genómicas. Cáncer hereditario Con respecto al cáncer, desde hace muchos años se

había planteado la probabilidad de que algunos de ellos, por el hecho de reiterarse en varios miembros de una misma familia, a lo largo de varias generaciones, presentaran un carácter hereditario. Gracias al desarrollo alcanzado en el campo de la Genética Molecular, hoy se han comprobado una serie no despreciable de genes directamente involucrados en el desarrollo de diferentes tumores malignos hereditarios. La predisposición genética al cáncer implica que un gran número de personas tengan un riesgo mayor a consecuencia de su historia familiar y/o personal. El 5% de todas las neoplasias humanas son de carácter hereditario y en su mayoría siguen un modelo de herencia aparentemente dominante.

Los cánceres hereditarios tienen características propias y las más relevantes son las siguientes:

Aparecen en edades más precoces que lo habitual para ese tipo de tumor

- . • Historia familiar de cáncer del mismo tipo histológico en parientes de primer y segundo grados.
- Tumor multicéntrico en órganos únicos, y bilateral uni o multicéntrico en órganos pares.
- Aparición de más de un tumor primario en la misma persona.
- Aparición de tumores que coinciden con rasgos dismórficos o anomalías congénitas. La importancia de los estudios epidemiológicos, clínicos y genéticos está dada por la información brindada, que permite establecer líneas de conducta para reducir la morbimortalidad, realizar diagnósticos más precoces (fase preclínica) y, lo fundamental, trabajar con grupos de alto riesgo en materia de prevención primaria.

3.4 carcinogénesis

Para que una célula normal cambie su fenotipo y se convierta en una célula neoplásica, se requieren varias mutaciones en varios genes, y eso ocurre a través de mucho tiempo, a veces de años, de estar expuesto a un agente carcinogénico. El cáncer comienza en una célula, es decir que es de origen monoclonal. Esa célula

alterada escapa a los controles que anteriormente habíamos mencionado y se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más “células anárquicas”, que, a su vez, pueden inducir a cambios similares en las células vecinas. Pero no sólo afectan a la célula las mutaciones inducidas por los carcinógenos sino que, a lo largo de cada división celular (recordemos que pueden llegar a 50 divisiones), se producen errores espontáneos en cada duplicación y los mismos se van acumulando constituyendo un factor intrínseco de riesgo; aquí vale la pena señalar que los radicales libres son productos normales del metabolismo celular, pero un exceso de los mismos puede acarrear efectos genotóxicos, por lo cual toma vigencia el valor de los suplementos dietarios con antioxidantes. Etapas de la carcinogénesis y acción del carcinógenos Estos pueden actuar en una o en las tres etapas de la carcinogénesis, que son las siguientes:

4. GENERALIDADES ONCOLÓGICAS

4.1 DEFINICIÓN DE CÁNCER

El cáncer se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y que denominamos tumor primario. Además las células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen y la de diseminarse por la sangre o la linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que conocemos como metástasis.

Los distintos tipos de cáncer se comportan de manera diferente (velocidad de crecimiento, tendencia a la diseminación, respuesta a los tratamientos...). Esta es la principal razón por la que ante la sospecha o diagnóstico inicial de cáncer, es necesaria la realización de una serie de pruebas que nos permitan conocer el tipo de cáncer y su extensión. Esto lleva un tiempo, en ocasiones bastante largo,

imprescindible para poder aplicar el tratamiento más idóneo para cada situación, y obtener los datos necesarios que nos aclaren el pronóstico vital de nuestros pacientes.

El mayor temor de los pacientes es el relacionado con el pronóstico de la enfermedad, para definirlo es necesario definir en qué estadio se encuentra su enfermedad, o lo que es lo mismo conocer su extensión. Hoy en día el pronóstico para muchos enfermos de cáncer es bueno. Aunque para muchos pacientes y familiares el cáncer es sinónimo de muerte, actualmente más de la mitad de las personas a las que se les diagnostica un cáncer sobrevivirán. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de algunos tipos de cáncer han permitido la curación de muchos pacientes, y el control durante años de la enfermedad en otros tantos. Las diferentes opciones de tratamiento dependerán principalmente del tipo de cáncer que se padezca así como del estadio, teniendo siempre en cuenta otros factores individuales, como la edad, el estado general, las preferencias de los pacientes, etc

4.2. FASES DE CARCINOGENESIS

El proceso por el cual las mutaciones producidas en el DNA de células sanas llevan a la aparición de células cancerosas se denomina carcinogénesis, siendo de duración variable, según el tipo de cáncer, aunque de manera general podemos reconocer cuatro fases bien diferenciadas:

1. Inducción o iniciación: Aparecen las mutaciones del DNA que dotan a la célula de las características propias de la célula cancerosa: división incontrolada, capacidad de invasión local y de diseminación a distancia.
2. Cáncer “insitu”: Aumento del número de células cancerosas en el órgano en el que se origina. Se va generando el tumor primario.
3. Invasión local: Extensión del tumor primario a las estructuras vecinas, invadiéndolas. Aparición de síntomas.

4. Invasión a distancia o metastatización: las células cancerosas acceden al torrente sanguíneo o linfático diseminándose a órganos a distancia, y originando tumores secundarios denominados metástasis.

A lo largo de cada una de estas fases las células van acumulando mutaciones que hacen que pierdan sus características alterando su funcionamiento.

4.3. ETAPAS O ESTADIOS DEL CÁNCER

Entendemos por estadiaje la clasificación del cáncer en diferentes etapas o estadios en función del tumor primario (tamaño e invasión local) y de su extensión a otros órganos (afectación ganglionar o metastásica). El estadiaje nos da una idea exacta de la extensión y la gravedad del cáncer.

Se trata de un proceso esencial, permite la elección del tratamiento más adecuado y estima el pronóstico de la enfermedad. Además al unificar a los pacientes con características similares ayuda a los investigadores a intercambiar datos, al proporcionar un lenguaje común que facilita la evaluación de los datos de los estudios clínicos y la comparación con otros estudios similares.

La estadificación se basa en las fases de desarrollo del cáncer, añadiendo la información que aportan otras variables: localización anatómica, tipo tumoral, grado histológico, extensión, presencia de alteraciones moleculares o genéticas...

Para clasificar cada paciente en su estadio correcto es necesario una exhaustiva recogida de información, que proviene de:

- Historia clínica: Siempre es preciso la realización de una historia clínica detallada, haciendo énfasis en aquellos síntomas que influyen de manera directa en el pronóstico de los pacientes (crecimiento rápido de las lesiones), que en ocasiones modifican su estadio (por ejemplo, la presencia de síntomas B en linfomas) o que hagan necesario realizar otros estudios ante sospecha de lesiones a distancia (síntomas neurológicos orientarán a existencia de metástasis cerebrales).

- Exploración física: Cuando el tumor es accesible es necesario valorar sus características tanto físicas como clínicas. Además debemos atender a otras situaciones que de forma indirecta también influyen en el pronóstico: estado nutricional, afectación del estado general...
- Exploraciones complementarias: Permiten determinar de la manera más precisa la extensión de la enfermedad.

4. 3.1 Elementos necesarios para el estadiaje:

4.3.1.1. Tipo de cáncer:

Determinado por el estudio que el patólogo realiza de las muestras del tumor provenientes de la cirugía o de una biopsia. El grado y otros factores pronósticos celulares permanecen desconocidos hasta el diagnóstico anatomopatológico. El tipo de cáncer viene determinado por el órgano donde se origina, el tipo de celular del que deriva, así como del aspecto de las células tumorales. El tipo celular de las metástasis es el mismo que el de las células del tumor primario.

Atendiendo al origen de las células cancerosas existen 5 tipos principales de cáncer:

4.3.1.1.1 Carcinomas:

Derivados de las células que recubren la superficie interna o externa de los órganos. Es el tipo más numeroso. Se incluyen en los carcinomas: adenocarcinomas (derivados de células de origen glandular), carcinomas epidermoides (células no glandulares).

4.3.1.1.2 Sarcomas:

Derivados del tejido conectivo: huesos, tendones, cartílago, vasos, grasa y músculo.

4.3.1.1.3 Linfomas:

Originados en los ganglios linfáticos, lugar de maduración del sistema inmune.

4.3.1.1.4 Leucemias:

Originadas en las células de la médula ósea que producen las células sanguíneas.

4.3.1.1.5 Mieloma:

Se presenta en las células plasmáticas de la médula ósea.

Esto de acuerdo a:

- Localización: Mediante la exploración física se puede localizar la localización y tamaño del tumor primario, así como de la afectación ganglionar y metastásica. Los estudios de imagen: radiografías, tomografías (TAC), resonancias (RNM)...permiten demostrar la localización del tumor primario, su tamaño y la presencia de metástasis.
- Tamaño: Determinado por la exploración física, las pruebas de imagen o los resultados de la cirugía mediante el análisis del patólogo.
- Extensión: Se valorará la extensión del tumor a nivel local, teniendo en cuenta la infiltración de los órganos vecinos, así como la afectación de los ganglios linfáticos adyacentes al tumor y la extensión a distancia, determinando la existencia o no de metástasis en otros órganos o ganglios linfáticos alejados del tumor primario. Una vez más la exploración física, las técnicas de imagen y la cirugía serán las que determinarán esta extensión.
- Grado histológico: Se trata de un análisis cuantitativo de la diferenciación del tumor, que se expresa como grado de parecido de las células tumorales con el tejido sano. Esto puede referirse a la apariencia de las células o al porcentaje de células que están dividiéndose.

El mayor grado (alto grado), son los tumores más agresivos y de crecimiento más rápido:

- Gx El grado no puede valorarse
- G1 Bien diferenciado

- G2 Moderadamente diferenciado
- G3 Mal diferenciado
- G4 Indiferenciado
- Otros factores pronósticos: Los resultados de análisis moleculares realizados en las células tumorales pueden jugar un papel importante en determinados tratamientos y pronósticos. Por ejemplo, el cáncer de mama a menudo es tratado de forma diferente dependiendo si las células tumorales tienen receptores de estrógeno positivos (ER+) o negativos (ER-).

Las células que tienen receptores de estrógenos en su superficie, y su crecimiento a menudo precisa de la presencia de estrógenos. Los tumores ER+ son más sensibles al tratamiento hormonal y tienden a ser menos agresivos. Cada vez más, los tratamientos, se individualizan de acuerdo con las características moleculares del paciente y del tumor dando menos importancia a la extensión o estadio del cáncer.

4.3.2 Sistemas de estadiaje o clasificación de la extensión tumoral:

La extensión, tanto local como a distancia, permite analizar las opciones terapéuticas y hacer una estimación del pronóstico del paciente. En función de esa extensión tumoral se agrupan los pacientes en diferentes estadios. Estos sistemas de estadiaje son homogéneos, incluyendo en cada estadio los pacientes con las mismas características, siendo, además discriminativos, diferenciando los grupos entre sí, sobretodo en cuanto al pronóstico.

Los pacientes se agrupan en clasificaciones sencillas, basadas en la descripción, mediante símbolos internacionalmente aceptados, letras o números, de las diferentes localizaciones tumorales, posteriormente se agrupan en otros conjuntos mayores.

4.3.2.1 Sistema TNM

Ideado por el francés Pierre Denoix en 1943, y aceptado en 1953 por las principales organizaciones internacionales, para estandarizar las publicaciones y las

recomendaciones terapéuticas. Desarrollado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y aceptado por American Joint Committee on Cancer (AJCC), en 1958 se publicaron las primeras recomendaciones para la clasificación de los tumores de mama y laringe. Estas guías se han ido ampliando con los años, agrupando actualmente 46 localizaciones tumorales y sufriendo modificaciones periódicas de las guías ya publicadas en función de los avances diagnósticos y terapéuticos.

Basado en la determinación de tres componentes, que son reflejo de las vías de extensión de los tumores sólidos:

- T: Extensión del tumor primario, atendiendo al tamaño y a la invasión de las estructuras vecinas. T0 representa un tumor que aún no ha iniciado su capacidad invasiva en los tejidos locales, denominándose también “In situ”,
- N: Extensión tumoral a los ganglios linfáticos regionales. Solo se incluyen en esta clasificación los ganglios linfáticos del área de drenaje del tumor primario. La afectación de ganglios linfáticos a distancia se considera enfermedad metastásica. La consideración de cuáles son los ganglios regionales depende del tipo de cáncer. En general, afectación extensa significa la combinación de mayor número de ganglios afectados, mayor extensión (tamaño de ganglios afectos) y afectación ganglionar a mayor distancia (pero manteniéndose todavía en categoría de ganglios regionales)
- M: Analiza la presencia o no de metástasis a distancia.

Para poder realizar un correcto estadiaje es necesario:

1. Confirmación histológica del tumor
2. Determinar el estadio clínico (TNMc) mediante las exploraciones físicas y complementarias (datos de laboratorio, pruebas radiológicas o endoscópicas) antes de instaurar el tratamiento.

3. Modificar el estadio en función de los nuevos datos que aporte la cirugía (cuando se realiza), lo que permite determinar el estadio patológico (definido como TNMp)

La tabla siguiente describe los subgrupos existentes en cada categoría TNM:

T	N	M
Tx: no se puede determinar la existencia del tamaño del tumor primario.	Nx: No se puede determinar la existencia de adenopatías regionales metastásicas.	Mx: No se puede determinar la existencia de metástasis a distancia.
T0: no hay pruebas de la existencia de tumor primario.	N0: No hay demostración de adenopatías metastásicas.	M0: No hay pruebas de la existencia de metástasis a distancia.
Tis: carcinoma in situ (cáncer inicial no diseminado a tejidos vecinos).	N1-3: Invasión ganglionar regional por orden creciente de número y tamaño.	M1: Existen metástasis a distancia, debiendo especificar su localización.
T1-4: tumor invasor de tamaño y capacidad invasora creciente.		

A modo de ejemplo, un paciente con un tumor T1N1M0 significa que el paciente tiene un tumor T1, una afectación linfática N1, y no tiene metástasis. Las definiciones de T, N y M son específicas para cada tipo de cáncer, pero es posible dar una idea general de su significado.

4.3.2.2 Clasificación por estadios

Mediante la clasificación TNM tenemos una descripción muy precisa de la extensión de la enfermedad, pudiendo obtenerse hasta 24 categorías posibles combinando los distintos elementos del TNM. A efectos prácticos, estas categorías se agrupan en 5 estadios, enumerados del I-IV con números romanos (estadio O de los tumores in situ), e incluyendo en cada uno categorías TNM homogéneas con respecto a la supervivencia.

En general, los tumores son:

- Estadio I: pequeños, localizados y habitualmente curables
- Estadio II y III: localmente avanzados y/o con afectación de los ganglios linfáticos locales.
- Estadio IV: metastáticos y en la mayoría de casos inoperables.

Estos estadios se definen con gran precisión, siendo diferente para cada tipo de cáncer. Aunque el objetivo de estos sistemas de estadiaje es el de unificar términos, existen otros tipos de clasificaciones empleadas en la práctica clínica habitual, es el caso del cáncer de colon (clasificación de Dukes A,B,C,D), el cáncer de próstata (A-D), tumores cerebrales como los astrocitomas que lo hacen en función del grado, los tumores hematológicos como los linfomas y las leucemias, etc.

4.3.2.3. Pruebas necesarias para el estadiaje

Las clases de pruebas usadas para estadificación dependen del tipo de cáncer. En general las más utilizadas son:

- Exploración física, los cuales se utilizan para reunir información sobre el cáncer. El médico examina el cuerpo del paciente buscando cualquier cosa que sea irregular. El examen físico puede mostrar el sitio y tamaño de los tumores y la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos o a otros órganos.

- Las pruebas de imagen producen imágenes de áreas internas del cuerpo. Estos estudios son herramientas importantes para determinar la etapa o estadio. Procedimientos tales como rayos X, TAC, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones (PET) pueden mostrar el sitio del cáncer, tamaño del tumor y si hay diseminación del cáncer.
- Las pruebas de laboratorio son análisis de sangre, orina, de otros fluidos y tejidos que se extraen del cuerpo. Por ejemplo, análisis de funciones del hígado y marcadores tumorales pueden proporcionar información sobre el cáncer.
- Los informes de patología pueden incluir información sobre el tamaño del tumor, el crecimiento del tumor dentro de otros tejidos u órganos, el tipo de células cancerosas y el grado del tumor (cuánto se parecen las células tumorales al tejido normal). Una biopsia (muestra de células o tejidos para examinarlos al microscopio) puede efectuarse para proporcionar esta información. Los Informes de citología también son útiles pues describen las células encontradas en determinados fluidos corporales.
- Los informes de cirugía informan de todo aquello encontrado durante el acto quirúrgico. Estos informes describen el tamaño y la apariencia del tumor e incluyen con frecuencia observaciones sobre ganglios linfáticos y el estado de los órganos vecinos.

4.4 ESTADO GENERAL

Existen una serie de escalas internacionales en oncología utilizadas para valorar el estado general del paciente y consideradas como la forma estándar de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. La puntuación de la escala de rendimiento de Karnofsky (KPS) oscila entre 0 y 100.

Una puntuación más alta significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se utiliza para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico e incluso para

decidir si un paciente es o no candidato a recibir un tratamiento con quimioterapia.

4.5. TIPOS DE TRATAMIENTO

El diagnóstico de cáncer ya no significa una sentencia de muerte. Hoy en día, las personas con cáncer pueden beneficiarse de muchos tipos de tratamientos que pueden salvarles la vida. Por eso es importante informarse sobre todas sus opciones. De esta manera podrá escoger y completar el mejor tratamiento para usted.

La detección y tratamiento del cáncer requiere una correcta coordinación de distintas especialidades, aportando una visión integral de la enfermedad para abordar con mayor garantía todos los aspectos del proceso oncológico. Es decir, requiere la actuación de un equipo multidisciplinar donde se incluyan todos los especialistas que actúen en el tratamiento curativo de los pacientes: cirujanos, oncólogos médicos, radioterapeutas, unidad del dolor así como en los cuidados paliativos de los pacientes incluyendo la fase cercana a la muerte o el duelo. Los objetivos principales de estos equipos multidisciplinarios son:

- Desarrollar una asistencia integral alrededor del paciente con cáncer, evitando duplicidades asistenciales con retraso de los procesos
- Incorporar con prontitud avances diagnósticos y de tratamiento
- Desarrollar guías clínicas, basadas en evidencia científica para cada actuación concreta
- Favorecer el desarrollo de EC

Dentro de los distintos tipos de tratamiento médico nos encontramos.

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Nuevas dianas terapéuticas

- Tratamientos de Soporte (bifosfonatos, eritropoyetinas, factores de crecimiento, analgésicos...)

4.5.1 Cirugía

Es uno de los pilares fundamentales del tratamiento oncológico salvo en tumores quimioterapiables.

Tipos de cirugía utilizadas en pacientes con tumores:

- **CURATIVA:** Extirpación completa del tumor primario con márgenes suficientes y linfadenectomía adecuada. Es importante tener en cuenta que cada tumor y localización requiere su técnica. Es fundamental que estas cirugías sean realizadas por un cirujano experto, ya que en la mayoría de tumores se considera factor pronóstico para la enfermedad.
- **RECIDIVAS Y METÁSTASIS:** en recidivas locales indicadas siempre que exista la posibilidad de radicalidad, dado que aumenta la supervivencia. En pacientes metastásicos seleccionados puede aumentar la supervivencia y ayudar al control de síntomas y a la mejor respuesta a tratamientos complementarios posteriores.
- **CIRUGÍA CITORREDUCTORA:** Cuyo objetivo principal es la reducción del volumen tumoral para conseguir mayor respuesta a los tratamientos complementarios. Ej: cirugía de citorreducción máxima en cáncer de ovario
- **PALIATIVA:** Realizada con el único objetivo de evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Ej. Colostomía de descarga

4.5.2 Radioterapia

La radioterapia es el uso de un tipo de energía (llamada radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético y hacer imposible que crezcan y se dividan. Aunque la radiación daña las células cancerosas así como las normales, muchas células

normales se recuperan de los efectos de la radiación y funcionan adecuadamente.

El objeto de la radioterapia es destruir el mayor número posible de células cancerosas y limitar el daño que sufre el tejido sano de alrededor. En algunos casos, el objeto de la radioterapia es la destrucción completa de un tumor, en otros, el objetivo es reducir el tamaño del tumor y aliviar los síntomas. En cualquier caso, los médicos planifican el tratamiento para limitar lo más posible el daño al tejido sano.

Existen distintos tipos de tratamiento con radioterapia, en función de los objetivos buscados:

- **RADICAL O CON INTENCIÓN CURATIVA:** Utilizada fundamentalmente en tumores localizados en estadios iniciales. Permite la posibilidad de curación con preservación de órgano y función. En algunos casos posibilita el rescate quirúrgico posterior, si fuera necesario.
- **ADYUVANTE:** Tras cirugía curativa para erradicar restos tumorales subclínicos, disminuyendo el riesgo de recaída e incrementando supervivencia global. Evita cirugías mutilante (ej. Cáncer de mama)
- **NEOADYUVANTE:** Previo a tratamiento quirúrgico definitivo para mejorar la radicalidad quirúrgica y/o cirugía conservadora con preservación de órgano. Combinada con quimioterapia (Ej cáncer de recto).
- **PALIATIVA:** desaparición o mejoría de los síntomas provocados por complicación local de la enfermedad.

Las indicaciones principales para el tratamiento con radioterapia paliativa son:

- Metástasis óseas.
- Metástasis neurológicas: encefálicas, carcinomatosis, compresión medular.
- S. Vena Cava Superior.
- Recaídas o recidivas viscerales:

- Pulmón: atelectasia completa, hemoptisis, dolor torácico.
- Esófago: Disfagia, afagia.
- Pélvicos: recaídas presacras, perineales de tumores rectales, hematuria.
- Ginecológicos: Genitorragias, Cervix, endometrio, ovario.
- Mama: recaída local.
- ORL: por tumor, dolor, sangrado.
- Linfomas: recaídas ganglionares o extraganglionares, plexopatias.
- Oculares: metástasis coroideas

4.5.3 Quimioterapia

La quimioterapia es un tipo de tratamiento contra el cáncer que usa medicamentos (fármacos) con la intención de destruir las células cancerosas. La vía de administración va a variar en función del fármaco: vía intravenosa en bolos, vía intravenosa en infusión continua, tratamiento oral...

Las células cancerosas crecen y se dividen rápidamente y el tratamiento con quimioterapia tiene la intención de parar o retrasar el crecimiento de dichas células. No obstante, no se trata de un tratamiento selectivo frente a células tumorales sino que también puede afectar a las células sanas que crecen y se dividen rápidamente como: las células de la mucosa bucal, de la mucosa intestinal o las células que hacen crecer el pelo. Es por todo esto, que durante el tratamiento con quimioterapia aparecen efectos secundarios como consecuencia del daño a células sanas, efectos que suelen ser reversibles, es decir, que van a mejorar o desaparecer, una vez finalizado el tratamiento con quimioterapia.

Dependiendo del tipo de tumor y la extensión de la enfermedad, la quimioterapia se va a administrar con unos objetivos:

- **RADICAL O CON INTENCIÓN CURATIVA:** Algunos tumores son curables incluso en estadios avanzados de enfermedad. En estos casos utilizamos

esquemas agresivos de poliquimioterapia asumiendo toxicidades moderadas-severas. En algunos casos va a ser necesario completar los tratamientos con radioterapia o cirugía de rescate.

Los tumores quimiosensibles en los que vamos a poder utilizar quimioterapia con intención curativa son:

f Coriocarcinoma

f Leucemias agudas

f Linfomas

f Tumores de células germinales

f Tumor de wilms

f Sarcoma de Ewing

f Neuroblastoma

f Rabdomiosarcoma

- INTENCIÓN ADYUVANTE: Tras cirugía curativa para erradicar restos tumorales subclínicos, disminuyendo el riesgo de recaída a nivel local o a distancia.
- INTENCIÓN NEOADYUVANTE: Previo a tratamiento quirúrgico definitivo para mejorar la resección completa del tumor y/o cirugía conservadora con preservación de órgano. Combinada con radioterapia (Ej cáncer de recto).
- PALIATIVA: Utilizada en fase avanzada de la enfermedad en tumores sensibles. El Objetivo principal de la quimioterapia paliativa va a ser aumentar calidad de vida, frenando la progresión y aumentando la supervivencia de los pacientes. El principal problema con el que nos encontramos es la toxicidad. En el caso del tratamiento paliativo es muy importante informar al paciente de: los objetivos esperados con el tratamiento, las toxicidades y las alternativas terapéuticas y siempre obtener un consentimiento informado.

Las Contraindicaciones del tratamiento paliativo:

- Enfermos terminales en última fase.
- Paciente se niega tras recibir información.
- Empeoramiento de la calidad de vida
- Enfermedades concomitantes que contraindican tratamiento
- Toxicidad elevada con escaso beneficio
- Alteraciones analíticas sin relación con neoplasia 9 Progresión de enfermedad tras 2-3 ciclos QT
- No podemos realizar control de respuesta ni toxicidad 9 Expectativa de vida < 2 meses.

4.5.3.1. ¿Cuándo detener el tratamiento con quimioterapia?

En los siguientes casos será necesario detener el tratamiento con quimioterapia:

- Progresión de enfermedad
- Empeoramiento de la calidad de vida
- Aumento de la dependencia hospitalaria
- Falta de expectativas en otras líneas de QT
- Límite tóxico de dosis
- Efectos secundarios graves
- Petición del enfermo
- Ausencia de Beneficio

4.6 LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ONCOLÓGICO

La eficacia del tratamiento antitumoral se mide en función del aumento de la tasa de curaciones, de la supervivencia y de la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

La valoración de respuesta consiste en evaluar el efecto de los tratamientos recibidos sobre la historia natural de la enfermedad.

De manera indirecta podemos relacionar la mejoría de los síntomas relacionados con el cáncer con la reducción del tamaño tumoral, pero ésta es una valoración subjetiva e imprecisa. Para poder hacer una correcta valoración de la respuesta es necesario disponer de unos criterios estrictos y universales. El criterio que se utiliza generalmente es la reducción de tamaño de la masa tumoral. La reducción del tamaño tumoral nos facilitará el camino hacia logros mayores que son los objetivos primordiales de la oncología: el aumento de la tasa de respuestas, de la supervivencia y la mejoría de la calidad de vida de nuestros pacientes. En líneas generales, podemos afirmar que existe una mayor posibilidad de curación en aquellos pacientes en los que se obtiene la desaparición completa del tumor.

Puntos clave sobre la eficacia del tratamiento

- Preguntar sobre el objetivo del tratamiento: mejora de la calidad de vida, aumento de la supervivencia, curación
- Compensa el beneficio el coste del tratamiento: económico, toxicidad, calidad de vida
- Hay datos científicos de la eficacia del tratamiento que sean aplicables a su caso.

Los beneficios que podemos alcanzar con los diferentes tratamientos:

f Curación

f Modificación de la historia natural de la enfermedad, mediante:

- Reducción de la masa tumoral
- Aumento de la supervivencia
- Mejoría de la sintomatología

4.7. ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA VALORACION DE LA RESPUESTA:

Parámetros objetivos de respuesta

Una vez se ha completado el estudio de extensión del cáncer, y al inicio del tratamiento es necesario identificar aquellas lesiones sobre las que vamos a evaluar la eficacia de los tratamientos (Lesiones diana).

Las lesiones pueden clasificarse en dos tipos según las posibilidades que tengan de ser medidas, así tendremos:

- lesiones medibles: diámetro mayor > 2 cm con TAC convencional o > 1 cm en TAC helicoidal
- lesiones evaluables (aquellas clínicamente evidentes pero mal definidas: derrames, metástasis óseas...).

La respuesta se mide en función a diferentes exploraciones realizadas antes y después del tratamiento:

- Exploración física: en aquellas lesiones visibles (piel) o palpables
- Imágenes radiológicas: radiografías simples, TAC y RNM
- Parámetros bioquímicos: marcadores tumorales (no se deben utilizar de manera aislada para valorar la enfermedad)
- Reestadaje quirúrgico.

En esta evaluación inicial deberemos identificar las lesiones diana (lesiones medibles) sobre las que haremos las comparaciones posteriores.

Parámetros subjetivos de respuesta

Incluiríamos en estos parámetros la información subjetiva que refiere el paciente antes y después del tratamiento, en relación a los cambios producidos en la calidad de vida.

