

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Grado en Enfermería

PROPUESTA DE UNA APP PARA GESTIONAR INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor

MARIO JURADO GOMEZ

Directora

Dña. M^ª ÁNGELES SANTOS LARAÑA

CURSO ACADÉMICO 2018/2019

Pamplona, mayo de 2019



RESUMEN

Cualquier persona adulta recién diagnosticada de cáncer va a necesitar una serie de cuidados que trascienden lo meramente físico, demandando cada vez más una atención psicológica y emocional para aprender a afrontar tanto la enfermedad como los cambios en el día da día que a esta última acompañan. Se trata de un momento vital en el que el paciente se satura dada la gran cantidad de información que recibe por diversas fuentes y en el que los profesionales sanitarios, entre ellos enfermería, tienen el deber de actuar como “filtro”, ofreciendo una información veraz, de calidad y personalizada a las circunstancias del paciente y su entorno.

Se propone una aplicación móvil a modo de herramienta para establecer una comunicación de doble dirección entre profesional y usuarios que facilite el abordaje de los problemas emocionales y una adecuada adquisición de dicha información.

Palabras clave: Oncología, cáncer, psicooncología, afrontamiento emocional, información y TICs.

Número de palabras: 19.128

ABSTRACT

Any adult newly diagnosed with cancer needs care that goes beyond the physical, demanding on a daily basis psychological and emotional attention to learn how to face both; the disease and the changes in the day to day life that goes with it. It's about a vital moment in which the patient gets overwhelmed by the great deal of information received from different sources and in which health professionals, including nurses, have the duty to act as a “filter”, offering truthful, quality and personalized information to the patient and his surroundings.

A mobile application is proposed as a tool to establish a two-way communication between professionals and users that facilitates the approach to emotional problems and an adequate acquisition of this kind of information.

Key words: Oncology, cancer, psychooncology, emotional coping, information and ICTs.

ÍNDICE

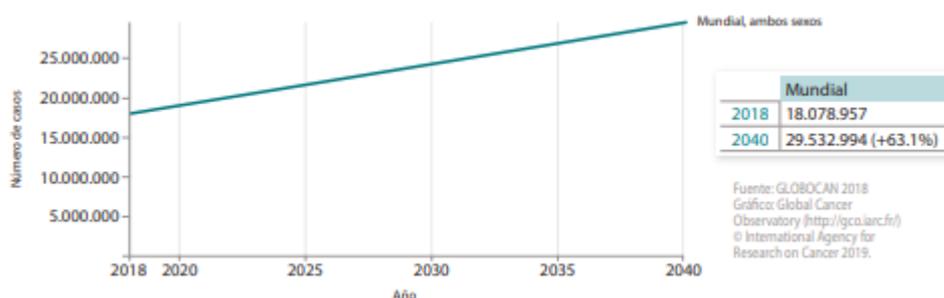
1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	JUSTIFICACIÓN	4
3.	OBJETIVOS.....	6
4.	METODOLOGÍA	7
5.	RESULTADOS	10
6.	DESARROLLO	22
6.1	Diagnóstico: cáncer	22
6.2	La comunicación de malas noticias.....	24
6.2.1	Protocolos de comunicación de malas noticias	26
6.2.2	La comunicación en el paciente oncológico.....	28
6.2.3	Antecedentes, actualidad y datos técnicos.....	29
6.3	Fuentes de información alternativas y complementarias	32
6.4	La psico-oncología.....	34
6.4.1	Reacciones emocionales y afrontamiento	37
7.	DISCUSIÓN.....	43
8.	CONCLUSIONES	51
9.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	52
9.1	Marco teórico.....	52
9.2	DAFO de la propuesta	56
9.3	Diseño de la herramienta.....	57
10.	AGRADECIMIENTOS	61
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	62
12.	ANEXOS	68

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), “cáncer” es un término que designa un abundante grupo de enfermedades malignas que pueden afectar a cualquier parte del organismo, caracterizadas por una proliferación rápida y progresiva de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden llegar a propagarse a otras partes del cuerpo (proceso denominado “metástasis”), siendo este último la principal causa de muerte por cáncer¹.

El cáncer constituye la segunda causa de mortalidad en todo el mundo; en 2015, causó 8,8 millones de defunciones, lo que equivale a una de cada seis muertes a nivel mundial, y se estima que el número de casos nuevos aumente un 70% en las próximas décadas, alcanzando los 29,53 millones de casos para el año 2040^{1, 2, 3}. (Figura 1)

Figura 1: Tabla de estimación del número de nuevos casos de cáncer en el mundo para los años 2018-2040



Fuente: (SEOM, 2019)³

También en España, es una de las principales causas de morbilidad, con 277.234 casos estimados para el año 2019 y una previsión de 315.413 casos para el año 2035, siendo los tumores más frecuentemente diagnosticados en adultos en 2018 los de pulmón, mama, colon y recto, próstata y estómago³.

El término cáncer ha sido muy temido, ya que se asocia con dolor, sufrimiento, deterioro y poder destructivo⁴, por lo que el afrontamiento de esta enfermedad constituye un factor determinante en el transcurso de la misma. También se puede afirmar que ha sido una enfermedad tabú, ya que, aunque existen factores de riesgo, aún no se ha identificado un origen específico que lo provoque, creando así una mayor incertidumbre sobre la misma^{1,5}.

Además, supone para los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana⁶, por lo que es de gran importancia ofrecer soporte tanto a los pacientes afectados de cáncer como a sus familiares y profesionales de la salud, ayudando a mejorar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad⁷. Sin embargo, parece que en la actualidad, la tendencia social a ese desconocimiento, miedo y temor, va cambiando.

La Psicooncología es una especialidad de la psicología que estudia a la persona que desarrolla el cáncer y que se centra en los aspectos psicológicos y sociales de la misma⁸. Además, es la encargada de mejorar las competencias comunicativas y de interacción del personal sanitario⁷, ya que la comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales está considerada, según la American Society of Clinical Oncology (ASCO)⁹, *“una habilidad clínica clave”*, en una sociedad en la que se estima que el 94,2% de los pacientes, el 97,4% de los acompañantes, el 85,4% de los oncólogos médicos y el 97,1% de los enfermeros valoran positivamente la atención por un psicólogo del servicio de Oncología Médica, a pesar de que su presencia en la sanidad pública esté lejos de la deseada^{10,11,12}.

La American Society of Clinical Oncology define la Comunicación Efectiva como *“un diálogo entre el paciente y el equipo, donde la información se transmite de manera satisfactoria, y ninguna de las partes se ve restringida al dar sus opiniones, preguntas o preocupaciones”* (EORTC, 2017)¹³, en la cual la información tiene que ofrecerse de forma dosificada y personalizada a la situación de cada paciente.

La comunicación con el paciente se reconoce como uno de los elementos principales del soporte que ofrecen los profesionales de la salud, influyendo siempre el uno en el otro, ya que un buen sistema de comunicación de doble dirección, puede mejorar la

vivencia que tiene el paciente de los tratamientos oncológicos, así como la interiorización de su nueva situación vital, ayudar a mejorar síntomas (el dolor o el funcionamiento emocional), y la calidad de vida, entre otros¹³.

Con el fin de mejorar esta atención, se ha realizado una búsqueda integradora de la literatura científica en relación a la comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios y los pacientes en el momento del diagnóstico oncológico, así como el proceso de afrontamiento al cual tiene que hacerle frente y el uso de las nuevas tecnologías (TIC) en este proceso, con el fin de analizar artículos, estudios e incluso protocolos o guías dirigidos a los profesionales en estas situaciones, centrándose especialmente en los profesionales de enfermería, ya que tienen un rol activo en la transmisión gradual de información veraz en este contexto.

2. JUSTIFICACIÓN

La propuesta de este trabajo surge como resultado de experiencias vividas en el entorno familiar más cercano y durante las prácticas asistenciales en el Hospital de Día Oncológico del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y la Unidad de Paliativos del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM), Cádiz.

A lo largo de nuestra preparación como enfermeros, y en mi opinión, también como personas, hemos ido rotando por diferentes unidades las cuales nos han dado la oportunidad de conocer a todo tipo de personas con características muy variables, y entre ellas, el paciente oncológico es una persona que me toca, con diferencia.

Se trata de una enfermedad la cual su tratamiento no se limita a la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia: los aspectos psicológicos y sociales que conlleva son tenidos en cuenta cada vez más, no solo porque se ha observado que cuidando estos aspectos mejora la calidad de vida de los pacientes y familias, sino también por la influencia que tienen durante el mismo proceso de la enfermedad.

Fui testigo del papel tan importante que tienen los profesionales de enfermería en este ámbito, ya que considero que son el equipo que más tiempo pasa con los pacientes, siendo capaces de detectar necesidades y educar al paciente sobre los cambios psicológicos que van a padecer en las diferentes etapas de la enfermedad, así como de incidir en la necesidad de que se impliquen activamente en todo el proceso oncológico para aliviar al máximo la carga de la enfermedad, el tratamiento y otras cuestiones.

El deseo de obtener información como paciente con un proceso vital delicado también varía mucho, y mientras unos piden información exhaustiva, otros la prefieren concisa. Por lo que pude percibir con la enfermera encargada de ir informando al paciente, al principio una información general sobre su problema puede ser suficiente para algunos pacientes, ya que solo son capaces de asimilar una parte de la nueva noticia que cambiará el curso de su vida, y sólo más tarde, durante el tratamiento u otras sesiones informativas programadas con la enfermera, se les ofrece una información más detallada y dosificada.

Además, como profesionales sanitarios considero esencial ofrecer y educar en información veraz y de calidad mediante el uso de las TIC, ya que a pesar de que se refuerzan todo tipo de recomendaciones e información que se da con instrucciones en formato impreso, son muchos los pacientes que consultan, dado el gran acceso que tenemos actualmente a internet, portales y foros de salud; los cuales pueden aportar información poco veraz que puede tener efectos negativos sobre su salud.

3. OBJETIVOS

➤ OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Diseñar una herramienta virtual que facilite la comunicación con el personal de enfermería y el acceso a información veraz y personalizada en el paciente oncológico.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el proceso e interiorización de la información que realiza el paciente adulto diagnosticado de cáncer
- Analizar las bases de la comunicación en el momento del diagnóstico de la enfermedad, así como la repercusión que tiene una buena comunicación de doble dirección.
- Analizar el papel de la psicooncología desde un punto de vista enfermero.

4. METODOLOGÍA

La metodología llevada a cabo constó de dos partes diferenciadas; la primera fue una búsqueda y revisión bibliográfica, y la segunda una entrevista a la psicóloga Laura Díaz Sayas, del servicio de psicooncología del Hospital de Día de Oncología de CHN.

1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Una vez delimitado el tema objeto de estudio, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica sistemática para obtener información necesaria sobre el proceso e interiorización de la información que realiza el paciente diagnosticado de cáncer.

Se seleccionaron una serie de palabras clave y descriptores tanto en castellano como en inglés relacionadas con nuestro tema de estudio, las cuales fueron;

- En lengua castellana: cáncer, oncología, psico-oncología, soporte emocional, mala noticia, comunicación, afrontamiento y TIC.
- En lengua inglesa: Cancer, oncology, psycho-oncology, communication skills, y bad news.

Para llevar a cabo la búsqueda se combinaron las palabras clave con los operadores booleanos “y”, “o”, “or” “and”, valiéndose también del uso del comodín (*) en palabras clave como “onco*” y “canc*” que permiten el truncamiento. Se utilizó un lenguaje controlado, con una búsqueda avanzada en resumen y título de los artículos. La estrategia de búsqueda seleccionada se dividió a su vez en distintas subestrategias, combinando los diferentes descriptores y adaptándolas a los requisitos de cada base de datos.

La búsqueda se realizó en varias bases de datos científicas, páginas web de entidades oficiales, gubernamentales y sanitarias, y documentos en versión impresa

- Las bases de datos utilizadas fueron; Medline, Pubmed, Dialnet, Google Académico y Scielo.
- Las páginas web fueron:

- Página web oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Página web oficial de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
- Página web oficial de la Sociedad Española de Psico Oncología (SEPO)
- Página web oficial de la RAE
- Página web oficial de la Biblioteca de guía de prácticas clínicas del Sistema Nacional de Salud
- Página web oficial de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
- Navarra.es
- Página web oficial de la Escuela de Pacientes
- Página web oficial de Zona Hospitalaria
- Libros y documentos en versión impresa disponibles en las siguientes bibliotecas y bases de datos no electrónicas;
 - Facultad de Ciencias de la Salud de Enfermería de la UPNA.
 - Facultad de Ciencias de la Salud escuela de Enfermería y Fisioterapia de la UCA.
 - Biblioteca municipal Kulturate Arrasate-Mondragón

En la búsqueda de todas las bases de datos se emplearon límites y criterios de inclusión para acotar la búsqueda a la tipología y características de los documentos de interés, tales como:

- Disponibilidad de artículos en su formato completo.
- Artículos no duplicados.
- Disponibilidad del texto en lengua castellana, inglesa, portuguesa o brasileña.
- Fecha de publicación acotada a los años 2008-2019, a pesar de que se seleccionaron algunos artículos y libros fuera de este periodo dada su relevancia.
- Área sociosanitaria y relevantes para el tema de estudio.

2. ENTREVISTA

En segundo lugar, se realizó una entrevista semi-estructurada a la psicóloga Laura Díaz Sayas, miembro del grupo de psicooncólogos del CHN y designada por los mismos. Se le informó sobre el tema objeto de estudio y sobre el interés de conocer el servicio de psicooncología que se ofrece desde el CHN a los pacientes oncológicos y sus familias. Dicha entrevista tuvo lugar en el despacho de este servicio en el C bajo del CHN.

Las preguntas que se le formularon fueron las siguientes:

- ¿Cómo está estructurado el servicio de psicooncología del CHN?
- ¿Qué es la psicooncología y qué labor desempeñáis los psicooncólogos?
- ¿Cómo acceden los pacientes a este servicio?
- ¿Desea añadir algo más?

Finalmente, se han referenciado los documentos seleccionados en estilo "Vancouver" con la ayuda de herramienta virtual "Mendeley".

5. RESULTADOS

1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En primer lugar, tras la suma de los resultados de cada sub-estrategia de búsqueda, se identificaron un total de 1752 artículos en las diferentes bases de datos. De éstos, después de aplicar los criterios de inclusión fueron seleccionados para la revisión 152, de los cuales finalmente se seleccionaron 24. En las **tablas 1 Y 2**, se observa la distribución de los artículos recuperados en cada base de datos y el número de artículos seleccionados.

Tabla 1: Artículos recuperados en las bases de datos virtuales.

Bases de datos	Sub-estrategia de búsqueda y palabras clave	Artículos identificados	Tras emplear criterios de inclusión, artículos revisados	Artículos seleccionados	Nº de referencia bibliográfica
MEDLINE	oncología AND oncology	42	11	2	32 33
	Afrontamiento	65	8	0	-
	mala noticia AND cáncer	56	6	1	23
PUBMED	canc* AND oncol*	213	25	3	25 22 36
DIALNET	comunicación/ communication skills Y/OR oncología/psych o-oncology	76	31	7	5 6 7 8 13 30 40

	psicooncología	510	28	5	29
					24
					34
					12
					11
	TIC en salud	732	24	2	51
					62
SCIELO	mala noticia/bad news	45	12	2	19
					45
	TIC and eSalud	13	7	2	57
					52

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Artículos seleccionados.

Base de datos y ref. biblio.	Título del artículo	Año y Autores	Resultados
Medline. 32	Comunicación en la atención del cáncer (PDQ®) – Versión para profesionales de salud publicada originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer	Instituto Nacional del Cáncer. (2017)	En el ámbito de la oncología, se nombran las aptitudes para la comunicación que debe tener un profesional sanitario, las cuales son un elemento clave para alcanzar las metas importantes del encuentro clínico, ya que una comunicación eficaz y de apoyo centrada en el paciente puede ayudar al paciente y su familia a lograr unos mejores resultados en su proceso de enfermedad en relación a la calidad de vida.
Medline. 33	Estudio de Comunicación Salud. Comunicación médico-paciente.	Grupo “Estudio de comunicación”. (2014)	“Estudio de Comunicación Salud” revisó en 2014 los planes de estudio de las 39 facultades de medicina que hay en España, en las cuales, en el 53,8% de ellas hay asignaturas obligatorias que incluyen la comunicación médico-paciente, y en el 15.4% las hay como optativas. También realizó 237 entrevistas válidas a pie de calle a pacientes y familiares localizados en centros de salud y hospitales, tanto públicos como privados de toda España, buscando puntuar aspectos intangibles respecto a la comunicación de una mala noticia por parte del médico; paciencia 3.9, confianza 4.1, empatía 3.6, comprensión 3.8, cordialidad 3.9 y simpatía 3.9. Por otro lado, el 43.5% de los entrevistados opinaron que el medico habla “lo normal”

			durante la consulta, frente al 28.7% que opinan que hablan “mucho o muchísimo”. El 99.2% opinó prestar atención al médico, mientras que el 82.3% opinó que el médico les prestó la atención que ellos juzgaron necesaria. El uso de términos que no se entienden por parte de los médicos fue la causa de incompreensión que mayor número de veces fue citada por los entrevistados (45,1%), a pesar de que el 82.3% de los entrevistados admitió mayoritariamente que sí entendió las explicaciones que se les dieron. Por último, el 78.9% de quienes plantearon preguntas aclaratorias recibieron una explicación satisfactoria por parte del médico.
Medline. 23	Diagnóstico de cáncer: 11 consejos para sobrellevar la situación	Equipo de “Mayo Clinic”. (2019)	Enterarse de que se tiene cáncer puede ser una experiencia difícil. Después del diagnóstico de cáncer, es posible que una persona se sienta ansiosa, temerosa o abrumada, y que se pregunte cómo hacer para afrontar los días de aquí en adelante. En el artículo se relatan 11 sugerencias para afrontar el diagnóstico de cáncer.
PubMed. 25	The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review.	Sanches KDS., Sabin EG. y Teiceira PTO. (2018)	La mayoría de la producción científica oncológica revisada en el estudio (341 publicaciones nacionales e internacionales) es de carácter uniprofesional (67.74%), de los cuales los enfermeros son autores principales en un 25.22% de ellos. En los estudios de carácter multiprofesional y multidisciplinar, enfermería participó en un 81.4% de los estudios publicados. Se recomienda la integración entre profesiones para la producción de estudios multiprofesionales con mejor calidad de evidencia científica luego que dirijan y perfeccionen la asistencia sanitaria en cuidados paliativos y oncológicos.
PubMed.	Communicating bad	Mendes Bertoncello C.,	Meta-análisis que analizó 9 artículos dependiendo de su nivel de evidencia COREQ en el

22	news: an integrative review of the nursing literature	Vieira de MenezesII D., BorgatoI MH., LuizIII MR. (2017)	ámbito de la transmisión de malas noticias. Es una actividad frecuente en las áreas de oncología y cuidados paliativos con fuerte influencia cultural en la autonomía del enfermero que depende del país del estudio. La forma y la habilidad del enfermero durante la acción influenciarán en la reacción del paciente sobre el mensaje. El tema es escaso en la literatura, necesitando ser explotado.
PumMed. 36	Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida EORTC	J. I. Arrarás, F. Arias de la Vega, J. J. Illarramendi, A. Manterola, E. Salgado, M. A. Domínguez, R. Vera. (2011)	La evaluación de la calidad de vida es uno de los elementos clave de la atención que se ofrece al paciente oncológico. Este trabajo presenta la línea de investigación sobre la calidad de vida se ha realizado desde 1992 en los servicios de oncología del Hospital de Navarra. Se trabaja dentro del Grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer –EORTC– en el desarrollo de cuestionarios y se ofrecen resultados en relación a la calidad de vida dependiendo del tipo de cáncer.
Dialnet. 5	Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas.	Moreno Martín M., Gutiérrez Iglesia D. y Zayas García R. (2017)	Estudio observacional, descriptivo y de tipo transversal con 38 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que asistieron a la consulta de oncología, en la cuales hubo un ligero predominio al uso de estilos de afrontamiento centrados en el problema con estrategias de búsqueda de apoyo social y planificación. Las pacientes con estilos de afrontamiento centrados en las emociones utilizaron estrategias de distanciamiento y autocontrol.
Dialent. 6	Humanización en el cuidado del paciente oncológico	Lupiáñez Pérez Y. (2006)	Yolanda Lupiáñez oferta un plan de asistencia enfermera para humanizar en cuidados oncológicos. La calidad de la relación del paciente con todos los profesionales que le atienden es vital para el afrontamiento de la enfermedad, tratamiento y evolución. En el caso de

			enfermería, hay más que evidencia de que a veces no se dan las condiciones ideales para lograr una buena comunicación por falta de tiempo, espacio, estrés y demás condicionantes que, muchas veces, llevan a las enfermeras a dedicarse casi exclusivamente a actividades que se cuantifican.
Dialnet. 7	Psicooncología. Abordaje emocional en oncología	Malca Scharf B. (2005)	Se describen las diferentes intervenciones del psicooncólogo en las diferentes fases emocionales que transcurren a lo largo de la enfermedad oncológica.
Dialnet. 8	Psico-oncología	Juan Ignacio Arrarás Urdániz, Emilio Garrido Landívar. (2006)	El artículo relata como la psicooncología es en esencia el estudio científico de la persona que desarrolla el cáncer y se centra en los aspectos psicológicos y sociales del paciente con dicha enfermedad y con las diferentes personas que están influenciadas por el. En este sentido, describe como la psicooncología está centrada en dos grandes dimensiones psicológicas del cáncer: a) las respuestas emocionales del paciente, los familiares y otros cuidadores, y b) los factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden influir en la aparición y evolución de la enfermedad..
Dialnet. 13	La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El Cuestionario de Comunicación de la	Ignacio Arraras J., Wintner LM., Sztanka M., Tomaszewski K., Hofmeister D., Costantini A., Bredart A., Young T.,	El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer-EORTC está desarrollando una escala de comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. La mayoría del contenido de dicho cuestionario se centra en las conductas de los profesionales, en los que los aspectos culturales tienen un papel fundamental en el desarrollo del instrumento.

	EORTC	Kuljanic K., Tomaszewska IM., Kontogianni M., Chie WC., Kullis D., Greimel E., Zarandona U. (2017)	
Dialnet. 30	La comunicación médico-paciente en los oncólogos del sur de Europa; la influencia de la orientación psicosocial y el agotamiento	Travado L., Ventura C., Grassi L., Gil F., Martins C. (2005)	Esta investigación se llevó a cabo para examinar las habilidades comunicativas y las variables relacionadas entre 125 médicos de Italia, Portugal y España. En la comunicación médico-paciente, se asoció la baja orientación psicosocial y los síntomas de agotamiento con menos confianza en las habilidades comunicativas y mayores expectativas de unos resultados negativos. Existe una necesidad de formar a los oncólogos en la comunicación médico-paciente para promover el enfoque psicosocial de manera más definida en la atención sanitaria del cáncer en los países mediterráneos.
Dialnet. 40	¿Qué es la psico-oncología?	Salvador Vilallonga J. (2018)	El artículo describe qué es la psicooncología y cuáles son las áreas de intervención de la misma, cuál es la ayuda psicológica que necesitan los pacientes y sus familiares, así como la importancia de la formación y el apoyo a los profesionales de enfermería.
Dialnet. 29	Sobre la psicooncología	García Fernández J. (2005)	Se describe el extraño fenómeno de padecer un cáncer, información sobre las primeras emociones y los diferentes modelos de avanzar con esta enfermedad.

