



MANEJO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

REVISIÓN DEL MANEJO NUTRICIONAL

FATIGA POR COMPASIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. CUESTIONES LEGALES

LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Formación Alcalá no tendrá responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Formación Alcalá tampoco asumirá responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Formación Alcalá a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de **NPunto** con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, sitio web: www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Protección de datos: Formación Alcalá declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Pedidos y atención al cliente:

Formación Alcalá S.L. C/ Leganitos 15-17. Edificio El Coloso.
28013 Madrid. ☎ 953 585 330. info@npunto.es

NPunto

Editada en Alcalá la Real (Jaén) por Formación Alcalá.

ISSN: 2603-9680

EDITOR: Rafael Ceballos Atienza

EMAIL: info@npunto.es

NPunto es una revista científica con revisión que constituye un instrumento útil y necesario para los profesionales de la salud en todos los ámbitos (asistencia, gestión, docencia e investigación) implicados en el cuidado de las personas, las familias y la comunidad. Es la única revista española de enfermería que publica prioritariamente investigación original. Sus objetivos son promover la difusión del conocimiento, potenciar el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuir a la integración de la investigación en la práctica clínica. Estos objetivos se corresponden con las diferentes secciones que integra la revista NPunto: Artículos Originales y Originales breves, Revisiones, Cuidados y Cartas al director. Así mismo, cuenta con la sección Libros recomendados, comentarios de artículos originales de especial interés realizados por expertos, artículos de síntesis de evidencia basadas en revisiones bibliográficas y noticias de interés para los profesionales de la salud.

Contactar

info@npunto.es



Formación Alcalá S.L.
C/ Leganitos 15-17 · Edificio El Coloso · 28013 Madrid
CIF B23432933
☎ 953 585 330

Publicación mensual.

NPunto se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la salud.

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR GENERAL

D. Rafael Ceballos Atienza

DIRECCIÓN EDITORIAL

D^a. Esther López Palomino

D^a. Nerea Morante Rodríguez

D^a. Sonia Baeza García

EDITORES

D^a. María del Carmen Lineros Palomo

D. Juan Manuel Espínola Espigares

D. Juan Ramón Ledesma Sola

D^a. Nuria García Enríquez

D. Raúl Martos García

D. Carlos Arámburu Iturbide (México)

D^a. Marta Zamora Pasadas

D. Francisco Javier Muñoz Vela

SECRETARIA DE REDACCIÓN

D^a Eva Belén García Morales

CONSEJO DE REDACCIÓN

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

D^a Silvia Collado Ceballos

D. Adrián Álvarez Cañete

D^a. Mercè Aicart Martínez

CALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

D^a Ana Belén Lorca Caba

COMUNICACIÓN SOCIAL

D. Francisco Javier Muñoz Moreno

D. Juan Manuel Ortega Mesa

REVISIÓN

D^a. Inmaculada González Funes

D^a. Andrea Melanie Milena Lucena

PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

D. Francisco Montes

D. José Jesús Cáliz Pulido



EDITORIAL

Terminamos este increíble 2019 con un número sobre los cuidados en el paciente oncológico, con temas sobre nutrición, cuestiones legales y específicas profesionales. Abre este número 21 de NPunto un excelente trabajo titulado *Revisión del manejo nutricional en pacientes con cáncer de pulmón* donde se analiza el conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar, y uno de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial. Es una enfermedad grave, con una gran incidencia, siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera, después de colon y mama, en la mujer. Se estudia su origen, síntomas, etiología para centrarse en sus aspectos nutricionales así como el diagnóstico precoz de la desnutrición en estos pacientes.

Le sigue otro gran trabajo relacionado, *Revisión del manejo nutricional de pacientes oncológicos en la farmacia comunitaria*. El farmacéutico comunitario, en colaboración con el oncólogo y el resto del equipo de salud, puede desempeñar un papel muy activo para detectar este tipo de problemas, es el punto sanitario más cercano a los pacientes, al que con más asiduidad acuden cuando no están hospitalizados y donde también existe un contacto habitual con sus familiares, a los que se puede ofrecer un soporte y un asesoramiento de gran ayuda lo que convierte a la farmacia comunitaria en un punto de apoyo para facilitar la detección precoz del riesgo de desnutrición, ofrecer recomendaciones prácticas en materia de prevención y promoción de la salud, minimizar los efectos indeseados de la medicación en la nutrición de los pacientes y, en definitiva, ofrecer la mejor atención sanitaria posible por parte del conjunto de profesionales sanitarios que intervienen en el cuidado del paciente durante su vida.

Fatiga por compasión entre el personal de enfermería en los cuidados al final de la vida es el tercero de los artículos donde veremos cómo las enfermeras están expuestas de forma constante al sufrimiento, el dolor, la angustia y la amenaza de muerte. Además, están sometidas a intensas demandas físicas y emocionales como consecuencia de involucrarse en el cuidado del paciente con un nivel de intimidad no comparable con el de otros profesionales de la salud. La relación de confianza establecida con este favorece el conocimiento de sus emociones, y es que, enfermería y su grupo de trabajo, deben detectar y dar respuesta a las necesidades de sus pacientes mediante unos cuidados que no se centren solo en el ámbito físico, sino también en el emocional y espiritual, teniendo que prestar apoyo en este último ámbito.

Le sigue uno más formal y menos habitual, *Cuidados paliativos en el paciente oncológico: cuestiones legales*. Este documento ofrece una revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos y las cuestiones éticas de estos cuidados, ya que se trata de un tema que tiene un amplio campo de estudio. Es realizado desde el punto de vista de enfermería y los cuidados integrales de calidad que este colectivo de la salud proporciona a los pacientes en fases terminales de su enfermedad. Tiene como objetivo concienciar y hacer reflexionar a la población y a los sanitarios sobre los cuidados de enfermería en cuidados paliativos, describiendo y analizando las competencias e intervenciones que se deben llevar a cabo, ya que la falta de formación y concienciación son un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a estos cuidados. A nivel mundial, esta necesidad de los cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia del envejecimiento de la población y de la creciente carga que presentan las enfermedades no transmisibles. Además, una asistencia temprana con estos cuidados reduce el número de ingresos hospitalarios y el uso innecesario de los servicios de salud. El desarrollo de nuevos modelos de atención paliativa, se han convertido en una prioridad de salud pública mundial.

Dejamos para el final *La sexualidad en el paciente oncológico*. La vivencia y satisfacción de la sexualidad constituye una preocupación real y vigente para el paciente oncológico debido a los problemas ocasionados a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan. La sexualidad en el paciente oncológico incluye aspectos generales de dimensiones físicas, biológicas, reproductivas, psicológicas, como imagen corporal o autoconcepto y dimensión social como rol de pareja. Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. El manejo y tratamiento de estos problemas deberá ser consecuente con los resultados de una evaluación cautelosa y bien orientada, combinando diferentes métodos.

El deseo del equipo editorial de NPunto para cerrar este editorial es agradeceros vuestro interés e interacciones de un año que va viendo sus últimos rayos de sol, confiando que estas fiestas que se presentan las viváis con la intensidad que nos trasladáis en cada número y que tengáis un año redondo como será el venidero, a nivel profesional sin duda, pero sobre todo y muy especialmente personal.

Rafael Ceballos Atienza,
Director NPunto

1. Revisión del manejo nutricional en pacientes con cáncer de pulmón

Isabel E. Jiménez García
Médico Especialista en Oncología Radioterápica
Oviedo

RESUMEN

El cáncer de pulmón es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar, y uno de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial. Es una enfermedad grave, con una gran incidencia, siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera, después de colon y mama, en la mujer.

El cáncer de pulmón suele originarse a partir de células epiteliales, y puede derivar en metástasis e infiltración a otros tejidos del cuerpo. Los síntomas más frecuentes suelen ser dificultad respiratoria, tos y pérdida de peso.

La causa más común de cáncer de pulmón es el tabaquismo, siendo el 95% de pacientes con cáncer de pulmón, fumadores y exfumadores. En las personas no fumadoras, la aparición del cáncer de pulmón es resultado de una combinación de factores genéticos, exposición al gas radón, asbesto y contaminación atmosférica, incluyendo humo secundario (fumadores pasivos).