De esta forma se obtiene información, relacionada con la respuesta al indagar en aquellos síntomas relacionados con el cáncer, a modo de ejemplo:

- Dolor: mejoría de los síntomas dolorosos, necesidad de medicación o cambio de analgesia...
- Mejoría del estado general: aumento de la actividad física, ausencia de alteraciones del sueño, menor dependencia....
- Apetito: aumento de peso
- Mejoría del estado de ánimo: disminución de los síntomas depresivos, mejoría de las relaciones sociales...

4.7.1 MÉTODO DE VALORACIÓN DE RESPUESTA

Con el objeto de simplificar y estandarizar el proceso de valoración de la respuesta, actualmente se utilizan los Criterios RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors), que proponen la medición del diámetro mayor de cada una de las lesiones diana y la suma total de estos diámetros. Estos criterios considerando dos tipos de lesiones tumorales: las lesiones medibles (aquellas cuyo diámetro es mayor de 2cm con TAC convencional o 1cm con TAC helicoidal) de las no medibles (el resto de las lesiones).

Al hacer la valoración de la respuesta se pueden presentarse 4 situaciones:

- Respuesta completa: Desaparición de todas las lesiones
- Respuesta parcial: Reducción \geq al 30% de la suma de los diámetros mayores de todas las lesiones
- Enfermedad estable: No cumple criterios de respuesta parcial ni progresión.
- Progresión de enfermedad: Aumento \geq al 20% de la suma de los diámetros mayores de todas las lesiones o aparición de nuevas lesiones.

Estas respuestas hay que confirmarlas en 4 semanas con nueva prueba de imagen.

Teniendo en cuenta que el principal objetivo de la mayoría de los tratamientos antineoplásicos es aumentar la supervivencia, junto a la evaluación de la respuesta,

se emplean otras medidas que relacionan la respuesta con el tiempo y que son de gran utilidad para conocer la evolución de la enfermedad:

- Supervivencia global: Abarca desde el inicio del tratamiento hasta que el paciente fallece.
- Supervivencia o intervalo libre de enfermedad (ILE):

En los pacientes sometidos a un tratamiento radical, es el periodo que comprende desde la fecha en que se constata la respuesta completa tumoral hasta la reaparición del cáncer o recidiva.

- Duración de la respuesta: Parámetro empleado en los pacientes con enfermedad avanzada, y comprende desde que se objetiva una respuesta (parcial o completa) hasta que se constata la progresión.
- Tiempo de progresión de la enfermedad (TPE): De gran utilidad en los casos en los que los tratamientos obtienen tasas bajas de respuestas, valorando la eficacia a dicho tratamiento por el periodo de tiempo que la enfermedad permanece estable. Abarca el periodo de tiempo desde el inicio del tratamiento hasta que se produce la recaída tumoral.

Los avances constantes que experimenta la Oncología, en las distintas áreas de investigación hacen necesaria la actualización frecuente de los parámetros que miden la eficacia de los tratamientos que se aplican. Por otra parte el desarrollo de nuevos tratamientos, dirigidos contra los mecanismos iniciales de producción del cáncer (dianas moleculares), no producen los mismos resultados que los tratamientos hasta ahora aplicados, siendo necesario establecer nuevos parámetros de respuesta que nos permita conocer la eficacia de los nuevos tratamientos para un mayor beneficio de todos los pacientes.

5. NUTRICIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Alimentación es el acto voluntario y consciente de la elección, preparación e ingestión de alimentos, es decir, cuando se eligen los alimentos (nutrientes) que se van a ingerir.

Cuando hablamos de nutrición, nos referimos al proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos, es decir la digestión y absorción de los alimentos. Es por tanto un acto involuntario, no educable e inconsciente.

5.1 OBJETIVOS

- Evitar la desnutrición y la complicación que se pueden derivar de la misma.
- Mejorar la tolerancia a los tratamientos antineoplásicos y favorecer su eficacia.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.

5.2 ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER?

Varios factores se asocian con la malnutrición del paciente con cáncer:

5.2.1 Factores dependientes del tumor

El tumor genera en el organismo una situación de alerta en la que se liberan al torrente sanguíneo diversas sustancias que tienen efecto pro-inflamatorio, favorecen un metabolismo acelerado con destrucción de tejido de reserva (caquexia) y causan una pérdida de apetito (anorexia).

Además, los tumores de cabeza y cuello o del tubo digestivo (esófago, estómago, páncreas, vía biliar, intestino delgado, colon), pueden comprimir u obstruir el paso del alimento produciendo saciedad precoz, y dificultad para tragar la comida (disfagia), dolor al tragar (odinofagia), vómitos y malabsorción de los alimentos.

Los tratamientos dirigidos al tumor como la radio y quimioterapia, pueden producir sequedad o heridas en la boca, vómitos, diarrea y cambio del sabor de los alimentos, lo que dificulta la ingesta, disminuye el aporte calórico y aumentan las pérdidas de nutrientes acelerando el adelgazamiento.

La cirugía de estómago o páncreas suele requerir que el paciente haga varias comidas de pequeña cantidad, sin abusar de los azúcares ni las grasas o comidas muy procesadas, y la cirugía de colon puede producir diarrea.

5.2.2 Factores dependientes del paciente

En todo paciente con cáncer y signos de malnutrición, es fundamental asegurarse de que no existen causas físicas (dolor, incapacidad para acceder al alimento por dependencia y mala situación sociofamiliar sin apoyo) ni psíquicas (depresión, estrés y ansiedad), que dificulten el acceso al alimento.

La malnutrición del paciente con cáncer se asocia con el síndrome anorexiacaquexia. La anorexia es la «falta de apetito» y la «caquexia» designa un «complejo síndrome metabólico asociado con distintas enfermedades crónicas, como el cáncer, el SIDA, la insuficiencia cardíaca, respiratoria o renal crónicas, la demencia o el envejecimiento» y «se caracteriza por la pérdida de tejido muscular fundamentalmente, acompañado o no de pérdida de tejido graso».

La malnutrición, además, favorece el cansancio, la anemia, los edemas o retención de líquidos, el deterioro del sistema inmune con mayor riesgo de infecciones. Además, en pacientes malnutridos disminuyen: las enzimas digestivas con mayor riesgo de malabsorción, el músculo cardíaco y esquelético con riesgo de insuficiencia cardíaca, agravamiento de la fatiga respiratoria y riesgo de aparición de úlceras en zonas de presión fundamentalmente la espalda y glúteos (úlceras de decúbito).

Además, se altera la imagen corporal, y las complicaciones anteriormente descritas pueden dificultar la administración de los tratamientos y empeoran la evolución del tumor.

5.3 ¿QUÉ MEDIDAS PUEDEN AYUDAR A PREVENIR Y COMBATIR LA MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER?

Cuide el ambiente durante la comida

Coma acompañado, en un lugar tranquilo y alejado de la cocina, en plato de postre y masticando despacio para favorecer la digestión.

Evite olores ambientales fuertes mientras come y mientras repose.

Siéntese a la mesa en una postura que facilite la ingesta del alimento: espalda recta, hombros hacia delante, pies firmes y apoyados en suelo.

Emplee ropa holgada que no comprima el abdomen.

Realice de 5 a 6 comidas ligeras diarias

Respete los gustos y preferencias del paciente y sea creativo en la preparación, presentación, textura y variedad de los platos.

Tome los alimentos con mayor aporte energético en los momentos de más apetito, preferiblemente en el desayuno.

Flexibilice los horarios de la ingesta.

Beba alrededor de 6 a 8 vasos diarios de agua u otros líquidos (infusiones, zumos o batidos), a pequeños sorbos y fuera de las comidas.

Extreme la higiene de la boca

Lávese los dientes y la base de la lengua tras las comidas con cepillo de cerdas suaves y dentífrico fluorado.

Emplee colutorio comercial o natural (infusión de tomillo o manzanilla o bicarbonato o sal diluidos en agua) tras el cepillado.

Utilice crema labial para evitar que se agrieten los labios.

Realice si le es posible actividad física ligera, un paseo durante unos 15 minutos antes de las comidas, y después de la ingesta repose semisentado durante unos 20 minutos.

Tenga un horario regular y diario para ir al baño y si presenta dificultad para la evacuación puede masajear de forma rotatoria el abdomen en sentido de las agujas del reloj.

Elija alimentos de sabor y olor suave, textura homogénea y cremosa, consistencia blanda, cocinado sencillo (cocido, hervido, plancha, papillote) y de fácil digestión en momentos de poco apetito o digestiones pesadas:

Fécula: tostada, galleta, pan, arroz, pasta, tapioca, cereales.

Verduras y hortalizas: patata, calabacín, cebolla, ajo y zanahoria cocidas o en crema.

Carne: aves como el pollo, pavo; conejo.

Pescado blanco: merluza, lenguado, mero, gallo, rape, besugo, rodaballo, congrio.

Queso fresco o blanco magro, requesón, huevo cocido o en tortilla francesa o en revuelto, bechamel.

Postres: yogur, flan, natillas, cuajada, helado, batido o sorbete, fruta en almíbar o compota (manzana y pera), plátano.

Evite los lugares donde se cocina, la comida de olor fuerte, los irritantes, el tabaco y el alcohol que secan la boca y alteran el gusto de los alimentos. Reduzca, si tiene dificultad para comer o saciedad precoz, el consumo de:

Verduras de hoja verde como el repollo y las coles.

Carne roja: evitar las partes muy grasas de ternera o cerdo como el tocino, vísceras y embutidos, prefiriendo el consumo de partes magras, como el solomillo y lomo.

Pescado azul: salmón, trucha, atún y sardina, que aunque son alimentos ricos en ácidos omega 3 con propiedades antitumorales, su digestión puede resultar pesada. Para facilitar su consumo se pueden cocinar al horno a la brasa, plancha o al papillote.

Los alimentos muy calientes o muy fríos, los picantes y las salsas.

El exceso de grasa o sebo, los rebozados y los alimentos en conserva, ahumados o en salazón.

Pésese todas las semanas al levantarse por la mañana. Si adelgaza, valore cuál es la causa y coméntelo con su médico. Posibles causas:

Menor aporte de alimentos por: pérdida de apetito, malas digestiones o por otro problema (ansiedad, depresión, dolor, insomnio, “miedo” a comer).

Mayores pérdidas por: diarrea, vómitos, sudoración, fístula.

Si su médico le prescribe un suplemento nutricional recuerde que habitualmente éste es un complemento o apoyo a su comida y no un sustituto. Por ello, debe tomarlo a pequeños sorbos a media mañana, media tarde y/o antes de acostarse, separado del desayuno, comida y cena y puede mezclarlo con otros alimentos.

5.4 ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES TOXICIDADES DIGESTIVAS DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS?

5.4.1 NÁUSEAS Y VÓMITOS

Las náuseas y los vómitos son uno de los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia aunque pueden obedecer a otras causas.

Causas

Las causas más frecuentes son el tratamiento con quimioterapia o radioterapia y entre las no relacionadas con el tratamiento del cáncer, las siguientes:

Relacionadas con el tumor:

Irritación o compresión de tubo digestivo por metástasis hepáticas, cáncer de esófago, de estómago o colon, metástasis en peritoneo principalmente de tumores ginecológicos como el de ovario, etc.

Enlentecimiento del vaciado gástrico.

Sangrado digestivo.

Aumento de la presión intracraneal por tumores cerebrales, metástasis...

Tos persistente asociada con cáncer o metástasis en el pulmón.

Obstrucción intestinal.

No directamente relacionadas con el tumor:

Cirugía del aparato digestivo.

Gastritis y úlcera péptica.

Estreñimiento.

Ansiedad.

Vértigo.

Trastornos metabólicos: hipercalcemia, uremia, hiponatremia...

Fármacos: derivados de la morfina, digoxina, hierro, antibióticos, antiinflamatorios...

Infección: urinaria, sinusitis, gastritis...

Dolor: cólico nefrítico, espasmos intestinales...

Consejos para su prevención y tratamiento

Se realizarán unas medidas generales dietéticas y si la quimioterapia tiene alto riesgo de producir vómitos, estos se deben prevenir mediante fármacos que pueden modificarse asociando otros o aumentando dosis si aparecen las náuseas o vómitos.

Recomendaciones para pacientes con náuseas o vómitos:

Para controlar las náuseas y vómitos, es fundamental investigar cuál es su causa y tratar ésta siempre que sea posible.

Realice 6 comidas ligeras al día en un ambiente tranquilo, con aroma suave, con la ventana abierta para que se ventile la habitación y entre aire fresco. Sírvase la comida en pequeñas cantidades, en plato de postre y mastique muy despacio.

Lávese los dientes y emplee un colutorio bucal sin alcohol tras el vómito.

Utilice ropa holgada que no le oprima el estómago.

Chupe polos o rodajas de fruta, caramelos de menta o limón para calmar el estómago y evite regustos desagradables en la boca.

Beba a pequeños sorbos cola, caldos salados, infusiones de manzanilla, menta, de anís, azahar, hierba luisa o jengibre y bebidas bicarbonatadas como suero oral.

Repose, durante 15-30 minutos tras la ingesta para favorecer una buena digestión.

Potencie los alimentos de fácil digestión, con textura blanda, sabor suave y de preparación sencilla como el yogur, queso fresco, flan, natillas, cuajadas, sorbete de frutas, helado, gelatina, tostada, galletas, bocadillos, tortilla francesa o huevo duro, pollo, pasta, patata cocida o en puré.

Evite:

La mezcla de texturas.

Los alimentos muy fríos o muy calientes.

El beber agua sin acompañarla de alimentos.

La leche entera.

Los alimentos ácidos o picantes y aquellos con olores fuertes y penetrantes, con aderezos o de difícil digestión como fritos, pepino, cebolla, ajo, pimiento, coles y repollo.

5.4.2 DIARREA

La diarrea es el paso acelerado de las heces a través del intestino, lo que dificulta su normal procesamiento (digestión y absorción de agua) y se asocia con más de 3 deposiciones al día o un aumento respecto al número normal, con disminución de la consistencia, más líquida de lo habitual.

Fármacos como los antibióticos.

El tumor, como por ejemplo, los tumores neuroendocrinos asociados con síndrome carcinoide.

Infecciones: gastroenteritis víricas, salmonella...

Fístula intestinal o comunicación entre tramos del intestino, de causa tumoral o no.

Alteración de la absorción o digestión de alimentos, como ocurre frecuentemente en el cáncer de páncreas.

Consejos para su prevención y tratamiento

Si es posible, se tratará la causa subyacente y se seguirán las recomendaciones referidas a continuación. En casos de diarrea severa o prolongada puede ser necesario el aporte de sueros y fármacos antidiarreicos para evitar la deshidratación y reponer iones que se pierden en las heces como el potasio.

Recomendaciones para pacientes con diarrea

Para controlar la diarrea es fundamental:

investigar cuál es su causa y tratarla.

Haga 6 comidas ligeras al día, sin omitir ninguna toma.

Cocine al vapor, hervido, al horno o a la plancha.

Asegure el aporte hidroelectrolítico con limonada alcalina, caldos desgrasados o bebidas isotónicas.

Extreme los cuidados perianales tras cada deposición diarreica.

Repose durante 15-30 minutos tras la ingesta.

Potencie la ingesta de yogur natural, puré de patata, zanahoria y calabacín, arroz hervido, pescado blanco o pollo hervido y consuma las legumbres pasadas por el pasapuré.

Evite la ingesta de verdura, fruta cruda, hortalizas, legumbres enteras, productos integrales, café, chocolate, fritos, repostería y alcohol.

5.4.3 MUCOSITIS O ESTOMATITIS ORAL

La estomatitis es la aparición de enrojecimiento debido a la inflamación de la boca acompañada o no de úlceras (heridas).

El término mucositis se refiere a la inflamación de la mucosa digestiva a cualquier nivel entre la boca y el ano, aunque suele producirse en la boca.

Causas

Suele producirse como complicación del tratamiento del cáncer siendo las causas más frecuentes:

Tratamiento quimioterápico, tratamiento radioterápico, especialmente si se asocia a quimioterapia, y si la zona radiada está próxima a la boca.

Boca mal cuidada o con patología dental como caries.

Déficit nutricional o de vitaminas.

Neutropenia (defensas bajas).

Infección: hongos, herpes...

Fármacos: corticoides, antibióticos, opioides (morfina, codeína,...).

Consejos para su prevención y tratamiento

Se debería intentar prevenir su aparición con una adecuada higiene y revisión del estado de la cavidad oral y las piezas dentales por un estomatólogo, antes del tratamiento con quimioterapia, y evitando los alimentos ácidos o muy calientes, y los de consistencia dura que puedan herir la mucosa.

Si aparece mucositis se valorará: utilizar medicamentos para el dolor, soluciones de anestésicos tópicos, antiácidos y antiinflamatorios, siempre tras consultarlo con su médico y bajo su prescripción.

Recomendaciones para pacientes con estomatitis

Haga 6 comidas poco voluminosas.

Emplee un cepillo de dientes con cerdas suaves de nylon. Ablande las cerdas con agua caliente antes del cepillado, o utilice para el cepillado el dedo índice con una gasa.

Haga enjuagues bucales con suero salino, bicarbonato sódico 9%, alternando ambos o con tomillo, antes y después de las comidas.

A la hora de la comida potencie:

La ingesta de alimentos cremosos a temperatura ambiente, triturados en la batidora y pasados por el pasapuré.

La mantequilla, crema de leche, aceite, bechamel, mahonesa, nata líquida para suavizar y dar sabor variado a purés, caldos, cremas, flan, natillas, huevos revueltos, pudín, puré de manzana, sandía, melón, queso cremoso de untar.

Use agua bicarbonatada en la cocción.

Evite alimentos irritantes como:

Ácidos: naranja, limón, kiwi, vinagre, etc.

Salados: embutidos, conservas, ahumados, enlatados.

Picantes: tomate, cebolla, ajo, pimiento, pepino.

Alimentos de textura granular: granos de sal, arroz, fibras de verduras, pepitas de frutas y verduras.

Alimentos secos y duros: frutos secos, galleta, tostada.

Alimentos adherentes: patata, bollería.

Alimentos muy calientes o muy fríos, mejor a temperatura ambiente.

Tabaco, alcohol.

Valore con su médico la conveniencia, si la estomatitis le impide comer, de asociar suplementos nutricionales, como las dietas trituradas de alto valor nutricional que son fáciles de digerir, tienen una textura suave, una preparación sencilla y rápida y una

composición constante que asegura el aporte de nutrientes en pequeños volúmenes, evitando el esfuerzo del paciente por comer platos más elaborados.

5.4.5 XEROSTOMÍA

La xerostomía es la sensación de tener sequedad en la boca.

Causas

Las causas más frecuentes están relacionadas con los tratamientos del cáncer y entre ellas destacan:

Radioterapia aplicada en tumores próximos a la boca.

Cirugía de la boca y/o glándulas salivares.

Complicaciones metabólicas como la deshidratación, hipercalcemia, hiperglucemia...

Tratamiento farmacológico para distintas enfermedades y síntomas que, como efecto secundario, dificultan la producción de saliva (efecto anticolinérgico):

Algunos fármacos usados para el asma, alergia y las reacciones a la quimioterapia (antihistamínicos).

Algunos fármacos para la enfermedad de Parkinson.

Algunos antidepresivos (familia de antidepresivos tricíclicos).

Algunos fármacos para los espasmos intestinales (antiespasmódicos).

Otros: opiáceos, antihipertensivos, diuréticos, alcaloides de la belladona, neurolépticos...

Tratamiento con oxígeno domiciliario.

Consumo de tabaco y alcohol.

Respiración bucal por obstrucción o congestión nasal. Enfermedades endocrinas como diabetes, hipotiroidismo...

Estados de ansiedad o depresión.

Otras enfermedades: amiloidosis, sarcoidosis, enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren...

Consejos para su prevención y tratamiento

La saliva ayuda al proceso de la ingesta y en ausencia de la misma la alimentación se dificulta. Así mismo, es imprescindible una higiene extrema de la boca, ya que la saliva tiene una función desinfectante y en su ausencia son frecuentes las infecciones que pueden ocasionar la pérdida de las piezas dentales, la aparición de heridas, dolor y complicar aún más la ingesta.

Recomendaciones para pacientes con xerostomía

Mantenga la boca húmeda chupando polos de zumo de frutas, manzanilla con cubitos de hielo, caramelos de limón, trozos de piña o masticando chicle sin azúcar. Para hidratar los labios utilice bálsamos.

Tome abundantes líquidos y beba zumos de naranja o agua con limón ya que los alimentos ácidos son los que más favorecen la salivación, especialmente si se toman unos minutos antes de la comida.

Extreme la higiene de la boca. Utilice un dentífrico fluorado o gel neutro de fluoruro sódico al 1.1% para lavar la boca y los dientes después de las comidas y limpie a menudo la lengua con un cepillo dental.

Tome gelatinas o agua gelificada si la sequedad de boca le dificulta para masticar y para tragar la comida o los medicamentos.

Inspeccione la cavidad bucal periódicamente porque pueden quedar restos de alimentos o fármacos retenidos entre los dientes.

Potencie el consumo de alimentos:

Líquidos (bebidas bicarbonatadas, caldos, sopas, leche, zumos).

Blandos, jugosos y lubricados con salsas, crema de leche, helado, natillas, yogur, flan, etc.

Fruta en almíbar o compota con limón.

Evite los alimentos: secos y fibrosos como galletas, tostadas, patatas fritas o en puré.

Si su médico lo considera apropiado, le prescribirá saliva artificial o fármacos para aumentar la salivación.

5.4.6 DISGEUSIA

La disgeusia es la percepción anormal o cambio del sabor de los alimentos, que puede hacer que se perciban insípidos o con un desagradable sabor metálico o amargo.

Causas

En la mayoría de casos, la disgeusia es producida por la quimioterapia. También pueden influir:

Radioterapia.

Infecciones.

Tumores cerebrales.

Ciertos medicamentos.

Deficiencia de vitamina B12 o zinc.

Demencia o traumatismos.

Tabaco y alcohol.

Uso frecuente de enjuagues bucales con alcohol.

Alteraciones en las papilas gustativas por diferentes causas tumorales y no tumorales.

Consejos para su prevención y tratamiento

La forma de mitigar este sabor es a través de las recomendaciones dietéticas referidas a continuación, ya que no existen fármacos específicos para controlar este síntoma.

Recomendaciones para pacientes con disgeusia:

Evite los olores ambientales y los lugares donde se cocina. Evite destapar recipientes con alimentos calientes delante del paciente. Emplee cubiertos y platos de plástico o loza, si predomina el sabor metálico.

Respete los gustos y preferencias del paciente a la hora de preparar los alimentos.

Sirva los alimentos a temperatura ambiente porque el calor concentra más los olores y mantenga la ventana abierta para que las corrientes de aire dispersen dichos olores.

Hierva la comida (de este modo se dispersa el olor) y utilice vasos de boca pequeña.

Enjuague la boca antes de las comidas con $\frac{1}{4}$ de cucharadita de bicarbonato o con povidona yodada diluida en un vaso de agua para enmascarar el mal sabor de boca.

Suplemente los alimentos con gelatinas para suavizar los sabores y endulzarlos.

Potencie la toma de alimentos de sabor suave si predomina una sensación desagradable al comer: queso, cremas frías, helado, batidos, flan, yogur, cuajada, aves, pescado blanco, huevo, pasta, arroz. Potencie el sabor de carnes acompañándolas de una guarnición de setas con taquitos de jamón y ajos o el sabor del pescado con una salsa verde con ajo, cebolla y perejil.

Si tiene aversión a la carne roja, por el sabor amargo que genera la urea, los siguientes modos de cocinarla pueden favorecer su ingesta: con hortalizas, con vino o vinagre suave, macerada con salsa (tomate, bechamel, mahonesa, pesto, salsa dulce), con especias (pimienta, nuez moscada, canela, comino, azafrán), con hierbas aromáticas (orégano, tomillo, romero, hierbabuena, albahaca, laurel, perejil, etc.).

Evite alimentos con olores penetrantes y fuertes, como las coles y el pescado azul y cocinar aquellos alimentos que rechace el paciente.

Diarrea, por quimioterapia y enteritis por radiación

La diarrea es una complicación frecuente de la toxicidad por quimioterapia, que produce episodios autolimitados, de pocos días de duración y también de las enteritis por radiación que producen un cuadro de malabsorción

El tratamiento de la diarrea por quimioterapia, debe consistir en la ingestión de líquidos abundantes, preferiblemente como limonada alcalina (agua con una cucharada de azúcar, el zumo de un limón, una punta de cuchillo de sal y otra de bicarbonato). Si la diarrea es muy importante, se puede utilizar Sueroral® para mantener la hidratación del paciente. La restricción de alimentos sólidos suele disminuir el número y volumen de las deposiciones, pero no está claro que acorte la duración de la diarrea. Se deben evitar los alimentos con fibra insoluble –(legumbres enteras, cereales o pan integral, frutas con piel)– y se tolera mejor una dieta astringente clásica principalmente a base de arroz, puré de patata y zanahoria, papillas de arroz y manzana, huevo cocido o en tortilla, pescado hervido, pollo cocido o jamón york. Como postre podrá utilizarse yogur natural, preferiblemente con lactobacilos, y manzana pelada y rallada. En ocasiones, sobre todo cuando la diarrea persiste, puede ser útil una dieta rica en fibra soluble, para lo cual pueden añadirse a la dieta anterior purés de legumbres pasadas por el chino, dátiles, ciruelas peladas y papilla de Nutroharina arroz-manzana®. Las comidas deben ser frecuentes y en pequeña cantidad.

Los pacientes con enteritis por radiación pueden requerir modificaciones en la textura de la dieta con alimentos triturados y purés que favorezcan la digestión y la absorción de nutrientes. Cuando se demuestra esteatorrea se debe limitar la grasa de la dieta. Pero la eliminación sistemática de la misma puede disminuir el contenido calórico de forma innecesaria. En pacientes con disminución de la motilidad intestinal puede haber diarrea por sobre crecimiento bacteriano que mejora con la administración de tetraciclinas, metronidazol, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofoxacino, claritromicina o

ampicilina. En los casos de intolerancia documentada a la lactosa es necesario limitar la ingestión de leche y se debe probar la tolerancia a otros productos lácteos como yogur y queso que, con frecuencia, son bien tolerados. Si la intolerancia a la lactosa es severa se puede utilizar leche sin lactosa como Sinlac®, o leche de soja.

5.5 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA PACIENTES CON TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA

5.5.1 Diarrea

- Tomar líquidos frecuentemente, en pequeñas cantidades, y con un volumen de unos 2 litros al día, Si la diarrea es muy abundante y líquida, es preferible tomar limonada alcalina o Sueroral® para mantener la hidratación.
- Realizar comidas frecuentes y en pequeña cantidad
- Evitar los alimentos ricos en fibra (cereales integrales, legumbres, verduras). Se toleran mejor los purés de patata, zanahoria, el arroz hervido o en sopa y yogur. En muchos casos se toleran bien las legumbres pasadas por el chino. Si la diarrea persiste puede ser útil las papillas de Nutroharina arroz-manzana®.
- Evitar las carnes duras y fibrosas, tomando preferentemente pollo y pescado blanco hervido, huevo cocido, tortilla francesa, jamón york.
- Evitar las especias y especialmente el picante, el café, el alcohol y los zumos ácidos.
- Evitar las comidas con mucha grasa.
- Evitar las frutas crudas y con piel. Muchas frutas se toleran mejor peladas y en compota o azada especialmente la manzana o la pera (compota de manzana, manzana rallada).
- Evitar la leche y sustituirla por yogur natural, yogur bio o similares.

- Cocinar los alimentos con poca grasa, a la plancha, al horno, microondas o cocidos.
- Realizar cuidados perianales (lavado y secado) después de cada deposición

Receta de la limonada alcalina: A un litro de agua se añade una cucharada sopera de azúcar, el zumo de un limón, una punta de cuchillo de sal y una punta de cuchillo de bicarbonato.

En casos de diarrea persistente, se puede probar el efecto de una dieta rica en fibra soluble para promover la absorción de agua en el colon mediada por los ácidos grasos de cadena corta generados en la fermentación de la misma.

5.5.2 Estreñimiento

El estreñimiento no suele ser una complicación del cáncer, pero puede agravarse en pacientes que hacen dietas pobres en residuos, limitan la actividad física y beben pocos líquidos. También es un efecto secundario del tratamiento con ondansetron, granisetron, sedantes y analgésicos opioides.