Dialnet. 24	La revelación del diagnóstico en oncología; una investigación transcultural Brasil-España. (2018)	Kern de Castro E., Peloso F., Vital L., Bittencourt Romeiro F., Moro Gutiérrez L., González Fernández-Conde M. (2018).	Este estudio cualitativo exploratorio y de comparación transcultural evidencia una vez más que existen particularidades en la manera de revelar el diagnóstico entre los dos países. Aunque en los dos países existen relatos de comunicación de diagnóstico en el contexto apropiado (consulta), en el país sur-americano también se revelan de manera informal (por teléfono) sin un ambiente adecuado para que el paciente sea acogido y tenga posibilidad de expresar sus miedos y dudas. También estudia otras variables como quién da el diagnóstico y cuanta información se da.
Dialnet. 34	Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer	Muñoz Algar MJ., Bernal García P. (2016)	Dada la elevada frecuencia de patología ansiosa en pacientes con diagnóstico de cáncer, se revisa en 34 artículos internacionales la eficacia de los tratamientos psicológicos utilizados para el abordaje de la sintomatología ansiosa en el paciente y su entorno. Los métodos más utilizados fueron mindfulness, los enfoques cognitivos-conductuales y la relajación.
Dialnet. 12	Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica?	Fernández Sánchez B., Jorge Martín V., Sánchez Vázquez CM., Bejar Alonso E. (2016)	Se analiza una muestra de 4.924 usuarios del servicio de atención psicológica de la AECC, y se determina que el perfil del beneficiario demandante de atención psicológica de la AECC es mujer (72%), de 55 años, casada o con pareja estable (64%), que además es una paciente en tratamiento activo o en fase avanzada de la enfermedad, y con diagnóstico de cáncer de mama. El 85% de los usuarios presentan niveles de distrés altos o severos, para los que se ofrece una intervención.
Dialnet. 11	La formación en psicooncología	Cruzado JA. (2003)	Se expone una propuesta de formación en Psicooncología desde la universidad complutense de Madrid que incluye los objetivos, programa, metodología, selección de los alumnos, métodos de evaluación y valoración de la calidad de la enseñanza.

Dialnet. 51	Los profesionales sanitarios ante las tics reflexiones sobre el proceso de transformación digital en el sistema sanitario	Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, Ruiz L., y García Palomo, A. (2018)	La tecnología disponible, la nueva cultura digital y los avances científicos están provocando un cambio en la forma de prestar los servicios de salud, influyendo en la aparición de nuevos servicios y la desaparición de otros. Este cambio, si bien debe ser liderado por los responsables de las organizaciones sanitarias, es imprescindible que cuente con la colaboración, apoyo y los conocimientos de los profesionales sanitarios. Se relatan diversas reflexiones sobre el proceso de transformación digital en el sistema sanitario.
Dialnet. 62	Sistemas de e-Salud para el Apoyo a Pacientes Oncológicos: Propuesta de Diseño para Futuros Estudios Evaluativos Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.	Orruño E, Becerra A, Piera JM, Mateos M, Emparanza JI, Asua J, Bayón JC, Sáenz de Ormijana A, del Río C. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2015)	A pesar de que existen numerosas aplicaciones nativas (apps) para el apoyo a pacientes con cáncer, ninguna de ellas ha sido evaluada según este Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y, por lo tanto, no existe evidencia sobre su utilidad, efectividad y seguridad. Este informe pretende dar pautas para desarrollar futuros estudios evaluativos en torno a las aplicaciones orientadas a la monitorización de los síntomas asociados a la quimioterapia. En el documento, se realiza una reflexión sobre los distintos aspectos clave que se han determinado durante la incorporación del sistema de e-salud ONCOMED centrados en la integración de la herramienta, la repercusión organizativa, la mejora en la comunicación profesional-paciente, la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, la importancia del mediador tecnológico, la veracidad de la información contenida en las apps y la salvaguarda de la seguridad y privacidad de los datos del paciente.
Scielo. 19	Entrega de malas noticias en la práctica clínica	Herrera A., Ríos M., Manríquez JM., Rojas G. (2014)	Según este artículo de revisión, la evidencia indica que los pacientes han mostrado mayor interés en conocer información adicional de su diagnóstico, de sus cambios en la cura, los efectos adversos de la terapia y una estimación realista de cuánto tiempo van a vivir. Se

			evidencia que los pacientes quieren que su médico sea honesto, compasivo, cuidadoso, esperanzador e informativo, quieren que se les entregue la información personalmente, en un lugar privado, a su ritmo, con tiempo para la discusión, y si ellos desean, con una persona de apoyo presente.
Scielo. 45	Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer	Almanza-Muñoz J de J., Juárez I.R., Pérez S. (2018)	El termómetro de distrés es un instrumento adaptado y validado con parámetros sólidos que lo hacen confiable para su uso clínico y de investigación del impacto emocional del cáncer. En un total de 317 pacientes con cáncer, se exploró el distrés, previa traducción y adaptación semántica del mismo mediante el TDH. Los hallazgos del presente estudio son congruentes con lo reportado en la literatura internacional en el campo de la Psicooncología: la prevalencia del distres es de un 61%.
Scielo. 57	eSalud y vídeos online para la promoción de la salud	Elia Gabarrón y Luis Fernández-Luque. (2012)	El artículo concluye que el hecho de que las redes sociales online sean accesibles a cada vez un mayor número de personas convierte a este medio de comunicación en una poderosa herramienta para divulgar y educar a los usuarios en temas sanitarios de interés general, a pesar de que para que los contenidos sean realmente accesibles debe tenerse en cuenta a los usuarios con limitaciones.
Scielo. 52	Enfermería y Salud 2.0: Recursos TICs en el ámbito sanitario	Fernández Cacho L.M., Gordo Vega M.A., y Laso Cavadas S. (2016)	El artículo relata la situación actual de las TICs en el ámbito de la salud y la enfermería, clasificando las mismas y definiendo la medicina 2.0. Se relatan también algunas experiencias de e-salud implantadas en España.

Fuente: Elaboración propia

En relación a las páginas web oficiales y libros en formato impreso, los resultados fueron los siguientes (**TABLAS 3 y 4**)

Tabla 3: Páginas web	Nº de documentos seleccionados	Nº referencia bibliográfica
Página web oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	2	1 17
Página web oficial de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)	3	2 3 39
Página web oficial de la Real Academia Española (RAE)	1	16
Página web oficial de la Biblioteca de guía de prácticas clínicas del Sistema Nacional de Salud	1	27
Página web oficial de la Sociedad Española de Psico Oncología (SEPO)	1	10
Navarra. Es	2	15 61
Página web oficial de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	3	41 14 58
Página web oficial de Zona Hospitalaria	1	42
Google académico	3	38 50 53
Página web oficial de la Escuela de Pacientes	1	59

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Documentos y libros en formato impreso	Autores y Año	Nº referencia bibliográfica
Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Manejo del cáncer en atención primaria.	Yélamos, C., & Fernandez, B. (2009)	4
Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática.	Yarnoz AZ, Quinto SS, Castillo PDS, Prats CJ (2005)	28
Communication skills training in oncology-description and preliminary outcomes of workshop on breaking bad news and managing patient reactions to illness.	Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, Glober GA, Myers EG, Greisinger AJ, "et al" (1999)	26
An evidence base for patient centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients.	Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL, Allen M. (2009)	35
Entre el miedo y la esperanza. La experiencia de afrontar un cáncer.	Guinot, J (2004)	18
Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España.	Centeno Cortés C, Nuéz Olarte J.M. (1998)	49
Psicooncología básica para profesionales de la salud. Elena Alameda Jackson	Alameda Jackson, E. (2018)	43
El número de líneas móviles supera por primera vez a la población mundial. Publicación de El País	Ramón Muñoz.(2018)	60

Fuente: Elaboración propia

2. ENTREVISTA

En relación a la entrevista realizada a la psicóloga Laura Díaz Sayas, esta narró como existe un convenio desde hace más de 25 años entre la AECC y el CHN para que sean los profesionales de la asociación (4 psicooncólogos actualmente) quienes presten el servicio de psicooncología en el hospital.

Según sus palabras, hay pocos profesionales de la psicología que estén formados en el ámbito oncológico a parte de los que trabajan en la AECC, por lo que se trabaja directamente con profesionales de la asociación mediante este convenio.

Refirió que en los últimos años se le está dando cada vez una mayor importancia al impacto emocional, psicológico y social que tiene un diagnóstico de estas dimensiones, y que en el servicio de oncología del CHN raro es el profesional sanitario que no informa al paciente y su familia sobre la disponibilidad de este servicio. Destacó en este sentido la labor que realizan los profesionales de enfermería del Hospital de Día, ya que son estos los que están durante más tiempo en primera línea con los pacientes durante el tratamiento, abriendo así un canal de comunicación mucho más cercano y bidireccional. Según Laura, muchas veces son las propias enfermeras las que hacen de psicooncólogo, y en ese sentido, es muchas veces ese el momento oportuno para hablar sobre emociones y sentimientos, y así poder informarles sobre el servicio de psicooncología, teniendo en cuenta que también suele ser el propio paciente o sus familiares los que suelen demandar un servicio psicológico o de apoyo para mejorar el afrontamiento.

Por lo general, explicó que se suele realizar una sesión de orientación con todos los pacientes que se ponen en contacto con el departamento de psicooncología, para así conocer cuál es su estado anímico actual y en qué fase del afrontamiento se encuentran, así como para conocer cuáles son sus miedos, inquietudes y expectativas. Después de esta, comentó que se suelen hacer sesiones a demanda, programadas con el propio paciente y familia, cuando ingresan en planta por complicaciones o tienen recaídas y al final del tratamiento. Recalcó mucho la importancia de la atención a los familiares, los cuales suponen alrededor de 1/3 del total de personas que se atienden en consulta.

Cuando se le preguntó si deseaba añadir algo más a lo ya comentado, resaltó que en otros hospitales y centros suele trabajarse mucho más de forma multidisciplinar, formando un equipo en el que profesionales de diferentes ámbitos de la sanidad (médico oncólogo, radiólogo, enfermero, psicólogo, trabajador social...) trabajan de una manera mucho más compenetrada, realizando reuniones para poner en común diferentes aspectos de los pacientes de forma más individual. En el momento del diagnóstico, por ejemplo, relató que la mayor parte de los componentes de estos equipos multidisciplinarios suele estar presente.

Sin embargo, también dejó claro la inviabilidad de este tipo de prácticas, dado el creciente número de casos de cáncer diagnosticados cada año, así como el tiempo que cada una de estas prácticas conllevaría y el ajustado personal de plantilla actual, entre otros motivos.

6. DESARROLLO

6.1 Diagnóstico: cáncer

Se estima que este año se diagnosticarán casi 277.234 cánceres en España, un 12% más que los 247.771 diagnosticados en 2015 (SEOM, 2019)³. Así lo ha comunicado Ruth Vera, presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) tras conocer los datos de su informe anual publicado el pasado mes de enero, donde también se recalca un aumento de la supervivencia de los pacientes con cáncer en nuestro país, la cual actualmente es de un 53% a los 5 años³. La desigualdad entre hombres y mujeres cuando se mide la probabilidad de desarrollar un cáncer también se manifiesta en este informe; se estima que el 43% de los hombres y un 27% de las mujeres desarrollará uno a lo largo de su vida³.

En el caso de Navarra, la Comunidad Foral registra cada año alrededor de 3.400 nuevos casos de cáncer entre su población, siendo el 59% de los diagnosticados hombres y el 41% mujeres, según los últimos datos del Registro de Cáncer de Navarra expuestos por el conejero de Salud Fernando Domínguez el pasado mes de Enero. Actualmente, el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte en población menor de 75 años de Navarra, responsable del 15% y el 11% de los fallecimientos en hombres y mujeres, respectivamente^{14,15} (Anexo 1).

La Real Academia de la Lengua Española la define como *“enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada”* (RAE, 2014)¹⁶. La enfermedad oncológica, como ya se ha analizado con anterioridad, es una enfermedad crónica que actualmente causa aproximadamente una de cada seis defunciones a nivel mundial².

Un aspecto que inicialmente llama la atención es que ha habido un incremento en el número de nuevos casos de cáncer en este último siglo, y se espera que siga aumentando, alcanzando los 24 millones de casos para el año 2035². Este incremento puede ser debido al éxito de los programas de detección precoz instaurados, a una mayor esperanza de vida de la población, la cual en España es de

80 y 86 años para hombres y mujeres respectivamente según la OMS (2016)¹⁷, unido a que los tumores tienden a aparecer más frecuentemente en la segunda etapa de la vida, y un incremento a la sobreexposición de la sociedad actual a los factores de riesgo de cáncer, entre los que encontramos la exposición al sol, el tabaco y la alimentación inadecuada, entre otros⁸.

La mayoría de los cánceres en las personas adultas son causados por una combinación de factores internos y externos a la persona. Como factores internos ha sido crucial, entre otros, el sorprendente descubrimiento de los oncogenes, iniciado entre otros por el investigador español Mariano Barbacid, ya que se tratan de genes de nuestros cromosomas que se activan cuando “no toca”, disparando el crecimiento celular que en teoría debería de suprimirse automáticamente tras el periodo embrionario (cuando el nuevo ser vivo precisa de una reproducción continua para formar los órganos), dando lugar al tumor¹⁸. Entre los factores externos podemos destacar la conducta del ser humano (alimentación, tabaco y otros) y el entorno (las radiaciones solares), siendo el consumo de tabaco y de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física los principales factores de riesgo de cáncer en el mundo según la OMS (2018)^{1,8}. Cabe destacar que el tabaquismo es el factor de riesgo más importante, ocasionando aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer a nivel mundial¹.

Además, cerca del 15% de los casos de cáncer diagnosticados en 2012 en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo se atribuyeron a infecciones crónicas, especialmente las causadas por *Helicobacter pylori*, los papilomavirus humanos, los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr¹.

Este hecho puede ser contrario a la visión que se suele tener de esta enfermedad, como algo que aparece en nuestras vidas, algo que “te toca”, sin nuestra influencia y sin que se pueda hacer nada por evitarlo, como si se tratase del propio destino de cada uno y estuviéramos sometidos a la incertidumbre de un aparente azar^{7,18}.

El cáncer en la actualidad representa un problema de salud pública global, especialmente entre los países denominados del primer mundo, y a pesar de los esfuerzos y avances que se han ido realizando a lo largo de los últimos años (ya que

la investigación es enorme, continua y va dando sus frutos con una paulatina e inexorable mejoría en los resultados), continúa afectando y matando a un enorme número de personas, sin distinción alguna. Es por todo esto por lo que el área de la oncología demanda intervenciones prioritarias tanto en políticas de intervención, como en el diagnóstico y el tratamiento^{1,18}, por lo que la UE ha publicado este año, como en años anteriores, un conjunto de recomendaciones poblacionales recogidos en el Código Europeo contra el Cáncer, publicadas en formato poster por el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea¹⁵ (Anexo 2).

6.2 La comunicación de malas noticias

La comunicación de una mala noticia es un aspecto central de la práctica clínica de cualquier profesional de la salud, y a pesar de lo habitual que es, se considerada una tarea complicada y poco comfortable, ya que es todo el equipo médico, incluida la enfermería, quien comparte las angustias y esperanzas con pacientes y familiares de personas que tienen que afrontar esta experiencia, ofreciendo la ciencia, el calor y la esperanza que se tiene. Se trata de una tarea de comunicación compleja que requiere de otras muchas habilidades además de las verbales^{18,19}.

Existen numerosas definiciones de “malas noticias”, algunas de las cuales han recuperado Herrera A., *et al.*¹⁹. Dias²⁰ la define como *“cualquier información que afecta adversa y seriamente la visión del individuo de su futuro”*, mientras que otros autores como Bor, Miller, Goldman y Scher²¹ la plantean como una *“situación donde hay un sentimiento de no esperanza, una amenaza de bienestar mental o físico de la persona, riesgo de alterar un estilo de vida establecido o donde el mensaje entregado transmite pocas opciones de vida”*.

El denominador común es que, al recibir un diagnóstico, en ese instante crucial en el que se confirman los temores, el mensaje tiene el potencial de destruir esperanzas y sueños, y conduce a estilos de vida y futuros muy diferentes a los que se tienen¹⁹.

Preparar al paciente para enfrentarse a la enfermedad es uno de los cometidos de todo el equipo sanitario, siendo el médico el que debe informar sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento al paciente, de modo general, teniendo en cuenta de que puede darse una revelación completa, parcial o nula del diagnóstico, dependiendo de cada situación^{22,23,24}. Es sin embargo misión de enfermería comprobar que el paciente lo ha entendido, ayudándole a asimilar dicha información que debe ser proporcionada de una forma adaptada a las necesidades del paciente y gradual^{22,23}. Para ello, una comunicación sincera y clara en el momento del diagnóstico permite al paciente expresar sus preocupaciones, dudas y sentimientos de cara a comprender su estado de salud²⁴.

Un meta-análisis publicado en la Revista Brasileira de Enfermagem REBEn en el año 2017²², con el objetivo de describir como se establece el proceso de comunicación de malas noticias e identificar como el enfermero practica la comunicación de las mismas, realizó una revisión bibliográfica integradora de la literatura con artículos en portugués e inglés, eligiendo nueve artículos y elaborando un checklist de los Criterios Consolidados para Informar y Publicar Sobre Investigaciones Cualitativas (COREQ) y verificando el nivel de evidencia científica²².

En este estudio, Fortes CMB., Menezes DV., Borgato MH. y Luiz MR. evidenciaron que la revisión bibliográfica realizada resultó insuficiente para permitir conocer la realidad de comunicar malas noticias en un contexto cultural y profesional, mostrando una gran influencia cultural en el trabajo de los profesionales de enfermería en los países desarrollados (Holanda, España, Francia, Suiza, EEUU, Grecia...), donde se tiene una mayor autonomía a la hora de realizar esta tarea. Sin embargo, también se evidencia la influencia cultural y religiosa en los países no desarrollados o en vías de desarrollo (Israel, Líbano, Brasil), describiendo la profesión de enfermería como un papel sumiso, secundario y no autónomo en la comunicación de malas noticias al paciente y sus familiares²².

Finalmente, a pesar de la gran importancia que tiene el hecho de saber dar malas noticias, denuncian que es una materia poco mencionada en la literatura científica, poco evidenciada y poco investigada por el equipo de enfermería²².

Estas afirmaciones son compartidas por Sanches KS., Teixeira PTO. y Rabin EG²⁵. En su estudio “The escenario of science publication on palliative care in oncology over the last 5 years; a scoping review”, publicado en la “revista da escola de enfermagem da usp” en el año 2018, en el cual se estudiaron 341 artículos relacionados con el tema de estudio. El primer dato que subsidia la discusión en este estudio es la considerable diferencia en la cantidad de publicaciones en relación con los idiomas utilizados: a juzgar por el número total de artículos incluidos en esta revisión, el 94,72 % (323) se publicaron en inglés. Este hecho puede explicarse por numerosas razones según los autores, y una de ellas es que los países que más desarrollados tienen su sistema de cuidados oncológicos son países anglófonos. Afirman que esto también puede estar relacionado con la tendencia global de usar el inglés como idioma internacional en la ciencia, ya que los estudios señalan que los artículos publicados en inglés reciben más citas, y por lo tanto son más leídos. 4 de los artículos que analiza, el 1,17%, se publicaron en castellano²⁵.

En relación a los profesionales sanitarios, en la categoría de enfermería (que aparece como segunda en número de publicaciones), el 81,4% de los estudios analizados en este estudio resultaron ser estudios multidisciplinarios, los cuales se publicaron conjuntamente con diferentes profesionales, entre los que se encontraba la enfermería. Esto significa que las enfermeras participaron como autores en 8 de cada 10 artículos, siendo los autores principales solo en un 25,22% de los mismos²⁵.

6.2.1 Protocolos de comunicación de malas noticias

En la actualidad, existen varios protocolos de entrega de malas noticias, entre los que se encuentran, según Andrea Herrera *et al.*¹⁹, el SPIKES y Bennett & Alison, entre otros.

El protocolo SPIKES, fue desarrollado por Baile *et al.*²⁶, basado en el famoso protocolo de Buckman²⁷. Se trata de una sigla en inglés, donde cada letra representa una fase en este esquema de 6 pasos:

1. S (settings o setup); Preparar la entrevista, es decir, elegir el lugar correcto, establecer un ambiente adecuado, en el que se suele preferir la consulta médica.
2. P (perception); Evaluar cuánto sabe el paciente y la percepción que tiene de su situación actual.
3. I (invitation); Ser “invitado” por el paciente. El profesional debe obtener el permiso del paciente para explicarle la situación
4. K (knowledge); Suministrar al paciente conocimientos e información, hasta donde el paciente desee saber.
5. E (empathy); Tener en cuenta las emociones del paciente con respuestas empáticas, es decir, abordar las emociones que puedan surgir al anunciar el problema y establecer un plan estratégico de tratamiento.
6. S (summary); Realizar un resumen para el paciente y sus familiares y proponer un plan o estrategia. Proporcionar información en formato impreso.

Este protocolo fue desarrollado para presentar información estresante de una manera más organizada e interiorizable posible a los pacientes adultos con cáncer y a sus familiares, por lo que los componentes esenciales incluyen demostrar empatía, reconocer y validar los sentimientos del paciente, explorar el entendimiento y aceptación de la mala noticia, y entregar información sobre posibles intervenciones¹⁹. Este protocolo tiene varios objetivos relacionados que debe de conocer el profesional de enfermería¹⁹:

- Obtener información básica del paciente, lo que permitirá determinar el conocimiento, las expectativas del paciente y su disposición a escuchar malas noticias.
- Entregar información legible acorde a las necesidades del paciente y sus deseos.
- Apoyar al paciente en el empleo de habilidades para reducir el impacto emocional y el aislamiento experimentado por recibir la mala noticia.
- Desarrollar una estrategia en la forma de un plan de tratamiento, siempre con la cooperación del paciente y un equipo multidisciplinar.

El protocolo de Bennett & Alison sugiere un enfoque de 7 pasos (Anexo 3) para discutir el diagnóstico de cáncer con el paciente, basándose en la propia experiencia que tiene el paciente y la recomendación de otros, aunque también pueden ser adaptados a una variedad de situaciones clínicas donde la mala noticia es entregada, como es el caso¹⁹.