Los problemas nutricionales y la desnutrición son factores que influyen decisivamente en el pronóstico, tratamiento y calidad de vida de las personas con cáncer de pulmón, independiente de la extensión de la enfermedad y de la estirpe histológica.

Por tanto, es imprescindible un diagnóstico precoz de la desnutrición y una intervención nutricional adecuada a cada situación, siendo esencial una colaboración entre profesionales de la salud para mejorar la atención de estos pacientes, que van a necesitar distintos niveles asistenciales, precisando recibir mensajes homogéneos para garantizar la adherencia a su tratamiento.

1. CÁNCER DE PULMÓN

1.1. Epidemiología

El cáncer de pulmón es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar, y uno de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial. El cáncer de pulmón suele originarse a partir de células epiteliales, y puede derivar en metástasis e infiltración a otros tejidos del cuerpo. Se excluye del cáncer de pulmón aquellas neoplasias que ha-

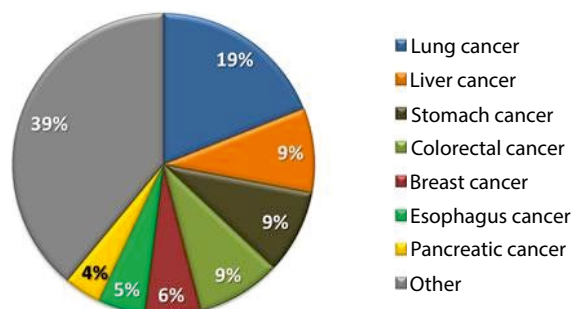
cen metástasis en el pulmón provenientes de tumores de otras partes del cuerpo¹.

Los síntomas más frecuentes suelen ser dificultad respiratoria, tos y pérdida de peso².

La causa más común de cáncer de pulmón es el tabaquismo, siendo el 95% de pacientes con cáncer de pulmón, fumadores y exfumadores. En las personas no fumadoras, la aparición del cáncer de pulmón es resultado de una combinación de factores genéticos, exposición al gas radón, asbesto, y contaminación atmosférica, incluyendo humo secundario (fumadores pasivos)³.

El cáncer de pulmón es una de las enfermedades más graves y uno de los cánceres con mayor incidencia en el ser humano, responsable de los mayores índices de mortalidad oncológica a escala mundial. Es la primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera, después de colon y mama, en la mujer, causando más de un millón de muertes cada año en el mundo. En el Reino Unido y en los Estados Unidos representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres y hombres. En España son diagnosticados anualmente unos 20.000 casos, lo que representa el 18,4% de los tumores entre los hombres y el 3,2% entre las mujeres⁴.

Most Common Causes of Cancer Death Worldwide in 2012



Source: GLOBOCAN 2012

Figura 1

1.2. Etiopatogenia

En el siglo XIX los hallazgos malignos de pulmón representaban únicamente el 1% de todos los cánceres observados durante autopsias. La cifra se elevó a 10-15% en la primera parte del siglo XX. Hasta 1912 solo se contaba con 374 casos publicados en la literatura médica sobre el cáncer de pulmón. En 1926, el cáncer pulmonar de células pequeñas fue reconocido por vez primera como una entidad de enfermedad maligna, diferente a todos los demás tipos de cáncer pulmonar. El médico alemán Fritz Lickint obtiene la primera prueba estadística que relacionaba el cáncer de pulmón con el consumo de cigarrillos, pero no fue hasta la década de 1950 cuando se detecta la primera conexión epidemiológica de evidencia sólida entre fumar y el cáncer de pulmón. Como resultado, en 1964, los Estados Unidos comenzó campañas públicas sobre los efectos dañinos del fumar cigarrillos⁵.

La conexión con el radón fue reconocida por primera vez en la región de los Montes Metálicos alrededor de Schnee-

berg en la zona fronteriza entre Sajonia (Alemania) y Bohemia (República Checa). Esta región es muy rica en fluorita, hierro, cobre, cobalto y plata, esta última extraída desde los años 1470. La presencia de grandes cantidades de uranio y radio dio lugar a una intensa y continua exposición al radón, un gas radiactivo con propiedades carcinogénicas.

Los mineros desarrollaron una cantidad desproporcionada de enfermedades pulmonares que, al hacer seguimiento epidemiológico, conllevó en 1870 al descubrimiento de ciertos trastornos variados y para entonces no reportados, que coincidían con las características, descritas años después, del cáncer de pulmón. Se estima que alrededor del 75% de estos mineros murieron de cáncer de pulmón. A pesar de este descubrimiento, la minería de uranio en la Unión Soviética continuó incluso hasta los años 1950, debido a la continua demanda del metal^{6,7}.

El tabaco es el agente etiológico más frecuente, presente en el 85% de las ocasiones. Diversos estudios epidemiológicos han dejado patente la relación entre el consumo activo de cigarrillos y el cáncer de pulmón, tanto en hombres como en mujeres, aunque ésta es más acusada para el carcinoma de células pequeñas y el epidermoide. Se ha comprobado que son los hidrocarburos policíclicos aromáticos, como el benzopireno y derivados nitrosos del humo del tabaco los que actúan como potentes carcinógenos, mediante la sustitución en el ADN cromosómico de guanina por timina. El riesgo de padecer CP en fumadores individuales está determinado por la intensidad y duración del tabaquismo. Aquellos que consumen más de 40 cigarrillos/día tienen el doble de riesgo que los que fuman menos de 20 cigarrillos/día, y cuando se comienza el consumo antes de los 15 años de edad, se multiplica por cuatro con respecto a los que lo hacen por encima de los 25 años⁸. Mención especial merece el tabaquismo pasivo, ya que varios estudios sugieren que los adultos no fumadores expuestos involuntariamente al humo del tabaco tienen un incremento del riesgo relativo de padecerlo.

Sin embargo, no todos los sujetos expuestos a los agentes cancerígenos exógenos citados desarrollan un CP, lo que habla a favor de una susceptibilidad individual. Se han descrito diversas alteraciones genéticas consistentes en activación o mutación de protooncogenes dominantes ("ras", "myc"), inactivación de genes supresores (p53) o producción inadecuada de factores de crecimiento o de sus receptores, como favorecedores de la activación tumoral⁹.

1.3. Histología

Actualmente las variedades histológicas de las neoplasias pulmonares están claramente definidas por una clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1982)¹⁰. Un 90% de ellas se agrupan en cuatro grandes entidades: carcinoma epidermoide, carcinoma de células grandes, adenocarcinoma y carcinoma de células pequeñas.

Desde el punto de vista morfológico se diferencian atendiendo a la disposición de la arquitectura general, formación de estructuras definidas y tamaño celular. De forma secundaria, en casi todos ellos puede aplicarse la clasificación del

Clasificación histológica de tumores pulmonares epiteliales malignos

Carcinoma escamoso
Carcinoma de células pequeñas
Carcinoma de células pequeñas combinado
Adenocarcinoma
Acinar, subtipos papilar, bronquioalveolar, sólido, mixto
Carcinoma de células grandes
Carcinoma neuroendocrino de células grandes
Carcinoma adenoescamoso
Carcinomas con elementos pleomórficos, sarcomatoides o sarcomatosos
Tumor carcinoide
Típico, atípico
Carcinomas de tipo glandular salival
Carcinoma inclasificable

Figura 2

grado de diferenciación celular en tres grupos: buena (grado I), moderada (grado II) y mala (grado III).

El carcinoma epidermoide o escamoso se origina en el epitelio de revestimiento, y sus células suelen mostrar atipia, puentes intercelulares y mayor o menor grado de formación de queratina. Se localizan con gran frecuencia en los bronquios lobares o principales y la necrosis tumoral, con la consiguiente cavitación, suele ser habitual en fases avanzadas.

El adenocarcinoma se origina de las células broncoalveolares y su diferenciación es glandular. Se ubica preferentemente en las zonas periféricas del pulmón.

El carcinoma de células grandes es un tumor indiferenciado en el que el diagnóstico histológico es de exclusión. Existen discrepancias en cuanto a la existencia de este tipo, y se cree que es un adenocarcinoma o un epidermoide con un grado mínimo de diferenciación.