Los pacientes con estreñimiento deben realizar una dieta con abundantes líquidos y fibra insoluble para lo cual se recomienda tomar frutas con piel, cereales integrales, verduras y legumbres. En casos de estreñimiento pertinaz, se pueden utilizar suplementos de fibra insoluble en forma de salvado que se puede añadir a los cereales del desayuno, a las sopas, o algunos guisos de legumbres y también cereales integrales como copos de avena y de trigo. Otros preparados de fibra como Plantaben® (cutículas de *Plantago ovata*) y los hidrolizados de fibra de guar (Plantagu a r®) que contienen fibra soluble pueden mejorar el estreñimiento de algunos pacientes. Algunos comprimidos de salvado tienen una cantidad de fibra insoluble demasiado pequeña para ser eficaces ya que la cantidad de fibra en una dieta normal es de 25-30 g: el equivalente a unos 50-60 comprimidos. Los laxantes emolientes como el aceite de parafina (Hoderna l®) o la lactulosa o el lactitol también son útiles.

No se deben olvidar otras medidas higiénicas, como establecer unos hábitos regulares que faciliten el reflejo cólico, o aumentar la actividad física.

En ocasiones, el estreñimiento puede ser la consecuencia de un tránsito intestinal enlentecido por estenosis intestinales secundarias a enteritis radical, en estos casos la fibra insoluble de los alimentos debe estar constituida por partículas muy finas, para lo cual deben triturarse las legumbres en una batidora, utilizar purés o batidos de frutas, y los preparados de salvado deben tener las escamas finamente trituradas.

5.5.3 Mucositis

La mucositis es una complicación frecuente del tratamiento radioterápico de los tumores de cabeza y cuello y de algunos fármacos quimioterápicos afectando a un 40% de los pacientes que reciben quimioterapia y al 76% de los pacientes que reciben trasplante de médula ósea¹⁰. Hay muchos quimioterápicos con toxicidad sobre la mucosa oral, pero los asociados más frecuentemente con esta complicación son el fluoruracilo y el metotrexate. La severidad de la mucositis puede variar desde un ligero eritema, úlceras indoloras, lesiones eritematosas, edematosas, ulceradas, que impiden por completo la alimentación oral, etc

Estas alteraciones aparecen a los siete días de comenzada la radioterapia y pueden persistir varias semanas tras finalizar el tratamiento.

5.6 ORIENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.6.1 Estreñimiento

- Debe tomar muchos líquidos: unos 2 litros. Si además pierde peso, los líquidos deberán ser en forma de batidos o zumos para aportarle más calorías.
- Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra: verduras, frutas sin pelar, legumbres, panes y cereales integrales.
- Regularizar el hábito intestinal, intentando mantener un horario fijo todos los días.

- Aumentar la movilidad y la actividad física especialmente por la mañana y después de las comidas para potenciar una mayor motilidad intestinal (paseos después de comer).
- Puede utilizar salvado añadiéndolo a los cereales del desayuno, a las sopas o algunos guisos de legumbres y preparados de fibra como Plantaben® o metilcelulosa.
- Si está tomando medicación para el dolor (Durogesic®, Codeisan®, Codeferalgan®, MST®, Buprex®), debe prevenir el estreñimiento desde el principio utilizando laxantes suaves como Hodernal®, Duphalac®, Oponaf®.

En el tratamiento de la mucositis se han empleado diversas sustancias que a continuación se resumen.

Los protectores de la mucosa, como el sulcrafato, aunque no disminuyen la severidad de la mucositis, pueden disminuir el dolor y los síntomas locales.

Los antiinflamatorios no esteroideos, como la bencidamida o la indometacina, pueden proporcionar cierto alivio así como los esteroides locales en enjuagues bucales. Se ha observado efecto favorable de los antioxidantes como la vitamina E y el betacaroteno, y también del nitrato de plata. Los factores estimulantes del crecimiento de las colonias de granulocitos G-CSF o de las colonias de granulocitos-monocitos GM-CSF, así como el factor de crecimiento epidérmico (EGF), no han demostrado ninguna eficacia. La clorhexidina puede aumentar las molestias orales, teñir los dientes de negro y tampoco ha demostrado eficacia, al igual que la nistatina utilizada en las micosis orales. El alopurinol, la glutamina y la uridina tampoco se han mostrado eficaces en la reducción de la mucositis por 5-fluoruracilo. La crioterapia oral durante 30 minutos puede reducir la mucositis por 5-fluoruracilo.

También se ha utilizado el tratamiento con láser para disminuir el dolor y acelerar la curación de las lesiones. La capsaicina, un componente de los pimientos y guindillas, se ha utilizado en forma de caramelos y, en algunos estudios, se ha mostrado útil para disminuir el dolor. Los anestésicos locales como la lidocaína o diclonidina pueden

ayudar a controlar el dolor, pero impiden la percepción de sabores e interfieren con la masticación y deglución.

Cuando la mucositis es suficientemente severa para limitar o impedir la alimentación oral, puede recurrirse a la utilización de narcóticos en dosis intermitentes, antes de las comidas o de forma continuada. En estos casos puede ser necesaria la combinación de lidocaína viscosa junto con la analgesia intensa antes de las comidas que en muchos casos permite una alimentación suficiente para evitar la necesidad de nutrición parenteral total, especialmente si durante los períodos en que se completa la dieta oral con nutrición parenteral periférica. Las fórmulas magistrales de lidocaína viscosa suelen ser más eficaces que las fórmulas de gingivitis.

En cuanto a la dieta, debe evitarse la irritación química de la mucosa: excluyendo alimentos ácidos, amargos, picantes, muy salados o muy dulces; la irritación mecánica: producida por los pequeños fragmentos de alimentos como galletas, granos de sal o partículas de fibra que son difíciles de eliminar de la boca y la irritación térmica: por alimentos a temperaturas extremas. Se deben utilizar alimentos de consistencia cremosa o triturarlos muy finamente con una batidora y pasarlos por un tamiz. Si esta manipulación comporta una pérdida importante de proteínas se puede añadir algún suplemento proteico de clara de huevo o lactoalbúmina (Resource Protein Instant®, Proteinat®). Es preferible realizar varias comidas pequeñas durante el día ya que el esfuerzo de comer puede ser agotador.

5.6.2 Mucositis

- Extremar la higiene oral.
- Utilizar medicación para el dolor antes de la comida (enjuagues con lidocaína viscosa u otra medicación que indique su médico).
- Puede enjuagarse la boca con agua con bicarbonato antes y después de las comidas (añadir 1/4 de cucharadita de café a 250 cc de agua).
- Tome comidas frecuentes y en pequeñas cantidades de alimentos ricos (flan, natillas, helados, yogur, arroz con leche).

- Evite alimentos duros o que se fragmentan en trozos irritantes (frutos secos, galletas), o con residuos fibrosos que se quedan en la boca: verduras.
- Utilice alimentos blandos, jugosos y fáciles de tragar. Para ello añada caldo, salsa, triture los alimentos en la batidora y mejor páselos por un pasapurés y sívalos a la temperatura que sea más confortable para el paciente (generalmente temperatura ambiente o tibia)
- Evite los irritantes como: alimentos ácidos (tomate, vinagre), especias y picantes, alimentos salados, alimentos muy fríos o calientes. Tabaco y alcohol o jarabes y colutorios que lo contienen.
- Tome muchos líquidos para evitar la sed y sequedad de boca.

Se debe minimizar el tiempo de contacto de los alimentos con la mucosa oral, enjuagándose la boca especialmente cuando hay xerostomía asociada. La utilización de leche aporta, además, su valor nutritivo.

Cuando la ingesta de alimentos naturales no es suficiente se deben administrar suplementos nutricionales comerciales o preparados en casa a base de leche y frutas que se pueden enriquecer con nata líquida y endulzar con sacarosa, fructosa o dextrinomaltoza cuando no se quieren demasiados dulces. Si el paciente tolera bien la lactosa, también se puede añadir a la leche entera alguna cucharada de leche en polvo.

Cuando únicamente se toleran alimentos líquidos es preferible recurrir a las dietas líquidas comerciales para asegurar un aporte adecuado de nutriente por vía oral. En estos pacientes la colocación de una sonda nasogástrica puede provocar muchas molestias y suele ser preferible recurrir a una gastrostomía si se prevé una duración prolongada de la mucositis y se quiere asegurar un aporte correcto de nutrientes y energía.

5.6.3 Xerostomía

El tratamiento con radioterapia puede producir xerostomía, mucositis, ageusia y, en ocasiones, “trismus” y lesiones neurales. La mayoría de estos síntomas se resuelven en los primeros meses, pero pueden persistir por años. La radioterapia también puede afectar a las piezas dentales y, por ello, se debe extremar la higiene bucal. Todas estas situaciones interfieren con las posibilidades de realizar una dieta normal, y requieren modificaciones en la misma. La xerostomía también puede ser un efecto colateral de medicación antidepresiva o de analgésicos opioides.

La xerostomía tras radioterapia se produce por atrofia de las glándulas salivares y se caracteriza por una disminución en la producción de saliva que se hace escasa, adherente, viscosa e ineficaz para ayudar a la lubricación de los alimentos durante la masticación. Por ello es necesario recurrir a preparaciones culinarias de consistencias blandas y jugosas, así como evitar los alimentos secos y que se disgregan en partículas al masticarlos, como galletas, patatas fritas o frutos secos. Es importante lubricar los alimentos más secos con zumos, caldos, salsas o leche y utilizar alimentos preparados en forma de purés, cremas, sorbetes, helados, natillas, yogur, etc.

Se deben controlar los niveles de vitamina A y de ácido nicotínico cuya carencia puede agravar la sintomatología. Los pacientes deben limpiarse la base de la lengua con un cepillo de dientes antes de las comidas para facilitar el contacto de los alimentos con las papilas gustativas y aumentar el estímulo fisiológico para la producción de saliva. Se debe extremar la higiene bucal para eliminar la secreción mucosa espesa que se acumula en la boca y que contribuye a aumentar la carga de bacteria oral que, a su vez, favorece la aparición de mucositis y caries dentales.

La pilocarpina (Colircusí Pilocarpina® al 2%) a dosis de 5 mg dos o tres veces al día puede aumentar la producción de saliva y mejorar los síntomas de xerostomía pero puede producir estimulación parasimpática generalizada¹. También se pueden utilizar otros estimulantes de la secreción salivar, como las gotas de zumo de limón.

Las preparaciones de saliva artificial (Bucalson®[®], Salivart®[®], Bucohidrat®[®]) pueden mejorar los síntomas de los pacientes con xerostomía. Estas preparaciones, son tratamientos paliativos que se utilizan cuando no se puede aumentar el flujo salival con estimulantes o coadyuvantes de los sialogogos. En algunos países se puede encontrar saliva artificial con soluciones a base de mucina, glucoproteínas carboximetilcelulosa y soluciones enzimáticas en gel, que mantienen la mucosa más tiempo humectada. Entre las comidas es aconsejable masticar chicles¹², y enjuagarse la boca con frecuencia.

Recomendaciones dietéticas para pacientes con tratamiento con quimioterapia o radioterapia

Sequedad de boca

Puede ir acompañada de mal aliento, disminución de la percepción del sabor, molestias o dolor, dificultad para hablar, para masticar y tragar. Vd puede:

- Para aumentar la salivación, masticar chicles, chupar caramelos sin azúcar, hielo o utilizar saliva artificial (Bucalson®[®], Salivart®[®], Bucohidrat®[®]).
- El zumo de limón o de naranja, la limonada, los sorbetes de limón y los helados de limón facilitan la producción de saliva.
- Evitar los alimentos secos y que se disgregan en partículas al masticarlos, como galletas, patatas fritas o frutos secos.
- Preparar los alimentos caldosos o con salsa abundante para facilitar su deglución.
- Utilizar preparaciones culinarias con consistencias blandas y jugosas. Lubricar los alimentos más secos con zumos, caldos, salsas o leche
- Utilizar alimentos preparados en forma de purés, cremas, sorbetes, helados, natillas, yogur, etc.
- Consumir alimentos suaves y blandos, incluso triturados o líquidos

- Son mejor tolerados los alimentos a temperatura ambiente, en lugar de los muy calientes o muy fríos. Aunque en algunos casos el hielo y los polos dan sensación de bienestar.
- Evitar alimentos picantes.
- Aumentar el consumo de líquidos, mejor fuera de las comidas.
- Cepillarse la boca y la lengua antes de cada comida.
- Realizar enjuagues frecuentes con agua, colutorios con flúor o clorhexidina, pero no con colutorios que contengan alcohol.
- Extremar la higiene bucal y cepillarse los dientes, encías y lengua después de cada comida, para evitar las caries dentales.
- Evitar entre las comidas los alimentos con azúcar ya que favorecen las caries dentales y tomar preferentemente derivados lácteos.

6. PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

6.1 CAUSAS DE DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Existen tres apartados que deben tratarse al describir las causas de desnutrición en el paciente neoplásico y que podemos concretar en:

- los mecanismos básicos de desnutrición en el cáncer;
- la caquexia cancerosa de forma específica;
- y por último las causas de desnutrición relacionadas con el tumor, con el paciente o con los tratamientos.

6.2 MECANISMOS BÁSICOS POR LOS QUE APARECE DESNUTRICIÓN EN EL CÁNCER

Podemos diferenciar 4 grandes mecanismos por los que puede aparecer desnutrición en el paciente canceroso:

- Escaso aporte de energía y nutrientes.

- Alteraciones de la digestión y/o absorción de nutrientes.
- Aumento de las necesidades.
- Alteraciones en el Metabolismo de los nutrientes.

6.3 La Caquexia Cancerosa

Es un complejo síndrome que puede ser la causa directa de casi una cuarta parte de los fallecimientos por cáncer y que se caracteriza por debilidad y pérdida marcada y progresiva de peso corporal, grasa y masa muscular (esquelética y cardíaca); anorexia y saciedad precoz; afectación rápida del estado general (rostro emaciado, piel pálida, rugosa, sin elasticidad, pérdida del vello); alteraciones metabólicas (anemia, edemas, déficit vitaminas, alteración hidroelectrolíticas) y déficit inmunológico (mayor tendencia a infecciones). Los pacientes mantienen sus gustos alimentarios, pero ingieren menor cantidad de alimento. Se ha estimado que el 20-50% de los pacientes que padecen cáncer experimentan caquexia y alrededor del 65-80% en la fase terminal de la enfermedad.

La caquexia no solo aumenta la morbi-mortalidad, sino que disminuye claramente la calidad de vida del paciente oncológico y además aumenta claramente el gasto sanitario

Alteraciones del aparato digestivo relacionadas con el tumor:

La existencia de un cáncer en cualquier punto del aparato digestivo puede inducir alteraciones mecánicas o funcionales que alteran de forma clara la alimentación del paciente. En los tramos más proximales los tumores de cabeza y cuello son uno de los cánceres que inducen con mayor frecuencia desnutrición, tanto por alteración en la masticación, salivación o deglución como por el dolor que con gran frecuencia se asocia.

En el tracto esofágico la aparición de disfagia es la causa principal de desnutrición. En los tumores gástricos la anorexia y la saciedad precoz, o la obstrucción del tránsito a nivel gástrico. En los tramos más distales del tracto digestivo la aparición

de cuadros oclusivos o subocclusivos son los datos clínicos más llamativos, junto con mal digestión y malabsorción.

La Anorexia y La Caquexia Tumoral:

Son las principales causas de desnutrición relacionadas con el paciente. La Anorexia es multifactorial y muy frecuente en el paciente neoplásico. En los cánceres avanzados es casi la norma con cifras que pueden llegar al 70%. El dolor, la medicación, el tratamiento antitumoral y las alteraciones psicológicas pueden aumentar aún más la anorexia, que en muchos casos a pesar de tratar estas causas de anorexia va a persistir.

6.4 Alteraciones psicológicas:

Los pacientes cancerosos tienen una gran afectación de la esfera psicológica como consecuencia del propio diagnóstico de cáncer y de la angustia ante los distintos tratamientos a los que va a someterse. Hay que tener en cuenta algunos factores psico-sociales que pueden provocar una alteración importante en la nutrición:

- La depresión, la ansiedad, el miedo son emociones comunes experimentadas por personas con cáncer y pueden contribuir a la anorexia.
- También puede aumentar aún más la anorexia en el paciente el estrés de tener que enfrentarse con los diferentes tratamientos para el cáncer.
- La vida solitaria, la incapacidad para cocinar o preparar comidas por alteraciones físicas, origina una disminución en la ingesta y por lo tanto un deterioro progresivo en la nutrición. Salir a comer es una de las mayores actividades sociales, la desgana y la aversión a la comida contribuyen al aislamiento social. Todo ello influye considerablemente en la interacción social y en definitiva en la calidad de vida.

6.5 CAUSAS DE DESNUTRICIÓN RELACIONADAS CON LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS:

El tratamiento oncológico, en cualquiera de sus vertientes induce la aparición de desnutrición, sobre todo en aquellos casos en que se administran varios tratamientos para la curación del cáncer (cirugía, radioterapia y quimioterapia).

Cirugía Oncológica:

La cirugía oncológica puede ser curativa o paliativa, y siempre conlleva un estrés metabólico importante sobre todo en el caso de la cirugía curativa, con un aumento de necesidades de energía y nutrientes. Además en muchos pacientes la cirugía se realiza sobre un paciente que ya está malnutrido, lo que potencia de forma clara la aparición de las complicaciones. En cualquier tipo de cirugía son comunes el dolor, la anorexia, la astenia, y algún grado de gastroparesia e íleo paralítico (por la anestesia y por la propia cirugía) que comprometen de alguna manera la ingesta alimentaria normal, y todo ello en un paciente con un aumento de las necesidades energético-proteicas.

Toda la cirugía del tracto digestivo es diferente y son más numerosas las alteraciones postquirúrgicas que pueden causar desnutrición. Desde la cirugía de tumores de cabeza y cuello con amplias resecciones y plastias que pueden alterar definitivamente la normal masticación-deglución, hasta todas las resecciones esofágicas, gástricas, pancreáticas, hepáticas y biliares, de intestino delgado, colon y recto.

6.6 EFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO:

El efecto sobre el estado nutricional de la radioterapia oncológica depende de la localización del tumor, de la extensión y de la dosis administrada y su fraccionamiento. Además, los efectos secundarios dependerán de los tratamientos que haya recibido el paciente con anterioridad o que se administren concomitantemente con la radioterapia como es el caso de la quimioterapia.

Como una regla general los efectos aparecen en las dos primeras semanas de comenzar la RT, presentan su pico máximo cuando se han administrado los 2/3 de la dosis total y no suelen desaparecer hasta 2-4 semanas después de haber terminado el tratamiento. Algunos síntomas (como las alteraciones del gusto y olfato y la xerostomía) pueden tardar varios meses en recuperarse o mantenerse indefinidamente.

La radioterapia de los tumores de cabeza y cuello es la que produce más sintomatología, pudiendo dar de forma aguda mucositis orofaríngea muy dolorosa, disfagia, odinofagia, xerostomía, hipo y disgeusia, y alteración o pérdida de olfato. Los posibles efectos crónicos son: xerostomía (por fibrosis de las glándulas salivares), pérdida del sabor, caries dental, úlceras, osteorradionecrosis mandibular y trismus (por fibrosis muscular).

En la Radioterapia abdominal o pélvica (estómago, páncreas, colon, recto, cérvix, útero, próstata) los efectos agudos aparecen en función de la localización de la lesión que se irradie: enteritis, colitis, y proctitis agudas, con diarrea, malabsorción, enteropatía “colerética” por efecto irritativo de las sales biliares no reabsorbidas, alteraciones hidroelectrolíticas, y cistitis. De forma crónica puede causar también diarrea, malabsorción, enterocolitis, úlceras, estenosis, fístula y cuadros suboclusivos.

6.7 EFECTOS DE LA QUIMIOTERAPIA:

La aparición de los síntomas y su intensidad dependen de factores como el tipo fármaco empleado, el esquema de tratamiento (mono o poliquimioterapia), la dosis, la duración y las terapias concomitantes, a la vez que de la susceptibilidad individual de cada paciente, en la que influye el estado clínico y nutricional previo. Los agentes quimioterápicos más tóxicos son los citostáticos, pues al actuar sistémicamente sobre las células de proliferación rápida afectan no solo a las células neoplásicas sino también a células no neoplásicas como las de médula ósea, tracto digestivo, folículo piloso, entre otras.

Los efectos adversos que pueden afectar el estado nutricional del enfermo son numerosos náuseas, vómitos, anorexia, alteraciones del gusto, mucositis, pudiendo aparecer enteritis severa con edema y ulceraciones de la mucosa, causante de malabsorción y diarrea, que puede llegar a ser explosiva, muy intensa y con sangre. Los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia son las náuseas y los vómitos, que aparecen en más del 70% de los pacientes. Producen una disminución de la ingesta oral, desequilibrios electrolíticos, debilidad general y pérdida de peso.

La mucositis generalmente es de corta duración. Puede causar dolor intenso e impedir o dificultar la ingesta oral. Asimismo, también se ha comprobado la existencia de cambios en la composición corporal por efecto de la quimioterapia.

6.8 ALTERACIONES

6.8.1 Alteraciones metabólicas

Se ha informado que aproximadamente 60% de los pacientes oncológicos tiene un gasto energético alterado en reposo, de éstos, 35% presenta un cuadro hipometabólico y 25% hipermetabólico; por otra parte, los pacientes oncológicos con masa corporal magra disminuida pueden tener un gasto energético inferior incluso al observado en individuos con idéntico peso.¹⁹ Los diversos mecanismos que intervienen en el metabolismo intermedio aún no se comprenden del todo; las células malignas no solamente consumen nutrientes con mayor afinidad que las de tejidos normales, sino que inducen cambios sustanciales del metabolismo, secretando mediadores solubles a la circulación sistémica, incrementando la actividad de vías antianabólicas incluyendo la proteólisis,²⁰ lipólisis²¹ y excesivo funcionamiento del ciclo de Cori en el hígado. En este marco, la síntesis de proteínas es ineficaz y el manejo de los depósitos de energía metabólica está profundamente alterado; como resultado, el aporte de calorías y nutrientes elementales no es capaz de estimular eficazmente la síntesis de proteínas.

Por otra parte, los cambios metabólicos que ocurren durante el crecimiento tumoral son mediados por numerosos factores, entre ellos el factor de inducción de proteólisis, que induce la degradación de proteínas a aminoácidos en el músculo esquelético, y el factor movilizador de lípidos, que promueve la degradación del tejido adiposo en ácidos grasos libres. Mientras que ambos son secretados por el tumor, también se liberan citocinas proinflamatorias por la interacción entre células huésped y células tumorales.

Otro factor que puede condicionar la pérdida de peso en el paciente caquéctico es una mala adaptación metabólica, implicando los metabolismos glucídico, proteico y lipídico;^{24,25} ocasionando glucemias anormalmente bajas, con síndrome de

resistencia periférica a la insulina, oxidación excesiva de ácidos grasos que resultan en depleción de los depósitos de grasa del paciente, hipertrigliceridemia, disminución de la concentración de lipoproteinlipasa y reducción de la síntesis de ácidos grasos libres y monoacilglicerol. Además, disminuye la síntesis de triglicéridos en los adipocitos.

6.8.2 Alteraciones en la regulación de ingestión de alimentos

La anorexia en cáncer es de origen multifactorial y está asociada a trastornos de los mecanismos fisiológicos en el sistema nervioso central que regulan la ingestión de alimentos. Los neuropéptidos implicados en el proceso se han clasificado en anorexigénicos y orexigénicos; entre ellos se encuentran la serotonina, dopamina, noradrenalina, leptina, neuropéptido Y (NPY) y alfa-melanocortina hipotalámica (MSH α).

En condiciones normales, la ingestión de alimentos se regula principalmente por el hipotálamo, por poblaciones neuronales específicas que integran señales periféricas acerca del estado de adiposidad, de procesos digestivos y del estado metabólico. Algunos de los mediadores de señales que inhiben la ingestión energética son la leptina, la colecistoquinina y el péptido YY derivado del intestino.³² Entre los mediadores que estimulan la ingestión energética se encuentran la insulina y la ghrelina. En particular, el núcleo arcuato traduce dichos estímulos en respuestas neuronales y modificadores conductuales vía segundos mensajeros. Cuando existe déficit de energía se inhiben las neuronas anorexigénicas POMC/CART (pro-opiomelanocortina/transcriptor regulado por cocaína y anfetamina) y se activan las neuronas orexigénicas NPY/AgRP (neuropéptido Y/proteína relacionada al agouti), dando como resultado un incremento en la ingestión de alimentos.³⁵ La anorexia puede considerarse secundaria a señales periféricas defectuosas, errores en la transducción o en la señalización por segundos mensajeros neuronales. Diversas investigaciones sugieren que la anorexia en cáncer ocurre por incapacidad del hipotálamo para responder apropiadamente a señales periféricas indicadoras de un déficit de energía.

6. 9 DIAGNÓSTICO

No existen criterios estructurados para el diagnóstico del síndrome de anorexia-caquexia. Por lo general se realiza de manera integral conjuntando las manifestaciones clínicas: pérdida de apetito, náusea, vómito, diarrea, constipación, estomatitis/mucositis, boca seca, anormalidades olfatorias, disgeusia, dolor), la valoración nutricional, las mediciones antropométricas, la evaluación global subjetiva y la determinación de algunos marcadores bioquímicos del estado de nutrición, principalmente albúmina, transferrina y prealbúmina.

6.10 TRATAMIENTO

El tratamiento se guía por el estado nutricional del paciente, la evolución de la enfermedad y los factores condicionantes que incluyen la orientación dietética, el apoyo nutricio con fórmulas especializadas administradas por vía enteral o endovenosa y la modulación farmacológica, cuyo objetivo será mejorar el estado nutricional del paciente mediante la estimulación del apetito y del aumento de peso, principalmente del tejido muscular. Es importante controlar otros síntomas asociados al cáncer como náuseas, vómitos, mucositis y depresión.⁴⁹ El plan alimentario deberá individualizarse y dividirse en varios tiempos de alimentación, con poca cantidad de comida pero con densidad energética alta, y con propiedades sensoriales adecuadas para el paciente, preparaciones fáciles de comer y temperatura adecuada.

6.10.1 Tratamiento farmacológico

Los fármacos anti caquexia se clasifican en tres grupos principales:

- estimulantes del apetito,
- anti catabólicos
- anabólicos

Estimulantes del apetito

- Esteroides:

Son los fármacos más utilizados en pacientes con síndrome de anorexia-caquexia en cáncer, dado que estimulan el sistema nervioso central y el apetito. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias y reducir las concentraciones séricas de IL1 y IL6. Los más empleados son la oxandrolona, prednisona y dexametasona.

- Progestágenos:

Estimulan el apetito por mecanismos aún no bien estudiados. El más utilizado es el acetato de megestrol, que favorece la liberación de NPY por ser un modulador de los canales de calcio en el hipotálamo.⁵⁹ La dosis recomendada es entre 40 mg y 400 mg al día, con incremento progresivo; las dosis bajas se asocian con aumento de apetito, pero generalmente sin cambios en el peso ni en la masa muscular.

- Antiserotoninérgicos:

La ciproheptadina es un estimulante del apetito, su mecanismo de acción se basa en inhibir la producción de serotonina y aumentar las concentraciones de NPY; es de utilidad limitada y la dosis empleada es de 24 mg/día.⁶¹ Los procinéticos como la metoclopramida se recomiendan para disminuir la saciedad temprana. A dosis usuales pueden ejercer un efecto antirreflujo gastroesofágico limitado y acelerar el vaciamiento gástrico; su mecanismo de acción consiste en el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 del sistema nervioso central y de tejidos periféricos, incluyendo el tubo digestivo, e incremento de la liberación de acetilcolina en el tubo digestivo alto. A dosis altas bloquean los receptores de serotonina 5HT-3, con la finalidad de prevenir o tratar la náusea y vómito inducidos por quimioterapia. Pueden emplearse en dosis altas por vía parenteral, aunque vigilando los efectos extrapiramidales potenciales.

Anticatabólicos

- Anticitocinas.