Al comparar ambos protocolos de entrega de malas noticias, Andrea Herrera *et al*¹⁹ visualizan la importancia de incluir a la familia dentro de este proceso, buscando que tanto ellos, pero sobre todo el paciente, comprendan la información entregada por el profesional, siendo este objetivo transversal a lo largo del proceso de entrega de malas noticias. También resaltan que el protocolo de Bennett & Alison se inicia con un proceso de preparación previa a la entrega de la mala noticia¹⁹.

6.2.2 La comunicación en el paciente oncológico

Si hay una palabra que genere miedo nada más pronunciarla, es “cáncer”. El momento en el cual el paciente adulto recibe la mala noticia, (el diagnóstico), es considerado un evento vital muy estresante que afecta no solo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo, y es que, debido a su desarrollo en múltiples fases y a su largo periodo de tiempo, se modifica el curso natural de la vida de la persona en sus actividades diarias, trabajo, roles familiares y relaciones... convirtiéndose en una enfermedad crónica que histórica y culturalmente se relaciona con dolor y muerte, considerándolo un factor de estrés importante que afecta, como se ha mencionado antes, a la calidad de vida de los pacientes y su entorno, ya que el miedo nace de lo desconocido, y la angustia es resultado del miedo^{18,28}. Se puede incluso afirmar que la enfermedad oncológica ocupa el primer puesto en el ranking de dificultades con capacidad de alterar la trayectoria vital prevista de las personas²⁹.

Como bien se ha descrito hasta el momento, la comunicación ha sido subrayada como la piedra angular de la relación médico-paciente en la oncología³⁰, un elemento principal de soporte que se ofrece a los pacientes, considerándose como

“una habilidad clínica clave” según la American Society of Clinical Oncology (ASCO)⁹, citada por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC)¹³, ya que está altamente evidenciado que un buen sistema de comunicación entre paciente y profesionales puede, entre otros; mejorar la vivencia y conformidad que tiene el paciente de los tratamientos oncológicos; ayudar a mejorar síntomas como el dolor o el funcionamiento emocional; facilitar la detección temprana de los problemas emocionales y permitir una derivación temprana, previniendo posibles complicaciones psicológicas; aumentar la satisfacción personal...^{13,30}.

La información es, por lo tanto, una herramienta fundamental para el paciente oncológico, pues facilita su participación activa en la gestión de sus cuidados de salud, en la toma de decisiones y en el autocuidado²⁴.

6.2.3 Antecedentes, actualidad y datos técnicos

En la literatura actual, se recogen dos modelos principales de atención a los cuidados, los cuales han ido evolucionando a lo largo de los años, indicando el tipo de relación que se establece entre el paciente y los diferentes profesionales sanitarios: el Paternalista y el de Atención Centrada en el Paciente con cáncer (ACPC)¹³.

Uno de los primeros sociólogos en estudiar la relación entre los pacientes y los profesionales fue Parsons³¹. Citado por Arrarás J.I.¹³, Parsons describió el modelo paternalista como una relación asimétrica en la que, debido a su nivel de conocimientos, el profesional ocupaba una posición dominante en el sistema, siendo esta la única forma posible de relación entre el médico y el paciente. También describió el “rol del enfermo”, el cual señalaba al paciente como alguien que necesita cuidados médicos y que debe cooperar con el profesional, ya que este era el único que tenía el “rol complementario”; ofrecía sus habilidades y conocimientos de forma autónoma para ayudar al paciente.

Los profesionales dentro del modelo paternalista plantean preguntas de estilo cerrado, como “¿ha tenido dolor?”, centrando su atención tan solo en los aspectos físicos de la enfermedad, dentro de un modelo biomédico, y dando pocas oportunidades al paciente para expresar sus propias preocupaciones y creencias, o hablar sobre aspectos psicológicos o sociales¹³.

Actualmente, podemos entender que la atención al paciente oncológico en occidente ha pasado de un modelo Paternalista a uno de Atención Centrada en el Paciente con Cáncer (ACPC), a pesar de que estudios de comunicación realizados en el sur de Europa que han utilizado escalas de confianza médica (PBS...) respaldan la idea de que *“los médicos, hasta hace muy poco, no estaban convencidos de la importancia de los aspectos psicosociales en la atención sanitaria o estaban todavía unidos a valores biomédicos más tradicionales”*³⁰.

El instituto Nacional del Cáncer³² define la ACPC como el cuidado que responde a las preferencias individuales del paciente, sus valores y necesidades, respetando dichas preferencias. Este modelo de cuidados permite una gran flexibilidad en las relaciones entre usuarios y profesionales, siendo esta cada vez más horizontal y apoyando la participación activa del paciente en su cuidado, por lo que el paciente y su entorno juegan cada vez un papel más esencial para la buen evolución del proceso^{13,18,33}. Para ello, es de vital importancia el concepto multidisciplinar del cuidado donde se desarrolle una comunicación efectiva entre los mismos, ya que la diversidad profesional facilita y mejora el proceso de comunicación del cáncer, a pesar de que los estudios resaltan que los profesionales de oncología son unos de los grupos en los que más difícilmente se logra una comunicación efectiva, dada la sobrecarga de trabajo que sufren por la complejidad de este tipo de cuidados^{25,34}.

En España, uno de los autores que debería de citarse en relación a este tema sería Pedro Laín Entralgo; médico, químico, ensayista, historiador... el cual dirigió la Real Academia Española de la Lengua, así como las de Medicina e Historia. En 1964 publicó “La relación médico-enfermo”, en el que sugiere a los profesionales sanitarios qué decir, pero también cómo, explorando el lenguaje no verbal, intentando mostrar las metas, los métodos intelectuales, los conceptos

fundamentales y las actitudes anímicas de una medicina que aspire al calificativo de “humana”, para así poder llegar a un concepto tan esencial como es la humanización de los cuidados^{6,33}.

El concepto de Atención Centrada en el Paciente con Cáncer incluye la Comunicación Centrada en el Paciente (CCP), la cual puede ser entendida de formas diferentes según apuntan Arrarás J.I.¹³. Para algunos autores podría ser entendida como un rasgo, *“un estilo general de comunicación”*, y para otros como un estado, *“conductas que se presentan durante una interacción partículas”*. Estos autores consideran que la CCP tiene seis funciones centrales¹³.

- Facilitar la autonomía del paciente
- Manejar la incertidumbre
- Intercambiar información
- Fomentar relaciones de curación
- Responder a las emociones
- Tomar decisiones

A partir del meta análisis realizado por Venetis MK., Robinson JD., Turkiewicz KL. y Allen M.³⁵, quedó evidenciado que hay suficiente evidencia científica para apoyar la CCP, destacando algunas ventajas de la misma: mayor satisfacción con los cuidados; mayor adherencia a los tratamientos, a los hábitos de salud y el autocuidado; mejor soporte por parte de los profesionales; decisiones clínicas de mayor calidad basadas en la evidencia y que estas vayan en concordancia con las preferencias y valores de los pacientes; y una sensación de mejor ajuste psicológico y una mayor autoeficacia en el paciente^{13,23}.

Estos autores reafirman la idea de que dar malas noticias es una actividad habitual y nada fácil en el campo de la oncología y los cuidados paliativos, dada la complejidad de los tratamientos y la estigmatización social de relacionarlo con la fase final de la vida, y que la enfermera de referencia en el servicio del Hospital de Día Oncológico tiene un rol activo en la trasmisión de mensajes, siendo la forma en la que se desengrana la información muy relevante e influyente en el proceso de asimilación

de la misma por parte del paciente, viéndose afectada la calidad de vida de los mismos²².

Existen instrumentos PRO (Patient Reported Outcomes) específicos de cáncer para la evaluación de las diferentes dimensiones de la calidad de vida y la comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales, como el Cuestionario de Comunicación de la EORTC QLQ_COMU26 y el Cuestionario General de la EORTC QLC-C30. En este sentido, el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer es un organismo Europeo que participa con el Hospital de Navarra desde 1992, siendo el único centro español que ha sido miembro activo de este grupo de investigación^{13,36}.

Estos cuestionarios, a los cuales no se ha tenido acceso, han sido desarrollados siguiendo un proceso detallado, en el que la visión de los pacientes y las diferentes características culturales han sido tenidas en cuenta, ya que debe ser el propio paciente quien mida su calidad de vida, teniendo en cuenta todas las dimensiones físicas, sociales y psicológicas, entre otras^{13,36}.

6.3 Fuentes de información alternativas y complementarias

A nadie nos extraña la expresión “buscar una segunda opinión” y más, si nos referimos al diagnóstico de una nueva situación vital muy estresante y delicada que va a modificar el curso natural de la vida de los pacientes, ya que el temor a que las cosas no vayan bien motiva muchas veces la necesidad de una segunda opinión. Incluso son los propios médicos los que dicen que “muchos pacientes miran en internet o preguntan a los vecinos y luego nos vuelven locos a nosotros”. La tendencia de la población en el ámbito de la salud es de informarse más allá de sus problemas de salud o la de sus familiares tras la consulta médica, tanto para comprender mejor lo que el médico les ha dicho como para profundizar en el tema^{18,33}.

Un 53,6% de los encuestados en el estudio “Comunicación Salud” en España³³, opina que no es necesario informarse más, mientras que un 45.5% admite abiertamente que tiene tendencia a buscar otras fuentes de información.

Figura 2: Porcentaje de población encuestada que se informa al margen del médico

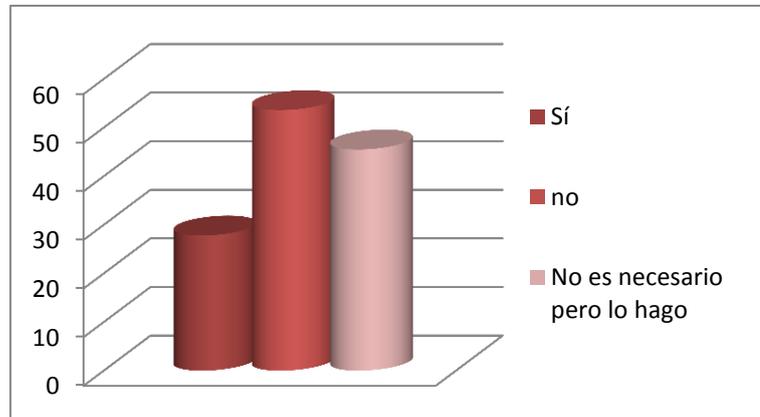


Figura 2: elaboración propia, basado en el estudio de “Comunicación Salud”³³

A estos últimos se les planteó la siguiente pregunta; “Y, ¿buscó también en dichas fuentes de datos sus síntomas o los de su familiar para saber qué podría pasar antes de ir a la consulta?”. Un 84,8% manifestaron que sí, lo que se corresponde con un total del 38,58% de pacientes que no se conforman totalmente con lo que el profesional de la salud les dice³³.

Otros estudios de investigación cualitativa como el realizado por la AECC y la Fundación ECO reflejan que es significativo que solamente un 33,3% de los oncólogos recomienden de forma habitual fuentes de información complementarias, mientras que esta recomendación la hacen habitualmente un 60% de los profesionales de enfermería, y que solamente el 21,1% de los acompañantes y el 28,6% de los pacientes manifiestan haber sido informados por su oncólogo sobre fuentes de información complementarias¹⁰.

En otra revisión de diversos estudios efectuada por Eysenbach en 2003³⁷, citada por Ortega Ruipérez C.³⁸ (Anexo 4) se incluyeron un total de 24 estudios, lo que supone una población de 8.697 pacientes con cáncer. Se estimó una incidencia de utilización de Internet para obtener información médica ronda el 39%, lo que

coincide aproximadamente con la percepción que tienen los oncólogos sobre la proporción de los pacientes que utilizan Internet según Ortega C.; un 30%.³⁸

Además, según una entrevista realizada a D. Máximo González Jurado, Expresidente del Consejo General de Enfermería de España, la ACP es cada vez más horizontal porque los pacientes están cada vez más y mejor informados sobre su enfermedad gracias a las nuevas tecnologías como Internet, y hay ocasiones donde vienen con un diagnóstico y un tratamiento. Según sus propias palabras; *“los profesionales sanitarios tenemos que ratificar el tratamiento o, en caso de que no sea el adecuado, convencerles con argumentos sólidos de por qué no debe ser como ellos creen”*³³.

Este tema también fue tratado en el Congreso Salud Sin Bulos, celebrado en el hospital La Princesa, al que acudió el secretario científico de la SEOM, el Dr. Guillermo de Velasco, oncólogo médico del Hospital 12 de Octubre. La manera de mejorar la comunicación médico-paciente cuando hay bulos de salud sobre cáncer y la búsqueda de información sobre salud en Internet fueron los protagonistas de esta mesa redonda en la que tanto pacientes como oncólogos defendieron, entre otras propuestas de mejora, la prescripción de páginas web, los sellos de calidad para contenidos, la creación de escuelas para pacientes y profesionales y la consolidación de los equipos multidisciplinares. Para el DR. De Velasco, son muy necesarios consejos o un decálogo para identificar webs seguras y de calidad, y que el paciente pueda identificar si en ellas hay las denominadas “fake news”, punto en el que coincidió con Begoña Barragán, presidenta de GEPAC³⁹.

6.4 [La psico-oncología](#)

Entre el 30 y el 50% de las personas con cáncer (o sus familiares) viven la enfermedad con síntomas de malestar psicológico y/o emocional lo suficientemente graves como para necesitar ayuda profesional, y es la psico-oncología la que da respuesta a esta demanda⁴⁰.

Esta rama de la psicología estudia a la persona que desarrolla el cáncer y que se centra en los aspectos psicológicos y sociales de la misma⁸, y fue definida por el que se considera su creador, Jimmie Holland, como el “*campo de estudio e intervención en los trastornos psicosociales asociados al diagnóstico y el tratamiento del cáncer en el paciente, sus familiares y en los servicios sanitarios, así como sobre los factores conductuales que afectan al riesgo de desarrollar la enfermedad y de ser superviviente*”⁴⁰.

Las principales actividades actuales de la psico-oncología pueden ser organizadas en las siguientes grandes áreas según Juan Ignacio Arrarás y Emilio Garrido Landívar⁸;

Tabla 5: Actividades actuales de la psicooncología

- 1) Programas clínicos en los que los psicólogos ofrecen apoyo a los pacientes y a las personas cercanas a ellos, en áreas como las reacciones emocionales, la adaptación a los diferentes momentos de la enfermedad y del tratamiento, la comunicación o la información.
- 2) Programas clínicos dirigidos también a los profesionales, quienes también presentan respuestas emocionales de gran intensidad e importancia.
- 3) Formación a los profesionales que trabajan en el área de la oncología para que puedan dar apoyo psicológico a los pacientes, familiares y a otros profesionales.
- 4) Investigación: en la actualidad se están llevando a cabo un número importante de estudios científicos, en campos como la prevención de la enfermedad, la adaptación a las distintas fases de esta, la influencia de los factores psicológicos en la aparición y evolución del cáncer, el consejo genético, la medición y mejora de la calidad de vida de los pacientes y otras.
- 5) Intercambio de información científica y formación a través de sociedades, como la Sociedad Europea de psico-oncología (ESPO), congresos y cursos específicos de psico-oncología, programas de formación, como el ofertado en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York
- 6) Publicaciones en revistas internacionales específicas como *Psycho-Oncology*, *Journal of Psychosocial Oncology* o más generales como *Journal of Health Psychology and Social Science & Medicine*, y en un número importante de revistas y libros médicos.

Fuente: Juan Ignacio Arrarás y Emilio Garrido Landívar⁸

La psico-oncología es por lo tanto un campo interdisciplinar de la psicología (Anexo 5) y las ciencias biomédicas que un soporte tanto a pacientes, familiares y profesionales, ayudando a manejar los cambios que se general a lo largo de la enfermedad; a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento; a disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión y abandono, y a clarificar percepciones e informaciones erróneas. También se encarga de mejorar las competencias comunicativas y de interacción del personal sanitario, junto con la

optimización de los recursos para promover la eficiencia y calidad de los servicios oncológicos^{7,11,34}.

Todo esto requiere una formación en intervenciones psicológicas aplicada a una especialidad muy compleja como es la oncología a todos los profesionales sanitarios que forman el grupo multidisciplinar, y especialmente a enfermería. Todos los planes autonómicos o estrategias dedicadas a cáncer (al igual que la Estrategia Nacional en Cáncer del SNS) hacen referencia a la necesidad de brindar apoyo psicológico a pacientes de cáncer y sus familiares. Sin embargo, a pesar de los avances en las aportaciones de la psicología en la oncología, la presencia profesional del psicólogo es todavía muy insuficiente en la sanidad pública y privada en lo que al cáncer respecta. En cuanto a los hospitales públicos se refiere, el 48% de ellos no ofrecen atención psicológica y el 52% restante, la oferta de apoyo es insuficiente^{11,41}.

En este sentido, el servicio de atención psicológica que ofrece la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) por medio de sus diferentes profesionales e intervenciones representa un pilar fundamental para pacientes y familiares, cubriendo una demanda en atención psicológica más continua y colectiva como puede ser la del distrés derivado de la enfermedad (85% de los usuarios), siendo el perfil del demandante una mujer (72%) de 55 años, casada (64%) y con diagnóstico de cáncer de mama (28%), según la AECC^{12,41}. En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, existe un convenio entre la AECC y el Servicio Navarro de Salud mediante el cual son los profesionales de esta asociación (4 en la actualidad) los que prestan la atención psicológica oportuna a este tipo de pacientes.

El psicooncólogo cuenta con una amplia variedad de técnicas psicológicas para facilitar la adaptación según las necesidades de cada persona.

Por un lado existen estrategias dirigidas a la intervención más específica ante situaciones de náuseas y vómitos anticipatorios, dolor, fobias y cambios en la imagen corporal, entre otras. Por otro lado, existen otro tipo de estrategias más globales dirigidas hacia el cuidado de la relación con los demás, canalización de las emociones, fomento del autocuidado y de la autorregulación⁴². La técnica de

Reducción de Estrés basada en el MindFulness (MBSR) se encuentra en auge y es la más analizada, estudiada y practicada por los profesionales. Dicha estrategia se ha utilizado para incrementar la capacidad meta-reflexiva de los recién diagnosticados, mejorar la aceptación de los síntomas y mejorar la libertad de los pacientes, ya que potencia cambios de percepción y patrones de comportamiento^{11,34,41,43}.

6.4.1 Reacciones emocionales y afrontamiento

Las reacciones emocionales de los pacientes adultos con cáncer y sus familiares son un área de intervención muy importante para la psico-oncología. Es importante dejar claro que estas reacciones ocurren porque los pacientes están haciendo frente a un problema real, el cual engloba un proceso de enfermedad socialmente devastador y temido con un futuro incierto. Por lo tanto, la actitud de los profesionales debería estar relacionada con esa situación, mostrando comprensión y empatía.

Un primer aspecto que debemos tener en cuenta es que, como ya se ha mencionado con anterioridad, un diagnóstico de cáncer puede despertar un sentimiento de incertidumbre y peligro en el paciente y su familia, ya que en nuestra cultura está todavía asociado con la imposibilidad de realizar planes para el futuro, dolor, sacrificio y muerte^{7,8}. Es por esto por lo que una reacción “normal” ante el diagnóstico implica una respuesta emocional intensa que suele ser de ansiedad o depresión^{5,7,8} (en más del 40% de los pacientes ingresados en la planta del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra⁸), y que sea necesaria una adaptación emocional desde el primer momento, teniendo también en cuenta que la prevalencia de los trastornos psicológicos en pacientes con cáncer es de entre el 5 y el 20%³⁴.

Para intentar dar una visión de cómo suelen reaccionar los pacientes ante el diagnóstico, se ha seleccionado el modelo de Massie y Holland (1990)⁴⁴, citado por J.I Arraras y E.Garrido⁸, sobre las fases que se dan en el proceso normal de ajuste del paciente adulto a los sucesos relacionados con su enfermedad (tabla 6).

Tabla 6: Modelo de fases en el proceso de ajuste normal al diagnóstico de cáncer

<ol style="list-style-type: none"> 1. Primero se suele dar una fase inicial en la que la persona puede experimentar una negación temporal del diagnóstico. Los pacientes la describen como un período de "entumecimiento". Esta reacción inicial implica un distanciamiento emocional temporal de la amenaza de la enfermedad. En algunos individuos esta negación no se da y se pasa directamente a una sensación de desmoralización. 2. Esta fase inicial dura unos pocos días y es seguida de un período de insomnio, ansiedad, miedo al futuro, interferencias en las actividades de la vida diaria y dificultades de concentración. Todo ello puede dificultar el entendimiento de la información que es ofrecida por el médico en las entrevistas. Esta segunda fase puede durar alrededor de una o dos semanas. 3. En la tercera fase, los pacientes se adaptan a la información recibida (el diagnóstico u otra), hacen frente a los diferentes aspectos de la enfermedad y de los tratamientos, y retoman, en la medida de sus posibilidades, las actividades previas.
--

Fuente: Modelo de Massie y Holland (1990)

Además, también existen una serie de factores que determinan la respuesta psicológica ante el cáncer, que quedan resumidas en la siguiente tabla⁴⁴ (tabla 7):

Tabla 7: Factores que determinan la respuesta psicológica frente al cáncer

RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de cáncer, localización, estadio, síntomas, pronóstico. - Tratamiento prescrito (cirugía, radioterapia, quimioterapia) y secuelas (inmediatas y tardías). - Alteraciones físicas o funcionales: posibilidad de rehabilitación. - Apoyo y conocimiento psicológico del equipo asistencial
RELACIONADOS CON EL ENFERMO	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos interpersonales: personalidad, mecanismos de afrontamiento, madurez emocional en el momento del diagnóstico, creencias religiosas, actitudes espirituales o filosóficas. - Aspectos interpersonales: cónyuge, familia, amigos (apoyo social)
RELACIONADOS CON EL MARCO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación del diagnóstico frente al silencio y secretismo anterior. - Conocimiento de las opciones terapéuticas, pronóstico y participación en las decisiones. - Creencias populares (el estrés causa cáncer)

Fuente: Creación propia, basada en el modelo de Holland, 1989.

Blasfemar y patear ante la mala suerte, fenómenos psicológicos derivados de la frustración por no obtener lo esperado, forman parte del inicio de este camino o proceso, el cual es solo el inicio de unos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el paciente va a tener que desarrollar en forma de estrategias, denominado afrontamiento^{5,8,29}.

El afrontamiento es un proceso área muy importante en la adaptación de los pacientes oncológicos y sus familiares a su situación. Estos pacientes deben hacer frente a⁵:

1. Los problemas derivados de los tratamientos y la propia enfermedad (denominado afrontamiento centrado en el problema), con estrategias de búsqueda de apoyo social y planificación, estando asociado a creencias positivas de control interno y externo, creencias de optimismo y de religiosidad y una adecuada percepción de apoyo social.
2. Las emociones negativas que van a ir surgiendo (denominado afrontamiento centrado en la emoción) utilizando estrategias de distanciamiento y autocontrol asociadas a creencias negativas de identidad y de locus de control externo.