El carcinoma de células pequeñas o microcítico es un tumor de rápido crecimiento, con gran tendencia a la diseminación. Sus células son de pequeño tamaño y con una actividad mitótica muy elevada. Suele encontrarse en zonas centrales, con gran tendencia a la ocupación medias-tínica.



Figura 3

Aunque de forma global, el carcinoma escamoso es el más frecuente en las distintas series (por sexos es más frecuente en varones, mientras que en mujeres lo es el adenocarcinoma); en varios países se ha apreciado un aumento relativo del adenocarcinoma, especialmente en el sexo masculino¹¹.

1.4. Clínica

El cáncer de pulmón es una enfermedad con manifestaciones clínicas muy variables. Desde un paciente asintomático durante largos periodos de tiempo a otro que debuta bruscamente con sintomatología local, a otro que se diagnostica por la sintomatología que produce la diseminación a distancia.

No obstante, en fases avanzadas, la presencia de síntomas es prácticamente universal. Sus manifestaciones se dividen en tres clases: las producidas por el desarrollo local, las ocasionadas por sus metástasis y las extratorácicas no metastásicas, conocidas como síndromes paraneoplásicos.

La *sintomatología local* más frecuente es la *tos*, presente en el 75% de los casos. Sin embargo, como la mayoría de los pacientes son grandes fumadores y puede coexistir bronquitis crónica, en ocasiones no es reconocido como tal.

La *disnea* puede aparecer por obstrucción de un bronquio principal o tráquea, por afectación mediastínica u otras causas como derrame pleural. En el curso de la enfermedad puede aparecer en el 60% de los pacientes. Estando en muchos de inicio debido a enfermedades de base previas (EPOC, enfisema, ...).

Un tercio de los pacientes van a presentar *hemoptisis*, en general en forma de esputos hemoptoicos y rara vez copiosa. Cuando aparece suele ser pertinaz, desaparece y luego reaparece unos días más tarde.

El *dolor torácico* es el menos común de los síntomas iniciales, pero a lo largo de la enfermedad su incidencia aumenta. Los tumores centrales suelen provocar un dolor retroesternal sordo, mientras que aquellos situados en los vértices pulmonares, por su localización, producen en su crecimiento diferentes síntomas y signos desde dolor y pérdida de fuerza en el hombro y el brazo, edema en la extremidad superior y síndrome de Bernard-Horner (enoftalmia, miosis y trastornos vasomotores de la mejilla), hasta dolor del hombro que se extiende al territorio cubital, todo lo cual constituye el Síndrome de Pancoast. Suele estar motivado por un carcinoma escamoso.

La aparición de *síndrome de vena cava superior* se produce cuando la vena cava superior por compresión, invasión o trombosis intraluminal. El tipo histológico más comúnmente implicado, en el 40% de los casos, es el carcinoma de células pequeñas. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por disnea y tos que empeoran con el decúbito, junto con edema en cara, cuello, hombros (edema en esclavina), extremidades superiores y circulación colateral en pared torácica. Es una emergencia médica que requiere tratamiento de urgencia.

La *disfonía* se ocasiona por afectación del nervio laríngeo recurrente izquierdo, y fundamentalmente por tumores situados en el lóbulo superior izquierdo.

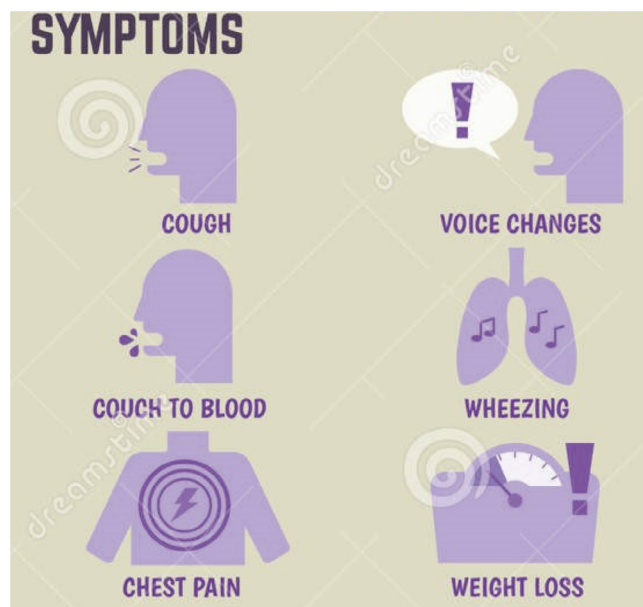


Figura 4

Otras manifestaciones: incluyen disfagia por compresión por adenopatías mediastínicas, parálisis diafragmática por lesión frénica, invasión pericárdica (con derrame y a veces taponamiento), derrame pleural y neumotórax espontáneo^{12,13}.

La *sintomatología extratorácica* se debe a enfermedad metastásica a distancia, La diseminación de las células tumorales por vía linfática o hemática puede afectar a cualquier órgano, aunque habitualmente los más implicados son: ganglios linfáticos (70%), cerebro (20-50%), hígado (35%), huesos (25%), suprarrenales (22%) y riñón (10-15%). La frecuencia de metástasis varía según el tipo histológico y el grado de diferenciación celular, siendo mayor en el carcinoma microcítico y tumores poco diferenciados, mientras que dentro de los no microcíticos predomina en el adenocarcinoma¹⁴.

El síntoma más frecuente de las metástasis cerebrales es la cefalea, aunque también pueden producir hemiplejía, crisis comiciales o trastornos de la personalidad¹⁵.

La afectación hepática suele manifestarse como ictericia y una hepatomegalia dura y de superficie nodular. Su diagnóstico se asegura por métodos de imagen (ecografía y TC).

Las metástasis suprarrenales no suelen producir sintomatología. Por ello y su relativa frecuencia, se recomienda realizar un TC abdominal preoperatorio en todos los pacientes con CP no microcítico.

Las metástasis óseas normalmente son osteolíticas y se traducen clínicamente como dolor localizado, aunque en un 20-25% de las ocasiones el paciente se encuentra asintomático. Los huesos más frecuentemente involucrados son cuerpos vertebrales, pelvis, costillas y fémur. El diagnóstico se establece por datos clínicos, analíticos (fosfatasa alcalina, calcio sérico) y de imagen (gammagrafía ósea)^{16,17}.

Otros lugares de asiento de metástasis son pleura (fundamentalmente en adenocarcinoma), riñón, tracto gastrointestinal, piel, ojos, corazón y páncreas¹⁸.



Figura 5

Síndromes paraneoplásicos

Se reconocen como tal un conjunto de síntomas y signos, secundarios al cáncer, que acontecen a distancia y no están directamente relacionadas con sus metástasis. Ocurren en al menos el 10% de los pacientes y son debidos a la liberación de sustancias por el propio tumor (hormonas polipeptídicas, inmunocomplejos, citoquinas, prostaglandinas etc.). Acontecen en cualquier momento del proceso tumoral: previamente al diagnóstico, tardíamente o son el primer signo de recidiva.

El síndrome constitucional (astenia, anorexia, adelgazamiento) es el más frecuente¹⁹.

Los síndromes endocrino-metabólicos se detectan en un 10-12% de pacientes. La ACTH es la hormona ectópica más frecuentemente producida en CP, aunque el síndrome de Cushing sólo es clínicamente manifiesto en el 2-7% de los sujetos, y suele presentarse asociado con carcinomas microcíticos. La hipercalcemia es relativamente común en presencia de carcinoma epidermoide, aproximadamente en el 15% de los casos, y está motivada por la liberación de hormona paratiroidea (PTH) por el propio tumor. El síndrome de secreción inadecuada de ADH se da con mayor asiduidad en el carcinoma microcítico (en el 50% de los casos, aunque únicamente el 5% desarrollan el cuadro clínico)^{20,21,22}.

La osteoartropatía pulmonar hipertrófica está motivada por CP en más del 80% de las ocasiones, fundamentalmente adenocarcinoma y epidermoide²³. Se caracteriza por acropaquias en manos y pies, dolor localizado en partes acras, con sensación de calor, unido a neoformación de hueso de localización subperióstica (objetivada en radiografías). Entre las entidades neurológicas destaca el síndrome miasteniforme de Eaton-Lambert, habitualmente asociado a carcinoma microcítico, y que se expresa como debilidad muscular proximal, disfunción autonómica e hiporreflexia²⁴.