Se han empleado diversos fármacos como la talidomida, la pentoxifilina y la melatonina que inhiben el TNF α y las interleucinas. Aunque se han descrito buenos resultados en el aumento de peso, también se han registrado efectos colaterales como sedación, constipación, fiebre, erupción cutánea, neuropatía sensorial y neutropenia.⁶⁴ También se han empleado antiinflamatorios no esteroideos que inhiben la síntesis de prostaglandinas; los más usados son el ibuprofeno y el meloxicam.⁶⁵

Ácidos omega-3, ácidos eicosapentaenoicos y docosahexanoicos. Estos ácidos inhiben la lipólisis y la degradación del músculo esquelético.⁶⁶ Su mecanismo de acción es inhibiendo las concentraciones séricas de IL1, IL6, TNF α , prostaglandina E2 y la vía de la lipooxigenasa, lo que conduce a reducción importante de la respuesta inflamatoria.

- Fármacos antimetabólicos.

El sulfato de hidracina es un inhibidor de la gluconeogénesis. En las primeras investigaciones se registró mejoría en el apetito y el estado nutricional, sin embargo, en estudios controlados no se observaron estos beneficios, encontrándose mayor incidencia de efectos colaterales.⁶⁸ Los agonistas beta-adrenérgicos, como el clenbuterol, salbutamol y el salmeterol, reducen el catabolismo proteico y aumentan la masa muscular; hasta el momento no se utilizan como tratamiento convencional en pacientes con síndrome de anorexia-caquexia.

6.10.2 Fármacos anabólicos

- Canabinoides.

El uso de los canabinoides puede inducir incremento importante del apetito.⁷⁰ El componente activo de la marihuana, el dronabinol está

autorizado por la Food and Drug Administration para el tratamiento de la anorexia y caquexia relacionadas con sida y cáncer; se utiliza en dosis de 2.5 mg dos veces al día; los efectos secundarios potenciales sobre el sistema nervioso central son depresión, cuadros eufóricos y confusión.

- Hormona del crecimiento.

La hormona del crecimiento se ha utilizado en diversas enfermedades caracterizadas por hipercatabolismo proteico; sus efectos son reducción en la oxidación de proteínas, movilización de los depósitos de tejido adiposo y un incremento en la masa libre de grasa. Su empleo en pacientes con cáncer es controvertido, dado el potencial de influir en el crecimiento tumoral, y por sus beneficios transitorios y costos elevados.

6.11 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN EN EL CÁNCER

La desnutrición en el paciente neoplásico produce una disminución de masa muscular que conlleva una pérdida de fuerza que tiene importantes consecuencias sobre el estado funcional del individuo, pues aumenta la dependencia de cuidados por terceros (familiares o cuidadores) y disminuye su calidad de vida. Como consecuencia de la progresiva pérdida de peso aparece la astenia y la inactividad, que contribuyen aún más a disminuir la capacidad funcional del paciente por desarrollo de atrofia muscular. También el diafragma y demás músculos respiratorios sufren atrofia e inducen un deterioro funcional respiratorio. Igualmente se producen alteraciones cardíacas en forma de disminución de la masa miocárdica y de alteraciones de las miofibrillas, con trastornos de la conducción eléctrica y deterioro funcional con disminución del gasto cardíaco.

La malnutrición energético-proteica en estos pacientes también afecta su inmunocompetencia, afectando principalmente la inmunidad celular y aumentando el riesgo de complicaciones infecciosas, que es una importante fuente de morbilidad en este grupo de pacientes.

Las diferencias en la respuesta a la quimioterapia pueden ser el reflejo de que en los pacientes malnutridos la cinética de las células tumorales también esté lentificada, siendo entonces menos sensibles a los agentes quimioterápicos.

Por otra parte, la malnutrición impide una adecuada tolerancia a los tratamientos, aumentando la toxicidad de los mismos. La disminución de proteínas circulantes impide un adecuado ligamiento de los fármacos a éstas, alterando sus periodos de semivida y sus características farmacocinéticas. Además reducciones del metabolismo oxidativo y del filtrado glomerular puede conducir a una disminución de la acción y a una mayor toxicidad de los citostáticos.

De esta manera podemos decir que existe una complementariedad del tratamiento nutricional y de los tratamientos oncológicos, puesto que aunque existe aún controversia sobre un posible aumento de la supervivencia global por efecto del soporte nutricional, lo que sí existe es una mejor tolerancia a los distintos tratamientos al mejorar el estado nutricional de los pacientes, como por ejemplo en pacientes con cáncer de colon desnutridos que recibieron nutrición parenteral preoperatoriamente.

6.12 DESNUTRICIÓN Y CALIDAD DE VIDA

Respecto a la calidad de vida, existen cuatro factores fundamentales que la definen y que deben tenerse en cuenta en su valoración:

- Bienestar físico
- Bienestar funcional
- Bienestar emocional
- Bienestar social

La desnutrición afecta la calidad de vida a través de la pérdida de fuerza muscular que origina y la sensación de debilidad y astenia acompañantes, a la vez que influye sobre la esfera psíquica, pudiendo inducir o intensificar sintomatología depresiva.

La propia pérdida de peso inducida por el cáncer provoca un cambio de imagen corporal que agudiza aún más los sentimientos depresivos y de pérdida de control.

Recientemente el grupo de Ravasco ha demostrado que el 2.º factor en importancia de cara a la valoración de la calidad de vida es el deterioro del estado nutricional, solo superado por el estadio tumoral; de manera que el % de influencia sobre la calidad de vida del paciente fue:

- 30% la localización del tumor, el 30% la pérdida de peso
- 20% la ingesta, el 10% la quimioterapia
- 6% la cirugía, el 3% la duración de la enfermedad
- 1% el estadio tumoral.

De hecho, con la desnutrición aumenta el riesgo de complicaciones, disminuye el tiempo libre de síntomas y de vida independiente del centro hospitalario, contribuyendo aún más al deterioro de su calidad de vida.

Al poco tiempo de iniciar un aporte nutricional adecuado el tono vital mejora y la sensación de debilidad tiende a desaparecer, lo que contribuye a mejorar la sensación de bienestar del paciente. Sin embargo, los efectos beneficiosos sobre la calidad de vida del soporte nutricional van a depender del estado basal del paciente, del tipo y localización del cáncer y de lo avanzado de su enfermedad.

6.13 EFECTOS SOBRE MORTALIDAD

En último término, no deben olvidarse los efectos de desnutrición sobre la mortalidad, asociándose la pérdida de peso severa a una menor supervivencia. De hecho, la pérdida de peso es la mayor causa de morbilidad y mortalidad en el cáncer avanzado. Según el Instituto Nacional de Cáncer y la Sociedad Americana de Cáncer, la muerte de 1 de cada 3 pacientes, adultos, con cáncer está relacionada con la nutrición, no siendo esta relación tan clara en la edad pediátrica, donde la malnutrición sigue siendo uno de los principales problemas de los niños con cáncer, pero sin tener efecto sobre la supervivencia.

6.14 EJERCICIO FÍSICO Y CÁNCER

Es importante fomentar una buena praxis deportiva entre nuestros pacientes. De tal manera que se mostrarán más activos, más ágiles y reconfortados. Cada paciente tiene que realizar una actividad acorde a su estado y sus características. El ejercicio va a aportar muy buenas sensaciones al paciente, va a abrirle el apetito, mejorará el tono muscular y su estado de humor se verá enriquecido. Por ello desde los profesionales de la salud, tenemos que promover esta vida activa. Además aquellos pacientes que tengan problemas para ir al baño, el ejercicio físico aumenta el peristaltismo y hace que haya cierto movimiento intestinal.

Psicológicamente, es recomendable, dado que el paciente no se va a encontrar encerrado en un mismo lugar todo el día y si se encuentra encamado, en la medida de lo posible, intentaremos disminuir esta falta de confort, dándole paseos en silla.

6.15 Composición corporal y cáncer

No es muy habitual el uso de estas técnicas pero al implementarlas resultan de gran ayuda para añadir más calidad y exactitud a la valoración completa del paciente. En ocasiones, resultan algo invasivas porque suponen una prueba más que el paciente tiene que realizar y en el caso de aquellas que tienen que desplazarse por realizarse en días determinados, como puede ser un examen de densidad ósea o DEXA (Absorciometría de Rayos X de energía dual para medir la pérdida ósea), pueden sufrir rechazo y no ser de agrado de los pacientes ya que están cansados de acudir en tantas ocasiones al hospital.

Por lo tanto, el buscar aquellas herramientas que se desarrollen en el ámbito de la consulta de nutrición serán las que mejores resultados, no tanto por su especificidad pero sí por su seguimiento con el paciente debido a su mejor acogida.

Las básculas tipo Tanita, que realizan composiciones corporales suelen ser aquellas por las que en la mayoría de ocasiones más se opta. Nos da a conocer de manera rápida y sencilla la composición corporal del paciente y sobre todo en las

consultas sucesivas se puede repetir la prueba sin necesidad de incomodarlo demasiado y obteniendo resultados altamente concluyentes.

6.16 SITUACIONES RELACIONADAS CON EL EFECTO GENERAL DEL TUMOR

6.16.1 Anorexia tumoral y saciedad precoz

La anorexia es un síntoma frecuente en los pacientes con cáncer. En ocasiones es una consecuencia del tratamiento (cirugía, radioterapia o quimioterapia) o de las complicaciones como infecciones o depresión. Sin embargo, en la mayoría de los casos es mediada por el mismo tumor a través de diversos mecanismos humorales que actúan sobre el sistema neuroendocrino. La anorexia no se asocia con igual intensidad a todos los tumores, ni tampoco guarda relación con la carga tumoral.

Se puede estimular la alimentación oral mejorando la preparación culinaria y la presentación de los platos, variando con frecuencia los alimentos y la forma de preparación. También es importante prestar atención a la textura de las comidas, para disminuir el esfuerzo que representa la ingesta en algunos pacientes debilitados. Es importante cuidar el ambiente en el que se realizan las comidas y procurar un entorno agradable, preferiblemente con familiares y amigos, en situaciones tranquilas y relajadas, evitando los lugares con olor a comida.

El momento del día en que se ofrecen los alimentos también juega un papel importante. Con frecuencia los pacientes con cáncer se encuentran mejor y tienen más apetito por la mañana, que disminuye a medida que avanza el día. Este fenómeno se ha atribuido a retardo en la digestión y el vaciado gástrico por disminución de las secreciones gastrointestinales y atrofia de la mucosa digestiva.

Es aconsejable realizar varias comidas al día, en pequeñas tomas y preferiblemente durante la mañana, con alimentos energéticamente densos como legumbres, pasta, arroz y estofados. Los postres de flanes, helados, natillas, arroz con leche o productos de repostería ayudan a aumentar el aporte energético y proteico. Los líquidos deben administrarse fuera de las comidas, para evitar la saciedad por

repleción gástrica⁴. No se debe omitir ninguna comida y se debe intentar incluir batidos hipercalóricos, bien preparados en casa a base de leche, nata y azúcar, o bien en forma de preparados comerciales con una densidad calórica de 1,5 a 2 kcal/ml. Los suplementos diseñados especialmente para pacientes con cáncer como Prosure® o Resource Support® en el caso de algunos tumores como el cáncer de páncreas disminuye la pérdida de peso y contribuye a mejorar el estado general.

Cuando el paciente presenta intensa anorexia, que le impide comer prácticamente cualquier alimento, es importante conseguir su colaboración, haciéndole ver que la dieta o los suplementos forman parte de su tratamiento al igual que la quimioterapia y radioterapia.

Cuando un paciente pierde peso, a pesar de todas modificaciones de la dieta y el uso de estimulantes del apetito como el acetato de megestro , es necesario recurrir a algún método de alimentación artificial preferiblemente a través del tubo digestivo.

Tanto en los casos de anorexia ligera como intensa, el acetato de megestrol (Maygace®) mejora el apetito y produce ganancia de peso principalmente por aumento de la masa grasa más bien que de la masa magra. La dosis habitual es de 160 mg cada 12 horas, aunque se han llegado a utilizar hasta 800 mg cada 12 horas. No se debe prescribir en casos de insuficiencia hepática o en pacientes con riesgo de trombosis venosa.

La evolución social de la familia en los últimos años ha contribuido a disminuir los recursos culinarios y el tiempo necesario para preparar comidas variadas y apetitosas; por ello cada vez es más necesario recurrir a los suplementos nutricionales para ayudar a mantener un estado de nutrición correcto.

6.16.1 Ageusia, hipogeusia y disgeusia

Muchos pacientes con cáncer tienen alteraciones de los sentidos del gusto y del olfato que condicionan pérdida de apetito y aversión a algunas comidas (por

ejemplo, los pacientes con cáncer de estómago suelen tener aversión a la carne). En ocasiones, se producen como efecto secundario de la quimioterapia, que puede provocar sabor ácido o metálico en la boca (especialmente el grupo de fármacos de la mostaza nitrogenada) e inducir alteraciones en la percepción de los olores de los alimentos que pueden desencadenar vómitos cuando se perciben, la disgeusia también se ha atribuido a la deficiencia de cinc¹, 6. En algunos casos, la aversión a alimentos específicos puede ser una conducta condicionada por síntomas inducidos por ellos como disfagia, dolor o digestiones pesadas.

Los estudios sobre las alteraciones del gusto utilizando soluciones saladas, ácidas, amargas o dulces no han encontrado ningún patrón específico de alteración sensorial, aunque puede decirse que estos pacientes no aprecian de la misma forma el sabor de las comidas y, con cierta frecuencia, tienen aversión por la carne. Este síntoma puede requerir eliminar la carne de la dieta, especialmente las carnes rojas, y sustituirla por otras como pollo, pavo y jamón york; o bien alimentos ricos en proteínas como pescado, huevos y especialmente productos lácteos que no son rechazados con tanta frecuencia y se convierten en una alternativa dietética importante. En ocasiones, la carne muy cocinada con frutas o verduras o previamente marinada se tolera mejor que la carne poco hecha, frita o a la plancha.

7. IMPACTO DEL PACIENTE FRENTE AL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

7.1 NECESIDADES DEL PACIENTE

El paciente oncológico tiene un conjunto de necesidades físicas y psicosociales que satisfacer, saber detectarlas de manera temprana puede mejorar su calidad de vida.

Maslow¹⁰ plantea un sistema de necesidades básicas humanas, comunes a todas las personas, dentro de su teoría de motivación, con los cinco niveles jerárquicos.

La OMS, basándose en la pirámide, esboza que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas, necesitan de seguridad; buscar en quien apoyarse, la sensación de pertenencia; demostrar que son útiles y que forman parte de un grupo, requieren de amor; sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano. Agradecen compasión y aceptación de los demás a pesar de los cambios psíquicos y físicos que sufren. Necesitan saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que el entorno (amigos, familia, personal de salud y personas allegadas) van a estar con ellos siempre (confianza). Evidentemente el paciente estará más dispuesto a transmitir y comunicar sus necesidades espirituales y emocionales, cuando experimente alivio de los síntomas fisiológicos y sienta que el equipo de salud lo entiende, tratando de lograr su bienestar. Conocer y tener presente las necesidades emocionales de los pacientes garantiza el mantenimiento de una buena calidad de vida y un bienestar psicológico, con ausencia de problemas emocionales (ansiedad y depresión) y con la menor alteración posible en su vida social, laboral y familiar. Por lo tanto hay que tener en cuenta tres principios básicos sobre las necesidades de los pacientes y que deberían constituir los principios de actuación, como:

- Buenos cuidados profesionales: es decir que el tratamiento administrado sea de calidad.
- Cuidado centrado en la persona: el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y los deseos del paciente, más que basado en la conveniencia del hospital o del personal sanitario.
- Cuidado holístico: se extiende más allá del fundamento y del aspecto clínico del tratamiento, para dirigirse de forma más amplia a las necesidades y los deseos del paciente. Para esto, la verdadera necesidad primaria de un paciente oncológico es la comunicación, ya que con ella aumentamos la seguridad, la confianza y la esperanza.

Por lo tanto, LA COMUNICACIÓN es el núcleo esencial en la relación terapéutica, debe realizarse en términos sencillos y se debe adoptar una posición empática con el paciente. Es un proceso por el cual un individuo comparte algo de sí mismo, como

sus ideas, opiniones, sentimientos, valores y metas; esto le ayuda a ser más humano, más sociable y a estar en mayor contacto con la realidad. La comunicación es una fuente de crecimiento, es una de las relaciones sociales más importantes y uno de los pilares fundamentales en la asistencia de enfermería, está presente tanto en la relación con los pacientes y sus familias como con el resto de los miembros del equipo de salud. Es por eso que la alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de enfermería debe ser racional, colaborativa, plantear la incertidumbre e inspirar al paciente la confianza y la compasión que les permita asumir la enfermedad y comprender el tratamiento indicado. El personal de enfermería debe ayudar y mantener la salud, comprendiendo el propio dolor del paciente y respetando cada creencia.

La Dra. Cedaro Liliana Beatriz¹² oncóloga clínica, de la provincia de Misiones refirió en una conferencia que: “Creo que debemos establecer un vínculo empático, respetuoso, dando lugar a la manifestación de las emociones adversas (miedo, angustia, ira, depresión, etc.) que tan frecuentemente están presentes en nuestra práctica diaria, emociones tan intensas que no permiten razonar”. “Podemos ser tan emocionalmente frágiles mientras estamos enfermos porque nuestro bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de la invulnerabilidad”. “Debemos actuar honesta, veraz y compasivamente, explicar la situación de la enfermedad y las opciones terapéuticas en un lenguaje comprensible para el paciente, sin caer en actitudes paternalistas. Creo que ésta es la mejor forma de lograr un vínculo basado en la confianza y el respeto. Lo cual, adicionalmente, es la mejor forma de alejar las querellas”. Por lo tanto el equipo de salud debe hacer un buen uso de la comunicación ya que el paciente necesita comunicarse porque para él la comunicación es “vida” y la ausencia de comunicación es similar a la “muerte”. Al mismo tiempo que al paciente le ocurre su degradación psicofísica (delgadez, inmovilidad, dificultad en el control de esfínter, pérdida de peso, cansancio, malestar), tiene pensamientos de muerte e ideas suicidas. Es aquí, donde el equipo de enfermería debe ayudarlo y conocer sus sentimientos. El paciente puede sentirse,

a partir de ese momento, alguien importante y aceptar con tranquilidad el destino al que lo lleva su enfermedad.

A medida que se va profundizando en la comunicación, va creciendo la confianza y la intimidad personal, no obstante, se debe estar preparado para responder interrogantes acerca de la vida y de la muerte.

De acuerdo a nuestra la experiencia laboral con pacientes oncológicos se puede atestiguar que el proceso de comunicación no es fácil debido a la gran carga emocional que conlleva y a la cronicidad de la enfermedad. El tecnicismo, las respuestas evasivas, las actividades silenciosas hacen que se pierda lo esencial de una relación terapéutica, sin embargo, de alguna manera, se desarrollan vínculos afectivos entre el personal de enfermería y el paciente, ellos constantemente están deseando cualquier tipo de comunicación ya que se sienten sin un lugar en el mundo y buscan refugio en quienes pueden ayudarlos, nos invade una mezcla de sentimientos y actitudes, que hasta llegamos a preguntarnos ¿por qué tanto sufrimiento?, ¿cómo es que se llega a eso?. Y si bien, muy frecuentemente, se siente desfallecimiento por el sufrimiento del otro se debe mostrar fortaleza ante esas personas que confían en su enfermero.

Es un hecho ya fundamental que vivimos en la era de la deshumanización, en todos los aspectos de la vida, probablemente esta deshumanización tiene un especial relieve en la atención al paciente oncológico, el estrés, la masificación, la pérdida de valores éticos y religiosos, la desmotivación profesional de médicos y enfermeros repercute negativamente en la asistencia al paciente en general y en particular al oncológico.

7.2 CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida, se emplea hoy en día, en muy diferentes campos del sistema de salud y también en otras áreas, como la sociología aplicada a la medicina y la economía a la salud. Aunque es un término que aparece con mucha frecuencia, no cuenta con una definición aceptada universalmente. En general, la calidad de vida se puede relacionar con todos los aspectos de la vida de una persona, pero en el

campo de la oncología este término se centra en la salud del paciente. La OMS13 la define como el bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad y en el campo de la oncología incluye los componentes de síntomas y efectos secundarios tanto de la enfermedad como de los tratamientos, el funcionamiento físico entendido como la capacidad de realizar diferentes tareas, el funcionamiento psicológico, en especial el estado de ánimo, y el funcionamiento social, que se refiere a la interacción con otras personas de la comunidad.

La calidad de vida será un parámetro más a la hora de decidir por un tratamiento u otro y será llevada a cabo por la propia valoración del paciente ya que es él, quien mejor puede medirla. El paciente puede indicar si acepta o no una pérdida en su calidad de vida, con el fin de prevenir una serie de complicaciones, que no padece pero que podría padecer. La calidad de vida refleja la percepción que tienen los pacientes de que sus necesidades están siendo insatisfechas, o bien se les están negando oportunidades de alcanzar la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico o de las condiciones sociales y económicas.

En una entrevista realizada a la psicóloga Lic. Santiago Gabriela, refirió que “la contención psicológica es un pilar fundamental que apuntalan el tratamiento médico y que acompañan al paciente y su familia. Cada persona cuando enferma, desarrolla su propia modalidad de comportamiento para afrontar la situación, pero, la esperanza en la recuperación y la voluntad de vivir, son indispensables para una adaptación con buena calidad de vida.” Una de las causas que ocasiona un déficit en la calidad de vida de los pacientes oncológicos es la presencia del DOLOR, definida como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, que se asocia a una lesión histica presente o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión.

A pesar de que el dolor es uno de los síntomas más temido por los enfermos de cáncer, muchos de ellos reciben poca o ninguna atención en este ámbito. Según diversas estadísticas, el porcentaje de pacientes oncológicos que sufren dolor neoplásico se sitúa entre 50 y 75, cifra que alcanza el 90 por ciento a medida que avanza la enfermedad. El dolor en los pacientes oncológicos ocurre por la presión

que ejerce el crecimiento del tumor sobre los tejidos, como los huesos, los nervios u otros órganos. No obstante puede estar causado por el propio tratamiento de la enfermedad, como es el caso de la quimioterapia.

Para poder describir el dolor se lo puede clasificar en función a su intensidad, duración o característica. Es muy importante saber identificarlo, ya que el dolor afecta negativamente a las funciones corporales, causando trastornos en el sueño, disminución del apetito, de las actividades físicas y relaciones sociales, en otras palabras, disminuye la calidad de vida.

7.3 ¿CUÁLES SON LAS REACCIONES MÁS HABITUALES ANTE LA NOTICIA DEL DIAGNÓSTICO?

El momento del diagnóstico es una etapa de incertidumbre que crea sufrimiento emocional en el individuo porque ocasiona una verdadera interrupción de la vida cotidiana. Es posible que el paciente se sienta bloqueado, incapaz de tomar decisiones y que la aparición de la angustia y ansiedad repercutan en su funcionamiento normal.

En las últimas décadas han sido numerosas las investigaciones que se han llevado a cabo con el objeto de analizar los factores psicológicos implicados en el proceso de esta enfermedad. Estos factores psicológicos incluyen desde diferentes formas de actuar hasta la aparición de una variedad de reacciones y síntomas.

7.3.1 MIEDO

Suele aparecer miedo a la propia enfermedad, a la nueva situación familiar, a la incógnita del futuro, es decir, a lo desconocido y a la muerte.

Por lo que respecta al miedo a la muerte, debemos pensar que en nuestra sociedad muchas personas creen que la palabra “cáncer” es sinónimo de muerte, al igual que años atrás lo era la tuberculosis. Hay que recordar que existen muchos tipos de cáncer y que cada caso es distinto. Y por supuesto, no olvidar que hoy en día se cura más de la mitad de las personas que desarrollan esta enfermedad. A continuación se muestran algunos consejos.

- Comparta sus miedos con el médico o equipo interdisciplinario.
- Cuanta más información obtenga de su enfermedad y diagnóstico, menos miedo tendrá y afrontará mejor su tratamiento.
- Recuerde que la mejor fuente de información la obtendrá de su médico y equipo.
- El comunicar sus miedos con sus seres queridos le ayudará a sentirse mejor.

7.3.2 NEGACIÓN

La negación es un mecanismo de defensa que emerge como consecuencia del miedo, expresado por un deseo de no querer saber nada acerca de la enfermedad y de no querer hablar de ella. No sólo es el paciente el que puede expresar esta negación hacia la realidad, también ocurre que la familia o los amigos niegan la enfermedad de un ser querido, quitándole importancia a los síntomas y emociones que presenta el enfermo o evitando hablar del tema.

Es bueno que aquél paciente al que moleste o incomode esta reacción de quienes le rodean y no se sienta comprendido, intente transmitir sus sentimientos.

- Comunique su deseo de hablar honestamente.
- No tenga miedo de enfrentarlos a la realidad.
- No olvide que, con más comunicación, mejora la relación.

7.3.4 RABIA

Una vez aceptado el diagnóstico, el paciente puede preguntarse: “¿Por qué yo?”. Es posible que la rabia y el enfado recaigan sobre las personas más cercanas (incluido médicos y enfermeras) y más queridas por el paciente. Es importante que el familiar o la persona más cercana no se tome esta reacción como un ataque personal, sino como una reacción ante el diagnóstico.

- Cuando esté más tranquilo, explique lo que siente.

- Si le supone un gran esfuerzo hablar de su enfermedad o de sus sentimientos con su familia u otras personas de confianza, acuda a un profesional para que le ayude y oriente. Una entrevista con el psicooncólogo le será de gran ayuda.

7.3.5 SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD

Una de las preguntas que frecuentemente se hacen los pacientes es: “¿Qué he hecho yo?”. En muchos casos, la persona analiza y crea sus propias ideas sobre la causa que originó su enfermedad: desde pensar que fueron ellos mismos los causantes, hasta creer que es un castigo por algo que hicieron o dejaron de hacer en el pasado.

- Si el paciente se siente culpable de haber desarrollado esta enfermedad, el proceso de enfrentarse a ella será mucho más difícil.
- El cáncer NO es ningún castigo.

7.3.6 ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción normal que experimenta el paciente ante el diagnóstico y durante el proceso del tratamiento. La ansiedad puede aumentar la sensación de dolor, causar vómitos y náuseas, alterar el ritmo del sueño y, por lo tanto, interferir con la calidad de vida del paciente y de su familia.

No todas las personas diagnosticadas de cáncer presentan el mismo grado de ansiedad pero, sin embargo, la mayoría puede disminuirla si tiene una información adecuada de su enfermedad y del tratamiento que recibe.

- Intente realizar ejercicios de relajación, escuchar música, llevar a cabo actividades placenteras, comunicarse con amigos y familiares, etc.

7.3.7 AISLAMIENTO

Los pacientes pueden sentir que los amigos, conocidos o familiares se alejan de él al conocer el diagnóstico. Otras veces es el paciente quien se encierra en sí mismo y evita por todos los medios la comunicación con los demás. Para la familia y amigos, esto último puede ser una situación también difícil y dura, ya que no entienden la

causa de este aislamiento que les impide poder compartir estos momentos difíciles con el paciente.

- El paciente puede suavizar la situación transmitiendo a quienes le rodean su deseo de hablar del tema en otro momento.

7.3.8 DEPENDENCIA

Algunos adultos pueden delegar todas las responsabilidades en las personas más cercanas, dejando entrever que no pueden afrontar los problemas por sí solos. Es conveniente que la familia se muestre firme y que el paciente siga asumiendo algunas de las responsabilidades de las que se hacía cargo. Los pacientes necesitan ayuda y comprensión, no compasión ni sentirse inútiles.

- Una sobreprotección excesiva puede hacer sentir al paciente inútil e inválido.

7.3.9 DEPRESIÓN FRENTE A TRISTEZA

Es normal que pacientes y familiares se encuentren tristes ante este diagnóstico. Sin embargo, hay que diferenciarlo de los episodios depresivos. Esta tristeza surge por los numerosos cambios en los hábitos diarios que tienen lugar durante la enfermedad así como por la incertidumbre del futuro.

La depresión no afecta a todos los pacientes diagnosticados de cáncer y, por lo tanto, el hecho de que un paciente se encuentre apenado o triste no necesariamente significa que sufra de una depresión mayor.