En el caso del Hospital de Día de Oncología del CHN, el servicio de psicooncología, medicina y enfermería están trabajando con un instrumento de detección de ese distrés derivado tanto de la incertidumbre que genera la enfermedad como de la propia angustia que genera el “bombardeo” masivo de información que reciben los pacientes, el Termómetro de Distrés de Holland (TDH), incluido dentro de la Guía Práctica de Oncología para el Manejo del Distrés de la Red Nacional Integral de Cáncer de los Estados Unidos de América. Este se ha constituido como un instrumento útil y ampliamente aceptado para la detección temprana y efectiva del distrés psicosocial en pacientes con cáncer de distintos subtipos, lo cual se ha proyectado mediante diversos estudios en distintos países, lenguas y culturas⁴⁵.

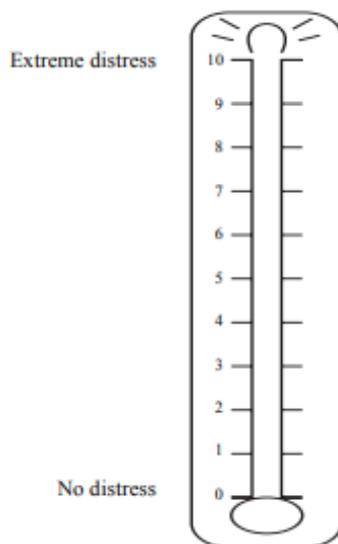
Es una escala análoga visual del 0 al 10, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro. Tiene dos partes, la primera incluye un reactivo que

textualmente expresa la siguiente instrucción: “Por favor encierre en un círculo, el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy”. La segunda parte, pide que de una lista de problemas y se señale la existencia o no de los mismos, bajo la siguiente instrucción: “Por favor, indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada uno”⁴⁵.

Figura 3: Termómetro de distrés, versión en idioma español

Screening tools for measuring distress

Instruction: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.



Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.

- | YES | NO | <u>Practical Problems</u> | YES | NO | <u>Physical Problems</u> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Child care | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Appearance |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Housing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bathing/dressing |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insurance/financial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Breathing |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transportation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Changes in urination |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Work/school | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Constipation |
| | | <u>Family Problems</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dealing with children | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eating |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dealing with partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatigue |
| | | <u>Emotional Problems</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feeling Swollen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fevers |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fears | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Getting around |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervousness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indigestion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sadness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Memory/concentration |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Worry | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mouth sore |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Loss of interest in usual activities | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nausea |
| | | <u>Spiritual/religious concerns</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nose dry/congested |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pain |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sexual |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skin dry/itchy |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sleep |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tingling in hands/feet |

Other Problems: _____

Fuente: ⁴⁵

Si la puntuación en el primer apartado supera los 4 puntos, se considera que el nivel de distrés de esa persona es lo suficientemente condicionante como para que sea vista por el profesional de psicooncología. En el segundo apartado, dependiendo de los ámbitos en el cual el paciente valore que existe un problema o una situación/adaptación complicada, se valorará derivarlo al profesional socio-sanitario

que corresponda (enfermería, medicina, trabajador social, integrador social, psicólogo, personal de atención religiosa...)⁴⁵.

En relación a esto, es obvio que la aparición de un acontecimiento altamente aversivo como este no puede causar una pronta respuesta de adaptación por parte de los sujetos. Habitualmente se deben emplear estrategias dirigidas a ambos tipos de afrontamientos y/o factores, aunque en general el cáncer exige al paciente un esfuerzo mayor para lograr las estrategias dirigidas hacia las emociones a medida que la enfermedad avanza⁵.

Según Moreno MM., *et al.*⁵, en su estudio publicado en la revista "Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión" sobre el afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el Hospital 10 de Octubre, los resultados apuntaron que *"las estrategias de afrontamiento más utilizadas por pacientes fueron: la búsqueda de apoyo social, el autocontrol y distanciamiento y planificación"* y que *"más de la mitad de las pacientes utilizaron estrategias de afrontamiento instrumentales y activas ante esta situación de enfermedad, mostrando un ligero predominio ante las pacientes que mostraron estrategias dirigidas a controlar las emociones negativas que genera en estas pacientes"*⁵.

Tanto este estudio como diferentes autores citados por Moreno MM, *et al.*⁵, afirman que es necesario aumentar el apoyo socioemocional para que diferentes estrategias de afrontamiento puedan coexistir ante una misma situación como es el cáncer. Además, la doctora Suárez Vera⁴⁶ obtuvo como resultado de su estudio que gran parte de sus pacientes utilizaban estilos de afrontamiento centrados en el problema, y la psicóloga Báñez Villoria⁴⁷ en su tesis doctoral plantea que *"aquellas pacientes que perciben poseer cierto grado de control, ponen en marcha esfuerzos y acciones para conseguir resultados y modificar una situación aversiva, evidenciando actitudes de optimismo, interés, atención; así como reacciones de búsqueda de información, planificación, solución de problemas, orientación hacia la acción, suponiendo un modo de afrontamiento asertivo, instrumental y de espíritu de lucha"*⁵.

También se han descrito también otros modelos de afrontar la enfermedad, como puede ser el de Watson *et al.* (1988)⁴⁸ citado por Arrarás J.I. y Garrido E.⁸, el cual describe cinco formas de afrontar la enfermedad, que podrían ser entendidos como estilos de “hacer frente a las dificultades”(Tabla 8)⁸.

Tabla 8: Formas de afrontar la enfermedad

1. Espíritu de lucha	Los pacientes ven su enfermedad como un reto, consideran que tienen control sobre la situación, son optimistas en relación a su futuro, toman un papel activo en su recuperación, con un ánimo positivo.
2. Desesperanza	Los pacientes consideran su enfermedad como una gran amenaza, creen que no tienen control sobre la situación, tienen una visión pesimista de su pronóstico, no intentan hacer frente a los problemas, y presentan un estado de ánimo depresivo.
3. Preocupación ansiosa	Los pacientes consideran la enfermedad como una gran amenaza, sienten incertidumbre sobre su futuro y sobre si pueden controlar su situación, tienen una búsqueda de seguridad excesiva (intentando conseguir mucha información, comparando su situación con la de otros), y muestran un nivel elevado de ansiedad.
4. Fatalismo	Los pacientes ven la enfermedad como una amenaza media, consideran que no pueden controlar su enfermedad, aceptan el pronóstico sea cual sea, no hacen nada para hacer frente a los problemas, se encuentran tranquilos.
5. Evitación / negación	Los pacientes no consideran el diagnóstico como una amenaza, niegan la gravedad de la situación, no se plantean si pueden o no controlarla, tienen una visión optimista de la situación, se encuentran tranquilos.

Fuente: Modelo de Watson *et al.* (1988)

7. DISCUSIÓN

Tras haber analizado los estudios, revisado los informes y obtenido los datos pertinentes en relación a la situación epidemiológica actual del cáncer en personas adultas en España, así como la previsión de la SEOM de 29.53 millones de casos a nivel mundial para el año 2040, se puede afirmar que esta patología es un problema de salud pública global, ya que a día de hoy causa la muerte a 1 de cada 6 personas en el mundo y se estima que el 43% de los hombres y el 27% de las mujeres desarrollará un cáncer a lo largo de su vida.

Se trata de una enfermedad que siempre ha existido y parece que seguirá perdurando, al menos a medio plazo, a pesar de que hay numerosos proyectos de cooperación en todo el mundo con grandes recursos sociales y económicos que todavía tratan de descubrir con exactitud cuál es la causa del cáncer, más allá de los factores de riesgo descritos hasta ahora. Algunos se podrán preguntar; ¿Qué confianza vamos a tener en el tratamiento si no sabemos a ciencia cierta cuál es la causa? El miedo nace de lo desconocido, y la angustia y el distrés son resultado de ese miedo, convirtiéndose así en una sentencia que, a decir de los pacientes, te acompaña durante el resto de tu vida.

El primer miedo que creo que debemos de ayudar a vencer a la población en general es el temor a consultar. Es sabido que el esfuerzo de las autoridades sanitarias se centra en convencer a la población de la necesidad real de consultar al médico cuando aparezca algún síntoma de duración superior al esperado si se debiera a un proceso inflamatorio o infeccioso agudo, que pueda hacer sospechar de la posible presencia de un tumor maligno, como puede ser el sangrado abundante y continuado al toser, una afonía persistente, la pérdida repentina de varios kilos sin motivo aparente.... El retrasar una visita al médico por miedo a tener un cáncer es la mejor manera de perder la primera batalla contra él, y de acuerdo con otros autores, considero que la consulta es imprescindible y necesaria.

La muerte sigue siendo un tema tabú ya que apenas se habla de ello en la vida diaria y tampoco se trata de una manera específica en las facultades de medicina, enfermería, psicología, trabajo social... La muerte ajena nos recuerda la nuestra propia y la de nuestros familiares o personas más cercanas, lo cual nos provoca angustia y decidimos mirar hacia otro lado. De este modo la muerte es un fantasma al que todos tememos, y no sabemos qué hacer cuando en el momento del diagnóstico escuchamos la palabra maligno, ya que el resto de las palabras no caben en nuestro cerebro en ese momento, el cual vuela imaginando lo peor... Se trata de un momento en el que el futuro y la vida cotidiana de las personas son sacudidos de una forma bestial, ya que la idea del cáncer está socialmente unida a la idea de muerte, a pesar de que esta última es necesaria en la naturaleza. Cuanta más información tengamos y más sepamos sobre esta enfermedad, el temor disminuirá y habrá más lugar para la esperanza, ya que la palabra cáncer asusta, y prácticamente todos conocemos a alguien que ha padecido ésta enfermedad o incluso que ha muerto por ella.

Pero la enfermedad no solo afecta al paciente, sino también a la familia. Su dolor no es físico, no reciben ellos los tratamientos, pero su sufrimiento es real, su sentimiento de soledad, inseguridad e impotencia les atenaza ante algo desconocido. La reacción de la familia ante el diagnóstico es fundamental para el paciente, ya que se trata su principal refugio. La familia y los amigos crean una especie de "clan" alrededor del paciente que le da estabilidad, por lo que el entorno también debe de estar en el punto de mira de enfermería, ya que, la falta de información les puede llevar a conclusiones erróneas y a sumar angustia en vez de consuelo y compañía, y el manejo de la situación por parte de todos ayuda no solo al paciente, sino también a aquellos; se entiende mejor lo que sucede, la ansiedad y el miedo se reducen... Las intervenciones terapéuticas también pueden ser de ayuda a la hora de reparar relaciones existentes, mejorando la comunicación, incrementando la flexibilidad, creando nuevas expectativas o mejorando el ajuste a la nueva realidad de su enfermedad.

En este sentido, el saber comunicar una mala noticia puede ser considerado un arte, ya que la información que se va a proporcionar es “poder” y permite al paciente enfrentarse a una nueva realidad vital, a pesar de que con demasiada frecuencia se dedica poco tiempo a explicar claramente el diagnóstico o se satura al paciente de tanta información que su cerebro, en ese momento de debilidad severa, no puede procesarla.

Por eso respaldo la opinión de Máximo González Jurado³³ que considera que es muy importante y necesario que los profesionales sanitarios aprendamos a comunicarnos con nuestros pacientes desde la formación inicial en la universidad, a pesar de que algunos estudios reflejan que, en el caso de enfermería, carecemos de esta especialización académica y que la vamos adquiriendo en la práctica diaria y en cursos de formación que no se ofertan en los planes de estudio, siendo conscientes de que ha habido grandes cambios del paso de la diplomatura al grado en este aspecto.

Asimismo, de acuerdo con el “Estudio de Comunicación Salud³³, la empatía no es una cualidad que sobre a los profesionales sanitarios. En este campo, si bien es cierto que muchas veces el comportamiento que nos sale de manera natural ante el sufrimiento es decir cosas del tipo “No te preocupes, no pasa nada”, y aunque la intención es buena, el resultado final es que el interlocutor se siente incomprendido, pudiendo así valorar negativamente la identificación mental y afectiva que tiene el profesional sanitario con el estado de ánimo del propio paciente y su situación.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados del estudio, al existir una opinión popular generalizada sobre que a los médicos se les entiende mal en muchas ocasiones, el uso de términos que no se entienden es causa de mayor incompreensión. En este sentido, todavía debe de hacerse un esfuerzo por parte de los profesionales de la salud para adaptar la información que tenemos que dar al paciente usando un vocabulario menos técnico y más coloquial, en la medida que sea posible, dando siempre las explicaciones que sean necesarias.

A pesar de que esta comunicación ha sido subrayada como la piedra angular de la relación médico-paciente en la oncología, en ciertas ocasiones existe una alianza o pacto, en el que la familia del paciente actúa con los médicos ocultando una enfermedad potencialmente mortal o grave al paciente, llamada Conspiración del Silencio. En España, Centeno y Núñez constataron el 1998 que el diagnóstico de cáncer era relevado solo a un 25-50% de los enfermos oncológicos, a pesar de que esta conducta ha disminuido mucho en los últimos años⁴⁹. En relación a esta práctica, el estudio preguntaba a los entrevistados cómo preferían que les contaran la mala noticia. Un 65% de los encuestados se mostraron partidarios de que el profesional de la salud de lo dijera con “la cruda realidad”, y este dato aumentó hasta el 92,9% en el grupo de los oncológicos³³. Sobre este tema solo añadiré que a pesar de que cada paciente es un mundo, todos tenemos derecho a saber la verdad sobre nuestra salud.

Existe mucha documentación sobre estrategias y protocolos para dar malas noticias, sin que exista consenso acerca de cuál es la más adecuada, lo cual refleja la multiplicidad de posibles objetivos implícitos en esta tarea, pero en mi opinión, es necesario ir más allá de unas simples pautas. Cuando se habla de humanizar el cuidado y la asistencia sanitaria, para Yolanda Lupiáñez Pérez⁶ es algo *“intrínseco a la propia salud, es realizar acciones a favor de la dignificación de los seres humanos”*.

Entiendo que esto implica que el trato de los profesionales con el paciente sea directo, evite juicios e ideas preconcebidas y promueva la confianza, teniendo como requisitos básicos para poder humanizar la relación tanto terapéutica como clínica la comunicación, la escucha activa, la empatía, la compasión, el respeto y la integridad, asumiendo el compromiso de ser honesto y sincero cuando hablemos con los pacientes. La humanización de los cuidados es una asignatura que tenemos todavía pendiente, a pesar de que es un tema que está en auge, con estrategias como la que algunos hospitales nacionales, entre ellos el CHN, han instaurado recientemente.

Tras haber analizado las bases de la mejorable formación en comunicación centrada en el paciente en los distintos retos del ámbito de la oncología que tienen los profesionales sanitarios, así como la repercusión y la importancia que tiene una buena CCP de doble dirección que responda a las preferencias individuales del paciente, siendo flexible y apoyando la participación activa del paciente en su propio cuidado, no puedo sino estar en total acuerdo con diferentes autores a la hora de afirmar que la actual estructura sanitaria necesita la existencia de órganos de consulta independientes en los que profesionales sanitarios y ciudadanos expresen sus inquietudes, preocupaciones, ideas y propuestas, así como la necesidad de potenciar la comunicación con el paciente mediante las nuevas tecnologías digitales y herramientas cibernéticas veraces. Son estas herramientas las que puede resolver una gran cantidad de dudas en los pacientes sin general grandes listas de espera, absentismo laboral ni un gran gasto sanitario. Aumentar el tiempo que permanece cada paciente en la consulta también es algo a considerar, ya que muchos lo consideramos como problemático e insuficiente para poder hacer uso de una comunicación eficiente y así abordar los problemas del paciente más allá que de una forma esquemática

En relación a las fuentes alternativas de información, sabemos que, a pesar de que los profesionales de la salud siguen siendo una fuente importante de información, el uso de internet ha experimentado un incremento notable en los últimos años, también relacionado con los cambios que se dan en la sociedad actual, con un mayor uso de las tecnologías para todos los ámbitos, incluyendo la información en temas de salud, por lo que considero fundamental analizar y conocer dicho uso para poder ayudar a los pacientes a mejorar el grado de información en la patología oncológica, ya que se estima que el 30% de los pacientes hacen uso del internet como fuente alternativa a la información facilitada por su equipo oncológico³⁸.

¿Por qué internet se ha convertido en una de las principales fuentes de información? Creo que las ventajas son claras: es un medio disponible las 24 horas del día, totalmente anónimo, con relativa facilidad en el acceso (ordenadores, portátiles, tabletas, móviles..), accesible desde el propio domicilio, múltiples opciones de información (páginas web, foros, chats, redes sociales) y abundancia de

información médica disponible. Todos estos factores hacen que sea un medio atractivo y que se haya popularizado. Hoy en día gracias a internet, uno puede tener toda la información que quiera, y todo el mundo puede tener acceso a dicha información.

Por otro lado, tiene un gran inconveniente principal: La calidad de la información es altamente variable, lo que puede tener un impacto negativo en los pacientes que consultan ciertas páginas web, ya que hay multitud de webs con intereses comerciales que no prestan atención a indicadores de credibilidad.

Hay que tener en cuenta que independientemente de nuestra opinión acerca de la calidad de la información en las redes sociales, el momento en el que damos información a nuestros pacientes es una oportunidad para mejorar y hacer más fuerte la relación profesional sanitario-paciente. En ocasiones la confusión y ansiedad generada por la información obtenida puede provocar dificultades a la hora de discutirla y analizarla, y es por eso que creo que las entrevistas y/o sesiones con la enfermera del hospital de día son una oportunidad para comentar la información que se da en el momento y la obtenida por el paciente de forma autónoma, resolver dudas y así disminuir la ansiedad que pueda provocar una información errónea y no veraz, ya que la información que obtienen los pacientes online puede ser falsa, inadecuada o engañosa; y si los pacientes no contrastan esa información con sus referentes sanitarios puede afectar a su salud o incluso a los tratamientos.

Finalmente, una visión integral del paciente oncológico supone incluir cada vez con mayor certeza el factor psicológico como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad, ya que el cáncer es una enfermedad que trasciende el aspecto somático, volviéndose también fundamentales los aspectos emocionales asociados. Es por esto por lo que considero que la psicooncología es un pilar fundamental en la atención al paciente oncológico, y alabo el trabajo que realiza la AECC en este sentido.

La oncología trata de curar y cuando esto no puede lograrse, trata de cuidar (de ahí el desarrollo de los cuidados paliativos). El psicooncólogo, sin embargo, tiene su eje

central en el cuidado de la persona. Con esta afirmación lo que pretendo es conectar con ese objetivo global y holístico de cuidar a la persona como un todo cuando padece la presencia y la amenaza de un cáncer, no pretendo restar importancia a los aspectos de tratamiento con objetivo curativo. Que el acento central de la psicooncología sea el cuidado y no el curar no la convierte, ni mucho menos, en disciplina de segundo orden. Más bien, creo que le da una profundidad y una relevancia fundamental, que puede ser analizado desde un punto de vista ético.

Y un cuidado ético tiene, en este sentido, dos pilares que lo fundamentan: la fragilidad y la responsabilidad. Entre las cosas que la ética nos “obliga” a hacer a los seres humanos está la de proteger a los más débiles. Entiendo que la ética humana, en este sentido, es siempre una ética de la fragilidad, por lo que, en este caso, aquellos que padecen una enfermedad tan grave y amenazante como puede ser el cáncer son objeto primordial de la ética humana, o al menos deberían serlo, junto con otros grupos poblacionales. Por otro lado, entiendo que responsabilizarse es tener cuidado de alguien máximamente vulnerable y entender ese cuidado como un deber, por lo que, como sanitarios, cuidar constituye una forma de articular materialmente el valor de la responsabilidad, reconociendo en el otro (el paciente) su dignidad y su diferencia.

La enfermería es una de las profesiones que trabaja en la primera línea más centrada en el cuidado de las personas, en la atención diaria y constante, creando grandes lazos y un trato directo con el paciente y su familia. Tanto por la esencia del trabajo que realiza enfermería y las demandas psicológicas y emocionales que el paciente oncológico recién diagnosticado tiene, creo que la formación en psicooncología a las enfermeras que trabajan en el ámbito oncológico es claramente no solo una cuestión de beneficencia, resaltando también que la figura de un psicooncólogo de profesión en cualquier unidad de oncología del sistema nacional de salud es más que necesaria e indispensable.

Tendremos que seguir investigando y mostrando la efectividad y la eficiencia de las intervenciones psicológicas, pero aun teniendo en cuenta eso, creo que el Estado tiene deberes desde el sistema sanitario para con los ciudadanos directamente

proporcionales a su fragilidad. Creo que esto es viable en un país denominado del primer mundo donde el hecho de que los recursos sean limitados no significa que sean insuficientes; es tan solo una cuestión de prioridades. Esta sociedad tiene que ir mucho más allá en la simple asistencia biomédica a los enfermos oncológicos, sobre todo cuando se trata de disminuir la experiencia del sufrimiento evitable.

8. CONCLUSIONES

- El cáncer en la actualidad es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial y representa un problema de salud pública global que demanda intervenciones prioritarias y específicas tanto en políticas de intervención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- La sociedad sigue relacionando la enfermedad oncológica con dolor, sufrimiento y muerte, lo que hace que el momento del diagnóstico sea un evento vital muy estresante para la familia y su entorno, capaz de modificar el curso natural de sus vidas.
- La comunicación de una mala noticia como es un diagnóstico oncológico es una tarea compleja que requiere de formación y habilidades específicas por parte del personal sanitario, más allá de un protocolo basado en un modelo biomédico.
- En el modelo de una Atención Centrada en el Paciente con Cáncer (ACPC), basado en la Comunicación Centrada en el Paciente (CCP), resulta indispensable valorar el proceso de afrontamiento del paciente a la enfermedad y dar respuesta a las necesidades tanto psicológicas como emocionales del mismo.
- Las fuentes de información complementaria son una herramienta cada vez más utilizada por los pacientes oncológicos para la adquisición de información, por lo que corresponde a los profesionales sanitarios, entre ellos enfermería, ratificar o aclarar información adquirida en estas fuentes, ofreciendo plataformas de información veraz y personalizada.
- La formación en psicooncología de todo el equipo multidisciplinar sanitario, la cual a día de hoy está lejos de la deseada, resulta necesaria e imprescindible para dar soporte y cubrir las necesidades psicológicas y emocionales del paciente y su entorno que van surgiendo durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad, ayudando al paciente a adquirir estrategias de afrontamiento.

9. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

9.1 Marco teórico

Actualmente, y desde hace unos años, la sociedad se encuentra inmersa en la llamada era de la postmodernidad, caracterizada por la sucesión de continuos cambios sociales, políticos económicos, culturales, ideológicos y también tecnológicos, que plantean nuevas exigencias, demandas y desafíos al ámbito de la salud, lo cual hace necesario redefinir la calidad de la asistencia sanitaria junto con el planteamiento de nuevos enfoques metodológicos, herramientas y estrategias didácticas que den protagonismo al paciente como sujeto activo, autónomo, participativo, reflexivo y creativo, en la construcción de su propio conocimiento y empoderamiento⁵⁰.

La Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), como sociedad científica interdisciplinar, lleva años trasladando al sector sanitario el papel imprescindible del profesional sanitario tanto para la incorporación de herramientas tecnológicas en su labor asistencial como para para lo que se denomina la “transformación digital del sector de la salud”. Este proceso de transformación viene marcado por los actuales retos existentes en los servicios de salud, tales como los avances científicos y tecnológicos y el incremento de la demanda de atención sanitaria de los ciudadanos, garantizando de esta manera la sostenibilidad del sistema e incrementando la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad de los pacientes y los propios profesionales⁵¹.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través del programa de Naciones Unidas para el desarrollo humano (PNUD), situó que la articulación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC, entre las que se encuentran los Smartphones, redes sociales, foros, páginas Webs...) influyen significativamente en las formas de relacionarse con la sociedad, el proceso de aprendizaje, y en la propia gestión de los conocimientos, entre otros. Ha habido muchos intentos de definir lo que es una TIC, pero la que más conviene en este caso es la que considera

que es *“aquella tecnología que, usando aplicaciones informáticas y recursos telemáticos con estructura en red flexible y fluida, utiliza los datos como materia prima para generar información difundible, accionable y universalmente accesible, para conquistar nuevos conocimientos”* (García Palomo A., 2018)^{50,51}.

Para el Dr. Andrés García Palomo, Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de León y responsable de la sección de Resultados en Salud y Práctica Clínica de la SEOM, la atención oncológica moderna tiene, entre otras, cuatro características que la definen⁵¹:

1. Es fundamentalmente ambulatoria, gracias en gran medida a las Unidades de Hospitalización de Día.
2. Tiene un enfoque multidisciplinar, entendido como la agrupación y colaboración de profesionales de diferentes áreas de la salud que, con conocimientos complementarios, trabajan bajo una única estructura organizativa y con un mismo objetivo.
3. Se alimenta de una función investigadora muy potente además de corroborar que los hallazgos de aquellas investigaciones se cumplen en contextos reales.
4. Anhela convertirse en una Medicina Personalizada y a dispensar una atención sanitaria basada en los preceptos de la Medicina 4P (P4M), es decir, ser además de personalizada, proactiva, predictiva y participativa.

Las TICs han sido y son herramientas clave para el desarrollo, sostenimiento y avance de esas características definitorias de la especialidad oncológica médica, ya que la integración de las TICs en los servicios y unidades de oncología ha sido fundamental para su desarrollo evolutivo hacia lo que son ahora^{50,51}.

También han aportado mejoras al enfoque multidisciplinar de indudable éxito en la atención al paciente oncológico; el desarrollo multidisciplinar y compartido de las bases de datos y los registros electrónicos de los estos mismos redundan en una mejor coordinación, una aceleración en la adquisición de información, una retroalimentación educativa de los miembros del equipo y el fomento de discusiones clínicas más eficientes, entre otras^{50,51}.

Estas herramientas permiten favorecer la autonomía del paciente en el seguimiento de la enfermedad jugando un papel más activo, así como obtener una mayor información por el profesional del estado de salud de las personas que utilizan este medio. A nivel profesional, las redes sociales y las TIC han permitido por un lado acceder y compartir la información sanitaria de forma masiva permitiendo avances significativos en el cuidado de la salud, y por otro facilitar la comunicación entre profesionales de todo el mundo, permitiendo el intercambio de experiencias⁵².

Existen por lo tanto trabajos recientes citados por Morales Rodríguez A.M. y Morales Rodríguez F.M.⁵³, tales como los de Abt *et al.*⁵⁴; Fernández-Gómez y Díaz-Campo⁵⁵ y Nahón-Serfaty y Eid⁵⁶, que plantean las numerosas ventajas y beneficios del uso de Internet y las TIC para informar, intercambiar experiencias, ayudar en el proceso de comunicación y afrontamiento, fomentar estrategias de empoderamiento de los pacientes enfermos de cáncer y de los propios profesionales de la salud.

Pero también existen otros estudios como el de Gabarrón y Fernández-Luque⁵⁷ que plantean posibles debilidades o desventajas de las redes sociales y las TIC. Denuncian que en numerosas ocasiones no se citan o referencian de forma adecuada las fuentes o no resulta fácil discriminar entre el carácter científico o simplemente sugerente/opiniones personales de los contenidos o informaciones que figuran en los mismos, por lo que en muchas ocasiones, dichas páginas carecen del rigor y calidad necesarias, llevando a la desconfianza o aún más importante, al error de muchos de sus contenidos.

El uso de las TIC en salud es un tema que también se ha tratado en la Semana de la Ciencia en Madrid en la mesa redonda bajo el título: "Tecnología de la Información y Comunicación (TICs) en Oncología. Nuevas fronteras nuevos retos". En ella, D^a Ana González, coordinadora de psicooncología de la junta de Madrid, expuso los cambios que se han producido en la aplicación de las TIC en la atención psicooncológica. También mostró los cambios en la aplicación de estas tecnologías en la AECC y los beneficios que tienen, tanto para el profesional (formación, intercambio de experiencias...) como para el paciente (inmediatez en la atención,

información veraz, conectividad con el enfermero de referencia del Hospital de Día...), junto con las nuevas herramientas tecnológicas en el tratamiento psicológico, recalcando que la tecnología es sólo una herramienta, y que no puede ser la sustituta de un profesional sanitario cualificado⁵⁸. Se habló también del papel de la Escuela de Pacientes, la cual participa en actividades formativas para aprender y enseñar las mejores formas de cuidar y cuidarse a la ciudadanía de una manera fácil, cercana y competente⁵⁹.

Desde el comienzo del siglo XXI, el uso de los teléfonos móviles o Smartphone como parte de estos avances tecnológicos (TIC) ha aumentado hasta convertirlos en herramientas de comunicación universales. Según el informe anual Mobile Economy de la GSMA publicado en El País⁶⁰, el número de usuarios de telefonía móvil alcanzó los 5.000 millones al finalizar 2017 y el número de tarjetas SIM usadas en el mundo se elevó a 7.800 millones (el 103% de los habitantes del planeta), superando así por primera vez la población mundial, a pesar de que la población a nivel mundial que posee un móvil inteligente alcanzó en 2017 el 57%⁶⁰.

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, en la cual viven algo más de 647 mil habitantes, según la última encuesta “El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación y del comercio electrónico de los individuos” realizada el año 2018⁶¹, el 95,7% de la población de la comunidad foral utilizó un Smartphone como tipo de dispositivo móvil para acceder a internet, y esta cifra se vio aumentada hasta el 100% en el rango de edad de 16-44 años. En relación a los servicios usados de internet, el 85,6% de la población buscó información sobre bienes y servicios, y el 58,7% buscó información sobre temas de salud. En este último, el porcentaje es mayor en mujeres que en hombres (67,5% y 50,1% respectivamente), el rango de edad que más lo usó con este fin fue el de 35-44 años (73,7%), y se dio más en personas con estudios superiores (68,6%)⁶¹.

Se puede por lo tanto concluir que las capacidades técnicas de los móviles inteligentes, la combinación de su popularidad y su proximidad con el usuario convierten a estos dispositivos en atractivas plataformas para la difusión de la

promoción de la salud y para el desarrollo de intervenciones de manejo de la enfermedad mediante foros, páginas oficiales, aplicaciones específicas...⁶².

9.2 DAFO de la propuesta

DEBILIDADES

- La comunicación directa se circunscribe a enfermería
- Dificultad en el manejo de la herramienta en personas no familiarizadas con las nuevas tecnologías

AMENAZAS

- Limita la relación persona-persona.

FORTALEZAS

- Favorece la atención emocional y psicológica del paciente oncológico.
- Ayuda en el afrontamiento e interiorización de información veraz
- Aumenta el sentimiento de protección del paciente

OPORTUNIDADES

- Las TIC se están insertando en el ámbito de la salud.
- Puede extenderse a otros profesionales (psicooncología).
- Puede aplicarse a otras patologías (enfermedades crónicas).

9.3 Diseño de la herramienta

El diseño de una herramienta está enfocado hacia la consecución de un objetivo; ya sea para el ocio o para su utilidad social e incluso técnica.

En este caso, propongo una herramienta viable y ajustada a las necesidades reales de los pacientes de la Comunidad Foral de Navarra en la que tengan acceso a un chat con la enfermera de referencia del Hospital de Día de Oncología del CHN (C bajo) y a toda la información y/o recomendaciones en formato digital acerca de su proceso que se le facilite en el H.D en formato impreso. En vista a los resultados obtenidos, considero una aplicación móvil como principal vía de acceso, dada su gran capacidad de alcance al grueso de la población, su capacidad en la aceleración en la adquisición de información, su retroalimentación educativa tanto del paciente como de los miembros del equipo multidisciplinar, y su facilidad en el manejo y control de la información que en ella se ofrece a los usuarios.

En la actualidad, la mayoría de los teléfonos móviles tienen conexión a internet y la capacidad de descargarse una app, con lo que es posible entablar conversaciones y realizar un seguimiento de este tipo con un bajo coste. Accedemos de este modo a la mayoría poblacional.

La idea es lograr un canal de conversación bidireccional en la que puedan comunicarse el demandante de información y apoyo emocional, en este caso el paciente y el personal sanitario de enfermería del Hospital de Día de Oncología del CHN por medio de un chat individualizado, para así agilizar este proceso y disminuir e incluso evitar tanto las llamadas y mensajes que dejan los pacientes en el buzón de voz del teléfono de la unidad sobre dudas, la necesidad de contrastar información, cambios de cita... como las rellamadas que tiene que realizar la enfermera para ponerse en contacto con el propio paciente y dar respuesta a su demanda. Es necesario recalcar que esta herramienta no pretende sustituir las consultas de enfermería, tan solo complementar el servicio que actualmente se ofrece.

Además, propongo incluir en formato digital la información y recomendaciones en relación a su tratamiento que se les ofrecen a los paciente en formato impreso el primer día de consulta, de la manera más personalizada posible.

El usuario deberá descargarse la aplicación móvil desde la plataforma de la tienda de aplicaciones más común dependiendo de su modelo de Smartphone; App World de Blackberry, App Store de Apple, Play Store de Android y Marketplace de Windows, siendo por lo tanto imprescindible disponer de Internet (Imagen 1).

Para seguridad y veracidad de la identidad del paciente, una vez se haya entrado en la aplicación, debe confirmarse la identidad del paciente para que la conexión sea ejecutada. En el Hospital de Día de Oncología se le facilitará al paciente en nombre de usuario (nº de DNI sin letra) y contraseña (nº de DNI completo). (Imagen 2). Desde esa misma pantalla, y en todo momento, existe la posibilidad de despliegue del teclado móvil. El paciente tendrá la opción de que la app guarde el nombre de usuario y contraseña para así agilizar el proceso de entrada a la misma.

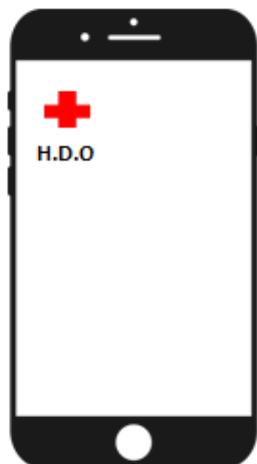


Imagen 1: elaboración propia



Imagen 2: elaboración propia

Una vez iniciada la sesión, en la pantalla inicial aparecerán 2 apartados principales, "Chat" y "Recomendaciones", junto con la opción en la parte superior derecha de cerrar sesión (Imagen 3).

En el apartado “Chat”, el paciente podrá abrir una conversación con la enfermera del Hospital de Día Oncológico, bien en formato chat desplegando el teclado móvil o bien mediante la opción de enviar audios (Imagen 4). El paciente recibirá a pesar de que se haya salido de la app, en modo de notificación cuando reciba un mensaje, el aviso “tiene un mensaje nuevo” junto con el logo de la aplicación (Imagen 5).



Imagen 3: elaboración propia



Imagen 4: elaboración propia

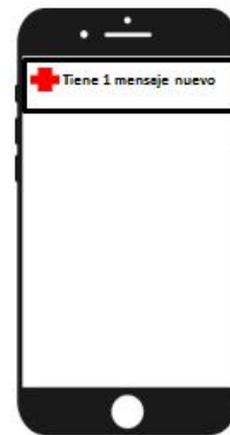


Imagen 5: elaboración propia

Por otro lado, en el apartado “Recomendaciones”, el paciente tendrá a su alcance diversos documentos con recomendaciones e información veraz y contrastada sobre su enfermedad, la cual tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y sintomatología del tratamiento antineoplásico. Todos ellos serán descargables. (Imagen 6)

Dependiendo del tratamiento al cual esté sometido el paciente (Anexo 6) tendrá a su disposición uno de los 8 documentos personalizados por tipos de tratamientos (Anexo 7).

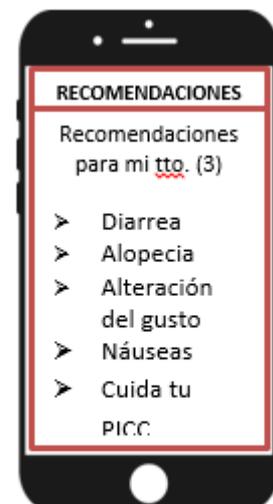


Imagen 6: elaboración propia

En segundo lugar, como ya se ha mencionado, se facilitarán recomendaciones generales sobre temas como el manejo de las náuseas y los vómitos, la pérdida de apetito, alteración del gusto, astenia, diarreas, estreñimiento, mucositis oral,

toxicidad cutánea, alopecia... creados por el Hospital de Día de Oncología y que se dan en formato impreso en la primera cita con la enfermera (Anexo 8).

La aplicación estará gestionada desde el propio Complejo Hospitalario y la unidad de oncología, donde se dispondrá de un Smartphone propio en la que la enfermera tendrá acceso a chatear con el resto de usuarios utilizando el mismo sistema de comunicación, así como la opción de subir y seleccionar qué documentos estarán visibles para cada paciente, dependiendo de su tratamiento, necesidades y circunstancias personales.

El horario de respuesta será el mismo que el del Hospital de Día, pudiendo consultar cualquier duda las 24h del día.

10. AGRADECIMIENTOS

Para poner fin a estos meses de trabajo, me gustaría agradecer a las personas que han dedicado su tiempo y esfuerzo en ayudarme y apoyarme tanto en la realización del presente proyecto como en estos cuatro años de universidad.

En primer lugar a mi tutora y directora de este trabajo, Lidia Santos, por su total implicación, orientación, disponibilidad y apoyo.

Gracias a la Universidad Pública de Navarra, por ofertar este grado impartido por profesionales que me han guiado y ayudado durante estos cuatro años, aprendiendo de cada uno de ellos y dejándonos crecer tanto a nivel personal como profesional

También agradecer a Laura Díaz, Psico-oncóloga del Hospital de Día de Oncología del CHN, así como a todas las enfermeras del mismo, por toda la información aportada para la realización de este trabajo.

A mi familia, y en especial a mi Ama, por estar siempre a mi lado, apoyándome en la toma de decisiones, a mis amigos, que hacen que la distancia no signifique nada.

A mis compañeros y amigos de clase, por esta experiencia que dudo mucho que vaya a olvidar, teniéndoles muy presentes en mi día a día.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Las cifras del cáncer en España 2018 [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Seom.org 2018. Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las Cifras del cancer en Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf)
3. Las cifras del cáncer en España 2019 | Día Mundial del Cáncer 2019 [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Seom.org. 2019 Disponible en: <https://seom.org/dmccancer/las-cifras-del-cancer-en-espana-2019/>
4. Yélamos C, Fernandez B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Manejo del cáncer en atención primaria. San Sebastian: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2009.
5. Martín M, Iglesia D, García R. Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. [Internet]. Enfermería Investiga. Investigación, vinculación, docencia y gestión. 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>
6. Lupiáñez Y. Humanización en el cuidado del paciente oncológico. Enfermería Docente [Internet]. 2006:27-30. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-85-09.pdf>
7. Malca B. Psicooncología: abordaje emocional en oncología. Persona y bioética [Internet]. 2005 ;(9):64-67. Disponible en: [http://file:///C:/Users/Mario/Downloads/Dialnet-Psicooncologia-2053415%20\(7\).pdf](http://file:///C:/Users/Mario/Downloads/Dialnet-Psicooncologia-2053415%20(7).pdf)
8. Arrarás J, Garrido E. Psico-oncología. Huarte de San Juan Psicología y Pedagogía [Internet]. 2006;(13):141-164. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2220972>
9. American Society of Clinical Oncology. Cancer care during the last phase of life. 1998: 1986-1996.
10. Cruz J, Ruiz M, Fernandez A, Martín R, Aranda E, Catarro A et al. Estudio sobre necesidades del paciente con cáncer y su familia; una visión multidisciplinar [Internet]. Sociedad Española de Psicooncología, AECC y ECO. 2018. Disponible en: <http://sepo.es/v5/2018/10/07/estudio-sobre-necesidades-del-paciente-con-cancer-y-su-familia/>
11. Cruzado Rodriguez J. La Formación en Psicooncología. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología [Internet]. 2003;(1):9-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1704670>

12. Fernandez B, Jorge V, Sanchez Vazquez C, Bejar E. Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares¿qué nos encontramos en la práctica clínica?. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología. 2016;(13): 191-204. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794450>
13. Arrarás J, Wintner M, Sztankay M, Tomaszewski K, Hofmeister D, Costantini A et al. La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El Cuestionario de Comunicación de la EORTC. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología [Internet]. 2017. (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6024401>
14. Cáncer en Comunidad Foral de Navarra en cifras [Internet]. AECC. 2018 Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMjE2ZDQ0YTQtNzllZC00MWNjLThmNTYtNTg0NWVkbOWFkNTg2IiwidCI6ImZhOTdiZTU0LWlwMzctNDkxYy05M2JjLTYxMTEwZGRiODdkOSIsImMiOiJh9>
15. En Navarra se diagnostican al año cerca de 3.400 casos de cáncer, siendo el de pulmón la primera causa de muerte en menores de 75 años [Internet]. Navarra.es. 2019 Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2019/01/31/diagnosticos+cancer+al+ano.htm?fbclid=IwAR147vubeEAZOmgdXIN27GucWJ7IN_hh632ilz2XrZnSeSxKI0kRW_MVBp0
16. RAE - cáncer [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2019 Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=742bRjf>
17. OMS. España. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2019 Disponible en: <https://www.who.int/countries/esp/es/>
18. Guinot J. Entre el miedo y la esperanza. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
19. Herrero A, Rios M, Manriquez J, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Revista médica de chile [Internet];142:1306-1315. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art11.pdf>
20. Dias L, Chabner B, Lynch T, Penson R. Breaking bad news: a patient's perspective. Oncologist. 2003;(8):587-596.
21. Bor R, Miller R, Goldmar E, Scher I. The Meaning of Bad News in HIV Disease: counselling about dreaded issues revisited. Counsel Psychol. 1993;(6):69-80.
22. Mendes, C, Vieira de menezes, D, Helena, M, Luiz, M.R. Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. Revista Brasileira de Enfermagem. [Online] 1017;5(70 (5)): 1089-1095. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-1089.pdf>
23. 11 tips for coping with a cancer diagnosis [Internet]. Mayo Clinic. 2018 Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-diagnosis/art-20044544>

24. Kern de Castro E, Peloso F, Vital L, Bittencourt Romeiro F, Moro Gutierrez L, Gonzalez Fernandez-Conde M. La revelación del diagnóstico en oncología una investigación transcultural Brasil-España. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, [Internet]. 2018;(15):119-132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6390931>
25. Dos Santos Sanchez K, Goldberg Rabin E, Tatiani de Oliveira Teixeira P. The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2018. (52). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100802&lng=en&nrm=iso&tlng=en
26. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, Gloger GA, Myers EG, Greisinger AJ, et al. Communication skills training in oncology-description and preliminary outcomes of workshop on breaking bad news and managing patient reactions to illness. Cancer 1999; 86 (5): 887-97.
27. Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman - Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. 2017. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo3_Comunicarnoticias.pdf
28. Yarnoz AZ, Quinto SS, Castillo PDS, Prats CJ. Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática. Enfermería clínica 2005; 15(1):17-24.
29. García Fernández J. Sobre la psicooncoloxia. Psicología clínica da saúde en galicia Revista oficial da Sección de Clínica do COPG [Internet];(4):113-121. Disponible en: https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/anuario_no_4.pdf
30. Travado L, Grassi L, Gil F, Ventura C, Martins C. La comunicación médico-paciente en los oncólogos del sur de Europa: La influencia de la orientación psicosocial y el agotamiento. RET: Revista de toxicomanías [Internet]. 2005;(44):15-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1448835>
31. Parsons T. The social system. Glencoe, IL: Free Press, 1951.
32. Comunicación en la atención del cáncer [Internet]. National Cancer Institute. 2017 Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer/comunicacion-pro-pdq>
33. La comunicación médico paciente [Internet]. Estudio de comunicación; 2014. Disponible en: [https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2014/pacientes/LA COMUNICACION MEDICO-PACIENTE.pdf](https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2014/pacientes/LA_COMUNICACION_MEDICO-PACIENTE.pdf)

34. Muñoz Algar M, Bernal García P. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología* [Internet]. (13):227-248. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794452>
35. Venetis M, Robinson J, Turkiewicz K, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2009 (77):379-383. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19836920>
36. Arrarás J, Arias de la Vega F, Illarramendi J, Manterola A, Salgado E, Dominguez M et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales del sistema sanitario de navarra* [Internet]. 2011;34(1):9-20. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/9582/8025>
37. Eysenbach, G. (2003). "The impact of the Internet on cancer outcomes." *CA Cancer J Clin* 53(6): 356-371.
38. Ortega Ruipérez C. Análisis del uso de internet en los pacientes oncológicos y sus familiares [Doctorando]. Anivesidad Autónoma de Madrid; 2014. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661274/ortega_ruiperez_carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Formación online de calidad para residentes, médicos jóvenes y tutores - SEOM. *Rev* 119 [Internet]. 2019 p. 20-40. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/revista_119_pub.pdf
40. Vilallonga J. Qué es y para qué sirve la psico-oncología - Psicología en Cáncer [Internet]. *Psicología en Cáncer*. 2018 Disponible en: <https://psicologiaencancer.com/es/que-es-la-psico-oncologia/>
41. Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España. AECC [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/NP-Estudio-DiaMundial2019.pdf>
42. Diaz sayas L, Bengochea Basterra M, Villafranca Iturre M. *Psicooncología: El apoyo psicológico para pacientes oncológicos*. Zonahospitalaria.com. (38) [Online]. Disponible en: <https://www.zonahospitalaria.com/psicooncologia-el-apoyo-psicologico-para-pacientes-oncologicos/>
43. Elena Alameda Jackson E. *Psicooncología básica para profesionales de la salud*. Formación Alcalá. Jaén. 7 Mayo de 2018. 128-129
44. Massie, M.J & Holland, J. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook of Psycho-Oncology*. New York, Oxford University Press. 1990. 273-282.