1.5. Diagnóstico

Una vez que se sospecha la posibilidad de un CP la investigación diagnóstica debe perseguir dos objetivos: asegurar la confirmación citológica y/o histológica (diagnóstico de naturaleza), y determinar el estado de diseminación de la

enfermedad (diagnóstico de extensión), para que pueda ser aplicado el tratamiento más apropiado. El número de exploraciones que deben realizarse para alcanzar estos fines debe ir en relación con las posibilidades terapéuticas que se puedan ofrecer al paciente.

Ante la sospecha de una patología pulmonar debe realizarse una Historia Clínica completa, incluyendo antecedentes personales, profesionales y familiares, enfermedades previas y estado de la función pulmonar, además de una exploración física minuciosa, incluyendo la existencia o no de pérdida de peso y la capacidad que tiene para realizar las actividades cotidianas²⁵.

Para esto último, utilizamos la *Escala Karnofsky*²⁶, cuyo objetivo es dar a conocer la limitación del paciente para la vida diaria, siendo un predictor independiente de mortalidad, tanto en patologías oncológicas y no oncológicas; y que nos sirve para la toma de decisiones clínicas, hospitalariamente y valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de los pacientes. Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.

Escala funcional de Karnofsky (KPS)	
100	Normal, no quejas referidas, no evidencia de enfermedad
90	Capaz de desarrollar actividades normales, signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, es incapaz de desarrollar actividades normales o trabajo activo
60	Requiere asistencia ocasional, es capaz de atender la mayoría de sus necesidades
50	Requiere asistencia considerable y frecuente cuidado médico
40	Discapacitado, requiere asistencia y cuidados especiales
30	Severamente discapacitado, hospitalización es indicada, aunque la muerte no es inminente
20	Muy enfermo, hospitalización y tratamiento de soporte activo son necesarios
10	Moribundo, proceso fatal rápidamente en progresión
0	Fallecido

Figura 6

Las pruebas de imagen comienzan casi siempre por una radiografía de tórax que orienta hacia la existencia de patología pulmonar, y que debe confirmarse y estudiarse más exhaustivamente con una TAC (Tomografía axial computerizada) para evaluar las características de la lesión, su localización y relación con estructuras vecinas, incluyendo la valoración del abdomen superior, con especial atención a las glándulas suprarrenales. En casos en que puedan presentarse dudas respecto a la extensión de la enfermedad, es donde puede aportar ayuda la RM (Resonancia Magnética), a nivel mediastínico, ha mejorado la detección de estructuras mediastínicas (esófago, vasos, árbol traqueo-bronquial o estructuras cardíacas), proporciona contraste entre el tumor y los tejidos sanos de la pared torácica y

donde se suele emplear para completar la valoración es en el Tumor de Pancoast, determinando la afectación del eje neurovascular y para valorar la existencia de metástasis cerebrales²⁷.

La Tomografía por Emisión de Positrones o PET (siglas en inglés Positron Emission Tomography) es una técnica diagnóstica no invasiva de Medicina Nuclear. Consiste en la obtención de imágenes de la distribución de distintas biomoléculas marcadas con isótopos emisores de positrones en el cuerpo humano. Los tomógrafos PET-TC unen las imágenes de PET a las de TC consiguiendo una mayor precisión anatómica en la localización de las zonas de mayor captación del radioisótopo. Las primeras indicaciones clínicas de la PET fueron su utilización en el nódulo pulmonar solitario (NPS) cuando no se podía obtener una muestra citohistológica del mismo. El grado de depósito de 2FDG en la lesión, orienta hacia benignidad o malignidad de la misma. Actualmente se utiliza en la estadificación inicial del cáncer de pulmón no microcítico, para estimar el tamaño real del tumor, diferenciando zonas de neumonitis no neoplásicas, Detección de nódulos pulmonares metastásicos o de metástasis pleurales, evaluación de la afectación linfática regional: detectando adenopatías mediastínicas que pueden después ser subsidiarias de técnicas de punción o mediastinoscopia para confirmar el estadio, evaluación de metástasis a distancia: localizando depósitos de 2FDG a otros niveles como glándulas suprarrenales, hígado, hueso o tejidos blandos. También se utiliza para el seguimiento y evaluar posibles recurrencias locorregionales, planificación de radioterapia y valoración de mesotelioma^{28,29}.

Para obtener la confirmación histológica menos invasiva con el mayor rendimiento nos guiaremos por los estudios de extensión. Así, en masas centrales y ante sospechas de afectación endobronquial se debería hacer una broncoscopia, en cambio en nódulos periféricos se deben realizar broncoscopia guiada por navegador, ecobroncoscopia (EBUS) o Biopsias Transtorácicas^{30,31}.



Figura 7. EBUS (*Ecobroncoscopia lineal*).

Existen una serie de procedimientos quirúrgicos que, aunque habitualmente se emplean en el estudio de extensión, en ocasiones nos proporcionan el diagnóstico de naturaleza. Son la biopsia de la grasa preescalénica, la mediastinoscopia, la mediastinotomía anterior y sus variantes, la toracoscopia o pleuroscopia, e incluso, la toracotomía cuando no se ha alcanzado el diagnóstico por otros métodos³².

Las pruebas de función respiratoria son imprescindibles para las decisiones terapéuticas. Se debe tener en cuenta que la mayoría de estos sujetos son fumadores, y pueden

desarrollar paralelamente otras enfermedades motivadas por la inhalación de dicho tóxico, lo que incrementaría el riesgo quirúrgico. La capacidad funcional puede limitar la intervención quirúrgica, el tratamiento radiológico y ciertos fármacos citotóxicos que provocan daño pulmonar³³.

1.6. Estadificación

La estadificación del Cáncer de Pulmón, entendida como la clasificación de la extensión anatómica de la enfermedad en grupos –según el pronóstico–, persigue varios fines. Además de la estimación pronóstica, la estadificación anatómica es esencial para planificar el tratamiento, evaluar los resultados e intercambiar información de forma fidedigna. La clasificación anatómica actual, utiliza los descriptores T (tumor), N (estado ganglionar) y M (metástasis), es válida para cualquier estirpe de cáncer de pulmón y está avalada por todas las sociedades científicas mundiales. El sistema TNM es el método de estadiaje de neoplasias desarrollado por la AJCC (American Joint Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Unión Internacional Contra Cancer) o desde su primera edición en 1977, se ha actualizado en diferentes ocasiones hasta la octava edición, la última publicada en 2017^{34,35,36}.

El proceso de estadificación comprende la evaluación del tumor en sí –localización, tamaño y eventual invasión de estructuras adyacentes–, de las estaciones linfáticas regionales y de los órganos y tejidos extratorácicos. La metodología con la que llevar a cabo la estadificación es, sin embargo, objeto de continua controversia. Además, debido al progreso en los conocimientos, al desarrollo de nuevas herramientas pronósticas y al perfeccionamiento de las técnicas diagnósticas, la metodología de estadificación está en permanente evolución. En la estadificación hay que considerar el momento clínico en el que se efectúa. La estadificación llevada a cabo antes del tratamiento es la estadificación clínica (cTNM) y puede incluir métodos quirúrgicos, como la exploración quirúrgica del mediastino o la toracoscopia. Esta estadificación es crucial para seleccionar el tratamiento. Cuando a la clasificación clínica se le añaden los hallazgos quirúrgicos y el estudio anatomopatológico de las piezas resecaadas, pasa a ser estadificación patológica (pTNM), cuyo máximo interés es la estimación pronóstica³⁷.

Una vez que se han asignado las categorías T, N y M, esta información se combina para asignar una etapa general de 0, I, II, III o IV. Este proceso se conoce como *agrupación por etapas*. Algunas etapas se subdividen en A y B. Las etapas identifican cánceres que tienen un pronóstico similar, y de este modo son tratados de una manera similar. Los pacientes con etapas de números más pequeños tienden a tener mejor pronóstico.