Es un hecho normal que, después de escuchar el diagnóstico (o también periódicamente, durante el tratamiento), el paciente experimente desazón o incluso desespero al no sentirse con la salud que antes disfrutaba. Los pacientes pueden tener dificultad para conciliar el sueño, pérdida de apetito, ansiedad y miedo ante la incertidumbre del futuro. Estos síntomas y miedos suelen disminuir a medida que la persona acepta el diagnóstico.

- Si estos síntomas aparecen frecuentemente no dude en comunicárselo a su médico; él valorará si necesita ayuda y, en caso de necesitarla, le orientará al profesional indicado.

7.4 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON SU MÉDICO?

Establecer una buena y efectiva comunicación con su médico es muy importante ya que ambos necesitan una información clara y concisa para planificar su cuidado y tratamiento.

Este trabajo en equipo ayudará a obtener unos resultados óptimos con el tratamiento.

Recuerde que para obtener la mejor atención que el médico pueda darle, será necesario que se establezca un alto grado de comunicación entre usted y su médico. Cuanta más información tenga el médico sobre su estado físico y anímico, mejor podrá ayudarle en el proceso de su enfermedad.

Crear una comunicación óptima no siempre es fácil y puede requerir mayor o menor esfuerzo por ambas partes. Pero si se consigue, el resultado será útil para el médico y beneficioso para usted.

- Los médicos no suelen molestarse por las preguntas que les hagan sus pacientes. Es más, agradecen todas las preguntas, comentarios y planteamiento de dudas que vengan de sus pacientes o familiares, ya que reflejan el interés y la participación activa de los pacientes en su propio proceso de curación.

Escuchar, preguntar y entender

Su médico le informará sobre aspectos importantes de su enfermedad. No dude en preguntar todo lo que desee hasta que tenga conciencia de haber entendido todas las explicaciones. En general cuanto más información reciba, mejor participará en su tratamiento.

Es una situación frecuente que, como consecuencia de la tensión que suele existir durante la visita con el médico, el paciente o su familia se sientan bloqueados y olviden plantear todas o algunas de las preguntas que tenían pensado hacer.

Una buena recomendación es apuntar en un papel todas las preguntas cuyas respuestas se desea conocer; el médico agradece tener un paciente interesado y

colaborador. Si la terminología médica es difícil de comprender hay que pedir al médico que se explique de una forma inteligible.

Algunas preguntas que los pacientes suelen formular se presentan en la siguiente:

Dudas y preguntas más frecuentes

- ¿Qué tipo de cáncer tengo?
- ¿Qué significa la palabra “estadio”?
- ¿Qué pruebas me van a realizar?
- ¿A qué profesionales del equipo me debo dirigir si tengo preguntas, quiénes son y cómo me pueden ayudar tanto a mí como a mi familia?
- ¿Cuál es mi pronóstico y qué tratamiento me van a ofrecer?
- ¿Por qué cree que éste es el mejor tratamiento para mí?
- ¿Existen otros tratamientos?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento?
- ¿Existe alguna manera de aliviar estos efectos secundarios?
- ¿Cómo sabré si el tratamiento está funcionando positivamente?
- ¿Qué pasa si no recibo este tratamiento?
- ¿Tengo que ingresar en el hospital?
- ¿Cuánto tiempo durará este tratamiento?
- ¿Qué debo comunicar a mi familia y amigos acerca de mi enfermedad y cómo pueden ayudarme?
- ¿Qué pasa si falto a un tratamiento?
- ¿En qué aspectos cambiará mi vida?
- ¿Qué síntomas o problemas debo de comunicar inmediatamente?

- ¿A quién debo acudir o llamar si me encuentro mal?
- Si yo o mi familia necesitamos ayuda, ¿disponen de asistentes sociales, psicólogos y psiquiatras que nos puedan ayudar?

Por otro lado también es habitual que, estando un paciente ante un médico que le acaba de anunciar el diagnóstico, la preocupación o la sorpresa produzcan emociones tan negativas que el paciente se olvide de las explicaciones que el profesional le ha dado. Si esto ocurriera no hay que dudar en ponerse de nuevo en contacto con el médico y, si es necesario, acudir con un familiar o persona de confianza.

Entender las explicaciones sobre su enfermedad siempre ayudará al paciente y le permitirá participar y colaborar más activamente y con mayor seguridad en el tratamiento.

- Si no ha entendido alguna explicación, pregunte de nuevo.
- Si antes de la visita con su médico le surgen preguntas, anótelas y hágalas en el momento oportuno durante la visita.
- Comience preguntando las dudas que más le preocupen.
- Si necesita más tiempo para comunicarse con su médico no dude en decírselo; en el caso que él no pueda debido al volumen de visitas a atender, puede planificar otra visita o bien le orientará a otro compañero, enfermera o persona de su confianza.
- No hay que tener miedo ni vergüenza a la hora de realizar cuantas preguntas se quieran y tantas veces como se desee.

Adaptación al diagnóstico

Aunque no todas las personas reaccionan igual ante el diagnóstico, es normal que aparezcan momentáneamente sentimientos tales como: negación, rabia, miedo, aislamiento, ansiedad y, en algunos casos, episodios depresivos. Esta nueva

situación también puede dar pie a dificultad para conciliar el sueño, inapetencia o miedos acerca del futuro.

Es bueno que los pacientes recuerden que, aparte de la curación, el objetivo es que gocen de la mejor calidad de vida posible. Un estado emocional estable ayuda a mejorar la calidad de vida y a colaborar de forma activa con el tratamiento.

Todas estas emociones comentadas anteriormente son reacciones comunes y normales a la hora de enfrentarse ante una situación difícil, por lo que es aconsejable que los pacientes expresen con libertad tales sentimientos con las personas con las que se sienten cómodos. Ello les ayudará a sentirse mejor y facilitará que las personas que les quieren puedan ayudarles y serles útiles.

Son signos de que existe una buena adaptación al diagnóstico:

- Capacidad de mostrar interés en las tareas diarias y en el trabajo.
- Capacidad de continuar ejerciendo como padres o cónyuges.

Si el paciente o algún familiar experimenta síntomas como intenso sentimiento de desesperación, tristeza excesiva, pérdida de interés en la mayoría de las actividades que desempeñaba habitualmente, aislamiento social, alteraciones en el ritmo del sueño y en los hábitos alimentarios, irritabilidad, falta de deseo sexual, abuso de drogas/alcohol o sentimientos de culpa, es muy probable que necesite ayuda y no debe dudar en consultarlo con el médico. El apoyo psicológico, ofrecido normalmente por el psicooncólogo, le ayudará y mejorará su calidad de vida durante el tratamiento.

Consulte a su médico si presenta alguno de estos síntomas con frecuencia:

- Desesperanza.
- Tristeza excesiva.
- Pérdida de interés por las actividades habituales.
- Deseo constante de aislarse socialmente.
- Alteraciones del sueño.

- Irritabilidad.
- Falta de interés sexual.
- Abuso de drogas/alcohol.
- Sentimientos de culpa.

7.5 ¿PUEDO COMUNICAR Y COMPARTIR MI DIAGNÓSTICO CON OTRAS PERSONAS?

El tiempo que cada persona necesita para asimilar el diagnóstico es variable. El paciente puede pensar que las personas que le rodean son quizás demasiado mayores, demasiado jóvenes o demasiado frágiles emocionalmente para comunicarles el diagnóstico. Pero lo cierto es que las personas, por lo general, son tremendamente resistentes ante estas situaciones.

Es importante que comparta su diagnóstico cuando se sienta seguro y preparado para ello.

7.6 ¿SIENTE MIEDO O DIFICULTAD AL HABLAR DE SU ENFERMEDAD?

Inicialmente, no siempre es fácil comunicar sentimientos, miedos y temores acerca de la enfermedad ya que hay personas que no están suficientemente preparadas para afrontar la situación y algunas de las preguntas que formula el paciente puede entristecer o malhumorar a sus familiares o amistades, esencialmente porque tienen miedo de aconsejarle mal o no saben qué responder. Si esto ocurre es aconsejable que el paciente busque a profesionales especializados en el tema para que le ayuden.

- Comparta sus sentimientos con otras personas. No intente llevar sólo y en silencio su enfermedad.
- Una vez que su familia o amigos se percaten de que usted es capaz de hablar sobre su enfermedad, podrán ayudarle mejor.
- Compartiendo sus sentimientos encontrará más fácil la toma de decisiones y se sentirá mejor.

- Familiares y amigos se sentirán útiles y satisfechos de poder ofrecer su ayuda y su cariño.
- Los familiares y amigos también están preocupados; necesitan comunicarse y sentirse útiles.

7.7 ¿CÓMO PUEDEN REACCIONAR LA FAMILIA Y AMIGOS ANTE EL DIAGNÓSTICO?

No solo el paciente acusa cambios físicos y psíquicos. También la familia sufre una serie de alteraciones psicológicas que pueden dar lugar a una crisis emocional ante la enfermedad y la adaptación a los cambios en la estructura y funcionamiento familiar.

Cada uno de los miembros de la familia puede reaccionar de forma diferente, mostrando rabia, cansancio, nerviosismo ante un futuro incierto o miedo de que sus vidas cambien.

En algunos casos es frecuente la sobreprotección hacia el paciente (o viceversa, lo mismo por parte del paciente hacia la familia) evitando hablar de noticias desagradables o esquivando el tema. Esta sobreprotección, aun siendo comprensible, impide el proceso de adaptación a la enfermedad.

Otro tipo de sobreprotección por parte de la familia es la que impide que el enfermo realice tareas que puede llevar a cabo, haciéndole sentir como un ser inútil. Cuando las diversas situaciones o reacciones ponen nervioso o molestan a algún miembro de la familia es aconsejable que lo comuniquen: esto es mejor que guardarlo para sí.

Es conveniente intentar mantener las rutinas familiares.

Bien es cierto que, en ocasiones, algún familiar debe desempeñar algunas de las tareas que anteriormente realizaba el paciente. Sin embargo, si se prevén cambios, es muy aconsejable que el paciente y los miembros de la familia hablen claramente para poder organizarse y colaborar a la vez.

En caso de duda o de necesitar ayuda, hable con su médico, él le orientará y ayudará de la forma que crea más oportuna.

Preguntas formuladas con frecuencia por la familia al médico

- ¿Qué es el cáncer?
- ¿Qué clase de cáncer es?
- ¿Se pondrá bien?
- ¿Cuánto durará el tratamiento?
- ¿El tratamiento va a cambiar su semblante?
- ¿Cómo se encontrará cuando comience el tratamiento?
- ¿Puedo hacerle una visita mientras se le administra el tratamiento?
- ¿Vendrá a casa?
- ¿Podrá comer la misma comida que el resto de la familia?
- ¿Podrá ir a trabajar?
- ¿Cómo puedo ayudar?

7.8 ¿CÓMO PUEDO HABLAR DE LA ENFERMEDAD CON MIS HIJOS?

Los niños son muy sensibles a los cambios de las rutinas familiares y detectan rápidamente que algo está ocurriendo. Por tanto, es conveniente comunicarse con ellos. Si sienten que se les está ocultando un problema, existe la posibilidad de que se imaginen una situación errónea, incluso peor de la real, lo cual les sería perjudicial.

Si el paciente no se ve con ánimo de comunicarse con los niños, lo puede hacer un familiar o una persona muy cercana a ellos. El objetivo es que el niño pregunte, pueda expresar sus sentimientos y obtenga respuestas claras y coherentes. Recuerde que la edad de sus hijos es importante a la hora de comunicarse con ellos.

La cantidad de información y la manera de comunicarla va marcada por el momento evolutivo en el que se encuentra el niño, ya que el concepto de enfermedad no es el mismo a los 4 que a los 10 años.

Es importante que los niños sepan desde el comienzo que el cáncer no es contagioso. Además algunos niños, en su imaginación, se sienten culpables de la enfermedad de su progenitor (pueden haber oído en boca de algún adulto en algún lugar o momento, frases tales como: “me pones enferma con tu comportamiento”, “me vas a matar con tanta desobediencia”, o similares). Estos sentimientos de culpabilidad deben ser tratados inmediatamente para evitar futuros problemas emocionales.

- Comuníquese con los niños. El sentimiento que pueden tener de que se les está ocultando un problema crea en su imaginación una situación errónea e incluso mucho más problemática de lo que pudiera ser realmente.
- Si el paciente no se ve capaz, es mejor que sea un familiar, o una persona muy cercana a los niños, quien se comunique con ellos.
- Es importante tener en cuenta la edad de sus hijos para saber cómo comunicarse con ellos.

7.9 ¿CÓMO PUEDEN REACCIONAR LOS NIÑOS A DIFERENTES EDADES?

La reacción del niño ante el diagnóstico de un ser querido puede incluir algunas reacciones similares a las que tenemos los adultos (negación, miedo, rabia etc.); sin embargo, la manera de reaccionar de los niños esta en cierto grado influenciada por cómo los padres, o adultos más allegados, reaccionan ante la situación. No obstante, sus reacciones dependen de su edad.

Qué explicar a los niños

- Explicarles que el cáncer no es contagioso.
- Animarles a que hagan preguntas.
- Hablarles honestamente lo antes posible después del diagnóstico.

- No mentirles nunca.
- Limitar las explicaciones a lo que pregunten o a lo que deban saber, sin dar explicaciones largas ni complicadas.
- Prepararlos para los cambios físicos del paciente.
- Asegurarles que no son culpables de la enfermedad del familiar.

7.9.1 EDAD PREESCOLAR

Este período se caracteriza por el pensamiento mágico (creencia en los poderes mágicos: lo que ellos piensan se puede convertir en realidad).

Suelen tener miedo a separarse de los padres, a la soledad y a las personas que no le son familiares.

Pueden sentirse culpables de la enfermedad del familiar por algo que hicieron mal.

Algunas recomendaciones

- Si va a ingresar en el hospital, dígame que se acordará mucho de él y que regresará pronto del hospital.
- Ofrézcale explicaciones puntuales concisas y breves.
- Prepárelo para futuros cambios físicos.
- Infórmele de cambios en las rutinas familiares, por ejemplo: “Vendrá tu abuela unos días a vivir a casa mientras estoy en el hospital”.

7.9.2 NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 6 Y 11 AÑOS

En este período de edad, muchos niños tienen unos conocimientos básicos de las partes del cuerpo y de sus funciones, por lo que fácilmente pueden entender una explicación sencilla de lo que es el cáncer y como afecta al organismo.

- Necesitan saber que el tratamiento que está recibiendo la persona es para curar el cáncer.
- Desean saber cómo afectará el tratamiento y porqué se lo dan.

- Quieren saber por qué se toman medicinas por un tiempo largo y porqué hay que ir muy frecuentemente al hospital.
- Pueden manifestar preocupación por la salud de los padres.
- Pueden mostrar malestar manifestando problemas con la alimentación, la escuela, el sueño, las relaciones con otros niños u otro tipo de problemas.

Algunas recomendaciones

- Infórmele de los posibles cambios físicos (caída de cabello, decaimiento, náuseas etc.) producidos por el tratamiento.
- Especifíquele claramente cuándo necesita de su colaboración.
- Pregúntele si tiene dudas o necesita alguna aclaración.
- Esté atento a los cambios de comportamiento del niño.

7.9.3 ADOLESCENCIA

Esta es una etapa difícil porque suelen tener dificultades para mostrar sus emociones ya que piensan que son mayores y creen que mostrarlas es cosa de niños.

- Les puede costar expresar verbalmente sus preocupaciones, o pedir ayuda.
- A veces su comportamiento es de difícil aceptación y manejo por parte de los adultos.
- Necesitan explicaciones concisas de cómo afecta el tratamiento.
- Necesitan ser tratados como adultos, pero continúan necesitando pautas, normas y seguridad.

Algunas recomendaciones

- Anime a su hijo a compartir sus sentimientos con usted.
- Explíquele que también los adultos expresan sus miedos y preocupaciones y que ello es una manera positiva de lidiar con situaciones estresantes.

- Esta edad se caracteriza por la influencia de los compañeros y amigos: es muy posible que obtenga información a través de ellos o por Internet.
- Explíquele cómo encontrar información fiable en Internet ya que puede obtener información no actualizada o sin base científica.
- Dígale que le gustará mucho hablar en el momento que quiera, para explicarle lo que necesite saber, así como comentar si tiene alguna duda o preocupación sobre algo que le hayan comentado amigos o sobre información obtenida en Internet.
- Si los problemas de comunicación persisten dentro del ámbito familiar, ofrézcale la posibilidad de que hable con algún familiar cercano o un buen amigo de los padres.

7.10 ¿QUÉ HACER PARA AYUDAR A LOS NIÑOS?

Una vez explicado el diagnóstico y siempre teniendo en cuenta los puntos tratados anteriormente es importante que intente mantener contacto con sus hijos mientras se encuentre en el hospital. En su imaginación pueden creer que Vd. no quiere ir a casa y sentirse como abandonados; o tener sentimientos de culpabilidad pensando que han hecho algo mal.

El hecho de ir de visita al hospital les tranquilizará, porque verán que Vd. recibe los cuidados necesarios. No obstante, preparen al niño antes de la visita y planifique el día que a Vd. le vaya bien; es preferible que no coincida con los días en que recibe tratamientos que le producen malestar (quimioterapia y/o radioterapia).

Cuando los niños vayan a visitarle, procure tener cerca, en algún momento, una enfermera que pueda contestar a las preguntas de los niños en relación al material o procedimientos que se llevan a cabo. Ellas les tranquilizarán y serán de una gran ayuda.

- Ofrézcale la información poco a poco, no de golpe.
- Aprenda a contestar “no lo sé” a preguntas para las que Ud. No tiene respuesta.

- Exprésele que lo quiere.
- No prometa aquello que no pueda cumplir.

Recuerde que una de las cualidades que tienen los niños es la curiosidad. En ocasiones quieren ver la alopecia (o calvicie) producida por la quimioterapia o bien tocar una cicatriz de una mastectomía. Esta curiosidad debe ser satisfecha en la medida de lo posible porque les ayudará a enfrentarse a la situación. Y nunca hay que mentirles: con ello sólo conseguiría incrementar su inseguridad y desconfianza.

- Deje que sus hijos participen en pequeñas tareas caseras pero no le dé más responsabilidad de la cuenta, ya que necesitan tiempo para estudiar, jugar y descansar.
- Intente mantener al máximo las rutinas diarias que tenía antes y evite que los niños duerman fuera de casa.
- Siga de cerca la evolución del niño en la escuela.
- Si su hijo no quiere hablar con Vd. sobre la enfermedad, es posible que tenga miedo a preocuparle. Si nota que su hijo está preocupado, que no expresa sus sentimientos o que su comportamiento cambia (agresivo, irritable, etc.) piense que puede necesitar ayuda; no dude en consultárselo a su enfermera, médico o psicooncólogo.
- Recuerde que el cáncer es una enfermedad estresante para el paciente y para la familia y que tiene todo un equipo de profesionales que quiere y puede ayudarle tanto a Vd. como a su familia.

7.11 ¿ES IMPORTANTE QUE ESTÉN INFORMADOS EN LA ESCUELA?

Cada familia tiene sus ideas sobre la conveniencia o no de comunicar la enfermedad del paciente. Por lo general, se procura que los niños lleven una vida lo más normal posible. Si ustedes ven que su hijo no tiene problemas, que hay una buena comunicación en la familia, buena aceptación del diagnóstico y tratamiento, que las rutinas diarias continúan sin alteración, es probable que no surjan problemas.

Sin embargo no está demás hablar con el profesor o tutor del niño porque así estará informado de la situación por la que está pasando el niño y le permitirá, llegado el caso, prevenir y detectar a tiempo cualquier cambio que el niño manifieste en la escuela y actuar en consecuencia. Algunos niños pueden manifestar problemas de concentración, de comportamiento, somatizar (dolores abdominales, de cabeza, etc.) o simplemente bajar el rendimiento escolar. No hace falta explicar la enfermedad ni los tratamientos detalladamente; basta simplemente con dar la información justa y necesaria para que entiendan la situación por la que está pasando el niño y la familia.

7.12 EFECTO DE LA QUIMIOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA EN EL ESTADO DE ÁNIMO

De la misma manera que aparecen efectos secundarios en el organismo, también se pueden sufrir cambios en el estado de ánimo mientras se recibe el tratamiento. Tener miedo, sentirse angustiado o deprimido es bastante habitual, entre otras cosas por los cambios en las actividades diarias: es muy posible que se tengan que adaptar los horarios a las sesiones programadas por el médico

Durante el tiempo que dura el tratamiento es bueno consultar con el médico todas las dudas que se puedan presentar: si el tratamiento está siendo eficaz, cómo se puede aliviar la angustia o el temor, etc. El paciente debe saber que no está solo y que existen personas en la misma situación que han superado problemas semejantes.

7.12.1 LOS VÓMITOS Y LAS NÁUSEAS

Vómito: Es la expulsión violenta del contenido del estómago a través de la boca, tanto si se acompaña de náuseas como si no.

Náusea: Es una sensación desagradable, asociada con la parte superior del tracto intestinal que frecuentemente precede o acompaña a los impulsos del vómito.

Las náuseas y los vómitos suelen ser efectos secundarios de la quimioterapia o radioterapia. Debido a que no todas las personas reaccionan igual ante estos tratamientos hay que decir que algunos pacientes no sufren estos efectos

secundarios. Si el paciente padece vómitos o mareos debe comunicarlo al médico, quien le informará sobre medicamentos útiles.

Cuando aparecen las náuseas, los vómitos o ambos, momentos antes de ir al hospital, de visitar al médico o de recibir el tratamiento es muy posible que el paciente padezca de lo que se denomina “náuseas y vómitos anticipatorios”. Si esto ocurre, se debe comentar el hecho con el médico.

Sugerencias para quienes tienen náuseas y vómitos

- Consulte a su médico.
- Descanse lo suficiente.
- Utilice las técnicas de relajación.
- Trate de entretenerse (con la radio o TV, haga labores, puzzles, etc.).
- Evite situaciones que le produzcan excitación innecesaria.
- No vista ropas apretadas.

7.12.2 LA FATIGA

La fatiga es un síntoma común en muchos pacientes diagnosticados de cáncer y al igual que ocurre con el dolor, es difícil de cuantificar. Puede estar causada por diferentes factores: la propia enfermedad, los tratamientos (quimioterapia, radioterapia), la inactividad, las alteraciones del sueño, factores psicológicos, nutrición, etc.

Sus manifestaciones pueden ser de naturaleza física, mental o emocional y los pacientes suelen describirla como una sensación de cansancio, pesadez, debilidad, agotamiento, falta de energía, dificultad para realizar las tareas diarias, etc. A pesar de ser un síntoma frecuente para el que existe tratamiento, muchos pacientes no lo comunican a su médico por creer que es normal experimentarlo durante el curso de la enfermedad. Nada más lejos de la realidad: el convivir con la fatiga le va a impedir el poder llevar una vida normal, dificultando las actividades diarias, el mantener

relaciones sociales y además puede incluso interferir en el proceso normal del tratamiento médico. En definitiva, le va a afectar su calidad de vida.

Además de los tratamientos farmacológicos, las dietas y los ejercicios, ciertos cambios en el estilo de vida le ayudarán a aliviar la fatiga.

7.12.2.1 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA FATIGA

Si tiene fatiga es muy posible que su autoestima se resienta al verse impotente para realizar las tareas que antes hacía. Del mismo modo, puede tener dificultad para concentrarse o para sentir interés por lo que le rodea.

El tratamiento de la fatiga reducirá el riesgo de que aparezca una depresión. Aunque la ansiedad y depresión son trastornos psicológicos que habitualmente se acompañan de fatiga, es importante saber, sin embargo, que fatiga no es sinónimo de depresión: una persona puede estar fatigada y no deprimida.

La inactividad y los trastornos de sueño, también van a influir negativamente en este síntoma. Una vida ordenada, con buenos hábitos, le ayudará a prevenir la fatiga y le ayudará a disfrutar de una mejor calidad de vida.

7.12.2.2 QUÉ HACER SI TIENE FATIGA

Si tiene fatiga no dude en comunicarlo a su médico o enfermera: ellos le ofrecerán las pautas o los tratamientos que consideren oportunos y le indicarán si necesita apoyo psicológico.

Es importante que aprenda a conservar energía. A continuación se exponen algunas sugerencias que le ayudarán a minimizar los efectos de la fatiga:

- El descanso es importante, pero recuerde que si no mantiene una cierta actividad, su nivel de energía disminuirá. Si Ud. duerme mucho durante el día, posiblemente se sentirá más cansado.
- Tómese períodos cortos de descanso durante el día, no largas siestas.
- Planifíquese el día.
- No intente hacer más cosas de la que puede.

- Pida ayuda, si tiene que cargar con paquetes de la compra.
- Haga partícipes a los miembros de su familia en las tareas de la casa.
- Mantenga unas rutinas a la hora de dormir. Descansar bien por las noches es muy importante, en caso contrario comuníquese a su médico.
- Salga a visitar a amigos.
- Cocine comidas fáciles.
- Salga de paseo cada día un rato.
- Déjese ayudar y delegue en otros.
- Trate de escuchar música o de realizar actividades que le gustan.
- Programe actividades importantes para usted, en horas sin fatiga.
- No realice aquellas actividades que le producen tensión.
- Realice ejercicios de relajación.
- Acuda a un profesional que le pueda ayudar a mejorar los estilos de vida.

7.13 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

Para tener una buena comunicación es necesario estar en un estado receptivo, es decir, estar dispuesto no solamente a ser escuchado, sino a escuchar. Además de la palabra hablada y escrita nos comunicamos a través de los gestos, de la postura física, del tono de voz, o de los momentos que elegimos para hablar. Usted y su pareja tienen que ser un gran equipo.

Recuerde que su pareja también sufre y puede experimentar entre otras cosas, miedo, rabia, negación, ansiedad ante el futuro etc.

Una buena y eficiente comunicación entre ambos va a ser elemento clave para mejorar sus relaciones y calidad de vida. Al compartir honestamente sus pensamientos y sentimientos les ayudará a mejorar su relación de pareja.

Hay ocasiones en las que una persona necesita tomarse un tiempo para procesar sus preocupaciones y sentimientos a su manera y prefiere no comunicarse en ese momento: respételo y pregúntele si quiere hablar en otro momento. Y si se siente más cómoda/o hablando con otra persona o profesional, respételo también. Algunas veces la mejor forma de comunicarse es simplemente escuchando: escuchar es también una forma de mostrar que estamos a su lado.

Es importante lograr una comunicación sobre ciertas decisiones que afectan la vida de ambos:

- ¿Qué tareas familiares podemos compartir?
- ¿Qué tareas son más difíciles y cuáles son más sencillas?
- ¿Qué necesita cada uno del otro?
- ¿Cómo pueden recibir ayuda de otras personas?
- ¿Cómo pueden ayudar a los hijos?

Ahora es el mejor momento para compartir tareas y planificar.

Los beneficios de una buena comunicación son claros: se recibe y se ofrece apoyo, se aprende a solucionar problemas, se clarifican malentendidos, se solucionan problemas relacionados con la intimidad o la sexualidad, se fortalecen los vínculos y aumenta la amistad.

Algunas sugerencias para lograr una buena comunicación

- Busquen un lugar y momento tranquilos.
- Pregunten a su pareja qué cosas le preocupan.
- Evite los sarcasmos, críticas negativas y reproches.
- Céntrese en el presente, procure evitar hablar del pasado.
- No asuma conocer los sentimientos de su pareja: dele la oportunidad para que él/ella los exprese.

- No intenten solucionar varios problemas a la vez.
- Si la comunicación cara a cara no funciona, intenten hacerlo por carta.
- Exprese sus sentimientos de forma que su pareja los entienda: ocultarle sus preocupaciones o miedos puede producirle sentimientos de soledad.
- Intenten no interrumpirse mutuamente.
- No teman expresar la necesidad que tienen de ayudarse mutuamente.
- Elaboren una agenda conjunta en la que incluyan: datos médicos, visitas al hospital, días de tratamiento etc.
- Hablen con honestidad y con respeto.

7.13.1 AFECTIVIDAD

Tanto si es el hombre como la mujer quien tiene cáncer, es frecuente que ambos experimenten en algún momento problemas de depresión, cambios de humor, mayor irritabilidad y menor capacidad de soportar las contrariedades, todo lo cual dificulta la mutua expresión de su afectividad. Igualmente suelen experimentar pérdida de libido, dificultad para hacer el amor o alcanzar el orgasmo, a veces incluso coito doloroso...