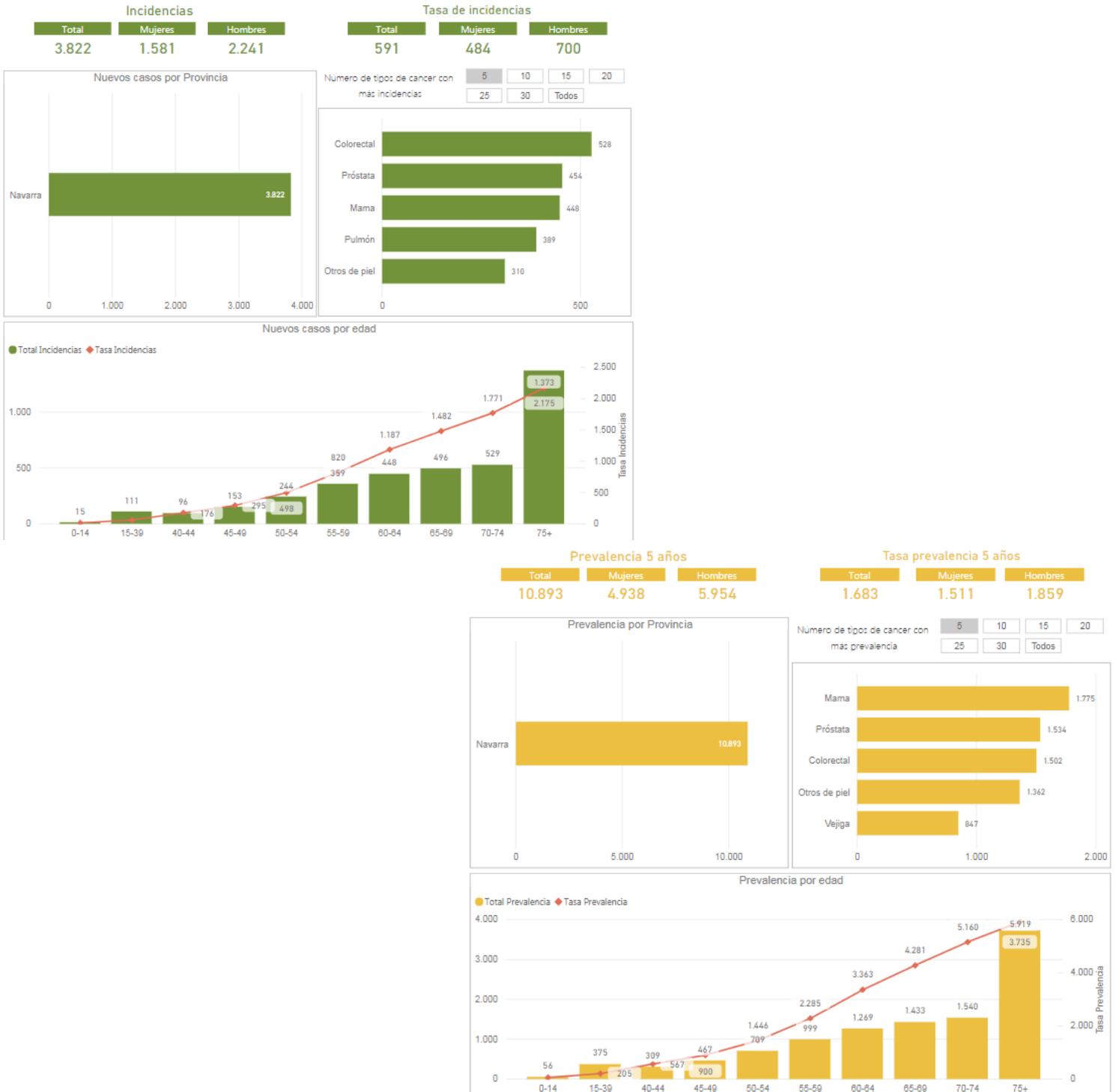
45. Almanza-Muñoz, J., Juárez, I. and Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista Sanitaria Militar de México*, (62 (5), pp.209-217. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2008/sm085a.pdf>
46. Fleitas AMM. Cáncer de mama; mastectomía y sexualidad. 2014. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4411>
47. Carmona SLA, Acosta IKL. Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo. *Revista científica PAIAN*. 2015. 6(2): páginas 7-21. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/239>
48. Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. "Development of a questionnaire measure of adjustment to cáncer: the MAC scale", *Psychological Medicine*, 18. 1988. 203-209.
49. Centeno Cortés C, Nuéz Olarte J.M. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Paliativo Medicine*. 1998: 39-44.
50. Yáñez AC, Ortiz LS, Espinosa VE. Las tecnologías de la comunicación e información (TIC) en salud: un modelo para aplicar en la carrera de Enfermería. *Rev. iberoam. educ. investi. Enferm*. 2016; 6(2):29-36. [Online]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/200/las-tecnologias-de-la-comunicacion-e-informacion-tic-en-salud-un-modelo-para-aplicar-en-la-carrera-de-enfermeria/>
51. Ruiz L, Garcia Palomo A, Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería. Los profesionales sanitarios ante las TICS. Reflexiones sobre el proceso de transformación digital en el sistema sanitario. *Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud* [Internet]. 2018;(130). Disponible en; https://www.semg.es/images/documentos/2018/monografico_TICS.pdf
52. Fernández Cacho L, Gordo Vega M, Laso Cavadas S. *Enfermería y Salud 2.0: Recursos TICs en el ámbito sanitario*. *Index Enferm* [Internet]. 2016;(25):51-55. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100012
53. Morales Rodríguez A, Morales Rodríguez F. Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. Capítulo 15: Cómo las TIC y redes sociales ayudan al afrontamiento del cáncer: una experiencia educativa/formativa (Rose Project). [Internet]. 2016 p. 111-116. Disponible en; <http://www.formacionasunivep.com/cice2016/files/LIBRO%20AVANCES.pdf#page=112>

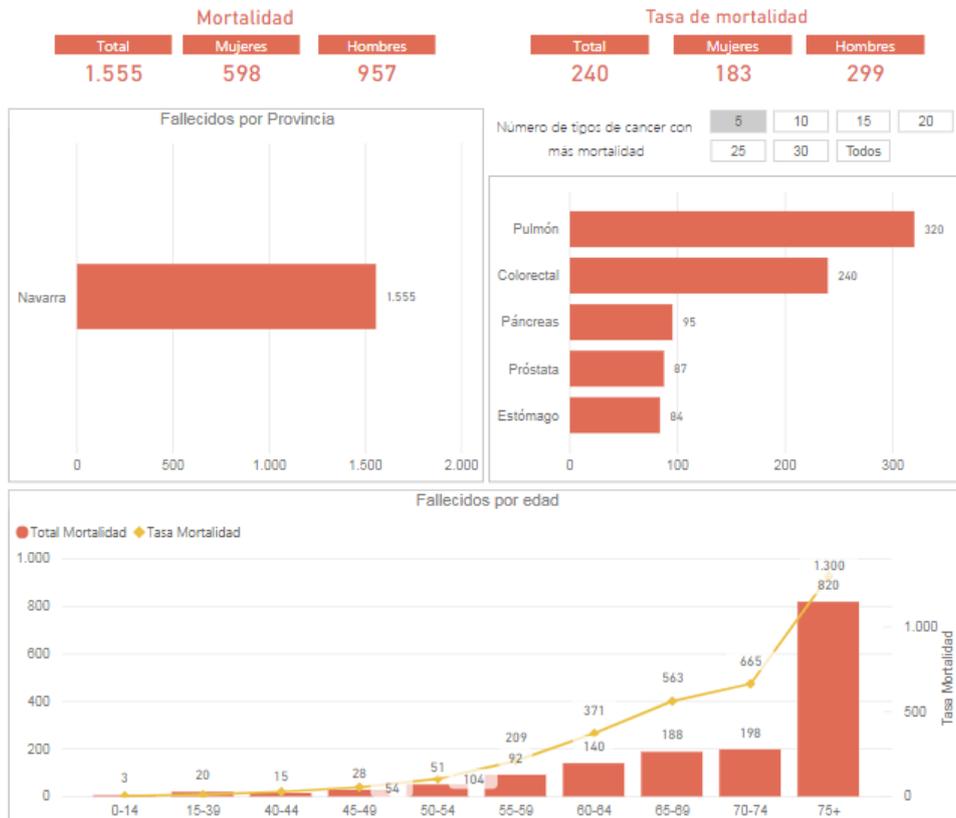
54. Abt, A., Pablo, S., Serrano, P., Fernández-Vega, E., y Martín-Fernández, R. (2013). Necesidades de información y uso de Internet en pacientes con cáncer de mama en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 241-247.
55. Fernández-Gómez, E., y Díaz-Campo, J. (2016). Comunicación sobre el cáncer en Facebook. Las asociaciones de Argentina, Chile, Colombia y España. *Cuadernos. Info*, 38, 35-50
56. Nahón-Serfaty, I., y Eid, M. (2015). Comunicación y emprendimiento ciudadano en salud: un caso de investigación-acción en la Venezuela polarizada. *Revista Iberoamericana de Estudios de Desarrollo / Iberoamerican Journal of Development Studies*, 4, 4-23.
57. Gabarrón E, Fernández-Luque L. eSalud y vídeos online para la promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2012;(26 nº3):197-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300001
58. Gonzalez A. Tecnología de la Información y Comunicación (TICs) en Oncología [Internet]. Aecc.es. 2019 Disponible en: <https://www.aecc.es/es/actualidad/noticias/tecnologia-informacion-comunicacion-tics-oncologia>
59. Quienes Somos - Escuela de Pacientes [Internet]. Escueladepacientes.es. 2019 [cited 31 March 2019]. Disponible en: <https://escueladepacientes.es/quienes-somos>
60. Muñoz R. El número de líneas móviles supera por primera vez a la población mundial. El País [Internet]. 2018. Disponible en https://elpais.com/tecnologia/2018/02/27/actualidad/1519725291_071783.html
61. Instituto Estadística de Navarra. Explotaciones detalladas anuales. Sociedad de la Información 2018. Individuos; exploración detallada. [Internet]. Administracionelectronica.navarra.es. 2018 Disponible en: <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=1129>
62. Orruño E, Becerra A, Piera JM, Mateos M, Emparanza JI, Asua J, Bayón JC, Sáenz de Ormijana A, del Río C. Sistemas de e-salud para el apoyo a pacientes oncológicos: propuesta de diseño para futuros estudios evaluativos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2015. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. [Internet]. Disponible en: http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051726&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORM_ATO=.pdf

12. ANEXOS

1. Cáncer en la comunidad foral de navarra. 2018 AECC. Incidencias, Mortalidad y Prevalencia
2. Código Europeo Contra el cáncer. Prevenir el cáncer. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Gobierno de Navarra.
3. Fases de los protocolos de SPIKES y Bennett & Alison para comunicar una mala noticia. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Artículo de revisión. Herrera A., *at al.*
4. Estudios publicados sobre proporción de pacientes oncológicos que usan internet (Eysenbach, 2003).
5. La Psico-oncología como intersección entre la Oncología y la Psicología de la Salud. Juan A. Cruzado. 2003.
6. Relación del código del documento de recomendaciones con tratamientos endovenosos y orales. Hospital de día de Oncología. CHN. Junio de 2017.
7. Recomendaciones para pacientes del Hospital de Día de Oncología (Códigos 1-8). . CHN. Junio de 2017.
8. Recomendaciones diversas para control y manejo de síntomas. Hospital de día de Oncología. CHN. Junio de 2017.

ANEXO 1: Cáncer en la comunidad foral de navarra. 2018 AECC. Incidencias, Mortalidad y Prevalencia





ANEXO 2: Código Europeo Contra el cáncer. Prevenir el cáncer. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Gobierno de Navarra

PREVENIR EL CÁNCER: CÓDIGO EUROPEO

Los cánceres son enfermedades con múltiples causas o factores, algunos conocidos y otros que se están investigando, algunos que se pueden prevenir y otros no: edad, sexo, factores genéticos, de origen laboral, ambiental, socioeconómico o relacionados con los estilos de vida.

Para la prevención de los cánceres, existen políticas y acciones que competen a los Gobiernos, muchas de ellas medidas legislativas y normativas europeas o estatales. El **CODIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER** se centra en medidas que las personas podemos adoptar:

- 1** **No fumar.**
No consumir ningún tipo de tabaco.
- 2** **Hacer de la casa y el coche espacios sin humo.**
Apoyar las medidas relacionadas con el tabaco en el lugar de trabajo y en los espacios deportivos.
- 3** **Mantener un peso saludable.**
- 4** **Hacer ejercicio a diario.**
Limitar el tiempo que se pasa sentado o sentada.
- 5** **Comer saludablemente:**
 - Consumir suficiente cantidad de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
 - Limitar los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evitar las bebidas azucaradas.
 - Evitar la carne procesada (ahumados, **bacon**, salchichón...); limitar el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.
- 6** **Limitar el consumo de alcohol,** aunque para la prevención del cáncer es mejor evitar las bebidas alcohólicas.
- 8** **En el trabajo, protegerse de los agentes cancerígenos** cumpliendo la normativa de protección de la salud y seguridad laboral.
- 9** **Averiguar si está expuesto a la radiación** procedente de altos niveles naturales de radón en su domicilio y tomar medidas para reducirlos.
- 10** **Para las mujeres:**
 - Amamantar al bebé, si se puede. **La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de la madre.**
 - **Limitar el tratamiento con terapia sustitutiva hormonal** para la menopausia (TSH). La TSH aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer.
- 11** **Vacunar a hijos e hijas** contra:
 - la hepatitis B (recién nacidos)
 - el virus del papiloma humano (VPH) (las niñas).
- 12** **Participar en programas organizados de cribado del cáncer:**
 - **colorrectal** (hombres y mujeres)
 - **de mama** (mujeres)
 - **cervicouterino** (mujeres).



Evitar una exposición excesiva al sol, sobre todo en la infancia. Utilizar protección solar. No usar cabinas de rayos UVA.

Para saber más consulte el Código Europeo contra el Cáncer



Nafarroako  Gobierno de Navarra

Para más ejemplares e información:
Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
Sección de Promoción de la Salud
Tfno. 848 42 34 50

ANEXO 3: Fases de los protocolos de SPIKES y Bennett & Alison para comunicar una mala noticia. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Artículo de revisión.
Herrera A., et al., Rev Med Chile. 2014. 142. Pág: 1306-1315.

ETAPAS	SPIKES	Bennett & Alison
1	Configuración de la entrevista. El ensayo mental es una manera útil de preparar la entrega de una mala noticia. Revisar lo que se le va a decir al paciente y como se va a responder a las reacciones emocionales o preguntas difíciles. Escoger un lugar que de tranquilidad y privacidad el paciente: celular en silencio, tener pañuelos a mano, no se reciben llamadas. Si el paciente quiere, incluir a personas significativas para él. La persona que entrega la mala noticia demuestra buenas habilidades de escucha y focaliza su atención sobre el paciente de una manera calmada y comprometida. Mantiene el contacto ocular, toca al paciente en el brazo o sostiene su mano si el paciente se siente cómodo con eso. Avisar al paciente si se cuenta con poco tiempo y si espera una interrupción.	Preparación de la entrevista: la preparación del paciente puede comenzar anticipando la situación en un encuentro anterior a la entrega de la mala noticia, comentando por ejemplo: “estoy preocupado por una enfermedad grave y este test puede ayudar a descartarlo”
2	Percepción: antes de describir el plan de tratamiento con el paciente y familiares es importante entender cuánto saben y qué percepciones tienen de su situación. Sus conocimientos y sentimientos pueden ser evaluados usando preguntas abiertas como “¿Qué te han dicho hasta ahora?”, “¿Sabes por qué se ordenó ese examen?”, “¿Te preocupa que esto pueda ser algo serio?”	Comenzando la entrevista: leer los resultados cuidadosamente y asegurarse, antes de la entrevista, que la información es correcta. La presencia de una enfermera involucrada con el paciente puede dar una sensación o percepción de continuidad del apoyo para el paciente y su familia, después de la entrega de la mala noticia. Una breve introducción es útil si el profesional no ha tenido la oportunidad de conocer al paciente: “yo soy el Dr. xx que trabaja con el Dr. xx al que consultó la semana pasada”. Es importante conocer los nombres y relaciones con los acompañantes y ver si el paciente se siente cómodo si se habla libremente frente a ellos. Chequear previamente de cuánto tiempo se dispone para evitar mirar el reloj. Se recomienda grabar la conversación
3	Invitación a la información: el paciente y los familiares preguntan directamente información que ellos consideren útil. La mayoría de los pacientes requiere información completa respecto de diagnóstico, pronóstico y detalles de su enfermedad, pero otros no. Evitar esa información es un mecanismo de defensa psicológico válido, manifestándose con mayor frecuencia cuando la enfermedad es severa. Preguntas simples acerca de cuánta información ellos quieren y cómo la información será usada puede ayudar a guiar al equipo a avanzar a la siguiente etapa”	Clarificar la historia y estrategias de afrontamiento del paciente: la interpretación del paciente de su enfermedad debe ser indagada mediante preguntas sobre sus síntomas, los resultados del test, y que tratamientos ha tenido. Usar preguntas abiertas y esperar la respuesta facilita el proceso. Indagar directamente sobre el entendimiento del paciente: “qué entiende de los resultados de los test que ha tenido”. Esta es una oportunidad para juzgar la brecha entre la percepción del paciente y la realidad. Luego el paciente debería poder preguntarle al profesional más allá de la enfermedad en cuestión o resultados posteriores

4	<p>Dar conocimiento e información: la mala noticia es compartida con el paciente y los familiares. Advertir al paciente de que viene una mala noticia, puede reducir el impacto que produce ésta y puede facilitar el procesamiento de la información. Debe ser introducida gentilmente. Frases como “tengo una noticia seria que contarle”, “tengo malas noticias que compartir con Ud.” “desafortunadamente tengo malas noticias que contarte” o “lo siento tengo que decirte que” le permite al paciente prepararse psicológicamente. Se le pregunta frecuentemente al paciente y familia sobre su entendimiento y si necesitan aclaración adicional. Comenzar desde el nivel de comprensión y vocabulario del paciente. Se usa un lenguaje claro, no médico, acorde al nivel educacional del paciente. Luego, se deja un tiempo para permitirle al paciente asumir, integrar o aprehender la información y responder. Evitar la franqueza excesiva: Ej.: “tiene un cáncer tan malo que si no te tratas inmediatamente vas a morir”, probablemente dejara al paciente aislado y con rabia, con la tendencia a culpar al mensajero de la mala noticia. Entregar información en pequeños trozos y chequear periódicamente el entendimiento. Cuando el pronóstico es malo evitar usar frases como “no hay nada más que podamos hacer por ti”, lo que sería inconsistente con el hecho de que los pacientes tienen otros objetivos terapéuticos importantes como un buen control del dolor y reducción de los síntomas</p>	<p>Entrega de la mala noticia: explicar lentamente usando comunicación congruente, no verbal, y usando voz amable pero solemne. Dar una advertencia: “estoy preocupado, este es un problema serio” y dar una pausa que permita al paciente prepararse para la mala noticia. El paciente pedirá clarificación cuando sea capaz de escuchar más. Una vez que la noticia ha sido dada chequear qué registró y si es necesario repetir información que no ha quedado clara</p>
5	<p>Empatía: este es uno de los desafíos más difíciles de la entrega de malas noticias. La clave para una respuesta empática se encuentra en reconocer las emociones y reacciones del paciente y su familia durante la discusión dolorosa y responder a ellos de una manera apropiada. Las reacciones emocionales pueden variar desde el silencio a la incredulidad, llanto, negación o rabia. Cuando los pacientes reciben la mala noticia, su reacción emocional es a menudo una expresión de shock, aislamiento, dolor. El profesional puede ofrecer apoyo y solidaridad al paciente a través de una respuesta empática, con frases como “desearía que las noticias fueran mejores” u “obviamente estas son noticias estresantes”</p>	<p>Sosteniendo la respuesta: evitar mirar avergonzadamente al paciente, mantener la calma y objetividad, y decirle que su reacción es normal y entendible en su situación, pensando que la información toma un tiempo en ser asimilada. Es recomendable tener pañuelos desechables y no hablar hasta que el paciente se recomponga, esperando la señal que indique que el paciente está listo para reiniciar la conversación, la cual puede ser retomar el contacto ocular o hacer preguntas. El tocarlo es una decisión personal. La rabia también es una respuesta común, uno puede ayudar a descargarla escuchando y permitiéndole al paciente desahogarse. Para promover la empatía, se puede enfatizar: “debe ser muy duro para ti recibir esto”</p>
6	<p>Estrategia y resumir: el paso final es resumir la información que ha sido presentada en un lenguaje que el paciente pueda entender fácilmente y presentar un plan estratégico para las intervenciones posteriores. Se recomienda realizar preguntas dirigidas a verificar que el paciente</p>	<p>Identificar otras preocupaciones: después de entregar la mala noticia y reconocer los sentimientos del paciente deben ser establecidas las preocupaciones del paciente, antes de cualquier discusión sobre el futuro</p>

	<p>entendió el plan propuesto y que se puede realizar una toma de decisiones compartida, con ejemplos como: “¿esto te hace sentido?”, “¿estás claro acerca del siguiente paso?” Los pacientes que tienen un plan claro para el futuro tienen menos probabilidades de sentir ansiedad e incertidumbre. Antes de discutir el plan de tratamiento es importante preguntar a los pacientes si están preparados, en ese momento, para esa discusión. Compartir responsabilidades en la toma de decisiones también reduce cualquier sensación de fracaso por parte del profesional cuando el tratamiento no es exitoso. Chequear los malos entendidos o malas interpretaciones puede prevenir la documentada tendencia del paciente de sobreestimar la eficacia o mal entender el propósito del tratamiento</p>	
7		<p>Discutir el pronóstico: la pregunta acerca de la sobrevivencia la realizan muchos pacientes, por lo que se recomienda evitar una predicción específica. Si el paciente se deteriora antes de lo anticipado, tanto el paciente como su familia se sienten engañados y con amargura por no alcanzar los objetivos específicos, mientras que una remisión inesperada puede ser vista como tiempo prestado y puede que no haya recursos físicos ni emocionales que puedan hacer frente a esto. Por esto, es mejor reconocer la incertidumbre: “Bueno, pueden ser meses más que años, pero es poco probable que sean pocas semanas”. Ocasionalmente los pacientes y familiares interpretan la guía general como números específicos de semanas o meses, independiente de lo vago de la información dada. Es muy importante enfatizar la diferencia entre tratamiento y cura. Frente a la pregunta ¿voy a morir?, reconocer que es una pregunta valiente y tratar de ser honesto: “Es probable que el cáncer acorte tu vida”</p>
8		<p>Cerrando la entrevista: el profesional debe advertir al paciente que queda poco tiempo o que se tienen que ir luego y preguntarle al paciente si tiene alguna otra preocupación o preguntas. Se recomienda agendar otra consulta pronto, registrar lo acontecido en ficha, y dejarse unos minutos antes de comenzar otra tarea</p>