La gran mayoría de los tipos de cáncer de pulmón son carcinomas, es decir, tumores malignos que nacen de células epiteliales. Hay dos formas de carcinoma pulmonar, categorizados por el tamaño y apariencia de las células malignas vistas histopatológicamente bajo un microscopio: los tumores de células no-pequeñas (80,4%) y los de células pequeñas (16,8%). Esta clasificación está basada en criterios histológicos y tiene importantes implicaciones para el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

Tumor primario (T)			
TX	No se puede evaluar el tumor primario o se demuestra el tumor por la identificación de células malignas en el esputo o en el lavado bronquial pero no se visualiza en las imágenes o la broncoscopia		
T0	No hay ningún indicio de tumor primario		
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>		
T1	Tumor ≤ 3 cm en su dimensión máxima, rodeado por pleura pulmonar o visceral, sin indicios broncoscópicos de invasión más proximal que el bronquio lobular (no en el bronquio primario)		
T1a	Tumor ≤ 2 cm en su dimensión máxima		
T1b	Tumor ≥ 2 cm pero ≤ 3 cm en la dimensión máxima		
T2	Tumor ≥ 3 cm pero ≤ 7 cm o tumor con cualquiera de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Invasión de la pleura visceral • Afectación del bronquio principal ≥ 2 cm distal a la carina • Se relaciona con atelectasia o neumonitis obstructiva que se extiende a la región hilar pero que no afecta a todo el pulmón 		
T2a	Tumor de > 3 cm pero ≤ 5 cm en la dimensión máxima		
T2b	Tumor > 5 cm pero ≤ 7 cm en la dimensión máxima		
T3	Tumor > 7 cm o uno que invade cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Pared torácica (incluidos los tumores del surco superior), diafragma, nervio frénico, pleura mediastínica o pericardio parietal, pleura parietal O tumor en el bronquio primario < 2 cm distal a la carina pero sin afectación de la carina Atelectasia o neumonitis obstructiva de todo el pulmón o nódulo(s) tumoral(es) separado(s) en el mismo lóbulo		
T4	Tumor de cualquier tamaño que invade cualquiera de los siguientes: mediastino, corazón, grandes vasos, tráquea, nervio laríngeo recurrente, esófago, cuerpo vertebral o carina; o nódulo(s) tumoral(es) separado(s) en un lóbulo ipsolateral		
Ganglios linfáticos regionales (N)		Metástasis a distancia (M)	
NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales	M0	No hay metástasis a distancia
N0	No hay metástasis a ganglios regionales	M1	Metástasis a distancia
N1	Metástasis en ganglios linfáticos peribronquiales o hilares ipsolaterales y ganglios intrapulmonares, incluida la afectación por extensión directa	M1a	Ganglio(s) tumoral(es) separado(s) en un lóbulo contralateral; tumor con nódulos pleurales o derrame pleural maligno (o pericárdico)
N2	Metástasis en los ganglios linfáticos mediastínicos o subcarínicos ipsolaterales	M1b	Metástasis a distancia
N3	Metástasis en los ganglios linfáticos mediastínicos contralaterales, hilares contralaterales, escalenos ipsolaterales o contralaterales o supraclaviculares		

Figura 8

La supervivencia a los 5 años para el cáncer de pulmón en estadio pT1 N0 M0 y pT2 N0 M0 ronda respectivamente del 67%, y del 57%, y para el pT1 N1 M0, pT2 N1M0 y pT3 N0 M0 del 55%, 39% y 38%, mientras que a partir de una clasificación III-A es del 24%.

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos alcanzados en los últimos años, el pronóstico del CP continúa siendo infausto. La supervivencia global a los 5 años es tan sólo del 13%. Al referirnos a factores pronósticos, en este apartado sólo citaremos aquellos parámetros clínico-analíticos que se pueden recoger en el momento del diagnóstico y que influirían en la respuesta al tratamiento y la supervivencia.

1.7. Tratamiento

Las opciones de tratamiento para el cáncer de pulmón son cirugía, radioterapia y quimioterapia, solas o combinadas, dependiendo según el estado del cáncer, el tipo celular del cáncer y cuanto se ha diseminado, así como el estado de salud del paciente. Por esta razón, es muy importante que se realicen todas las pruebas diagnósticas necesarias para determinar el estado del cáncer.

La *cirugía* se realiza en aquellos tumores en los que es posible el abordaje quirúrgico tanto por las características del paciente como de la enfermedad, que sea localizada y con garantías de una resección completa, y en algunos casos para la confirmación histológica de la enfermedad. Puede extirparse un lóbulo del pulmón (lobectomía), todo el pulmón (neumonectomía) y en limitadas ocasiones sólo la par-

te afectada por el nódulo pulmonar (segmentectomía, o resección atípica)³⁸.

La *radioterapia* implica el uso de radiación ionizante, como los rayos X de alta energía, para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores^{39,40}.

En la radioterapia externa se utiliza radioterapia generada en el exterior del cuerpo por medio de un acelerador lineal y que se concentra en el cáncer. Este tipo de radioterapia es el que se usa con más frecuencia para tratar un cáncer primario del pulmón o sus metástasis en otros órganos.

En la radioterapia interna o braquiterapia, el material radiactivo se coloca directamente sobre el tumor, siendo mayormente utilizada como tipo paliativo para atelectasias obstructivas.

La radioterapia puede ser utilizada como tratamiento principal, complementario a la cirugía, combinado con quimioterapia e incluso cirugía (pre o postoperatorio) y para aliviar síntomas causados por el tumor primario o sus metástasis (radioterapia paliativa).

La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos antineoplásicos o citostáticos por vía intravenosa u oral para impedir la multiplicación de las células cancerosas.¹⁵⁰ Estos medicamentos entran en el torrente sanguíneo y llegan a todas las áreas del cuerpo, lo cual permite que este tratamiento sea útil incluso para aquellos cánceres que se han propagado o metastatizado en órganos distantes del pulmón. Dependiendo del tipo y del



Figura 9. Cirugía pulmonar.



Figura 10. Radioterápica.

estadio del cáncer del pulmón, la quimioterapia se puede administrar como tratamiento principal (primario) o como tratamiento auxiliar (adyuvante) a la cirugía o la radioterapia. Generalmente en la quimioterapia para el cáncer del pulmón se utiliza una combinación de medicamentos contra el cáncer (poliquimioterapia)⁴¹.

Recientemente se ha aprobado en algunos países la *terapia biológica o inmunoterapia* para el tratamiento del cáncer de pulmón. La inmunoterapia puede indicarse en conjunto con la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Estas terapias biológicas utilizan el sistema inmune del cuerpo, ya sea directa o indirectamente, para combatir el cáncer o para disminuir los efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos del cáncer.

2. CÁNCER Y ESTADO NUTRICIONAL

El cáncer es una enfermedad heterogénea y multifactorial que engloba entidades distintas en cuanto a posibles causas, pronóstico y tratamiento. En la actualidad, sigue representando uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, que genera elevados costes, tanto sanitarios como de índole afectiva y social, y requiere de un abordaje multidisciplinar y coordinado⁴².

Es muy importante en el abordaje del cáncer la existencia de intervenciones nutricionales en el esquema habitual de tratamiento de soporte y posteriormente, cuando el paciente se convierte en un largo superviviente, ya que la desnutrición se ha relacionado con una menor calidad y esperanza de vida en estos pacientes⁴³.

La pérdida de peso en los pacientes con cáncer tiene una influencia negativa en el pronóstico. Algunos tumores, como el cáncer de pulmón o el cáncer gastrointestinal, causan una pérdida de peso significativa en el 60% y el 80% de los pacientes, respectivamente, y una pérdida de peso de al menos un 10% del peso corporal en un periodo de 6 meses.

Es muy importante el diagnóstico precoz de la desnutrición y las intervenciones nutricionales en estos pacientes ya que puede ayudar a mantener el peso y sus reservas, pudiendo llegar a corregir las consecuencias clínicas relacionadas con la desnutrición e influir en la calidad de vida de los pacientes.

El reconocimiento temprano del riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos puede realizarse con métodos de cribado sencillos, siendo de vital importancia en la calidad del tratamiento oncológico, ya que puede estabilizar o revertir la pérdida de peso en un 50% a un 88% de los casos⁴⁴.