La forma de superar estas situaciones dependerá de cada pareja, de sus actitudes y de las actitudes que mantenían antes del diagnóstico de la enfermedad: no es una excepción que la enfermedad sea un estímulo para un mayor acercamiento afectivo de la pareja.

En la afectividad de la pareja existe el mito de que la relación de pareja se limita al coito y que la afectividad mutua será mayor cuanto más satisfactorio sea el coito. Es cierto que mantener o incrementar la afectividad mutua cuando la libido disminuye requiere un cierto grado de madurez personal; pero no es menos cierto que cuando una pareja se manifiesta un recíproco respeto, se expresan mutua comprensión por la situación por la que ambos pasan, mutuo aprecio por la forma de sobrellevar los problemas e incluso se agradecen el mutuo apoyo recibido, el aprecio y estima recíprocos se incrementa y con ello resulta más fácil darse mutuamente muestras de

afectividadas distintas del coito pero que resultan, sin embargo, plenamente satisfactorias.

En la mujer, la modificación de su imagen corporal (mastectomía, pérdida de cabello...) hace que se sienta menos atractiva y facilita el que disminuya su autoestima. Si el varón es capaz de comprender esta situación y prestar su apoyo, será de gran ayuda para su pareja.

En el varón, la posible modificación en su capacidad de erección y eyaculación afecta también su autoestima. En este caso es la comprensión de la mujer lo que resultará de gran apoyo para el varón.

Las exigencias mutuas que no tomen en consideración las situaciones personales no harán sino enturbiar la relación de pareja.

7.13.2 SEXUALIDAD

Muchas personas diagnosticadas de cáncer se preguntan en algún momento de su enfermedad hasta qué punto ella influirá en la sexualidad. Es difícil predecirlo pero se debe tener en cuenta que los sentimientos juegan un papel importante en el comportamiento sexual.

No debemos olvidar que en la sexualidad están implicados diversos factores: biológicos, psicológicos y de conducta; por lo tanto cada persona va a definir su sexualidad según su edad, actitudes, creencias religiosas y bagaje cultural.

La comunicación con su pareja es importantísima: el simple hecho de comunicarle que siente menos interés por la actividad sexual debido a la enfermedad, hará que su pareja sepa cómo se siente y lo agradecerá, ya que de otra manera podría sentirse rechazado y culpable.

7.13.2.1 Factores que suelen afectar a la sexualidad

Síntomas de la propia enfermedad

- Anorexia
- Anemia

- Fatiga

Tratamientos

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Cirugía

Factores psicológicos y culturales

- Creencias
- Impacto emocional de la enfermedad
- Motivaciones
- Capacidad para afrontar dificultades

La noticia del diagnóstico de cáncer tal como se ha mencionado en capítulos anteriores causa diversas reacciones emocionales y es muy posible que el simple hecho de tener miedo, dolor o rabia, bloqueen el deseo sexual.

En algunos tipos de cáncer, o en sus tratamientos, hay una disminución de la libido y en el caso de los hombres, una disminución eréctil y de la fertilidad.

En el caso de la cirugía mutilante (mastectomía en la mujer o extirpación de testículo en el varón) el cambio de imagen corporal es importante y ambos van a necesitar un tiempo para adaptarse a la nueva situación.

Sin embargo, la experiencia indica que a pesar de los cambios corporales, no es extraño que las personas vuelvan a tener una vida sexual activa, dado que los cambios en el deseo sexual no son necesariamente permanentes y pueden volver a la normalidad una vez finalizado el tratamiento.

Recuerde que la sexualidad, un factor importante en la calidad de vida, se mantiene presente y se expresa también en el deseo de proximidad y de simple contacto físico.

Muchas personas suelen tener dificultad para hacer preguntas sobre este tema; no dude en hablarlo con su médico el aconsejará o le derivará a un especialista para que le ayude a usted y/o a su pareja.

Algunas sugerencias para facilitar la expresión de la sexualidad

- Comuníquese con su pareja y explíquele cómo se siente.
- Pídale que le acaricie su cuerpo y aquellas zonas que le producen placer.
- Cuando sea preciso, utilice abundante lubricante no perfumado de base acuosa (la vaselina o lubricantes de base oleosa no son aconsejables).
- Experimente sin temor con su pareja que tipo de estimulación le excita más.
- Si tiene fatiga (cansancio permanente) intente hacer el amor cambiando de posición.
- Prescinda de la creencia de que el mejor coito es el que más dura: en caso de tener fatiga probablemente serán más satisfactorios los coitos más cortos.

Preguntas que suelen formularse al médico

- ¿Tendrán los tratamientos algún efecto en la actividad sexual?
- ¿Puede afectar el tratamiento a mis hormonas?
- ¿Cuándo podré volver a tener relaciones sexuales?
- ¿Qué métodos anticonceptivos puedo utilizar?
- ¿Hay algún profesional que me pueda ayudar?
- ¿Dónde puedo encontrar un especialista en sexología?
- ¿Podré tener hijos? ¿Cuándo?

7.14 ¿CÓMO SE PUEDE ALIVIAR EL DOLOR Y EL ESTRÉS?

7.14.1 EL DOLOR

El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que impide que la persona tenga una buena calidad de vida. La mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer tienen miedo a sufrirlo y siendo ello comprensible, hay que señalar que no todos los tipos de cáncer producen dolor.

En el caso de que haya dolor durante la enfermedad, éste puede ser causado por la propia enfermedad o ser un efecto secundario al tratamiento. Otras veces no estará relacionado ni con la propia enfermedad ni con el tratamiento.

El dolor puede ser constante o intermitente y variable en intensidad. En la percepción del dolor influyen muchos factores: la actividad neurosensorial alterada y otros factores orgánicos, las influencias culturales, la edad, el sexo, el estado de ánimo, el estrés, el nivel de actividad así como la utilización de tratamientos o técnicas para paliar el dolor.

- Gracias a los avances de la medicina existen tratamientos y técnicas eficaces para tratar y aliviar el dolor en la mayoría de los pacientes.
- En el caso de que Vd. tenga dolor, su médico le indicará el tratamiento que considere más apropiado

7.14.1.1 ¿QUÉ OCURRE SI NO SE TRATA EL DOLOR?

Si no se trata el dolor, aparte de que el paciente sufrirá, es muy posible que tenga trastornos como:

- Síntomas depresivos o depresión.
- Sensación de inutilidad y ansiedad.
- Incapacidad para concentrarse.
- Alteración del apetito.
- Alteración del sueño.

- Disminución de la actividad.
- Pocas ganas de continuar los tratamientos, etc.

En la mayoría de los casos el dolor puede aliviarse y estos síntomas desaparecerán con el tratamiento que el médico considere oportuno, con el apoyo del equipo sanitario y con el de la familia del paciente.

7.14.1.2 LA EQUIVOCACIÓN DE NO COMUNICAR EL DOLOR

A veces los propios pacientes cometen el error de no comunicar su dolor al médico por miedo a pensar que la medicación le va a crear adicción, por temor a los efectos secundarios o por creer que ya es normal el tener dolor.

Si tiene dolor **COMUNÍQUELO**:

- No tenga miedo de pensar que molesta a su médico o enfermera.
- El dolor puede ser síntoma de que hay un problema.
- El médico y enfermera desean saber si tiene dolor.
- No asuma que no necesita más medicación por creer que Vd. controla la situación.
- Su médico no puede saber si algo le duele, a menos que usted se lo diga.

7.14.1.3 ¿CÓMO COMUNICAR A SU MÉDICO EL GRADO DE DOLOR QUE TIENE?

Como se ha explicado anteriormente el grado de dolor que experimenta cada persona es diferente, algunos pacientes pueden especificar donde tienen dolor así como la intensidad, a otros les cuesta expresarlo verbalmente y no encuentran la forma de decirlo. Para poder aliviarle mejor, resulta útil al médico, enfermera o facultativo, conocer la intensidad con la que usted siente el dolor. Para ello, puede utilizar esta escala para representar el grado de dolor que siente del 0 al 10 siendo el 0 ausencia de dolor y el 10 un dolor insoportable.

Si el paciente tiene dudas sobre el tratamiento y quiere tener más información, no debe tener reparo alguno en preguntar a su médico: éste le informará y le tranquilizará. Todo ello le ayudará a sentirse mejor, a estar más seguro, a colaborar más y a dominar y superar mejor la situación.

- ¿Qué otras opciones hay para tratar el dolor?
- Si no disminuye el dolor, ¿qué se puede hacer?
- ¿Tienen efectos secundarios estos medicamentos?
- ¿Qué puedo hacer para aliviar estos efectos secundarios?
- ¿Limitará mis actividades diarias (conducir, trabajar, salir a pasear, etc.) este medicamento contra el dolor?

7.14.1.4 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA AYUDA EMOCIONAL ANTE EL DOLOR?

Recibir apoyo emocional le servirá de ayuda al paciente para:

- Entender que sus cambios emocionales ante el dolor son normales.
- Entender que un efectivo tratamiento del dolor mejora su calidad de vida.
- Adquirir mecanismos para gobernar las respuestas emocionales y aumentar su control personal.
- Adquirir habilidades sobre el uso de técnicas para aliviar el dolor (técnicas de relajación, etc.).
- Comprender que todo un equipo de profesionales actuará y orientará tanto al paciente como a la familia ante la presencia del dolor.

7.14.1.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS QUE LE PUEDEN AYUDAR A ALIVIAR EL ESTRÉS Y EL DOLOR

Estas técnicas que se comentan a continuación NO sustituyen la medicación que el médico le ha prescrito.

Aunque muchas personas diagnosticadas de cáncer se han beneficiado de ellas y han experimentado alivio del dolor y disminución del estrés, sin embargo antes de realizarlas debe consultarlo con su médico.

Existe una variedad de métodos útiles para paliar el estrés que produce la enfermedad así como los efectos secundarios originados por el tratamiento.

El dolor, la tensión muscular y la ansiedad están relacionados entre sí y tienden a autoalimentarse entre ellos.

Las técnicas de relajación ayudan a romper este círculo vicioso y a la vez aumentan la confianza del paciente para enfrentarse a diversos procesos.

Se ha demostrado su eficacia en situaciones de estrés, dolor, cefaleas tensionales, migrañas y en la reducción de náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia. Dichas técnicas también pueden ayudar a conciliar el sueño, a reducir la ansiedad y a tener más energía.

Existen diferentes formas de practicar la relajación.

Normas generales para relajarse

- Elegir un lugar tranquilo, con temperatura agradable y sin distracciones.
- Sentirse cómodo a la hora de realizar los ejercicios.
- Vestir ropa cómoda, si es holgada mejor.
- No cruzar las piernas ni brazos.

Iniciar los ejercicios de una de las siguientes maneras:

- Cerrando los ojos y pensar en algo agradable.
- Fijando su mirada en un objeto.
- Concentrándose en su respiración por un minuto o dos.
 - Relajación muscular progresiva

La relajación muscular progresiva es una técnica que consta de una serie de ejercicios en los que el paciente contrae y relaja de forma alternante algunos grupos

musculares de su cuerpo. El objetivo es relajar los músculos que están en tensión y causan dolor y notar la diferencia entre tensión y relajación.

Esta técnica es fácil de entender y realizar. Un ejemplo sería: pedir al paciente que inicie una respiración lenta y profunda y que apriete los dedos de su mano por un segundo o dos hasta que se dé cuenta de la tensión que está ejerciendo y a continuación, el segundo paso: espirar y relajar los dedos y las manos.

- Visualización

La visualización es una combinación entre la relajación física y la mental. Consiste en la elaboración de escenas mentales agradables.

- Distracción

La distracción consiste en realizar cualquier actividad que entretenga al paciente (escuchar la radio, hacer punto, trabajos manuales, pintar, leer, etc.) y pueda ayudarle a no estar pensando continuamente en su dolor u otros problemas.

- Musicoterapia

La musicoterapia es otro método basado en la distracción. Los sonidos musicales producen una relajación física y emocional que ayuda a reducir la ansiedad, el dolor, el miedo, etc. La musicoterapia es parte integrante de las terapias multidisciplinarias que han demostrado indudables beneficios en el alivio del dolor, facilitación del sueño y mejora en la autoestima, entre otros.

- Hipnosis

La hipnosis está relacionada con la relajación y el autocontrol. Puede ser autoinducida o inducida por un profesional. Esta técnica está siendo utilizada por muchos pacientes ya que produce alivio ante la ansiedad o el dolor. Si el paciente está interesado, puede preguntar a su médico para que le dirija a una persona entrenada en esta técnica.

- Biofeedback

El biofeedback es una forma de control mental sobre el cuerpo que permite reducir la sensación de dolor, estrés, ansiedad. Este método puede usarse también para relajarse.

Su funcionamiento consiste en la conexión de electrodos a una máquina que mide el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la tensión muscular del paciente. Una vez registradas estas señales del cuerpo, el técnico entrenado en esta técnica le recomendará los ejercicios que crea conveniente.

- Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual está orientada a que el paciente aprenda nuevas habilidades para enfrentarse ante situaciones que le producen ansiedad, de tal modo que aumente la sensación de autocontrol. También se utiliza para limitar la experiencia del sufrimiento relacionado con el dolor.

Consejos generales que le ayudarán a estar más relajado

- Cuidese durante la enfermedad.
- Salga a pasear pero sin agotarse.
- El descanso es importante: si se siente cansado/a y le cuesta conciliar el sueño, pruebe alguna técnica de relajación y consulte con su médico.
- Si le ofrecen ayuda, acéptela, porque siempre hay personas dispuestas a ayudar y posiblemente usted no lo sabe.
- Aprenda a decir “no”. Si le cuesta decirlo, busque a una persona que lo diga por Ud.
- Mantenga sus actividades lúdicas, disfrute con aquellas cosas que le gustan.
- Intente salir cada día un rato, aunque sea por un corto período de tiempo.
- No intente abarcar todo, céntrese en aquellas cosas o actividades realmente importantes y necesarias.

- Relaciónese con aquellas personas con las que se encuentra a gusto, evite los compromisos que no le resulten gratos.

8. CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Son aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal. La OMS los define como "el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los pacientes".

8.1 OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: (OMS)

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

8.1.1 LA ENFERMERA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Según Virginia Henderson "el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz" El objetivo de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarle a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales. El International Council of Nurses en una Declaración de

posición adoptada en el año 2000 mantiene que “las enfermeras son miembros clave de los equipos

Pluridisciplinarios que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias” y “apoya a las enfermeras para que presten cuidados compasivos a las personas en la fase final de la vida, respeten las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo y aborden las necesidades de los miembros de las familias” además pide “la participación de las enfermeras en los debates, la política general y la legislación relacionados con los problemas de la muerte y los moribundos”.

Los elementos clave en el manejo de estos pacientes son: una valoración cuidadosa, la colaboración, la planificación de intervenciones, la evaluación y la modificación del plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería deben basarse en la respuesta del paciente a los síntomas físicos, psicológicos, sociales, funcionales y espirituales y en el significado que tienen para él.

El plan de acción básico será: Cumplimentación de los tratamientos médicos indicados, elaboración y realización del plan de cuidados generales y específicos, apoyo emocional, y educación del paciente y familia de cara a promover el autocuidado. “El objetivo de la educación no es solo dar información, se trata de apoyar a los pacientes y sus familias mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias en el autocuidado de la manera más eficaz”. La enfermera debe valorar e identificar las capacidades de los pacientes y sus familias y sus necesidades de aprendizaje, así como los factores ambientales que pueden interferir con su seguridad y bienestar.

Las áreas que se deben valorar son: nivel de preparación, motivación, experiencias pasadas, capacidad física e intelectual. Al igual que en el proceso de atención de enfermería, a la hora de hacer educación sanitaria debe hacerse una valoración integral, una planificación, una puesta en práctica y una evaluación. La enseñanza ha de ser progresiva y realista, adaptada a las necesidades de cada familia, se debe ir modificando según vayan apareciendo nuevas necesidades y adelantándose a los problemas comunes que pueden ir surgiendo, dejando claro en qué casos deben

avisarnos. Al planificar la educación la enfermera debe valorar las creencias y tradiciones familiares y tratar de incluirlas en el aprendizaje para mejorar el cumplimiento. Se deben establecer objetivos a corto plazo y realistas porque su consecución proporciona sensación de éxito y aumenta la autoconfianza; deben revisarse y modificarse con frecuencia. Hay que afrontar las necesidades educativas del cuidador principal que se centran en cómo afrontar las situaciones de la vida diaria, por lo que habrá que atender también sus deseos y necesidades, si queremos que el paciente reciba el cuidado apropiado. Para trabajar con estos enfermos las enfermeras deben estar preparadas y tener una formación adecuada. Los programas actuales, muchas veces no consiguen proporcionar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para un buen cuidado del paciente y familia. Algunos organismos internacionales propugnan reforzar la formación de los profesionales sanitarios en el ámbito de los cuidados paliativos como la OMS, o como la European Oncology Nursing Society que en el Programa “Europa contra el cáncer” propone una formación específica de tres años con dos núcleos temáticos:

- la muerte y el dolor y
- la comunicación entre la enfermera y el paciente.

8.1.2 LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

- AL PACIENTE:

El momento de comunicar a una persona un diagnóstico fatal es una difícil situación. No hay una forma única de hacerlo, y el profesional debe tener siempre presente los derechos del enfermo y respetarlos, y saber individualizar en cada caso. El paciente tiene derecho a saber la verdad, pero en ocasiones también a no saberla; en algunos países, sobre todo anglosajones, se tiende a decir toda la verdad, entre otras cosas para evitar responsabilidades legales; en cambio en otros países se tiende a ocultar el diagnóstico. Siempre hay que tener en cuenta si la persona quiere más información, qué es lo que quiere saber y si está preparada para recibirla. Se debe investigar mediante preguntas abiertas, todo lo que ya sabe, (incluido informaciones de otros profesionales), lo que piensa, o lo que le está preocupando en esos

momentos. Preparar previamente la situación; procurar estar en un ambiente agradable, sin interrupciones; utilizar un lenguaje sencillo, con palabras neutras que no tengan una connotación negativa; utilizar la comunicación no verbal para transmitir afectividad; verificar que entiende lo que se está diciendo, aguardar en silencio respetando el tiempo necesario para que reflexione; contestar las preguntas y ofrecer disponibilidad para todas las futuras dudas que van a ir surgiendo.

Hay que valorar el equilibrio psicológico del paciente y es útil para ello investigar reacciones previas ante situaciones difíciles. Puede que la información provoque un choque emocional; algunos factores de riesgo son: pacientes con depresiones severas o enfermedades mentales graves; dolor muy intenso; drogadicción; ancianos socialmente aislados; personas que rechazan los contactos sociales. En estos casos hay que ser muy prudentes y valorar que repercusión puede tener la información administrada. En cualquier caso la comunicación de la verdad debe darse de forma paulatina y continuada, respetando el ritmo individual. Hay que mantener siempre en el enfermo una esperanza realista, por ejemplo esperanza de disminuir los dolores, de ser bien cuidado, etc.

8.2. Estándares de calidad de la prestación de servicios de enfermería

Un estándar de Cuidados de enfermería ha sido definido como una exposición descriptiva de la calidad establecida, con la que se pueden evaluar los cuidados de enfermería prestados a un paciente. Por lo tanto un estándar es una pauta de actuación que se produce como resultado de la relación entre los criterios y las normas, y que es utilizado para evaluar la calidad de los métodos objetivos y actuación de enfermería. En síntesis, un estándar es un valor que toma un criterio que indica el límite que separa la calidad aceptable de la no aceptable.

8.2.1 El establecimiento de Estándares de Calidad se basa en estrategias fundamentales derivadas de 5 pilares

- Estandarización del cuidado

La Dirección de Enfermería lidera una visión única y transversal en la forma de brindar la atención, basada en la estandarización de los cuidados, bajo estrictos

protocolos de seguridad y calidad, y la unificación de los aspectos técnicos en manuales que definen todos los procedimientos que competen a la profesión. Todas estas normas, manuales y protocolos son ampliamente difundidos para asegurar su conocimiento y cumplimiento mediante la publicación centralizada en la Intranet Institucional.

- Seguridad en la atención

Enfermería cumple con los más estrictos estándares de seguridad en la atención de pacientes basados en recomendaciones internacionalmente validadas. Se han desarrollado e implementado diversos protocolos que incluyen todos los ámbitos de seguridad en el cuidado de paciente.

- Capacitación continúa

El arte del cuidado requiere del desarrollo de competencias generales y específicas, que la Dirección de Enfermería potencia mediante un programa formal de nivelación, capacitación y actualización continua.

- Mejoría continúa de la calidad

Un programa basado en una cultura de calidad, permite la detección precoz y el reporte de eventos o situaciones potenciales de perfeccionar. Mediante la investigación y análisis de casos se desarrollan programas de mejoría en una búsqueda permanente de la excelencia.

- Eficiencia en la asignación de recursos

La aplicación de un protocolo de categorización de pacientes transversal en la Institución permite una adecuada gestión de los recursos de Enfermería, otorgando las coberturas adecuadas a los requerimientos de cuidados de los pacientes atendidos en cada área del hospital.

Estos son los pilares fundamentales que soportan la estructura de los cuidados de enfermería general, dentro de la cual se enmarca la enfermería oncológica. Los estándares de Enfermería Oncológica por lo tanto, basan sus postulados en dichos estándares.

8.3 Implementación del programa de Educación Continua del personal de Enfermería:

Sin duda uno de los pilares fundamentales del programa de Calidad de una Institución es la formación y educación continua del personal, el que marca la diferencia entre la enfermería basada en la experiencia, a la enfermería basada en la evidencia y conocimientos científicamente comprobados, los que aseguran la calidad y disminuyen la variabilidad de la atención.

La educación continua ha sido objeto de múltiples definiciones, las cuales han sido consideradas desde distintos enfoques y contextos. Una de las definiciones que más se acerca a nuestra realidad es aquella que la describe como “el conjunto de experiencias formales e informales que siguen a la formación inicial o básica y que permiten al profesional mantener, aumentar y mejorar su competencia para que esta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades”.

La formación básica no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente, solo capacita en términos generales para iniciar el ejercicio profesional y aporta los cimientos para continuar la educación durante toda la vida profesional del individuo. Sin educación continua la competencia decrece progresivamente. Esto como resultado de varios factores:

- **Incongruencia:** Parte de la educación inicial ya no es congruente con los requerimientos de la práctica actual.
- **Experiencia:** Este agrega y consolida competencias pertinentes, pero también induce hábitos y prácticas de dudosa validez.
- **Memoria:** Hay una “tasa de olvido” que es inexorable y que tiende a disminuir las competencias pertinentes.
- **Cambios:** Hay nuevas tecnologías, cambios sociales, epidemiológicos, cambios de empleo, modificaciones en el ambiente de trabajo, etc.

Por las razones antes mencionadas es fundamental contar con un programa de educación continua, que sea revisado anualmente, y sea modificado según los

resultados de mediciones del programa de calidad del año anterior e indicadores de seguridad y calidad de Enfermería. Este debe considerar además la evaluación y formación en competencias específicas del personal que administrará medicamentos citostáticos y del personal que atiende al paciente bajo estos tratamientos, incluyendo medición formal de dichas competencias anualmente donde existen dos fases.

8.3.1 Primera fase

La fase inicial del programa de educación continua corresponde al proceso de orientación del trabajador que inicia sus labores en el departamento. Este proceso se ha dividido en tres rubros.

- **ORIENTACIÓN INSTITUCIONAL:**

En ella se dan a conocer la organización y estructura de la institución con sus respectivos cargos y funciones, se entregan normas, reglamentos, políticas, etc. que deberá cumplir y conocer cada funcionario.

- **ORIENTACIÓN DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Se entregan descripciones de la Estructura y Organización de la Dirección de Enfermería, organigrama, descripción de cargos, ubicación, servicios que presta y su relación con servicios de apoyo y otras Gerencias, se realiza refuerzo de estándares de calidad y seguridad de la atención entre otros.

- **ORIENTACIÓN DEPARTAMENTAL Y EN EL PUESTO DE TRABAJO:**

Orientación específica o departamental, que le permita al funcionario ir gradualmente incorporando todos los conocimientos que se espera que obtenga al término de este.

8.3.2 Segunda fase

Programa de educación continua:

Este programa se realiza de forma anual y su objetivo es mejorar la calidad de atención del paciente oncológico atendido en el Centro, aumentando la seguridad en el proceso de enfermería basado en las mejores prácticas y en evidencia científica

disponible. Para ello se desarrolla un programa progresivo y sistemático de formación y entrenamiento para personal de enfermería, que les permita adquirir y actualizar conocimientos y competencias en el manejo de pacientes adultos con patología hematológica y oncológica. Este programa es aplicado en base a módulos de formación, los cuales son evaluados y certificados a fin de que cada funcionario cuente con el registro de sus actividades de capacitación.

8. 4 Aplicación del programa de protección del personal

8.4.1 Protección del personal de salud:

Los trabajadores de la salud expuestos a manipulación medicamentos citostáticos deben ser controlados periódicamente (anualmente) por un organismo competente. La evaluación médica de citostáticos consta de la aplicación de una lista de chequeo de condiciones ambientales y prácticas laborales del área respectiva y de la aplicación de un examen médico.

8.4.2 Protocolo de protección del personal que manipula Citostáticos:

El manejo de estos medicamentos debe ser considerado potencialmente peligroso y, ya que hay una opinión unánime de que el riesgo es consecuencia de la exposición del manipulador al Citostático, deben establecerse normas de manejo de estos medicamentos cuya finalidad será la de evitar tal exposición. Con los actuales conocimientos sobre el tema, parece demostrado que el riesgo potencial para la salud del personal sanitario que está en contacto con compuestos citostáticos puede ser controlado eficazmente mediante una combinación de acciones y controles característicos de higiene industrial, técnicas y prendas de protección personal y prácticas de trabajo apropiadas. Es así que se han definido para este protocolo, todas las medidas de protección y de barrera para el personal que entra en contacto con medicamentos oncológicos o con residuos generados por el paciente en los procesos de eliminación.

8.5 Desarrollo de la práctica de Enfermería Oncológica Avanzada

En los últimos años se ha comenzado a incorporar ampliamente el concepto de práctica de enfermería avanzada tanto en países anglosajones como en América

Latina. Es así como podemos encontrar definiciones como la de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA 2004), que la describe como "la práctica de enfermeras oncológicas que proporcionan a través de su liderazgo las mejoras en los resultados de los pacientes con cáncer y sus familias, mediante el aumento de acceso a la salud, la promoción de la excelencia clínica, mejoras en la calidad de vida de los pacientes, la documentación de los resultados del paciente, y el aumento de la relación costo-efectividad de la atención y las describe como "enfermeras que han adquirido los conocimientos y habilidades especializadas para la atención de la salud".

La incorporación de Enfermeras que desarrollan la Enfermería Avanzada, trae sin duda, grandes avances. La adquisición de competencias especializadas en enfermería oncológica permite ofrecer continuidad en el cuidado, transversalidad y estandarización de la atención del paciente. Esto se lleva a cabo a través de la coordinación de todo el proceso de atención desde el ingreso del paciente al sistema, la educación al paciente y su familia, respecto de cada una de las fases por las cuales deberá transitar, el contacto con los distintos actores, el acceso a las distintas instancias. Todo esto, hace de las enfermeras avanzadas, un interlocutor válido, a cargo del cuidado, independiente de la etapa de la enfermedad, del tipo tratamiento y de la necesidad de reevaluaciones, entre otros.

8.6 Enfermería oncológica

La práctica de la enfermería oncológica como la prestación de servicios de enfermeras(os) profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, la enfermera oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente.

Como hemos mencionado anteriormente, el desarrollo de una Enfermería con visión de futuro debe traspasar también a la enfermería oncológica, estableciéndose un

nuevo y gran proyecto con una estructura integral, que no solo incluye al personal de Enfermería de primera línea en las áreas de atención hospitalizada y ambulatoria, sino que además debe incorporar el soporte y apoyo al paciente y su familia en todo momento, es decir, desde el diagnóstico hasta su salida del sistema, cualquiera sea la condición de esta salida. La inclusión de un equipo de Enfermería Oncológica Avanzada, del Equipo de prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, del Equipo de Prevención de Alto Riesgo, de Cuidados Paliativos y Dolor, de la Unidad de Apoyo al Paciente Oncológico, de Enfermería en Radioterapia y Registro de Tumores, entre otras, permite conocer a cabalidad la situación del paciente y su entorno e intervenir en las distintas etapas, brindándole así cuidados que se materializan a través del tiempo, en acciones coordinadas con un monitoreo efectivo, que ayude a alcanzar las metas que en conjunto se han propuesto.