ANEXO 4: Estudios publicados sobre proporción de pacientes oncológicos que usan internet (Eysenbach, 2003)

ESTUDIO	PAIS	AÑO	%	% SE REFIERE A	LOCALIZACION	N
Chen and Siu, 2001 (Chen and Siu 2001)	Canadá	2000	50	Pacientes ambulatorios que usan Internet lo utilizan como fuente 1ª información	Hospital oncológico	191
Jadad, et al. 2001 (Jadad, Sigouin et al. 2001)	Canadá	1998	47	Pacientes con cáncer que realizan un uso regular de internet	Centro Oncológico Regional	1001
		1999	51			496
		2000	51			501
Fogel, et al 2002(Fogel, Albert et al. 2002)	USA	2000	42	Pacientes con Ca mama que usan internet	Hospital universitario	188
Pereira, et al 2000(Pereira, Koski et al. 2000)	Canadá	1999	43	Pacientes con Ca mama que han buscado información relacionada con el cáncer	Centro de cuidados oncológicos	107
Ranson, et al. 2003(Ranson 2003)	USA	2001/02	44	Pacientes oncológicos (principalmente Ca mama) que usan Internet	Programa Comunitario clínico oncológico "Nearly 100"	925
Norum, et al 2001(Norum 2001)	Noruega	2001	36	Pacientes oncológicos que usan Internet	Hospital Universitario (ambulatorios)	31
Norum, et al 2003(Norum, Grev et al. 2003)	Noruega	2001/02	33	Pacientes oncológicos que han realizado búsqueda sobre información medial en Internet	H. Universitario (ambulatorios)	127
Helft, et al 2003(Helft, Hlubocky et al. 2003)	USA	2001	30	Media que los oncólogos estiman "porcentaje de tus pacientes que obtienen información sobre cáncer en Internet"	Miembros de ASCO	266
Mills and Davidson, 2002(Mills and Davidson 2002)	Irlanda	¿?	10	Pacientes con tumores origen colorrectal, pulmón, mama, próstata, ginecológico o gástrico que utilizan Internet	¿?	430
Carlsson, 2000(Carlsson 2000)	Suecia	¿?	35 (6)	Pacientes oncológicos que tienen acceso a Internet ()Utilizan internet como fuente información	Hospital Universitario	142
Satterlund, et al 2003(Satterlund, McCaul et al. 2003)	USA	1999-2002	49	Pacientes con Ca mama que 3 meses después del diagnóstico, utilizaron internet para obtener información 16 meses después del diagnóstico	Centro regional de cáncer. Contexto E. clínico	224
			40			217

Diefenbach et al 2002(Diefenbach, Dorsey et al. 2002)	USA	¿?	45	Pacientes con Ca de próstata localizado que utilizan Internet para información.Pacientes con Ca próstata que utilizan Internet para toma de decisiones de tto	Centro Oncológico	654
			(7)			
Smith et al 2003(37)	USA	¿?	(32)	Pacientes con Cáncer de próstata que usan Internet	Centro Oncológico RT-total	295
			48		H. Académico	171
Brotherton, et al. 2002(Brotherton, Clarke et al. 2002)	Australia	1999	8	Pacientes oncológicos que tienen acceso a Internet para información relacionada con su enfermedad personalmente o a través de segundas personas igual	H. Hospital VA*	104
			20		H. Comunitario	20
Raupach and Hiller, 2002(Raupach and Hiller 2002)	Australia	1999	33	Pacientes oncológicos que buscan información en Internet	Hospital terciario	142
			46			
Peterson and Fretz, 2003(Peterson and Fretz 2003)	USA	¿?	4	Pacientes con neoplasias de pulmón que buscan información en Internet	Centro Oncológico de pulmón	139
			16			
Metz et al, 2003(Metz, Devine et al. 2003)	USA	¿?	(29)	Pacientes oncológicos (principalmente próstata, pulmón y mama) que usan internet para buscar información-total)	Centros Oncológicos de RT-total	921
			42		C. Académico	436
Basch et al 2004(Basch, Thaler et al. 2004)	USA	¿?	5	Pacientes oncológicos que usan internet para obtener información sobre cáncer	Centro Oncológico	223
			25			
Vordermark et al, 2000(Vordermark, Kolbl et al. 2000)	Alemania	2000	12	Pacientes oncológicos en RT que usan internet directamente	Hospital universitario	139
			(15)			
Hellowell, et al 2000(Hellowell, Turner et al. 2000)	Reino Unido	¿?	24	Pacientes con Cáncer de próstata que usan internet	Centro oncológico próstata	143
			35			
Pautler, et al. 2001(Pautler, Tan et al. 2001)	Canadá	1999	35	Pacientes con Ca próstata que usan internet	Cuestionario por email	335
			44			
Fleisher, et al 2002(Fleisher, Bass et al. 2002)	USA	2000-02	44	Pacientes que usan internet directamente	Servicios de información de cáncer	357
			(21)			

ANEXO 5: La Psico-oncología como intersección entre la Oncología y la Psicología de la Salud. Juan A. Cruzado. 2003



ANEXO 6: Relación del código del documento de recomendaciones con tratamientos endovenosos y orales. Hospital de día de Oncología. CHN. Junio de 2017

CÓDIGO 01	CÓDIGO 02	CÓDIGO 03
ADRIAMICINA® ± CICLOFOSFAMIDA B.E.P C.A.V CICLOFOSFAMIDA + VINCRISTINA + DACTINOMICINA CICLOFOSFAMIDA + TOPOTECAN EPIRRUBICINA + IFOSFAMIDA ETOPÓSIDO ± PLATINO IFOSFAMIDA + PLATINO F.E.C M –V.A.C P.A.C V.I.P	BCNU® CCNU® CARBOPLATINO C.M.F CISPLATINO DACARBACINA GEMCITABINA MITOXANTRONE TOPOTECAN VINORELBINA YONDELIS®	ALIMTA® CABAZITAXEL ALIMTA® + PLATINO CISPLATINO + 5FU (AL- SARRAF) CPT-11® CRIZOTINIB ESTREPTOZOCINA + 5 FU FOLFIRI 5 FU – LV ± PLATINO FOTEMUSTINA MITOMICINA TOMUDEX®

CÓDIGO 04	CÓDIGO 05	CÓDIGO 06	CÓDIGO 07
CAELYX® FOLFIRINOX FOLFOX GEMOX IPILIMUMAB IROX MITOMICINA + XELODA® OXALIPLATINO ± TOMUDEX® VINFLUNINA XELIRI XELOX	ABRAXANE® TAXOL® TAXOTERE®	E.C.F E.C.X	CARBO - TAXOL® CARBO – TAXOTERE CISPLATINO - TAXOL® CISPLATINO - TAXOTERE® GEMCITABINA – TAXOTERE® ESTRAMUSTINA - TAXOTERE® HALAVEN® T.A.C T.C TAXOL® + 5FU T.I.P

TRATAMIENTOS ORALES	RECOMENDACIONES
Capecitabina (<i>XELODA</i> ®)	Código 04
Estramustina (<i>ESTRACYT</i> ®)	Código 02
Imatinib (<i>GLIVEC</i> ®)	Código 03
Gefitinib (<i>IRESSA</i> ®)	Código 03 y Toxicidad cutánea
Lapatinib (<i>TYVERB</i> ®)	Código 04 y Toxicidad cutánea
Mitotane (<i>LYSODREN</i> ®)	Código 04
Nilotinib (<i>TASIGNA</i> ®)	Código 02
Erlotinib (<i>TARCEVA</i> ®)	Código 03 y Toxicidad cutánea
Temozolomida (<i>TEMODAL</i> ®)	Código 03
Vandetanib (Caprelsa®)	Código 08

CÓDIGO 08
FOLFOX - TAXOTERE®
TENSIROLIMUS
E.O.F
E.O.X

Antiangiogénicos endovenosos
Bevacizumab (Avastin)
Ramucirumab (Cyramza®)
Aflibercept (Zaltrap®)

Además:

- Dar recomendaciones Diarrea y Loperamida con los códigos 3, 4, 6 y 8.
- CETUXIMAB, IPILIMUMAB y PANITUMUMAB: dar recomendaciones toxicidad cutánea

**ANEXO 7: Recomendaciones para pacientes del Hospital de Día de Oncología
(Códigos 1-8). . CHN. Junio de 2017**

CÓDIGO 1

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Nauseas y vómitos; Tome la medicación para los vómitos según la prescripción del médico:

- Ondansetrón (Yatrox®) 8 mg 15 minutos antes del desayuno y de la cena, los días indicados. Puede producir cefaleas y estreñimiento. Si esto ocurre y así se lo indican, sustitúyalas por Metoclopramida (Primperán®)
- Metoclopramida (Primperán®) 1 comprimido, 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, durante los 2 días siguientes al tratamiento o hasta que desaparezcan los síntomas, un máximo de 5 días.
- Evite alimentos grasos y alimentos ácidos los dos o tres días siguientes al tratamiento.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Es probable que tolere mejor los alimentos fríos, los salados, las galletas saladas y el pan tostado.
- Son recomendables los enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.
- Puede reposar tras las comidas, sin acostarse.
- Si los vómitos no ceden y no retiene el alimento, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Alopecia

- La caída del cabello suele ocurrir entre la 2a y 3a semana después del primer ciclo de tratamiento. Es temporal y crecerá de nuevo cuando termine el tratamiento. Se aconseja:
 - Cortarse el pelo antes de que suceda.
 - Elegir una peluca, un sombrero, pañuelo, etc. antes de que se caiga.
 - Utilizar jabones suaves.
 - Cubrirse la cabeza en verano para evitar las quemaduras solares y en invierno para prevenir la pérdida de calor.
- Una vez terminado el tratamiento, su cabello comenzará a crecer en el plazo aproximado de un mes.
- Debe evitar:
 - El lavado frecuente.
 - Emplear el secador de pelo y los dispositivos para hacer rizos, planchas...
 - Productos agresivos (tintes, lacas, etc.) mientras el cabello esté débil.

Fiebre: Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones: Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias: Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra

Mucositis oral: Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Astenia; Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso
- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

CODIGO 2

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Nauseas y vómitos; Tome la medicación para los vómitos según la prescripción del médico:

- Ondansetrón (Yatrox®) 8 mg 15 minutos antes del desayuno y de la cena, los días indicados. Puede producir cefaleas y estreñimiento. Si esto ocurre y así se lo indican, sustitúyalas por Metoclopramida (Primperán®)
- Metoclopramida (Primperán®) 1 comprimido, 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, durante los 2 días siguientes al tratamiento o hasta que desaparezcan los síntomas, un máximo de 5 días.
- Evite alimentos grasos y alimentos ácidos los dos o tres días siguientes al tratamiento.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Es probable que tolere mejor los alimentos fríos, los salados, las galletas saladas y el pan tostado.
- Son recomendables los enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.

- Puede reposar tras las comidas, sin acostarse.
- Si los vómitos no ceden y no retiene el alimento, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Debilidad del cabello

El cabello se debilita y tiende a caerse, por ello:

- No utilice productos agresivos: tintes, lacas, etc.
- No se realice permanentes.
- Utilice jabones suaves.

Una vez terminado el tratamiento, su cabello volverá a la normalidad en el plazo aproximado de un mes.

Fiebre; Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones; Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias; Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra

Mucositis oral; Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Astenia; Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso

- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

CODIGO 3

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Nauseas y vómitos; Tome la medicación para los vómitos según la prescripción del médico:

- Ondansetrón (Yatrox®) 8 mg 15 minutos antes del desayuno y de la cena, los días indicados. Puede producir cefaleas y estreñimiento. Si esto ocurre y así se lo indican, sustitúyalas por Metoclopramida (Primperán®)
- Metoclopramida (Primperán®) 1 comprimido, 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, durante los 2 días siguientes al tratamiento o hasta que desaparezcan los síntomas, un máximo de 5 días.
- Evite alimentos grasos y alimentos ácidos los dos o tres días siguientes al tratamiento.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Es probable que tolere mejor los alimentos fríos, los salados, las galletas saladas y el pan tostado.
- Son recomendables los enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.
- Puede reposar tras las comidas, sin acostarse.
- Si los vómitos no ceden y no retiene el alimento, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Debilidad del cabello

El cabello se debilita y tiende a caerse, por ello:

- No utilice productos agresivos: tintes, lacas, etc.
- No se realice permanentes.
- Utilice jabones suaves.

Una vez terminado el tratamiento, su cabello volverá a la normalidad en el plazo aproximado de un mes.

Fiebre; Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones; Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias; Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra

Mucositis oral; Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Diarrea; Si comienza con diarrea, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día, donde le indicarán las recomendaciones que debe seguir (régimen alimenticio, etc...)

Astenia; Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso

- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

CODIGO 4

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Nauseas y vómitos; Tome la medicación para los vómitos según la prescripción del médico:

- Ondansetrón (Yatrox®) 8 mg 15 minutos antes del desayuno y de la cena, los días indicados. Puede producir cefaleas y estreñimiento. Si esto ocurre y así se lo indican, sustitúyalas por Metoclopramida (Primperán®)
- Metoclopramida (Primperán®) 1 comprimido, 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, durante los 2 días siguientes al tratamiento o hasta que desaparezcan los síntomas, un máximo de 5 días.
- Evite alimentos grasos y alimentos ácidos los dos o tres días siguientes al tratamiento.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Es probable que tolere mejor los alimentos fríos, los salados, las galletas saladas y el pan tostado.
- Son recomendables los enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.
- Puede reposar tras las comidas, sin acostarse.
- Si los vómitos no ceden y no retiene el alimento, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Debilidad del cabello

El cabello se debilita y tiende a caerse, por ello:

- No utilice productos agresivos: tintes, lacas, etc.
- No se realice permanentes.
- Utilice jabones suaves.

Una vez terminado el tratamiento, su cabello volverá a la normalidad en el plazo aproximado de un mes.

Fiebre; Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones; Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias; Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra

Mucositis oral; Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Diarrea; Si comienza con diarrea, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día, donde le indicarán las recomendaciones que debe seguir (régimen alimenticio, etc...)

Otros efectos secundarios:

1. Hipersensibilidad al frío:

- Para atenuar los síntomas se recomienda evitar el frío: no tome alimentos ni bebidas frías y utilice agua templada o caliente para su higiene personal.
2. Hormigueos en plantas de pies y manos
- Proteja manos y pies de temperaturas extremas (guantes y calcetines)
 - Controle la temperatura del agua para evitar quemaduras.
 - No use agua muy caliente o fría para ducharse, lavarse las manos, o lavar vajilla.
 - Utilice ropa ancha y calzado cómodo.
3. Enrojecimiento de plantas de pies y manos
- Aplique crema hidratante en la piel 2 veces al día.
 - Remoje pies y manos con agua fría.
 - No use agua muy caliente o fría para ducharse, lavarse las manos, o lavar vajilla.
 - No realice ejercicios intensos, especialmente los días siguientes al tratamiento
 - Evite el sol directo.

Astenia; Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso
- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

CODIGO 5

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Alopecia:

- La caída del cabello suele ocurrir entre la 2a y 3a semana después del primer ciclo de tratamiento. Es temporal y crecerá de nuevo cuando termine el tratamiento. Se aconseja:
 - Cortarse el pelo antes de que suceda.
 - Elegir una peluca, un sombrero, pañuelo, etc. antes de que se caiga.
 - Utilizar jabones suaves.
 - Cubrirse la cabeza en verano para evitar las quemaduras solares y en invierno para prevenir la pérdida de calor.
- Una vez terminado el tratamiento, su cabello comenzará a crecer en el plazo aproximado de un mes.
- Debe evitar:
 - El lavado frecuente.
 - Emplear el secador de pelo y los dispositivos para hacer rizos, planchas...
 - Productos agresivos (tintes, lacas, etc.) mientras el cabello esté débil.

Fiebre: Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones: Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias: Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo,

llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Diarrea: Si comienza con diarrea, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día, donde le indicarán las recomendaciones que debe seguir (régimen alimenticio, etc...)

Dolores musculares y articulares: Este tratamiento puede producir dolores musculares y articulares que pueden llegar a ser muy molestos. Si es así, puede tomar su analgésico habitual.

Mucositis oral; Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Parestesias: Consiste en adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies (parestesias de distribución “guante-caletín”). Evite temperaturas extremas del agua. Utilice guantes protectores para lavar la vajilla, instrumentos de cocina con asas, guantes de algodón, antideslizantes en las bañeras y duchas o incluso jabón en dispensador en vez de pastilla de jabón.

Astenia; Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso
- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Nauseas y vómitos; Tome la medicación para los vómitos según la prescripción del médico:

- Ondansetrón (Yatrox®) 8 mg 15 minutos antes del desayuno y de la cena, los días indicados. Puede producir cefaleas y estreñimiento. Si esto ocurre y así se lo indican, sustitúyalas por Metoclopramida (Primperán®)
- Metoclopramida (Primperán®) 1 comprimido, 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, durante los 2 días siguientes al tratamiento o hasta que desaparezcan los síntomas, un máximo de 5 días.
- Evite alimentos grasos y alimentos ácidos los dos o tres días siguientes al tratamiento.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Es probable que tolere mejor los alimentos fríos, los salados, las galletas saladas y el pan tostado.
- Son recomendables los enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.
- Puede reposar tras las comidas, sin acostarse.
- Si los vómitos no ceden y no retiene el alimento, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Alopecia:

- La caída del cabello suele ocurrir entre la 2ª y 3ª semana después del primer ciclo de tratamiento. Es temporal y crecerá de nuevo cuando termine el tratamiento. Se aconseja:
 - Cortarse el pelo antes de que suceda.
 - Elegir una peluca, un sombrero, pañuelo, etc. antes de que se caiga.
 - Utilizar jabones suaves.

- Cubrirse la cabeza en verano para evitar las quemaduras solares y en invierno para prevenir la pérdida de calor.
- Una vez terminado el tratamiento, su cabello comenzará a crecer en el plazo aproximado de un mes.
- Debe evitar:
 - El lavado frecuente.
 - Emplear el secador de pelo y los dispositivos para hacer rizos, planchas...
 - Productos agresivos (tintes, lacas, etc.) mientras el cabello esté débil.

Diarrea: Si comienza con diarrea, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día, donde le indicarán las recomendaciones que debe seguir (régimen alimenticio, etc...)

Fiebre: Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones: Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias: Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Mucositis oral: Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Astenia: Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso
- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

CODIGO 7

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Nauseas y vómitos; Tome la medicación para los vómitos según la prescripción del médico:

- Ondansetrón (Yatrox®) 8 mg 15 minutos antes del desayuno y de la cena, los días indicados. Puede producir cefaleas y estreñimiento. Si esto ocurre y así se lo indican, sustitúyalas por Metoclopramida (Primperán®)
- Metoclopramida (Primperán®) 1 comprimido, 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, durante los 2 días siguientes al tratamiento o hasta que desaparezcan los síntomas, un máximo de 5 días.
- Evite alimentos grasos y alimentos ácidos los dos o tres días siguientes al tratamiento.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Es probable que tolere mejor los alimentos fríos, los salados, las galletas saladas y el pan tostado.
- Son recomendables los enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.
- Puede reposar tras las comidas, sin acostarse.

- Si los vómitos no ceden y no retiene el alimento, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Alopecia:

- La caída del cabello suele ocurrir entre la 2a y 3a semana después del primer ciclo de tratamiento. Es temporal y crecerá de nuevo cuando termine el tratamiento. Se aconseja:
 - Cortarse el pelo antes de que suceda.
 - Elegir una peluca, un sombrero, pañuelo, etc. antes de que se caiga.
 - Utilizar jabones suaves.
 - Cubrirse la cabeza en verano para evitar las quemaduras solares y en invierno para prevenir la pérdida de calor.
- Una vez terminado el tratamiento, su cabello comenzará a crecer en el plazo aproximado de un mes.
- Debe evitar:
 - El lavado frecuente.
 - Emplear el secador de pelo y los dispositivos para hacer rizos, planchas...
 - Productos agresivos (tintes, lacas, etc.) mientras el cabello esté débil.

Fiebre: Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones: Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias: Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Mucositis oral; Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Diarrea: Si comienza con diarrea, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día, donde le indicarán las recomendaciones que debe seguir (régimen alimenticio, etc...)

Dolores musculares y articulares: Este tratamiento puede producir dolores musculares y articulares que pueden llegar a ser muy molestos. Si es así, puede tomar su analgésico habitual.

Parestesias: Consiste en adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies (parestesias de distribución “guante-calzetín”). Evite temperaturas extremas del agua. Utilice guantes protectores para lavar la vajilla, instrumentos de cocina con asas, guantes de algodón, antideslizantes en las bañeras y duchas o incluso jabón en dispensador en vez de pastilla de jabón.

Astenia; Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso
- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

CODIGO 8

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es

conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Nauseas y vómitos; Tome la medicación para los vómitos según la prescripción del médico:

- Ondansetrón (Yatrox®) 8 mg 15 minutos antes del desayuno y de la cena, los días indicados. Puede producir cefaleas y estreñimiento. Si esto ocurre y así se lo indican, sustitúyalas por Metoclopramida (Primperán®)
- Metoclopramida (Primperán®) 1 comprimido, 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, durante los 2 días siguientes al tratamiento o hasta que desaparezcan los síntomas, un máximo de 5 días.
- Evite alimentos grasos y alimentos ácidos los dos o tres días siguientes al tratamiento.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Es probable que tolere mejor los alimentos fríos, los salados, las galletas saladas y el pan tostado.
- Son recomendables los enjuagues de boca para eliminar sabores desagradables.
- Puede reposar tras las comidas, sin acostarse.
- Si los vómitos no ceden y no retiene el alimento, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Alopecia:

- La caída del cabello suele ocurrir entre la 2a y 3a semana después del primer ciclo de tratamiento. Es temporal y crecerá de nuevo cuando termine el tratamiento. Se aconseja:
 - Cortarse el pelo antes de que suceda.
 - Elegir una peluca, un sombrero, pañuelo, etc. antes de que se caiga.
 - Utilizar jabones suaves.
 - Cubrirse la cabeza en verano para evitar las quemaduras solares y en invierno para prevenir la pérdida de calor.

- Una vez terminado el tratamiento, su cabello comenzará a crecer en el plazo aproximado de un mes.
- Debe evitar:
 - El lavado frecuente.
 - Emplear el secador de pelo y los dispositivos para hacer rizos, planchas...
 - Productos agresivos (tintes, lacas, etc.) mientras el cabello esté débil.

Fiebre; Este tratamiento no produce fiebre, pero sí baja las defensas del organismo y lo hace más sensible a infecciones, que son la causa de la fiebre. Si tiene 38o C o más, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Interacciones; Si le diagnostican de infección por Herpes, contacte con el Servicio de Oncología Médica antes de iniciar el tratamiento.

Hemorragias; Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Mucositis oral; Es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental. Si le produce dolor o le impide la correcta alimentación, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

Diarrea; Si comienza con diarrea, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día, donde le indicarán las recomendaciones que debe seguir (régimen alimenticio, etc...)