El enfermo oncológico presenta malnutrición asociada tanto a las características que definen al tumor maligno como al tratamiento que es preciso aplicar. El cáncer produce disminución de la ingesta de forma directa, interfiriendo de forma mecánica con el tránsito normal del tubo digestivo, o de forma indirecta a través de la secreción de sustancias que actúan sobre receptores periféricos o sobre el hipotálamo. Así mismo, los diferentes tipos de tratamientos aplicados en el enfermo oncológico son una causa importante de alteración del estatus nutricional de los mismos.

2.1. Prevalencia de la desnutrición

Muchos estudios se han fijado en la posibilidad de que componentes o nutrientes específicos de la dieta estén asociados con aumentos o disminuciones del riesgo de cáncer. Estudios de células cancerosas en el laboratorio y de modelos animales algunas veces proveen evidencia de que compuestos químicos aislados pueden ser carcinógenos (o tienen actividad contra el cáncer).

Pero, con pocas excepciones, los estudios de poblaciones humanas no han mostrado aun definitivamente que algún componente de la dieta cause o proteja contra el cáncer. Algunas veces los resultados de estudios epidemiológicos que comparan las dietas con gente que tiene o no cáncer han indicado que la gente que tiene o no cáncer difiere en su consumo de un componente particular en la dieta.

Independientemente de la relación de los nutrientes y de la dieta con el cáncer, sabemos que el estado nutricional y la dieta tienen un papel fundamental en la patología oncológica desde su prevención hasta la fase final de la enfermedad, influyendo en su evolución, pronóstico, respuesta

Frecuencia de pérdida de peso en pacientes con cáncer según el tipo de tumor					
Tumor	Pérdida de peso en los 6 meses previos (%)				
	N.º enf.	1-5%	5-10%	> 10%	Total
Ca. Gástrico	317	21%	31%	33%	85%
Ca. Páncreas	111	29%	28%	26%	83%
Ca. Pulmón no micr.	590	25%	21%	15%	61%
Ca. Pulmón microc.	436	23%	20%	14%	57%
Ca. Próstata	78	28%	18%	10%	56%
Ca. Colon	307	26%	14%	14%	54%
LNH de alto grado	311	20%	13%	15%	48%
Sarcomas	189	21%	11%	7%	39%
L. Ag. no linfoblástica	129	27%	8%	4%	39%
Ca. Mama	289	22%	8%	6%	36%
LNH bajo grado	290	14%	8%	10%	10%

Figura 11

a los tratamientos oncológicos específicos y condicionando la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Así, una adecuada alimentación ayudaría a prevenir el 35% de todos los cánceres, proporción equiparable al porcentaje de tumores que se evitarían abandonando el tabaco. Por su parte, la pérdida de peso involuntaria y la desnutrición son muy frecuentes, especialmente en fases avanzadas y en tumores localizados en páncreas, estómago, esófago o cabeza y cuello, y se asocian con el 20% de las muertes en estos pacientes⁴⁵.

Las consecuencias de la desnutrición en el pronóstico del paciente oncológico se manifiestan, tanto a nivel funcional como estructural, repercutiendo en la evolución clínica, condicionando el riesgo quirúrgico, influyendo en la posibilidad de administrar tratamientos quimio y radioterápicos, en el cumplimiento de los mismos y en su efectividad, y afectando también a la esfera psicosocial.

La valoración del riesgo nutricional debe hacerse desde el diagnóstico y de forma periódica a todos los pacientes en tratamiento o con enfermedad metastásica. En el seguimiento de pacientes curados se debe vigilar de forma continua y programada el estado nutricional de aquellos que se hayan sometido a cirugía o a cualquier tratamiento que interfiera en la deglución y la digestión, y en otros pacientes, seguir las recomendaciones nutricionales y de actividad física para prevención secundaria en supervivientes oncológicos.

Los datos de los que disponemos en España provienen del estudio NUPAC, que evaluó mediante la escala VSG-GP (valoración subjetiva global generada por el paciente) la prevalencia de desnutrición en 781 pacientes con cáncer localmente avanzado o metastásico (56%) de 67 centros, entre octubre de 2001 y abril de 2003. El 85% estaba recibiendo tratamiento oncológico activo en el momento de la inclusión en el estudio y un 82% presentaba un estado funcional preservado, ECOG 0-2. Casi la mitad de los cánceres eran de pulmón (23%), mama (13%), colon y recto (13%); el porcen-

taje de pacientes con cada uno del resto de tumores era inferior al 5%. El 68% tenía importantes dificultades para la alimentación y un 42,2% anorexia. De acuerdo con la escala VSG-GP, el 52% de los pacientes presentaba una desnutrición moderada o grave y más del 80% de estos estaba recibiendo algún tratamiento, intervención o recomendación dietética. En el estudio se recoge la utilidad del cribado VGS-GP como herramienta para el diagnóstico y también para orientar el abordaje terapéutico según la gravedad de la desnutrición^{46,47}.

La prevalencia real de desnutrición es variable y depende de diversos factores, como son el tipo de paciente, el tumor primario y localización y extensión, el tipo de tratamiento que se va a realizar y el medio donde va a ser atendido el paciente.

Dada su prevalencia de la desnutrición y los riesgos que supone, se necesita una mayor concienciación de los especialistas, oncólogos médicos y radioterapeutas, cirujanos, médicos de unidades de cuidados paliativos y de atención primaria, quienes deben incluir el cribado de desnutrición en la atención integral al paciente con cáncer, adoptando de forma precoz medidas terapéuticas o derivándolo al servicio de nutrición en caso de desnutrición grave o de riesgo de desnutrición⁴⁸.

Influyen en la nutrición:

1. Tipo de paciente

La edad, fragilidad, comorbilidades y estado nutricional previo al diagnóstico del cáncer pueden no solo influir en el riesgo, sino agravar el proceso. La edad avanzada, las enfermedades asociadas con dificultad para la alimentación (enfermedad de Parkinson, enfermedades que cursan con malabsorción) y las enfermedades crónicas que por sí mismas causan caquexia, como la insuficiencia renal, cardíaca y hepática, predisponen, independientemente del tipo y características del tumor, a la desnutrición.

2. Tipo de tumor

Un 15-20% presentan desnutrición en el momento del diagnóstico y hasta un 80-90% en caso de enfermedad avanzada. Un estudio publicado en 2000 por Walsh et al. recoge una incidencia del 50% de pacientes con una pérdida de peso superior al 10% y del 66% de anorexia en 1000 enfermos evaluados en el momento de la derivación a una unidad de cuidados paliativos⁴⁹. Otros estudios más recientes mantienen estos datos^{50,51}.

3. Tipo de tratamiento

La localización, vía de administración y el tipo de agentes quimioterápicos afectan de forma distinta al estado nutricional. La asociación de radioterapia y quimioterapia, sobre todo en tumores de cabeza y cuello, de esófago o de Pancoast (vértice pulmonar), se relacionan con un aumento del riesgo, agravado por la dificultad para la deglución debida a la mucositis y xerosis que causan dichos tratamientos y a los cambios anatómicos derivados del tumor o la cirugía. En el caso del cáncer de estómago y páncreas

es lacirugía el tratamiento que más impacta en la dificultad para la ingesta y por tanto en la pérdida ponderal.

4. *Ámbito*

Los pacientes hospitalizados, independientemente del tipo de tumor y la causa, tienen un riesgo de desarrollar una desnutrición grave que supera el 40%. Por su parte, los pacientes atendidos de forma ambulatoria presentan una incidencia de pérdida de peso de hasta el 74%, pérdida de peso que es superior al 10% en el 37% de los casos⁵².

2.2. Fisiopatología

La desnutrición calórico-proteica en el cáncer es el resultado de diversos factores que conducen a anorexia, caquexia y sensación de saciedad temprana que suelen padecer las personas con cáncer y que pueden provocar una reducción significativa de la ingesta. Entre estos factores está la incapacidad física para consumir y o digerir alimentos (en un contexto de demanda calórica aumentada por la presencia del tumor), los cambios metabólicos inducidos por el tumor y que afectan al metabolismo de los principales nutrientes, y la respuesta humoral en forma de mediadores inducida en el huésped por la proliferación tumoral. Dichas anomalías incluyen un ambiente hormonal alterado, intolerancia a la glucosa, aumento de la gluconeogénesis hepática, resistencia a la insulina, lipólisis aumentada, pérdida de proteínas musculares, respuesta inflamatoria mediada por proteínas de fase aguda y citosinas⁵³.