8.6.1 Intervenciones de enfermería

Antes de comenzar debemos recordar que existe una norma que nos ayuda a implementar y para llevar a cabo la práctica de enfermería la cual es:

NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

El papel del enfermero en esta etapa será contener a quienes están cerca del enfermo.

- Mantener informada a la familia de la evolución de la enfermedad hacia la etapa final, sobre todo cuando el paciente está en el domicilio; de esta manera se evitará el ingreso innecesario al hospital por situaciones que puedan manejarse en el hogar.
- Intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo su colaboración en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.
- Brindar a la familia y amigos la oportunidad, si lo desean, de compartir sus emociones con el enfermo.

- Cuando el paciente esté inconsciente, animarlos a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándolos a hablarle con suavidad.
- Las reacciones emocionales de los familiares y amigos pueden ser muy variadas, según la madurez personal, las tradiciones, las costumbres y la cultura de referencia de cada uno de ellos. Respetar la libre manifestación de los sentimientos, aunque no sean consideradas conductas apropiadas (gritos y llantos excesivos, por ejemplo), permaneciendo a su lado para tranquilizarlos.
- Facilitar la presencia de la familia incluyendo a los niños, si así lo desean, entendiendo la situación que están atravesando y adaptando en lo posible las normas de la institución a sus necesidades (flexibilizar las horas de visita, posibilitar espacios para que puedan descansar, ofrecer sillones, etc.).
- Permitir que los familiares puedan participar en los cuidados para que, de esta manera, puedan sentirse más útiles.
- Algunos miembros de la familia, sobre todo los que llegan a última hora, pueden producir alguna situación de tensión con el equipo, debido a lo que ellos consideran demandas no satisfechas de cuidados. Estas actitudes deben entenderse como signos de estrés emocional. Adoptar una actitud amable y comprensiva, aunque a la vez de firmeza, ante los excesivos requerimientos.
- No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo, porque las vivencias previas entre ellos son desconocidas para los profesionales.
- Se cree que el tacto y el oído son los sentidos que se mantienen hasta la muerte, entonces aconsejar a la familia que sean prudentes en los comentarios delante del paciente.
- Si la familia insiste en la administración de sueros, indicarle que estos no son necesarios durante la etapa de agonía ya que pueden producir más problemas que beneficios (aumento de edemas, secreciones, etc.).
- Las preguntas que la familia suele hacer al equipo sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo, reflejan la angustia que padecen o los

deseos de que el paciente no sufra más. No deben ser juzgadas como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.

- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si se necesita algo. No es necesario decirles nada en especial, solo ofrecerles ayuda y facilitar que expresen su dolor si así lo desean.
- Si el paciente está en el domicilio, anticiparse a las necesidades, especialmente en el momento de la muerte, dejar instrucciones por escrito de cómo manejarse y a quién o dónde pueden llamar o dirigirse.
- Del tipo de relación establecida con la familia dependerá la eficacia de las medidas de apoyo dirigidas a ellos, para lo cual es indispensable crear un clima de confianza en fases previas.
- La información continua y asequible a los familiares es el elemento esencial que les permitirá afrontar con mayor serenidad el final, además de evitar demandas terapéuticas poco realistas al equipo (mayor intervención médica, administración de sueros, etc.).
- Quizás los familiares avisen al profesional de enfermería por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que es probable que antes no hayan vivido este tipo de experiencias ni hayan visto nunca morir a nadie. El desconocimiento del proceso les impulsará a preguntar sobre todo lo que esté ocurriendo para comprobar si es normal.
- La familia siempre recordará estos momentos, de ahí la importancia de la actitud del equipo profesional que rodea al paciente.
- El profesional de enfermería debe saber qué tratamiento médico tenía el paciente, y al comenzar la fase agónica debe revisar sus objetivos para adaptarlo a la situación final. Se suspenderán fármacos que no proporcionen un beneficio inmediato (antidepresivos, insulina, laxantes, antibióticos, etc.), se cambiará la vía de administración, si es necesario, pasando de la oral a la subcutánea.

8.6.2 Se tratarán los síntomas, como:

- El dolor:

El fármaco de elección es la morfina (nunca suspender los opioides, aunque el paciente entre en coma, hay que prevenir un posible descontrol del dolor).

- La disnea:

Con el objetivo de reducir en el paciente la percepción de falta de aire. El tratamiento de elección es la morfina, si existe ansiedad se asocian benzodiazepinas.

- Los estertores:

La respiración ruidosa por secreciones produce más ansiedad en la familia que en el propio paciente, ya que este puede no darse cuenta, por la disminución del nivel de conciencia. El tratamiento de elección son los anticolinérgicos (disminuyen la secreción salival) como la hioscina (Buscapina simple®). Para que sea efectivo el tratamiento se debe comenzar cuando se escuchan las primeras secreciones. Colocar al enfermo en decúbito lateral con la cabeza ligeramente hacia delante, para que la boca quede cerrada y no haga ruidos. La broncoaspiración no se debe utilizar, ya que es una medida muy traumática y molesta para el paciente.

- La confusión o agitación:

Produce un alto impacto en la familia. Como tratamiento se indica Haloperidol (si existe delirio o excitación) y Midazolam si hay inquietud o desasosiego.

8.6.3 Los cuidados de enfermería se basan fundamentalmente en la prevención de alguna lesión y son los siguientes:

- Evitar presiones prolongadas en las zonas de riesgo, utilizando dispositivos como coderas y taloneras de piel médica artificial (piel de cordero), almohadas o cuñas de goma espuma.
- No utilizar dispositivos tipo aro de goma, porque producen edema y congestión venosa y aumentan el riesgo de lesiones.
- Utilizar almohadas para permitir el máximo confort.

- Estimular al paciente a que pueda movilizarse, a que realice rutinas de ejercicios de acuerdo con sus posibilidades.
- Realizar movilización pasiva en pacientes con alteración de la movilidad, utilizando movimientos de flexión-extensión y abducción-aducción.
- Evitar la presión sobre trocánteres y utilizar almohadas para evitar el contacto entre las rodillas o tobillos.
- Rotación de posiciones para cambiar los puntos de apoyo cada dos horas, si fuera posible.
- Instalar colchón de aire.
- Mantener la piel limpia con baños diarios de agua templada y jabón neutro o de glicerina. Si la movilización durante la higiene causara dolor, administrar rescate analgésico una hora antes.
- Mantener la piel seca en pies y espacios interdigitales. El resto de la piel debe estar bien hidratada, usar cremas o lociones hidratantes ricas en vitamina A. Evitar cremas perfumadas porque irritan por su contenido de alcohol.
- La piel no debe estar en contacto directo con materiales impermeables como nylon, goma o hule, que impidan la circulación de aire y que no absorban la transpiración.
- Para disminuir la fricción e impermeabilizar la piel de las zonas de apoyo, utilizar aceites para bebé o aerosoles con silicona. No usar vaselina porque seca la piel.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y bien estirada, utilizar camisones abiertos, en lo posible sin botones, broches o cierres porque estos y los pliegues pueden lastimar la piel. Si el paciente está en su domicilio, verificar que los productos para el lavado de la ropa no sean irritantes.
- Realizar masajes para mejorar la circulación, no usar alcohol o talco porque resecan la piel, evitar zonas enrojecidas porque se puede dañar aún más la epidermis.
- Elevar las piernas para evitar o disminuir los edemas.

- Asegurar una adecuada temperatura ambiental. Las temperaturas elevadas favorecen la transpiración y aumentan el riesgo de maceración de la piel, y las temperaturas bajas producen vasoconstricción periférica.
- Si el paciente tiene tubos de drenaje o sondas, controlar su ubicación para evitar lesiones por decúbito.
- Mantener las uñas cortas en pacientes con alteración cognitiva.
- Prestar atención al uso de bolsas de hielo o agua caliente: ambas pueden producir quemaduras. No dejarlas más de 15-20 minutos por hora.
- Registrar el estado de la piel al ingreso institucional del paciente y consensuar el objetivo del tratamiento: si será curativo, de conservación del estado actual o de confort

8.6.4 Intervenciones de enfermería en el alivio del dolor

- Tener presente el concepto de dolor total cuando evalúa al paciente.
- Tratar de identificar la causa que provoca el dolor.
- Indagar si estuvo medicado previamente para ese dolor, con qué medicamento y si le sirvió.
- Evaluar la eficacia analgésica y si es necesario administrar dosis de rescate.
- Las dosis de rescate siempre son de liberación inmediata.
- Siempre indicar, junto a la dosis, la vía de administración del fármaco.
- Registrar los síntomas adversos que se presenten.
- Prevenir la constipación siempre.
- Para utilizar la vía oral, el paciente debe ingerir entre 1000 y 1500 ml de líquido por día como mínimo.
- Hablar con el paciente sobre su dolor y sobre los mitos acerca de los opioides.
- Hablar también con la familia de este tema.
- Proponerse objetivos realistas: en primer lugar, garantizar que el paciente pueda dormir sin dolor y luego, en lo posible, que esté de día sin dolor y pueda hacer alguna actividad y movimientos.

8.7 Intervención de enfermería con la familia del paciente

Para la familia es un gran impacto emocional ver que se acerca el final de la vida de su ser querido.

Revisemos algunos conceptos importantes en esta etapa:

- **Agonía**

Es el estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro general, con percepción de muerte inminente por parte del paciente, la familia y el equipo de profesionales sanitarios.

- **Encarnizamiento terapéutico**

La distanasia o encarnizamiento, es el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación.

- **Eutanasia**

Es la acción deliberada de provocar la muerte a un paciente para evitar su sufrimiento. Siempre se realiza ante el pedido del paciente. Por eso la eutanasia siempre es activa.

- **Adecuación del esfuerzo terapéutico**

Este concepto, mal denominado en ocasiones “limitación del esfuerzo terapéutico”, se refiere a la suspensión o no instalación de una medida considerada inútil por la evidencia científica existente, por ejemplo, no colocar un respirador a un paciente que no tiene posibilidades de sobrevivir con ese tratamiento.

8.7.1 La comunicación con el paciente y la familia

La palabra es una herramienta terapéutica fundamental.

Un adecuado manejo de la información y de la comunicación con el paciente y la familia, es la base fundamental de toda estrategia de cuidados paliativos.

Los objetivos del proceso de comunicación son:

- Permitir que los pacientes con cáncer avanzado y sus familias, tengan acceso a la información exacta, veraz, comprensible y adecuada.
- Lograr que sus necesidades de información sean cubiertas de una manera sensible y apropiada en tiempo y forma.
- Garantizar una comunicación fluida entre los distintos sectores del sistema de salud que intervengan en el cuidado de estos pacientes.

La comunicación consiste en pasar información de una persona a otra. Este proceso se completa cuando la información se transmite, se recibe y se entiende. Es por eso que es muy importante la posibilidad de corroborar la información recibida.

8.7.2 Intervenciones de enfermería en el proceso de comunicación

Corresponde al personal de enfermería:

- Dirigir la conversación hacia el paciente y la familia para detectar sus necesidades.
- Encontrar la manera adecuada de interrogar cuando es indispensable obtener información específica.
- Intentar comprender las percepciones del enfermo acerca de su enfermedad o de su situación.
- Estimular al enfermo a compartir sus sentimientos.
- Considerar edad, sexo, contexto cultural, experiencias vitales, actitudes y preferencias del paciente mientras planea cómo asistirlo.
- Escuchar atentamente e identificar los mensajes verbales y no verbales emitidos por el paciente.
- Observar los gestos, la expresión facial, la postura, el tono de voz de su interlocutor.
- Identificar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales en el enfermo y su familia.
- Desarrollar la intuición y escuchar lo que no se dice.

- Permitir períodos de silencio en una conversación, manteniéndose tranquilo.
- Alentar al paciente a expresar todo lo que piensa.
- Proporcionar retroalimentación y empatía.
- Ser capaz de guiar la interacción, de un nivel superficial a problemas más complejos.
- Respetar la confianza cuando recibe información confidencial.

8.7.3 enseñanza de enfermería en el autocuidado e incorporación del familiar

Es importante recordar que el sentido o el quehacer de la profesión de enfermería consisten en el cuidado de las personas, familias y comunidades. Para mantener la calidad de vida se debe identificar, disminuir o eliminar los riesgos de enfermar y ayudar a las personas a recuperar la capacidad de autocuidado, con el uso adecuado del conocimiento y las habilidades técnicas, para que dicho cuidado sea administrado con calidad en pro de su mejoramiento continuo.

Para definir lo que es el auto-cuidado, se toma la teoría de Dorothea Orem la cual es una teoría general de enfermería cuyo eje principal es el auto-cuidado, que a su vez se dividen en tres teorías que se relacionan entre sí, la del autocuidado, la del déficit de auto-cuidado y la de los sistemas de enfermería. Esta teoría está sustentada en seis ejes conceptuales: auto-cuidado, demanda terapéutica de auto-cuidado, agencia de auto-cuidado, déficit de auto-cuidado, agencia de enfermería y sistema de enfermería. Y se utilizó en el año 1990 en los pacientes oncológicos, dirigida al manejo de las alteraciones del tratamiento del cáncer específicamente a los efectos de la quimioterapia.

La teoría de Orem muestra un análisis detallado de los cuidados enfermeros que nos permite definir el espacio que ocupa enfermería en relación con la persona, de todos los individuos sanos adultos que tienen capacidad de autocuidado en mayor o menor grado y en función de determinados factores como edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural y pre-disposición¹⁶.

El concepto básico desarrollado por Orem es el auto-cuidado, el cual se define como un conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y su posterior desarrollo, el auto-cuidado por consiguiente es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí mismo.

Unos de los grupos más numerosos que necesitan de la enseñanza para su auto-cuidado son los enfermos crónicos. Estos, tienen el derecho de recibir tanta información sobre medidas de fomento de la salud como puedan asimilar, a fin de que estén en posibilidades de participar de su propia atención y responsabilizarse de gran parte de esta.

La educación para el fomento de la salud ayuda a que la persona se adapte a su enfermedad, coopere con el tratamiento prescrito y aprenda a resolver problemas cuando enfrente situaciones nuevas. Es así, que cada contacto que la enfermera establece con alguien, sin importar si está enfermo o no, debe considerarse como una oportunidad para la enseñanza de ese individuo. Es derecho de este, decidir si aprende o no, pero la enfermera tiene la responsabilidad de presentarle la información que necesita para tomar tal decisión y motivarlo a que aprecie la necesidad de aprender.

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad crónica, quizás no tenga la motivación que debería tener para aprender, en tanto no empiece a aceptar su enfermedad. Hasta que el paciente no reconozca la necesidad de aprender para poder manejarse por sí mismo, la enseñanza puede verse frustrada. Sin embargo, no siempre se sabe esperar a que el paciente este emocionalmente listo para aprender, ya que tal vez no llegue ese momento si el equipo de enfermería no se esfuerza en estimular la motivación del paciente.

El profesional de enfermería dedicado a la oncología conoce los cuidados que necesita el paciente, teniendo en cuenta su situación, su patología y el tratamiento, en qué medida realizarlos y cuáles son las dificultades que impiden hacerlo. Organizan sus intervenciones garantizando el cuidado integral e individualizado y

fomentando la autonomía del paciente, emplean la comunicación con el equipo interdisciplinario, como elemento básico de su práctica profesional.

El auto-cuidado es la piedra angular de la prevención y la detección temprana de una enfermedad y debe estar presente en todas las etapas y en todo momento sin importar el tipo de neoplasia que pueda tener la persona.

El paciente con cáncer sufre un gran impacto en todas sus esferas, impacta sobre la familia y su entorno, por el cual, el auto-cuidado se convierte en una herramienta fundamental que permite su abordaje integral desde las diferentes etapas, prevención, identificación de factores de riesgo, diagnósticos y tratamientos.

La enseñanza a los pacientes y a sus familiares sobre los múltiples aspectos de la quimioterapia, requiere valoraciones e intervenciones de enfermería eficientes, la enfermera debe motivar al paciente y a su familia para que hagan parte de la planificación de la atención y su realización, y de esta manera promover en forma efectiva el auto-cuidado del paciente frente al tratamiento de quimioterapia. Los cuidados se deben comenzar con la comprensión profunda de los cinco elementos principales: el estado del paciente, el objetivo de la terapia, la dosis, los horarios, la vía de administración de los medicamentos, los principios de la administración y los efectos secundarios posibles y de los registros frecuentes de signos y síntomas.

La enseñanza al paciente sobre los múltiples aspectos de la quimioterapia tiene como objetivos que el paciente sea capaz de reconocer los efectos secundarios de los medicamentos y tomar las precauciones correspondientes para identificar y comunicar signos y síntomas y evitar el abandono del tratamiento.

No obstante, es muy importante tener presente siempre a la familia y a los amigos ya que son los pilares básicos para el bienestar del paciente, y así poder mejorar su autoestima y la confianza en sí mismo, del mismo modo es primordial que la familia adquiera apoyo profesional para poder ayudar al paciente y poder tener conocimientos sobre el diagnóstico y diversas acciones terapéuticas a las que será sometido el familiar para que colabore activa y adecuadamente en la recuperación y posterior adaptación a su vida social.

Para poder lograr la incorporación de la familia en la recuperación del paciente es necesario usar algunas técnicas de la comunicación que son esenciales a la hora de interactuar, entre estas técnicas se encuentran, la escucha activa, compartir observaciones, compartir empatía, sentimientos, utilización del silencio, del tacto, hacer preguntas relevantes y ofrecer información. Estas técnicas son una herramienta fundamental a la hora de establecer una comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de enfermería.

También es indispensable tener en cuenta el marco de la comunicación verbal, en donde se deben usar palabras de acuerdo a la cultura, edad y educación de las personas que están sometidas al diálogo; cuando las personas hablan, pueden transmitir una gran variedad de sentimientos, la entonación de la voz puede expresar animación, entusiasmo, tristeza, malestar o diversión. El profesional de enfermería al comunicarse con el paciente y los familiares debe tener en cuenta el contenido del mensaje, la sencillez, la claridad, la credibilidad y la adaptabilidad para obtener un diálogo eficaz, también, es muy importante, que incorpore la escucha activa, es decir escuche atentamente con todo su ser: mente, cuerpo y espíritu. Esto permite al enfermero comprender mejor todo el mensaje que se comunica y es una manera excelente de instaurar confianza.

En el marco de la comunicación no verbal, es primordial que el profesional conozca los gestos de los pacientes, los movimientos del cuerpo, expresiones faciales y posturas. Este tipo de comunicación, a menudo, transmite lo que la persona siente y no lo que en realidad expresa verbalmente, ya que se controla menos con la conciencia que con la conducta oral. Por lo tanto el equipo de enfermería debe ser capaz de iniciar conversaciones con el paciente y guiar la interacción, desde un nivel superficial hasta problemas más complejos, debe dirigir la conversación hacia el paciente, la familia y sus necesidades, debe intentar comprender las percepciones del enfermo acerca de su enfermedad o de su situación, debe estimularlo a expresar sus sentimientos, considerar la edad, sexo, cultura, experiencias vitales, aptitudes y preferencias del paciente mientras planea cómo asistirlo, escuchar atentamente e identificar los mensajes verbales y no verbales y permitir períodos de silencios.

8.8 Declaración de derechos de las personas con enfermedad terminal

- Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe mi situación.
- Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.
- Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.
- Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.
- Tengo derecho a no morir solo.
- Tengo derecho a no experimentar dolor.
- Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
- Tengo derecho a no ser engañado.
- Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
- Tengo derecho a morir en paz y dignidad.
- Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo derecho a discutir y acrecentar mi experiencia religiosa o espiritual, cualquiera que sea la opinión de los demás.
- Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte.

- Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

8.9 Consideraciones de la muerte.

Las actitudes hacia la muerte y hacia el moribundo varían según la cultura, creencias religiosas y valores éticos. En etapas anteriores, en nuestra sociedad los enfermos de cáncer morían en las instituciones hospitalarias, sin embargo actualmente, bajo las corrientes bioéticas se ha ido avanzando en cuanto al concepto de muerte digna.

La muerte digna y en paz es quizás una de las contribuciones más valiosas que puede hacer el enfermero a la tranquilidad del paciente y sus familiares. En nuestro país se les brinda una atención especial a estos pacientes a través de un programa establecido por el sistema nacional de salud que cobra una gran importancia en la atención primaria de salud cuando estos enfermos en etapa terminal son atendidos en su domicilio por el equipo de salud y llegan a tener una muerte digna. La enfermera comparte la atención del enfermo junto a sus familiares y les enseña Ética del cuidado de los pacientes cercanos a la muerte.

Cuando le brindamos cuidados a un paciente en fase terminal debemos recordar que la muerte es un hecho natural, cuya llegada no se debe posponer ni acelerar, por lo tanto no podemos considerarla un fracaso de la atención médica brindada.

El enfermo debe ser autónomo en todo el proceso de su enfermedad hasta el momento de su muerte, este principio se cumple cuando la familia y el equipo de salud cumplen los deseos del paciente moribundo, los cuales pueden ser expresados mediante diferentes documentos que expresan “esta es mi voluntad”. Si no existen estos documentos las decisiones serán tomadas por el representante legal, de existir tal designación, y en su defecto por la familia en consenso con el equipo de salud que se ha encargado del cuidado en la última etapa de su vida.

En los últimos años se ha alcanzado un gran desarrollo de las ciencias biomédicas y en la tecnología aplicada a la práctica médica, la cual ha provocado debates ante la

posibilidad de que el paciente pueda influir en las decisiones sobre su enfermedad, sus investigaciones y el lugar o sitio donde pasar sus últimos días.

Por el momento, no existen pautas que sean consideradas válidas para todos, luego se plantean nuevos problemas éticos a la sociedad que expresan su preocupación, por lo que temen sean sometidos a abusos durante una investigación médica a un tratamiento determinado.

Las opiniones se dividen en dos grandes grupos, dependiendo de los principios éticos fundamentales que regulan no solo la conducta del personal de la salud, sino también de la sociedad a la que pertenece. Si se considera que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del paciente, la participación de este en la toma de decisiones puede ser secundaria.

Si por el contrario, el respeto al paciente es considerado como principal valor ético entonces, es posible que en algunas circunstancias el paciente tome decisiones que no propician su bienestar

En la actualidad los métodos exploratorios y terapéuticos son muy eficaces y agresivos, el entorno habitual del enfermo es el hospital y no el domicilio y el final previsto es la curación de la enfermedad o su control suficiente para que el enfermo pueda proseguir su vida habitual. Para ello se precisan unos requisitos básicos de autonomía, competencia e información previa completa y adecuada que el paciente necesita para estar capacitado para dar la respuesta.

La doctrina del consentimiento informado (válido) forma la piedra angular de la relación médico - enfermera - paciente - familia y se obtiene tras la comprensión adecuada del procedimiento propuesto y así conseguir la confianza suficiente para estar decidido a dar la respuesta requerida.

Para que el paciente o la familia tomen una decisión, es requisito indispensable que actúe de forma autónoma y competente. Sin embargo, existen algunas circunstancias que impiden que el paciente sea competente para actuar

autónomamente, tanto autonomía como competencia son conceptos que no deben tratarse como absolutos, sino que deben particularizarse en cada caso.

El consentimiento informado es una manifestación del principio de autonomía el cual se pone en práctica con la moderna bioética en concordancia con los justos principios presentes de la medicina actual, la beneficencia y la no maleficencia que son utilizados por el enfermero en su noble misión de curar y aplicando siempre los principios básicos de nuestra profesión sobre la base de los conceptos del respeto a la integridad de las personas, riesgo y beneficio de un tratamiento o investigación a realizar.

De ahí que el significado del consentimiento del paciente y/o de la familia a las acciones que le realiza la Enfermería varía según el caso. No es lo mismo cuando se trata de un procedimiento terapéutico normal, cuando se incluye al paciente en una investigación clínica o cuando hay que decidir la estancia del paciente en su estadio terminal.

Cada uno de ellos proporciona pautas para actuar y señalan las obligaciones que todo ser humano tiene con respecto a otros. También les dan un valor prima facie, es decir que son obligatorios y deben ser respetados. La excepción sucede cuando los principios entran en conflictos entre sí (situación frecuente) y en ese caso se debe seguir el que tenga más peso de acuerdo a las circunstancias. Ellos son:

8.9.1 Principio de respeto por la autonomía

De acuerdo a este principio siempre se debe respetar a la persona. Esta declaración se relaciona con reconocer que la persona es dueña de sus acciones y decisiones y por lo tanto no se la debe “usar”. Este principio debe cumplir con tres requisitos. En primer lugar, una acción autónoma no debe ser forzada; la persona decide por sí misma qué hacer. En segundo lugar, la idea de autonomía supone que además de ser libre para decidir; también se debe tener opciones reales. Por último, toda decisión debe basarse en información relevante.

8.9.2 Principios de no maleficencia y de beneficencia

Estos principios expresan ideas complementarias: el médico no debe hacer daño al paciente (principio de no maleficencia) y el médico debe beneficiar al paciente (principio de beneficencia). La idea de no hacer daño se aplica a no perjudicar intencionalmente al paciente, ni por la exposición a riesgos innecesarios. La idea de beneficencia implica que se debe actuar beneficiando a otro, a favor de sus intereses.

Este principio se extiende a: 1) lo médicamente beneficioso (mejoría física del paciente y /o psíquica), 2) lo que el paciente considera beneficiosos, 3) lo que es beneficioso para los seres humanos como seres humanos, 4) lo que es beneficioso para los seres humanos como seres espirituales.

8.9.3 Principio de justicia

Este principio requiere que todo individuo tenga las mismas oportunidades de obtener la atención médica que necesite. Sin embargo, hay ciertas situaciones (edad, condición física entre otras) que en muchas oportunidades se utilizan para ofrecer diferencias en el trato. Lo importante estaría en identificar qué diferencias son ciertas y cuáles no.

Estos principios tienen defensores y críticos. Los primeros valoran la simplicidad de ellos para captar lo esencial de una situación. Los segundos critican lo mismo, la simplicidad, porque al ser general descuidan detalles que pueden ser importantes para resolver situaciones.

Nos detendremos a abordar el principio de Autonomía, no porque crea sea el más importante sino porque pienso es una de las piedras angulares en la práctica ética de la medicina., es el primero que la Enfermera cuando sigue los parámetros de acción que le dictan la ciencia, clínica, puede encontrarse con negativas ante la indicación de medios diagnósticos o maniobras terapéuticas por parte del paciente.

La aceptación o el rechazo de un proceder de Enfermería es una manifestación particular del ejercicio de la autonomía. El consentimiento a la indicación médica se

hace sobre la base de la información que posee el paciente en relación con su enfermedad, pronóstico y opciones de tratamiento.

La información debe darse al paciente por lo menos en dos contextos: en el estrictamente terapéutico y en el de una investigación. Aunque en ocasiones, conviene referirse a cada uno por separado.

Podemos decir que el consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad así como el balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos.

La presentación de la información al paciente debe ser lograda sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente ni tampoco influenciado por familiares u otros agentes.

El consentimiento es un proceso y no un evento, es un diálogo y un intercambio de información entre el médico-enfermera-paciente guiados hacia lograr el permiso para iniciar un proceder o tratamiento médico, dónde el médico indica, el enfermero ejecuta y el paciente aprueba el proceder.

El consentimiento informado es la información que se da sobre las ventajas y los inconvenientes, las alternativas y las consecuencias de un procedimiento asistencial determinado, que prepara a un profesional sanitario con la finalidad de compartirla con el paciente a fin de hacerlo partícipe de las decisiones clínicas que le afectan.

La información puede ofrecerse en una discusión franca con el paciente o la familia o a través de un proceso o formulario escrito en el que se solicitará su consentimiento.

Autonomía: Tipos.

La conducta del enfermero se rige tanto por sus valores personales como por los principios éticos fundamentales del ejercicio de la Medicina. Ahora bien, existen dos marcos éticos generales en la práctica médica: en uno el interés por la autonomía

del paciente se subordina a su beneficio, mientras que en el otro el punto de referencia es el respeto al paciente y al ejercicio de su autonomía. En el primero las acciones se definen como correctas si conducen al bienestar del paciente, se trata de una ética orientada a los resultados en la que la autonomía tiene una importancia marginal y el paternalismo solo es erróneo cuando no se alcanzan los beneficios deseados para el paciente .