Dolores musculares y articulares; Este tratamiento puede producir dolores musculares y articulares que pueden llegar a ser muy molestos. Si es así, puede tomar su analgésico habitual.

Otros efectos secundarios:

1. Hipersensibilidad al frío:

- Para atenuar los síntomas se recomienda evitar el frío: no tome alimentos ni bebidas frías y utilice agua templada o caliente para su higiene personal.

2. Parestesias:

- Consiste en adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies (parestesias de distribución “guante-calzetín”). Evite temperaturas extremas del agua. Utilice guantes protectores para lavar la vajilla, instrumentos de cocina con asas, guantes de algodón, antideslizantes en las bañeras y duchas o incluso jabón en dispensador en vez de pastilla de jabón.

Astenia; Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga). Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso
- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

ANEXO 8: Recomendaciones diversas para control y manejo de síntomas. Hospital de día de Oncología. CHN. Junio de 2017

EVITAR LA TOXICIDAD CUTANEA

En las primeras semanas del tratamiento que se le va a administrar, puede aparecer una erupción similar a la del acné en la cara, cuero cabelludo, escote, espalda y brazos.

Si la erupción es intensa y/o le produce picor, póngase en contacto con la Consulta de Enfermería del Hospital de Día.

En las semanas posteriores al tratamiento es frecuente que la piel esté seca y quebradiza y aparezcan fisuras, sobre todo en dedos de manos y pies. Para minimizar estos efectos adversos es importante que siga nuestras recomendaciones.

Recomendaciones previas y durante el tratamiento:

- Higiene diaria:
 - Utilice geles de ducha o baño basados en aceites o preparados de avena.
 - Realice su aseo con agua templada.
- Utilice a diario cremas y aceites corporales.
- Beba líquidos abundantes: más de 1,5 litros al día.
- Si existe exposición solar, utilice protección índice >40 o extremo.
- Utilice calzado amplio.
- Debe evitar:
 - Actividades que requieran lavarse a menudo las manos o tenerlas en contacto con el agua.
 - Afeitarse con navaja o maquinilla.
 - El rascado de la piel.

- Aplicar ningún producto para la piel sin recomendación médica.
- Ropas ajustadas.
- Tintes capilares durante el tratamiento y hasta dos meses tras su finalización.

PACIENTE CON ASTENIA

Probablemente éste sea el efecto más común de los tratamientos de quimioterapia. La fatiga no se manifiesta necesaria o exclusivamente como cansancio físico, sino también como una forma de dificultad para concentrarse o para llevar a cabo tareas intelectuales o físicas que antes podía desarrollar con normalidad.

Los siguientes consejos pueden ser útiles para disminuir el cansancio:

- Es muy importante que mantenga una rutina diaria estructurada. Elabore una lista de las actividades que desee realizar, estableciendo prioridades y planifique periodos de descanso diario.
- Solicite ayuda y comparta o delegue tareas en familiares y amigos.
- Utilice métodos para reducir el estrés: técnicas de relajación, meditación, oración, hablar con otras personas, escuchar música...
- Mantenga un equilibrio diario entre actividad física y descanso; limite el tiempo en la cama al del sueño.
- Consulte si aparece dolor, depresión o insomnio.
- Lleve una dieta equilibrada, con un consumo diario de 2 litros de agua.
- Intente llevar una vida lo más normal posible. Procure realizar algún tipo de actividad física suave con regularidad.

PACIENTE CON MUCOSITIS ORAL

La mucositis es la inflamación de la cavidad oral y el tubo digestivo. La mucositis oral es un síntoma frecuente que puede ocasionar molestias como enrojecimiento, hinchazón, dolor o dificultad para tragar. El tratamiento se centra en la limpieza de la boca y en el alivio de los síntomas, para lo cual es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican:

Higiene bucal

- Realice una higiene bucal cuatro veces al día, cepillando los dientes con un cepillo suave, al menos durante 90 segundos, después de cada comida y antes de acostarse y con mayor frecuencia si la mucositis empeora. Si acostumbra a utilizar hilo dental en su higiene diaria, hágalo únicamente una vez al día.
- Si utiliza prótesis dentales, retírelas antes de realizar la higiene bucal; lávelas con pasta y enjuáguelas con agua; después sumérgalas en una solución antimicrobiana durante 10 minutos (clorhexidina al 2%)
- Tras el cepillado, realice enjuagues con un antiséptico sin alcohol.
- Realice enjuagues frecuentes añadiendo 1/2 cucharadita de sal a un litro de agua. La solución puede administrarse a temperatura ambiente o refrigerada. El enjuague frecuente elimina partículas y bacterias de la boca, evita la formación de costras en las llagas y humedece y alivia el dolor de encías.
- Si la saliva es viscosa se puede añadir una cucharada de bicarbonato a la solución anterior.
- Si se forman costras en las llagas realice enjuagues diluyendo agua oxigenada a partes iguales con agua (mitad y mitad). Esta solución no debe utilizarse más de dos días.

Alimentación

- Mantenga una dieta sana y equilibrada
- Antes de las comidas mantenga en la boca agua muy fría o hielo triturado para disminuir el dolor y poder ingerir mejor.

- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Evite alimentos que se peguen al paladar; ingiera bocados pequeños y mástíquelos completamente.
- Incluya alimentos fáciles de ingerir con alto valor energético: helado de mantecado, batidos enriquecidos, etc.
- Tome los alimentos a temperatura ambiente o fríos para disminuir el dolor.
- Evite los alimentos secos (tostadas, frutos secos), especias fuertes (pimentón...), los sabores ácidos (limón, kiwi ...), alcohol y tabaco.
- Utilice salsas, nata, mantequilla y gelatina para conseguir la consistencia deseada para facilitar la deglución.
- Recuerde que puede añadir la carne o el pescado al puré.
- Utilice una pajita para ingerir determinados alimentos.
- Deje escapar el gas de los refrescos gaseosos.
- Mantenga una hidratación adecuada

Consulte con el Servicio de Oncología si presenta:

- Temperatura mayor o igual a 38°C.
- Dolor al ingerir alimentos líquidos.
- Dificultades para tragar pastillas o cápsulas.

Antes de comenzar el tratamiento acuda a su dentista para realizar una revisión.

Mantenga hidratados los labios con vaselina, bálsamo o crema labial.

PACIENTE CON ALTERACIÓN DEL GUSTO

Las alteraciones del gusto (disminución, pérdida o distorsión) pueden conducir a un rechazo de determinados alimentos. El objetivo de estas recomendaciones es promover una ingesta adecuada, evitar deficiencias y mantener un correcto estado nutricional.

Recomendaciones para el gusto alterado

Existe una gran variabilidad personal a la tolerancia de sabores.

- Es recomendable que durante un tiempo pruebe el mayor número posible de alimentos para poder descartar aquellos en los que perciba un sabor alterado.
- Mantenga una correcta higiene bucal y realice enjuagues con agua salada, con bicarbonato sódico o con colutorios sin alcohol rebajados con agua, antes de las comidas.
- Puede tomar caramelos o chicles de limón o menta sin azúcar para mitigar el sabor metálico o amargo.
- Evite sus alimentos favoritos durante los tratamientos si éstos le provocan sabores extraños o desagradables.
- Prepare la comida de manera que presente un buen aspecto y tenga un olor agradable.
- Tome con mayor frecuencia alimentos de sabor suave: productos lácteos (leche, yogur, natilla, flan, cuajada, etc.), pescados blancos, pasta, arroz o patatas. Como alternativa a las carnes rojas que tienen un sabor más intenso, consuma preferentemente carne de pollo, pavo o huevos.
- Elija la textura que le resulte más agradable (cremas, purés, alimentos blandos, pudding, etc.).
- Es preferible tomar los alimentos cocidos o frescos en lugar de fritos, a la plancha o al vapor.
- Acompañe las comidas con zumos o bebidas isotónicas.
- Evite :
 - Preparar la comida y comer cerca de la cocina.
 - Destapar recipientes que contengan comida (sobre todo caliente) y alimentos que desprendan olores fuertes.
 - Tomar la comida caliente.
 - Condimentos fuertes y aromáticos, alimentos amargos (chocolate, café, etc.) o con sabor metálico (edulcorantes artificiales)

- La manteca, el tocino, el exceso de aceite y carnes o pescados grasos, ya que la grasa potencia el olor y sabor.

Recomendaciones para evitar el sabor metálico

- Elija sabores fuertes como el queso curado, el jamón, etc.
- Si no tolera la carne, sustitúyala por otros alimentos ricos en proteínas: pescado, mariscos, queso, huevo, legumbres, soja, etc.
- Realce el gusto de los alimentos con diferentes salsas: bechamel, mayonesa, salsas con base de huevo, nata, etc.
- Beba té de menta o con limón: ayudan a suprimir el sabor metálico.
- Elimine los sabores extraños en la boca mediante enjuagues bucales, caramelos, chicles, etc.
- Utilice cubiertos de plástico para comer y utensilios de madera para cocinar.
- Evite el contacto de productos ácidos (vinagre, zumos de frutas, tomates) con recipientes metálicos, debido a que facilitan la disolución de estos últimos (algunas cacerolas de acero inoxidable liberan níquel en contacto con alimentos ácidos).

Recomendaciones en caso de pérdida o disminución del sabor

- Seleccione alimentos calientes (no en exceso), troceados y con grasa.
- Utilice plantas aromáticas, especias y condimentos: albahaca, tomillo, orégano, laurel, menta, anís, comino, romero, pimienta, azafrán, canela, trufa, nuez moscada, pimentón, ajo, cebolla, limón, mostaza, vinagre.
- Puede utilizar azúcar, miel y edulcorantes o saborizantes artificiales.

PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTIANGIOGÉNICOS ENDOVENOSOS

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es

conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Hipertensión arterial: puede aparecer hipertensión arterial mientras esté con este tratamiento. Por ello:

- Realice ejercicio físico regular de acuerdo con las necesidades y posibilidades
- Controle su peso corporal
- Lleve una dieta pobre en sal
- Controle semanalmente la TA durante las primeras 6 semanas del tratamiento y posteriormente cada 2-3 semanas (si HTA basal, continúe realizando control semanal)

Proteinuria: es la excreción excesiva de proteínas en orina. Informe al personal médico si nota hinchazón en las manos y los pies o cambios en el aspecto de la orina; para su detección le realizarán análisis de orina periódicamente.

Hemorragias: Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTIANGIOTÉGICOS ORALES

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente. Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Hipertensión arterial: puede aparecer hipertensión arterial mientras esté con este tratamiento. Por ello:

- Realice ejercicio físico regular de acuerdo con las necesidades y posibilidades
- Controle su peso corporal
- Lleve una dieta pobre en sal
- Controle semanalmente la TA durante las primeras 6 semanas del tratamiento y posteriormente cada 2-3 semanas (si HTA basal, continúe realizando control semanal)

Proteinuria: se refiere a la excreción excesiva de proteínas en orina. Informe al personal médico si nota hinchazón en las manos y los pies o cambios en el aspecto de la orina; para su detección le realizarán análisis de orina periódicamente.

Hipotiroidismo: este tratamiento puede causar hipotiroidismo (disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides) por lo que debe avisar a su médico si nota: cansancio, intolerancia al frío, apatía, piel seca, cabello seco y quebradizo o aumento de peso.

Enrojecimiento de plantas de pies y manos. Si esto ocurre:

- Aplique crema hidratante en la piel 2 veces al día
- Remoje pies y manos con agua fría
- No utilice agua muy caliente o fría para ducharse, lavarse las manos o lavar vajilla
- Utilice ropa ancha y calzado cómodo
- No realice ejercicios intensos, especialmente los días siguientes a la administración del tratamiento
- Evite el sol directo

Mucositis: es la inflamación y/o aparición de llagas en la boca, garganta, etc. Para minimizar sus efectos, no olvide seguir los hábitos de higiene bucal y dental.

Daño hepático: este tratamiento puede afectar al hígado, por ello en el Hospital le realizarán analíticas de sangre. Usted puede prevenirlo evitando el consumo de alcohol. Avise a su médico de la toma de cualquier medicamento nuevo.

Hemorragias: este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre, lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda a Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Cardiotoxicidad: aunque con poca frecuencia, este tratamiento puede causar daños en el corazón. Si nota signos de fatiga, dificultad respiratoria o piernas hinchadas, consúltelo con el personal médico, a quien debe avisar siempre sobre el uso de cualquier medicamento nuevo.

Diarrea: si comienza con diarrea, póngase en contacto con la Enfermera del Hospital de Día, donde le indicarán las recomendaciones que debe seguir (régimen alimenticio, etc...)

Astenia: : puede notar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas. Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso.
- Realice una adecuada ingesta hídrica.
- Identifique momentos del día con más energía.
- Elabore un diario de actividad.
- Realice ejercicio de forma regular.

PACIENTE EN TRATAMIENTO CON INTERFERÓN

El tratamiento que se le ha administrado puede causar efectos secundarios, los cuales varían en intensidad según la respuesta individual de cada paciente.

Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican a continuación para prevenir o minimizar algunos síntomas:

Síntomas gripales. Pueden aparecer síntomas similares a los de la gripe (dolor de cabeza, fiebre, dolores musculares o escalofríos) Para evitarlos:

- Intente que la administración de la inyección de interferón sea a la hora próxima antes de ir a dormir.
- Realice una ingesta de 2 litros de agua al día para mantener una adecuada hidratación.
- Utilice manta eléctrica para disminuir los escalofríos.
- Si la fiebre se mantiene por encima de 39°C durante más de 24 h, acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Astenia. Puede encontrar cansancio e incluso dificultad para realizar las tareas cotidianas (fatiga) Por ello:

- Mantenga un equilibrio adecuado entre actividad/descanso
- Realice una adecuada ingesta hídrica
- Identifique los momentos del día con más energía y elabore un diario de actividad
- Realice ejercicio de forma regular

Hemorragias. Este tratamiento puede producir disminución de plaquetas en sangre lo que conlleva un riesgo mayor de sangrado. En caso de aparición de petequias (pequeños puntos rojos) en tórax y/o piernas, sangre en heces, orina y/o esputo, llame al Hospital de Día o acuda al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Alteraciones gastrointestinales: en caso de que aparezca malestar gástrico o alteración del ritmo intestinal, contacte con el Hospital de Día o acuda a Urgencias.

Pérdida de apetito: es probable que disminuya el apetito. Para evitar la pérdida de peso:

- Realice comidas de forma frecuente y poco abundantes. Coma en el momento del día en el que tenga hambre y los alimentos que le apetezcan.
- Puede enriquecer las comidas añadiendo proteínas y calorías, sin aumentar su volumen, agregando nata, soja, miel, mantequilla o patata al alimento que esté preparando.

Debilitamiento del cabello: el cabello puede debilitarse sin llegar a caerse totalmente. Para evitarlo:

- No aplique productos agresivos (laca, tinte)
- Utilice jabones suaves.

Alteración del gusto: puede notar un cambio en los sabores de las comidas que toma habitualmente. Por ello:

- Tome alimentos con sabores fuertes con salsas.
- Utilice enjuagues bucales, chicles o caramelos para el mal gusto

Daño hepático: este medicamento puede afectar al hígado por lo que en el hospital le realizarán análisis de sangre para control. Para prevenirlo:

- Evite el consumo de alcohol.
- Comunique al personal médico la toma de cualquier medicamento o producto de herbolario.

Cambio en el estado de ánimo: es posible que pueda notar cambios en su estado de ánimo. Si esto ocurre, coméntelo con el personal de oncología en la consulta.

PACIENTE EN TRATAMIENTO CON LOPERAMIDA - FORTASEC

El Médico le ha prescrito Loperamida (Fortasec®) para tratar la diarrea.

Además de continuar con la dieta indicada, debe tomar este medicamento tal y como se le indica a continuación:

- Tras la primera deposición diarreica tome dos comprimidos de Loperamida (Fortasec®)
- Continúe con un comprimido tras las siguientes deposiciones diarreicas, hasta 5-6 comprimidos al día.

Precauciones:

- Si en 48 horas no ceden las diarreas, acuda a Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Si aparece fiebre superior a 38o C, acuda a Urgencias.
- Si aparecen aftas orales (llagas en la boca) con dificultad para ingerir alimentos, acuda al Hospital de Día de Oncología en horario de 8 a 20h o contacte con la enfermera.

PACIENTE CON PÉRDIDA DE APETITO

La pérdida de apetito es un síntoma frecuente. Para evitarlo es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican:

- Varíe la dieta, experimente con recetas nuevas, sabores, especias...
- Prepare los platos de forma variada y atractiva buscando diferentes texturas y colores.
- Fraccione las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Evite beber líquidos durante la comida para evitar la sensación de saciedad.
- Tome una limonada, zumo de naranja o cóctel antes de la comida si no está contraindicado (los frutos ácidos pueden estimular el apetito)
- Si el Médico lo permite, puede tomar un vasito de vino durante la comida para estimular su apetito.
- Si tolera bien alguna comida, puede repetirla durante varios días.

- Coma cuando tenga apetito aunque no sea en el horario convencional.
- Intente cambiar su rutina de comidas (coma en diferentes sitios...).
- Comer es un evento social; hágalo en compañía de otros, en un ambiente agradable y tranquilo. Cuando coma solo, escuche la radio o vea la televisión. Intente salir a comer fuera en alguna ocasión.
- Guarde el alimento cuando no esté comiendo.
- Camine antes de las comidas para estimular el apetito.
- Intente comer algo antes de ir a la cama (no afectará al apetito para la siguiente comida)
- Es preferible que otra persona le prepare la comida, si es posible. Tenga comidas preparadas en la nevera y congelador en porciones individuales.
- Utilice platos grandes para que parezca que hay menos comida.
- Tome los alimentos que más le apetezcan, procurando la variedad y la adaptación a sus gustos personales. De forma gradual y según vaya tolerando, tome menos ensaladas, verduras y productos desnatados e introduzca en la dieta alimentos de mayor valor nutritivo (huevos, productos lácteos, pasta ...).
- Cocine añadiendo proteínas y calorías sin aumentar su volumen. Algunas formas de conseguirlo:
 - Añadir miel, nata, leche en polvo o soja en polvo al alimento que está preparando.
 - Añadir mantequilla, margarina, nata, crema de leche a la pasta italiana, arroz o patata.
 - Utilizar leche en vez de agua para diluir sopas condensadas o purés.
 - Añadir crema de leche o leche en polvo a las salsas.
 - Agregar una taza de leche en polvo a un litro de leche entera.
 - Elegir los helados de turrón, avellana y coco a los de frutas.
 - Añadir miel, caramelo líquido, chocolate caliente o helado a los postres.
 - Saltear las verduras con beicon, sofritos, salsas con bechamel o tártara.

- Consulte al personal médico antes de tomar suplementos nutricionales.

PREVENIR EL ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es un síntoma frecuente que puede causar molestias. Para evitarlo es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican:

- Para aumentar el peristaltismo o movimiento de los intestinos, puede tomar en ayunas un vaso de agua tibia, café, zumo de naranja, kiwi, dos o tres ciruelas y su jugo.
- Tome alimentos con alto contenido en fibra: pan y cereales integrales, muesli, frutos secos, todas las frutas y verduras.
- Beba abundantes líquidos (agua, zumos, caldo de las verduras...) siempre que sea posible.
- Cocine preferentemente al vapor, al horno, a la plancha, a la parrilla y alimentos hervidos.
- Utilice el aceite de oliva virgen para cocinar y aliñar.
- Evite los condimentos fuertes o picantes como la pimienta o las guindillas. Puede utilizar hierbas aromáticas: comino, hinojo o anís verde.
- Puede tomar sal, si no está contraindicado por su médico. No abuse del azúcar.
- Tome los purés de verduras, legumbres y frutas sin colar.
- Prepare las verduras y las hortalizas crudas o al dente siempre que se pueda.
- Tome la fruta fresca y con piel preferentemente; también se puede preparar en compota, macedonia o al horno.
- Coma preferentemente carnes y fiambres magros (jamón de york, pollo, pavo, conejo, ternera magra y caballo) y pescado azul y blanco.
- Evite los alimentos ricos en taninos como el membrillo, té, vino tinto y manzana.
- Realice ejercicio de forma regular: caminar simplemente puede ayudarle.

- Disponga de un horario fijo para ir al baño, para crear un hábito intestinal.
- No ignore la necesidad de ir al baño.
- Intente ir al baño antes del tratamiento de quimioterapia (el mismo día o el día anterior) para llevar mejor los otros efectos secundarios como las náuseas, molestias gástricas, alteración del gusto, etc.
- Consulte con el personal médico si no ha realizado ninguna deposición en dos o tres días; puede necesitar un laxante o un enema. No utilice estos remedios sin consultar, ya que estos tratamientos pueden provocar complicaciones.

MANEJO DE LA DIARREA

Es conveniente que siga las recomendaciones que se le indican, introduciendo la dieta de forma progresiva según vaya tolerando.

- No tome nada por boca las dos primeras horas para dejar descansar al intestino.
- Registre el número y la consistencia de las deposiciones diarias y comunique la información al personal sanitario.
- Inicie dieta líquida en pequeñas cantidades y frecuentes tomas a lo largo del día:
 - Solución de rehidratación oral (añada a un litro de agua el zumo de un limón, una cucharada de azúcar, un pellizco de sal y la punta de un cuchillo de bicarbonato).
 - Caldos. Deben ser desgrasados y ligeros (arroz y zanahoria).
 - Infusiones suaves.
 - Zumos sin pulpa y poco azucarados (manzana, zanahoria) que deben tomarse sin mezclar y diluidos con agua.
- Si tolera la dieta líquida, comience con alimentos de fácil digestión: puré de manzana, arroz hervido, pescado blanco o pollo hervido.

- Añada otros alimentos según tolerancia: membrillo, fruta cocida, galletas “María”, tortilla francesa con poco aceite.
- Si tolera los alimentos anteriores, inicie la ingestión de productos lácteos: yogur, queso fresco.
- Cocine al vapor o hervido, al horno, a la brasa o a la plancha.
- Consuma de forma moderada sal y azúcar.
- Cocine y aliñe los alimentos con aceite de oliva virgen y limón.
- Evite consumir:
 - Alimentos irritantes para la mucosa intestinal, como la pimienta, pimentón, nuez moscada.
 - Alimentos que produzcan flatulencia (col, coliflor, rábanos, pepinos, pimientos, cebolla cruda, etc.)
 - Café, leche, chocolate y las bebidas alcohólicas.
 - Alimentos grasos: aguacate, aceitunas, carne y pescados grasos y productos de pastelería.
 - Verduras y hortalizas crudas.
 - Fruta fresca, excepto plátano y manzana.
- Consuma cereales refinados en vez de integrales como el pan blanco y el arroz blanco.
- Consuma alimentos ricos en potasio: plátano, melón, zanahoria.
- Cuele los purés de verduras y legumbres.
- La temperatura de la comida o de la bebida deberá ser preferiblemente templada.
- Beba abundantes líquidos a lo largo del día.
- Limpie con suavidad la zona anal después de cada deposición.