En los pacientes con cáncer se observa que debido al tumor se tiene un gasto energético elevado, con aumento en la captación de glucosa, lactato, síntesis de proteínas y ácidos nucleicos, oxidación de ácidos grasos y lipogénesis; a la vez que en el paciente se observa aumento o disminución del gasto en reposo dependiendo del tumor primario, aumento de lactato en sangre, de la gluconeogénesis hepática, aumento de la intolerancia a la glucosa con disminución del balance hidrogenado, con aumento del recambio proteico y de la síntesis de proteínas hepáticas.

Se observa una alteración del metabolismo energético y de la utilización de:

1. *Carbohidratos*: aumenta el ciclo de Cori, (la captación de glucosa con producción de lactato en el tumor, que va al hígado para producir glucosa) y que aumenta la gluconeogénesis hepática (lactato, alanina, glicerol) y aumenta la vía de las pentosas para sintetizar nucleótidos y nicotinamida adenina dinucleótido fosfato (NADPH).
2. *Lípidos*: se reducen por el aumento de la demanda energética necesaria para la proliferación celular se produce lipólisis en el tejido adiposo inducida por un factor movilizador de lípidos y α 2-glicoproteína liberados por el tumor, que inducen desacoplamiento de la cadena respiratoria en la mitocondria, sobre todo en el tejido adiposo pardo. En el tumor, por el contrario, aumenta la síntesis lipídica, ya que hay un fenotipo lipogénico por el aumento en la expresión de enzimas clave en la síntesis de lípidos sin que esta dependa del aporte dietario. Se observa descontrol de la enzima 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA

(HMG-CoA) reductasa, con aumento de colesterol total y triglicéridos y disminución del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad.

Se moviliza grasa del tejido adiposo con liberación de ácidos grasos y glicerol; estos primeros son utilizados por el tumor y el glicerol se emplea para formar glucosa produciendo lactato y en consecuencia glucosa por la vía hepática⁵⁴.

3. *Proteínas*: el balance de nitrógeno es variable, depende de la dieta, del tumor y de la recuperación del tejido. El tumor produce un factor inductor de la proteólisis, hay liberación de aminoácidos desde el músculo esquelético, necesarios para la síntesis proteica tumoral, en especial metionina, leucina, cistina y glutamina; otros, como la alanina, van al hígado para ser transformados en glucosa. En el hígado hay aumento de síntesis de proteínas de fase aguda y disminución de albúmina. En muchos casos hay alteración de la mucosa intestinal con malabsorción proteica.
4. *Micronutrientes*: disminuyen por el catabolismo asociado a la respuesta de fase aguda, y pueden observarse déficits en pacientes desnutridos. Sin embargo, la evaluación de vitaminas, antioxidantes y elementos traza es compleja porque los niveles pueden estar modificados debido a esta respuesta. Paralelamente, hay un aumento de las pérdidas asociadas al tratamiento o al propio tumor. El zinc, el hierro, el selenio, así como las vitaminas B12 y el ácido fólico se encuentran disminuidos en muchas neoplasias¹¹. Es importante destacar que algunos micronutrientes están implicados en modificaciones epigenéticas asociados a la presencia de cáncer: vitaminas B12, B6, ácido fólico, niacina, ácido pantoténico, vitamina E, vitamina D y ácido retinoico⁵⁵.

2.3. Dieta

El cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo. es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y no está coordinado con éstos, y que persiste del mismo modo excesivo aún después de finalizar el estímulo que le dio origen, careciendo de finalidad, utilizando al huésped para su crecimiento y volviéndose autónoma en su crecimiento. Su clasificación se basa en el tejido a partir del cual las células cancerosas se originan.

Se sabe que muchas de sus manifestaciones tienen relación con el estilo de vida, por lo que actuar sobre determinados factores puede prevenir su aparición. La alimentación y el estilo de vida son factores que pueden favorecer su aparición o por el contrario prevenirla de ahí que hayan surgido múltiples recomendaciones, que recogen aspectos relacionados con la alimentación y el mantenimiento de un peso corporal adecuado durante la vida adulta⁵⁶.

Es importante considerar la dieta en su conjunto sin tratar de aislar los alimentos o sus componentes, teniendo en cuenta las posibles interacciones entre ellos. Se considera que una dieta mixta puede contener entre 60000 y 100000

componentes bioactivos distintos potencialmente útiles para disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas. De aquí surge el concepto de capacidad antioxidante de la dieta y, de él, una nueva definición de dieta mediterránea, considerándola como aquella que suministra diariamente 3500 unidades de antioxidantes²¹ y tiene en cuenta además la relación entre grasa monoinsaturada y saturada, el consumo de fibra y de fitoesteroles. Este patrón alimentario del que nos hemos ido alejando paulatinamente en España desde hace algunas décadas incluye mayoritariamente el consumo de legumbres, frutas, verduras, cereales poco o nada procesados, frutos secos, aceite de oliva y cantidad moderada de proteínas animales representadas principalmente por pescado, derivados lácteos y aves de corral. La dieta mediterránea ha demostrado tener un papel protector no solo frente a la enfermedad cardiovascular y enfermedades metabólicas, sino también frente a ciertos tipos de cáncer⁵⁷.

El almacenamiento y procesado de los alimentos puede afectar al contenido en componentes protectores y la biodisponibilidad de los compuestos bioactivos contenidos en los alimentos de origen vegetal es muy sensible a la oxidación, por lo que pueden alterarse durante el almacenamiento, cocinado u otro tipo de procesamiento. Otros componentes bioactivos están en el alimento como precursores y deben hidrolizarse para ser absorbidos de forma que las enzimas que actúan en ese paso condicionan su biodisponibilidad; en estos casos, el tratamiento culinario es especialmente importante, ya que el calor destruye las enzimas.

Son factores protectores la fibra y las frutas y verduras por contener estos dos últimos carotenoides, compuestos azufrados, compuestos fenólicos y fitoesteroles.

Los factores de riesgo serían el exceso de proteínas animales, grasas (radicales libres), alcohol, aflatoxinas (almacén de cereales, frutos secos, especias), compuestos N-nitrosos (nitrosamidas y nitrosaminas), carcinógenos naturales (nitraos, hidracinas, alcaloides e hidrocarburos aromáticos policíclicos y aminas aromáticas heterocíclicas producidas en los asados, frituras o ahumado de los alimentos).

El estilo de vida y la alimentación ha sido relacionado con algunos tipos de cáncer, destacando entre estos el de Pulmón, el Colorrectal, el de Próstata, Mama y Gástrico.

En el *cáncer de pulmón* se ha observado que el consumo de más de 400 g de fruta al día se ha asociado con una reducción modesta del riesgo de aparición²⁷. Los estudios sobre suplementación con b-carotenos presentan resultados controvertidos. Una evaluación de estos por la EFSA (European Food Safety Authority) concluye que la exposición diaria a 15 mg o menos no entraña riesgo para la salud⁵⁸.

Las carnes rojas y procesadas parecen aumentar el riesgo. El informe de WCRF/AICR concluyó en 2007 que la evidencia es convincente para relacionar el consumo de carne roja y carne procesada con el cáncer colorrectal, y limitada pero sugerente para el de pulmón, esófago, estómago, páncreas y endometrio⁵⁹.

3. DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN

3.1. Introducción

La desnutrición asociada a la enfermedad oncológica se presenta habitualmente como desnutrición calórica-proteica de predominio energético/calórico, en la que hay una disminución del aporte de nutrientes y energía y suele relacionarse con efectos secundarios de los quimioterápicos, como la anorexia y alteraciones de la absorción y la digestión, y desnutrición calórico-proteica mixta, que se produce en situaciones de aumento catabólico en relación con tratamientos o complicaciones inherentes a la enfermedad oncológica como son las infecciones. Las causas que producen desnutrición podrían dividirse en tres grupos, la relacionada con el paciente, el tumor o con el tratamiento oncológico.