Es claro que muchas personas prefieren ser tratadas paternalmente y se ponen en manos del médico, para ellos el ejercicio de la autonomía es más una fuente de frustración y de ansiedad que de satisfacción.

Por otro lado en la ética orientada hacia la acción y no hacia los resultados, punto de referencia son las condiciones en las que se actúa. Así la autonomía como condición para la acción adquiere un valor fundamental. Para que una persona pueda hacer uso de una autonomía debe ser tratada con respeto. Esto significa que debe solicitarse su consentimiento para cualquier maniobra que se vaya a efectuar y evitarse toda coerción, incluso el paternalismo.

Sin embargo, algunas personas carecen de las capacidades cognoscitivas y volitivas necesarias para actuar autónomicamente y en el caso de los pacientes, es posible que su estado de salud limite aún más esas capacidades. Esto se presenta frecuentemente en los enfermos neurológicos por su discapacidad mental, motora y del lenguaje por una lesión estructural del sistema nervioso o en ocasiones por la depresión asociada.

Existen diversos grados que permiten o no ejercerla total o parcialmente por tanto no es posible dictar normas éticas absolutas que se apliquen a todos los pacientes y en todas las circunstancias y es por eso que se pueden clasificar en :

- Incapacidad temporal para el uso de la autonomía.
- Falta de capacidad para el ejercicio de la autonomía.
- Pérdida permanente de la autonomía.

- Ausencia total de autonomía.

La información que se brinda al paciente y a la familia se enfoca desde dos puntos de vista diferentes en la medicina actual, una forma es clara y directa quizás con posibles repercusiones emocionales negativas, a veces el derecho a la información se transforma en un deber (en algunos países el enfermo se ve obligado a encararse no solo con el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento, sino también con el pronóstico y por otro lado, es omitir o negar ante el paciente los aspectos negativos de la enfermedad en ocasiones porque el propio enfermo no desea recibir esta información. Es por ello que el personal de Enfermería debe manejar como lograr el consentimiento del paciente ante la puesta en práctica de procedimientos que propician el mejoramiento de su calidad de vida.

8.9.2 Elementos del consentimiento informado.

El consentimiento informado debe reunir los siguientes elementos: la voluntariedad del paciente, la información del médico y la comprensión del paciente.

Voluntariedad: Se entiende que no debe existir ningún tipo de presión externa, ni influencias indebidas en ninguno de sus grados, persuasión ni manipulación, ni coerción.

Por información: Se refiere a que cada sujeto debe recibir la información mínima necesaria, adaptada a su nivel de entendimiento, sobre el objetivo, procedimiento, beneficios esperados, riesgos potenciales, incomodidades derivadas, posibles alternativas, así como el carácter voluntario de su participación, sin prisas y dejando tiempo suficiente para la toma de decisiones

Por comprensión: Se refiere a que el paciente haya comprendido la información proporcionada, esta depende de la capacidad del individuo para comprender. Sujetos del consentimiento informado.

Todos los pacientes que se vayan a someter a algún proceder diagnóstico o terapéutico deben ser capaces por derecho, a decidir libremente si participan en una investigación así como a someterse a un determinado método diagnóstico o

terapéutico. Cuando se menciona el término capaz, hacemos hincapié en que muchos individuos entre ellos los niños, los adultos con trastornos mentales o afecciones neurológicas ejemplo demencia ,con afectaciones de la conducta o personas que por desconocimiento de la medicina moderna tienen una capacidad limitada para dar un consentimiento suficientemente informado, en estos casos el profesional actuante (médicos) debe obtener el consentimiento por poder de su tutor u otro representante debidamente autorizado. Los interlocutores del médico en nuestro medio son la familia y el paciente. Está perfectamente establecido que el primer interesado de la información y el que tiene derecho a recibirla es aquel a quien afecta más directamente, el paciente, este a su vez puede delegar ese derecho o reconocer a los que pueden compartirlo con él. Sin embargo sería una falta de realismo intentar obviar el papel de la familia ya que se trata del primer cuidador, el más directo y habitual y es lógico que participe de alguna manera en la información...

8.9.3 Significado del consentimiento informado para la Enfermera.

La Enfermera al igual que el médico tiene el deber de informar, por lo que, si en la relación con el paciente se establece una verdadera relación de mutua confianza, establecida en la comunicación entre ambos, existe consentimiento. Pero además es necesario que el paciente pueda consentir y decidir sobre el tratamiento o las exploraciones a realizar, por lo que para decidir es necesario que el médico informe al paciente correctamente. Esta información adecuada puede aumentar la confianza del enfermo en el médico y la enfermera, la cual será beneficiosa para la curación. La educación del paciente para recuperar la salud es un mandato imperativo de la medicina hipocrática.

- Significado del consentimiento informado para el paciente y la familia.

El paciente y la familia tienen derecho a ser informado. El consentimiento debe entenderse como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, enfermera-paciente en virtud del cual el paciente acepta o no someterse a un proceder o investigación después que el facultativo le haya informado sobre la

naturaleza, los riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas.

No es preciso pretender suministrar toda la información en una sola conversación sino poder contar con el tiempo para que el enfermo y la familia analicen los datos que se le aportan.

Este trato repetido es uno de las primeras determinantes para que crezca la sinceridad y la confianza entre el médico-enfermera, el paciente y la familia.

La existencia de una relación deficiente entre el médico –ENFERMERA-paciente, el no respeto a la posibilidad de elección del enfermo, la comprensión del mensaje incorrecto o la carencia de tiempo pueden conllevar a decisiones erróneas.

En nuestro medio lo más utilizado es que después de suministrar la debida información a los familiares o al paciente competente, se refleje la firma en la historia clínica o en un documento acreditado con ese propósito, donde se exprese el consentimiento para participar en una investigación o ensayo terapéutico.

El paciente moribundo requiere de la ayuda de una persona reposada, sensata, confiable que apoya y comprende lo que ocurre y tiene la fuerza y el valor de estar ahí, con él, con la esperanza de que habrá un final para su dolor.

El tener piedad con el moribundo es asistirlo en su morir y su muerte, es procurarse la posibilidad de morir con dignidad, con su sufrimiento aliviado y en el máximo ejercicio posible de sus potencialidades.

De esta manera, el enfoque ético de los pacientes con cáncer es un proceso dinámico, que requiere discusión, continua reflexión y cambio. Muchos dilemas éticos emergen en estos tres momentos de las acciones de salud en oncología (diagnóstico, tratamiento oncoespecífico y atención paliativa) y otras actividades no escapan a la consideración de complejas imbricaciones morales.

Los principios de la bioética ayudan a resolver tales dilemas. Estableciendo una comparación acerca de la forma de aceptar la muerte entre la cultura de nuestro país

y otras del mundo, podemos darnos cuenta que no estamos suficientemente preparados para enfrentar la muerte porque aún no tenemos una concepción clara de esta como la última etapa del ciclo de la vida, tal vez por ello el equipo integral de la atención a la familia deba proyectarse con acciones concretas que le permitan a la familia enfrentar la desaparición física de sus seres queridos.

A pesar de la realidad y de lo inevitable de la muerte propia y ajena, este es un hecho poco asumido por la mayoría de las personas. Hay una serie de factores que pueden ayudar en la comprensión de este fenómeno que se relacionan a continuación:

- La muerte como último acto vital: se aceptamos la normalidad de todos los actos de la vida de las personas tales como el nacer, crecer y desarrollarse, el hecho de morir debería ser entendido como un acto vital normal más, el último que la persona realiza.
- La muerte como acto individual: el acto de morir es individual e intransferible; si se reconoce a cada individuo como único, distinto de lo demás se debería reconocer su muerte de la misma forma.
- En la concepción de la muerte y del hecho de morir intervienen factores socioculturales: Cada sociedad tiene sus propios valores, creencias, actitudes y rituales en torno a la muerte. Los valores que empiezan en nuestra sociedad actual (Juventud, salud, imagen, belleza, rentabilidad) determinan la falta de aceptación y consecuentemente, de preparación para la propia muerte.

Así pues, la muerte se encuentra rodeada de un silencio significativo que impide el trabajo personal y la aceptación de uno mismo como ser mortal.

- Las creencias y valores pueden determinar la visión de la muerte propia o de los demás “La existencia de una filosofía de vida o de creencias personales-religiosas o de otro tipo pueden propiciar un sentido diferente al hecho de vivir o de morir.

Por ejemplo la muerte puede ser conceptualizada como un paso necesario para una vida mejor, y en este sentido la muerte de un ser querido o la perspectiva de la propia puede aceptarse más fácilmente.

Dicen que Esculapio, el dios griego de la medicina, escribió a su propio hijo que aspiraba a ser médico: “Vivirás como a la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los del alma...”

¿Es qué podemos escapar los profesionales de hoy a esta certera realidad? ¿Acaso hay justificación para que huyamos de la queja, el lamento y el llanto de nuestros pacientes y familiares?

No siempre hay un verdadero ajuste entre lo que el paciente necesita y pide y lo que le ofrecemos o podemos proveer. Este desajuste ha sido un infortunado, pero no inevitable, debido al desarrollo desmesurado del conocimiento de las bases biomédicas de la medicina. Como dice un apasionado defensor de la consideración personal en el cuidado del enfermo: “Olvidar la enfermedad, descuidarla a favor del tratamiento exclusivo o predominante del cortejo de manifestaciones psicológicas y sociales que la acompaña, es insensato y tan absurdo como descuidar éstas y tratar la enfermedad”

9. CONCLUSIÓN

Explorar los problemas éticos vividos por los enfermeros de oncología es una tarea difícil, teniendo en cuenta que muchas veces estas situaciones no se reflejan o comprenden en su totalidad, dada la dificultad humana en tratar las cuestiones de finitud, comprometiendo la atención al paciente.

Cuestiones que están implicadas en el abordaje del paciente con cáncer, como la comunicación y la información adecuada, son cruciales para la calidad de la atención. Todavía, con respecto a los problemas éticos de la oncología, el paradigma del cuidado paliativo, la obstinación terapéutica y el del dolor oncológico son temáticas y terminologías que exceden la simple reducción académica, requiriendo constantes discusiones y problematizaciones sobre la vida y la muerte, la autonomía de las personas y la prolongación artificial de la vida humana.

Reconocer la dimensión ética de los problemas implicados en el abordaje del paciente con cáncer se convierte en un factor determinante para trazar estrategias de enfrentamiento de estos problemas. Se destaca que los resultados de este estudio trajeron datos importantes para el campo de las investigaciones relacionadas con la atención en oncología; sin embargo, y también, la necesidad de desarrollar otras investigaciones en esta área, suscitando la discusión sobre los problemas éticos vividos por enfermeros en la práctica de la enfermería oncológica.

En fin el cáncer, aunque es un temas bastante estudiado todavía nos falta mucho por aprender de él, tenemos que tomar en cuenta que es algo muy difícil de comprender.

Tenemos que seguir innovando en técnicas de detección y tratamiento para así poder disminuir la tasa de mortalidad de esta enfermedad.

Una de las cosas más importantes es la prevención, hay que tomar en cuenta que el cáncer no solo se desarrolla por cuestiones genéticas, sino también por causas ambientales, así que hay que llevar una vida con una dieta saludable y alejarse de agentes cancerígenos como el alcohol y el tabaco.

En conclusión, no hay duda que cualquier persona que sufre una enfermedad crónica obliga a una modificación en su estilo de vida; además desde el punto de vista psicopatológico el diagnóstico de cáncer repercute en aspectos cognoscitivos y emocionales del paciente.

Las enfermeras se benefician de una valoración o base de datos estructurados con los que puedan determinar el grado de afección para determinar los diagnósticos de enfermería, tomando en cuenta la capacidad del paciente y su familia para realizar un plan de cuidados adecuados que les permita afrontar la situación de salud.

Algunas recomendaciones o propuestas derivadas del estudio.

- Establecer capacitaciones a los familiares de los pacientes oncológicos desde la primera consulta con el profesional de salud brindándole información clara, concisa y veraz sobre lo que implica tener en su familia un miembro con esta afección.
- Integrar una adecuada cobertura de profesionales en relación al número de pacientes atendidos. Y la incorporación de un nutricionista que ayude en conjunto a aconsejar las comidas a ingerir de acuerdo a la localización del tumor para evitar algunos efectos adversos como las náuseas, los vómitos y la pérdida de peso.
- Crear talleres de formación y educación en conjunto con el equipo multidisciplinario dirigidos al auto-cuidado del paciente y la importancia de la colaboración de la familia, de esta forma se fortalecerá el vínculo entre estos y los profesionales, disminuyendo los niveles de ansiedad y angustia, de esta manera también se evita que los pacientes y los familiares busquen otras fuentes de información, como lo es internet, que pueden causar confusión.

10 BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

- El Dr. Roberto N. Pradier ha ejercido la docencia en el pregrado en cirugía desde 1962 y la docencia de posgrado en cirugía de cabeza y cuello, principalmente en Cirugía Oncológica desde 1964
- Nanda I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2013; 25-26, 127, 138, 155-185.
- Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer y Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie de informes técnicos N° 804 y otros informes posteriores (disponibles en www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-nccp.pdf).
- POTTER Y PERRY: “Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. Conocimientos básicos necesarios para la práctica de la enfermería”, comunicación. Cap. 13. P.209-217.3ª ed. Madrid, España.2012.
- MASLOW, A.” A theory of human motivation psychological”, review 1943, 50, 370-96.
- Organización mundial de la salud (OMS) cáncer pain relief and palliative care, genere, OMS.
- NUTTAL, PEGGY: “La asistencia al paciente moribundo”. En Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Reino Unido, 2011
- TRAVELBEE J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: Davis Company; 1966.
- TRAVELBEE, JOYCE. “Intervención en Enfermería Psiquiátrica” Ed. OMS/OPS. Colombia, 2015.
- TRAVELBEE, JOYCE; “Modelo de relación de persona a persona” . En Modelos y teorías en Enfermería. Tomey-Alligood. Ed Mosby Cuarta edición. Año 1999
- TRAVELBEE, JOYCE; “Sintiendo el ser humano” Editorial F. A. Davis. Philadelphia.

- Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Cuidado Paliativo. Guías de tratamiento para enfermería, 2015 (disponible en www.cuidadospaliativos.org).
- Ministerio de Salud de la Nación. Normas de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos. Resolución 934/2016 (disponible en www.aamycp.org.ar/docs).
- Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer y Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie de informes técnicos N° 804 y otros informes posteriores (disponibles en www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-nccp.pdf).
- McCloskey J, Bulechek G, Butcher H (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC 5ta Edición. Madrid: Mosby.

10.2 COMPLEMENTARIA

- Herrera Gómez A. Manual de oncología. Procedimientos medicoquirúrgicos 2a ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México: 2010.
- Gómez Sancho M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS, 2014.
- Robles Gris J, Ochoa F. Apoyo Nutricio en cáncer. Ed. Interamericana McGraw- Hill, 1995
- Gómez Sancho M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS, 2017
- IMEDIO LÓPEZ, EULALIA “Enfermería en Cuidados Paliativos” Editorial Panamericana. Volumen N° 1
- “Fármaco economía. Evaluación económica de medicamentos” J.A.Sacristan/X.Badia/j.Rovira-2017
- Marqués MR, Cercós AC, Esteban MJ, et al. Repercusión de antineoplásicos “uso compasivo” en el plan terapéutico del paciente oncológico. XLII Congreso de la SEFH, Santiago de Compostela, 2010.

- Cuidados a pacientes sometidos a tratamiento con radioterapia. En: Manual de Enfermería Oncológica. G.E.O.M. Capítulo VI. pp 101-128. Madrid.
- Prevención y tratamiento de la mucositis en el paciente oncohematológico. Alonso P, Basté MA, Creus M, Del Pino B, Gómez C, Gómez A, et al. Farmacia hospitalaria 2015; 25:139-149.
- El cuidado de la mucositis en pacientes oncológicos: una propuesta de guía de cuidados. Puchades A, Zorrilla I, Holgado E, Cortón F, Muñoz A. Invest & Cuid. 2016; 1:22-27.
- Utilización de un apósito amorfo en el cuidado de la piel de pacientes en curso de tratamiento radioterápico. J.L. Añón, F. Llopis, R. León, B. Girsó, C. Esteban, J. López, E. Vidal, I. Anglada, J.L. Borrás. Revista ROL de enfermería, 2010; 243:55-60.
- Registro nacional de efectos adversos por radioterapia. Valoración inicial. J.E. Baquedano, R. Escó (Grupo de estudio de efectos adversos por radioterapia español). Oncología 2015; 21:117-126.
- Nutrición y dietoterapia. Mahan 1.K; Arlin M. Editorial Interamericana. McGraw-Hill, 2010.
- Importancia de la nutrición en el paciente oncológico. Planas M. Camarero E. Editorial Novartis Consumer Health S.A. Barcelona, 2015.
- Nutrición clínica y dietética hospitalaria. Planas M. Gral. J. ALPE Editores S.A. Madrid, 2014.
- Intervención nutricional en el paciente oncológico adulto. Rodríguez I. y cols. Editorial Glosa S. L. Barcelona, 2013.
- Norma IRAM 37402. “Buenas prácticas de enfermería. Cuidados paliativos. Gestión del cuidado de enfermería”. (2012) Instituto Argentino de Normalización y Certificación (IRAM).
- Organización Mundial de la Salud. “Programas nacionales de control del cáncer”, “Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer”. Serie de informes técnicos N° 804 y otros informes posteriores. (Disponibles en www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-nccp.pdf).

- Bruera E. (2015): Manual de cuidados paliativos de Edmonton. Canadá.
- Villamizar E. El cuidado ético del paciente terminal. En: Bejarano P, Jaramillo I de, eds. Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo: atención interdisciplinaria del paciente terminal. Bogotá: Laboratorios ITALMEX, 2016:65-74.

11 GLOSARIO

A

- **Ageusia:** es la ausencia o pérdida casi completa del sentido del gusto.
- **Amiloide:** sustancia que es rico en azúcar y se deposita en un tejido durante la amilosis.
- **Amiloidosis:** Acumulación de proteína amiloide en el corazón, los riñones, el hígado y otros órganos.
- **Analítico:** Del análisis o relacionado con él.
- **Anorexia:** un conjunto de trastornos de la conducta alimentaria y uno de los principales desórdenes alimenticios, también llamados trastornos psicogénicos de la alimentación (TPA). Lo que distingue a la anorexia nerviosa es el rechazo de la comida por parte del enfermo y el miedo obsesivo a engordar, que puede conducirle a un estado de inanición.
- **Atrofia:** Disminución del volumen o tamaño de un órgano o de un tejido orgánico debido a causas fisiológicas o patológicas.

B

- **Betacaroteno:** Provitamina A, que se transforma en vitamina A cuando es asimilada por el organismo.
- **Bifosfonatos:** Los bisfosfonatos son un grupo de medicamentos utilizados para la prevención y el tratamiento de enfermedades con resorción ósea, como la osteoporosis y el cáncer con metástasis ósea, sea éste con o sin hipercalcemia, asociadas al cáncer de mama y de próstata.

C

- **Carcinogenesis:** Los términos carcinogénesis u oncogénesis hacen referencia literal al proceso por el cual se produce el cáncer. Es el proceso por el cual una célula normal se convierte en una célula cancerosa

- **Carcinógeno:** Un carcinógeno o cancerígeno es un agente físico, químico o biológico potencialmente capaz de producir cáncer al exponerse a tejidos vivos.
- **Cariocarcinoma:** El coriocarcinoma es un tipo de cáncer por lo general agresivo de la placenta, por lo que forma parte del espectro de enfermedades trofoblásticas gestacionales. Se caracteriza por metástasis frecuente hacia los pulmones.
- **Cirugía:** Se denomina cirugía a la práctica que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.
- **Citosinas:** Las citosinas son proteínas que regulan la función de las células que las producen sobre otros tipos celulares.
- **Caquexia:** Alteración profunda del organismo que aparece en la fase final de algunas enfermedades y que se caracteriza por desnutrición, deterioro orgánico y gran debilitamiento físico.

D

- **Disfagia:** Dificultad o imposibilidad de tragar.
- **Disgeusia:** es la percepción anormal o cambio del sabor de los alimentos, que puede hacer que se perciban insípidos o con un desagradable sabor metálico o amargo.
- **Disgregar:** Separar lo que estaba unido

E

- **Energetico:** Que produce energía.
- **Enteritis:** Inflamación del intestino, especialmente del delgado.
- **Eritropoyetina:** Proteína, segregada principalmente por el riñón en el adulto y por el hígado en el feto, que estimula la producción de glóbulos rojos.

- **Estadíaaje:** En medicina, estadificación (o estadíaaje) es la acción y efecto de estadificar, es decir, de determinar la extensión y gravedad de una enfermedad, en especial de la enfermedad cancerosa.
- **Esteroides:** son compuestos orgánicos derivados del núcleo del ciclopentanoperhidrofenantreno o esterano, que se compone de vitaminas y hormonas formando cuatro anillos fusionados, tres con seis átomos y uno con cinco; posee en total 17 átomos de carbono.
- **Estomatitis:** Afección que provoca hinchazón y llagas que causan dolor dentro de la boca.
- **Estudio transversal:** es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia.
- **Estudio prospectivo:** es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.

F

- **Fármaco:** Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.
- **Fatiga:** Cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico o mental.
- **Fluorado:** Que contiene flúor.

G

- **Ganglios:** Abultamiento, de forma y tamaño variables, de un vaso linfático o de un nervio, formado por un conjunto de células nerviosas o por un acúmulo de tejido linfoide.
- **Gástrico:** Del estómago o relacionado con este órgano

H

- **Herpes:** Virus que provoca llagas contagiosas, generalmente alrededor de la boca o en los genitales.
- **Hervido:** es un método de cocción acuoso o húmedo que consiste en sumergir los alimentos en líquido para cocinarlos en él.
- **Hipótesis:** Suposición hecha a partir de unos datos que sirve de base para iniciar una investigación o una argumentación.
- **Histología:** La histología es la disciplina que estudia todo lo relacionado con los tejidos orgánicos: su estructura microscópica, su desarrollo y sus funciones.

I

- **In situ:** cuando se habla de un carcinoma in situ, esto significa que es un cáncer que no ha hecho metástasis y que, por lo tanto, no ha invadido tejidos próximos.
- **Inanición:** Extrema debilidad física provocada por la falta de alimento.
- **Investigación:** una actividad orientada a la obtención de nuevos conocimientos y su aplicación para la solución a problemas o interrogantes de carácter científico

L

- **Leucemia:** La leucemia es un grupo de enfermedades malignas de la médula ósea que provoca un aumento descontrolado de leucocitos en la misma.
- **Linfadenectomía:** La Linfadenectomía es un procedimiento quirúrgico en el que se extraen los ganglios linfáticos y se examinan para determinar si contienen cáncer.
- **Linfoepitelioma:** Tipo de cáncer que empieza en los tejidos que cubren la nasofaringe (parte superior de la garganta detrás de la nariz).

- **Linfoma:** Los linfomas son un conjunto de neoplasias hematológicas que se desarrollan en el sistema linfático, que también forman parte del sistema inmunitario del cuerpo humano.

M

- **Maligno:** Enfermedad en la que células anómalas se dividen sin control y destruyen los tejidos corporales.
- **Medicina Paliativa:** Medicina paliativa es la especialidad médica que centra su atención en los enfermos terminales, es decir, aquellos cuya expectativa de vida es relativamente corta por causa de una enfermedad que no responde a los tratamientos curativos.
- **Metastasis:** La metástasis, es el proceso de propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició.
- **Metodo:** Modo ordenado y sistemático de proceder para llegar a un resultado o fin determinado.
- **Mieloma:** Tumor formado por células de la médula ósea.
- **Mieloma Múltiple:** El mieloma múltiple es un tipo de cáncer de la médula ósea, en el que existe una proliferación anormal de células plasmáticas.
- **Mucositis:** es la inflamación de las membranas reproductoras del revestimiento del tracto gastrointestinal (GI).

N

- **Neoplasia:** El término neoplasia se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido. Se produce porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior a lo normal.
- **Neuropeptidos:** Los neuropéptidos son moléculas pequeñas, formadas por la unión de dos o más aminoácidos, y que se originan por transducción sináptica cerebral.
- **Neuroblastoma:** Un neuroblastoma es una forma de cáncer infantil que se forma en el tejido nervioso y que por lo general suele comenzar con mayor

frecuencia en las glándulas suprarrenales que se ubican en la parte superior de los riñones.

O

- **Odinofagia:** es un dolor de garganta producido al tragar fluidos, frecuentemente como consecuencia de una inflamación de la mucosa esofágica o de los músculos esofágicos.
- **Oncogenes:** Un oncogén es un gen anormal o activado que procede de la mutación de un alelo de un gen normal llamado protooncogén.
- **Oncología:** La oncología es la especialidad médica que estudia y trata las neoplasias; tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los tumores malignos o cáncer.
- **Opioides:** Un opioide es cualquier agente endógeno o exógeno que se une a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal.

P

- **Parametro:** Elemento o dato importante desde el que se examina un tema, cuestión o asunto.
- **Patología:** Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.
- **Prospectivo:** Que hace referencia a un tiempo futuro.

Q

- **Quimioterapia:** La quimioterapia es una técnica terapéutica que consiste en la administración de sustancias químicas para el tratamiento

R

- **Radioterapia:** La radioterapia es una forma de tratamiento basada en el empleo de radiaciones ionizantes. Es uno de los tratamientos más comunes contra distintos tipos de cáncer.
- **Recidivas:** Repetición de una enfermedad poco después de terminada la convalecencia.
- **Retinoblastoma:** Cáncer ocular que comienza en la parte posterior del ojo (retina) y que tiene mayor incidencia en los niños.

S

- **Sarcoidosis:** Crecimiento de pequeños grupos de células inflamatorias en diferentes partes del cuerpo.
- **Sarcoma:** Los tumores de tejidos blandos son un grupo muy heterogéneo de neoplasias clasificadas según su línea de diferenciación, de acuerdo al tejido adulto al cual remedan.
- **Síndrome:** En medicina, un síndrome es un cuadro clínico o un conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus propias características posee cierta identidad
- **Síndrome sjogren:** Trastorno del sistema inmunológico caracterizado por la sequedad de los ojos y la boca.
- **Subjetiva:** es básicamente, la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basado en el punto de vista del sujeto, y por tanto influidos por los intereses y deseos particulares del mismo, sin dejar de pensar que las cosas se pueden apreciar desde diferentes tipos de vista.

T

- **TAC:** Tomografía axial computarizada. Por tanto la tomografía es la obtención de imágenes de cortes o secciones de algún objeto.

- **Terapéutica:** Parte de la medicina que se ocupa de los medios empleados en el tratamiento de las enfermedades y de la forma de aplicarlos.
- **Terapia Adyuvante:** Tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva. La terapia adyuvante puede incluir quimioterapia, radioterapia, terapia con hormonas, terapia dirigida o terapia biológica.
- **Terapia Neoadyuvante:** Tratamiento que se administra como primer paso para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento principal que generalmente consiste en cirugía. Entre los ejemplos de terapia adyuvante están la quimioterapia, la radioterapia y la terapia hormonal. Es un tipo de terapia de inducción.
- **Toxico:** Tóxico es cualquier sustancia, artificial o natural, que posea toxicidad.
- **Toxicidad:** La toxicidad es la capacidad de alguna sustancia química de producir efectos perjudiciales sobre un ser vivo, al entrar en contacto con él.
- **Trismus:** Contracción de los músculos maseteros provocada por un tétano que impide abrir la boca, actualmente el término trismo o trismus se refiere al síntoma caracterizado por la reducción de apertura de los maxilares o quijadas.
- **Tumor:** Enfermedad en la que células anómalas se dividen sin control y destruyen los tejidos corporales.

U

- **Úlcera:** es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia.

V

- **Variables:** Una variable estadística es una característica que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de adoptar diferentes valores, los cuales pueden

medirse u observarse. Las variables adquieren valor cuando se relacionan con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o de una teoría

- **Vértigo:** es cuando notamos que todo da vueltas a nuestro alrededor o que nosotros estamos girando sin estarlo, no es lo mismo que un mareo o un desmayo.

X

- **Xerostomia:** es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.