La desnutrición relacionada con el paciente⁶⁰ depende de muchos factores, donde están incluidos la edad, estado general, enfermedades concurrentes y el tipo de tumor y localización, así como su grado de extensión. Las características individuales de cada paciente son importantes, ya que algunas pacientes tienen estilos de vida que favorecen estados nutricionales carenciales (tabaco, alcohol). Además, algunas enfermedades asociadas contribuyen a alterar el estado nutricional como son la ansiedad y depresión.

La *asociada al tumor* puede deberse a *alteraciones mecánicas* o funcionales del aparato digestivo, como son aquellos tumores con gran componente mediastínico que puede alterar la deglución, los tumores del área otorrinolaringológica que pueden afectar a glándulas salivares, a la masticación, a la deglución, los tumores del área digestiva (gástricos, esofágicos, colorrectales), que pueden alterar tanto la deglución como producir anorexia e incluso obstrucción y los tumores que producen dolor a distintos niveles que puede alterar el estado general y limitar la ingesta. Las causas relacionadas con *alteraciones metabólicas* se producen por el propio tumor, por secreción de determinadas sustancias (factor de necrosis tumoral, interleucina (IL) 1, IL-6, interferón α) que provoca anorexia, pérdida de peso, caquexia, etc. De igual manera se producen otros procesos metabólicos como son el aumento de síntesis de proteínas de fase aguda y catabolismo proteico, el aumento de lipólisis asociado a disminución de la lipogénesis, y alteraciones de la vía glucolítica con aumento de la gluconeogénesis, disminución de glucógeno y aumento del consumo de glucosa. Todas estas alteraciones conllevan un aumento del gasto energético con la consiguiente pérdida de masa muscular y grasa.

El cáncer de pulmón tiene un impacto directo sobre el estado nutricional del paciente por compresión extrínseca, si existen fístulas a vía digestiva o por la secreción de sustancias anorexígenas o por el aumento del catabolismo. Indirectamente, influye en el estado nutricional debido a tratamientos como son la cirugía (fístulas pleurales que comprimen la vía digestiva, alteración de la presión intratorácica) o por la utilización de quimio y radioterapia que provocan esofagitis rídica, micótica o viral, náuseas y vómitos, reflujo gastroesofágico e incluso neumonitis⁶¹.

La *cirugía del cáncer de pulmón* puede cursar con complicaciones que pueden afectar al estado nutricional, tan variadas como la anorexia, el dolor o las alteraciones del tracto digestivo. Todas estas alteraciones conllevan problemas mecánicos, pero también déficits en la absorción de grasas, sales biliares y vitaminas y minerales, entre otras⁶².

El *tratamiento con radioterapia* tiene efecto tóxico en relación con la zona radiada, la dosis recibida y el esquema de administración, y si se combina con quimioterapia de manera concomitante. Como consecuencia de la radioterapia puede aparecer síntomas generales como cansancio, anorexia y otros efectos secundarios debidos a la inflamación que produce en los órganos próximos al tumor como dolor o dificultad al tragar por la irradiación del esófago (esofagitis) y enrojecimiento de la piel en la zona tratada (dermatitis) que suelen desaparecer una vez finalizado el tratamiento. También puede aparecer tos, fiebre o dificultad respiratoria por inflamación del pulmón o neumonitis que suele ocurrir al cabo de 1-3 meses del fin del tratamiento, si es leve no requiere tratamiento y se cura por sí sola. Si es grave puede requerir tratamiento con esteroides y antibióticos. Además de estos efectos agudos, la radioterapia puede producir secuelas crónicas como cicatrices en el tejido pulmonar próximo al tumor que normalmente no producen síntomas, pero en ocasiones pueden provocar tos crónica y disminución de la capacidad respiratoria. Todos estos efectos son más frecuentes en aquellos pacientes que reciben la radioterapia combinada con la quimioterapia. La toxicidad más importante es la esofagitis rádica que puede complicarse por sobreinfección con virus, bacterias y hongos y que es más acusada en tratamiento concomitantes con quimioterapia^{63,64,65}.

La *quimioterapia* clásica suele producir efectos secundarios sobre aquellos tejidos de rápida proliferación debido a que actúa sobre los mecanismos de proliferación celular. Por dicho motivo, los efectos más frecuentes a nivel digestivo tienen que ver con las mucositis y las náuseas-vómitos. Estas alteraciones producen problemas de ingesta, así como malabsorción⁶⁶.

3.2. Complicaciones funcionales

La desnutrición es el diagnóstico secundario más común en el paciente oncológico y suele ser de tipo mixto (calórico-proteico). El estado nutricional de los pacientes con cáncer repercute en diferentes aspectos, como son la evolución de la enfermedad (morbimortalidad), el cumplimiento terapéutico y su tolerancia, la calidad de vida y la esfera psicosocial.

Las *complicaciones principales* son:

1. Pérdida de masa muscular y debilidad
2. Alteración del sistema inmunitario
3. Alteración del aparato digestivo
4. Alteración del sistema inmunitario
5. Alteración de los procesos de cicatrización
6. Disminución de la eficacia de los tratamientos y alteración de la tolerancia
7. Alteraciones en la calidad de vida

La pérdida de masa muscular que se produce como consecuencia de la desnutrición conlleva una pérdida de fuerza que tiene importantes consecuencias sobre el estado funcional del individuo, aumentando su estado de dependencia. Además de la pérdida de peso, el paciente suele presentar anorexia y astenia, lo que contribuirá a su vez a un incremento de la inactividad por debilidad. Por otro lado, el deterioro funcional que se produce si se afecta la musculatura respiratoria favorece la aparición de atelectasias (colapso o disminución del volumen pulmonar) e infecciones, lo que explica que la neumonía sea una de las causas más frecuentes de muerte por alteración de la musculatura respiratoria en el contexto de desnutrición. Asimismo, si se afecta la musculatura cardíaca, pueden aparecer trastornos de la conducción eléctrica y del ritmo cardíaco, con disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia⁶⁷.

La desnutrición energético-proteica produce un deterioro del sistema inmunitario que afecta fundamentalmente a la inmunidad celular, con la consecuente inmunosupresión. Además, el déficit de síntesis proteica altera las barreras mecánicas contra la infección, como la piel y las mucosas. Todo esto se ve agravado con la inmunosupresión que provocan la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, lo que ocasiona complicaciones infecciosas que, a veces, obligan a replanteamientos terapéuticos⁶⁸.

En el sistema digestivo, la desnutrición favorece la atrofia de vellosidades y puede alterar también la síntesis de enzimas digestivas, provocando malabsorción y contribuyendo a empeorar el estado nutricional de estos pacientes⁶⁹.

La disminución de la síntesis proteica contribuye a la alteración de los procesos de cicatrización de los tejidos sometidos a radioterapia o a cirugía, con el consiguiente aumento del riesgo de complicaciones, como la dehiscencia de sutura y las fístulas, e incremento también del riesgo de aparición de úlceras por presión⁷⁰.

La desnutrición disminuye la respuesta a la radioterapia y a la quimioterapia, además de ocasionar una menor tolerancia a dichos tratamientos y aumentar los efectos indeseables. Muchos de los fármacos quimioterápicos se unen a proteínas plasmáticas, y al estar estas disminuidas a causa de la desnutrición, se alteran las características farmacocinéticas de aquellos. Además, reducciones del metabolismo oxidativo y del filtrado glomerular pueden conducir a una disminución de la acción y a una mayor toxicidad de los citostáticos. Todo esto conduce a un aumento de la toxicidad, lo que muchas veces condiciona un retraso en la administración del tratamiento y/o una disminución de las dosis. Por otro lado, las variaciones en la masa libre de grasa también comportan un cambio considerable en el volumen de distribución de los fármacos citotóxicos⁷¹.

En los pacientes desnutridos son frecuentes los cambios en el esquema de tratamiento radioterápico, tanto en la dosis total como en el fraccionamiento de la dosis diaria, y los retrasos o aplazamientos en su administración. Diversos estudios sugieren que el soporte nutricional durante el tratamiento radioterápico contribuye a frenar la pérdida de peso y disminuye la necesidad de hospitalización rela-

cionada con la toxicidad al tratamiento, así como las interrupciones del mismo.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que evalúa factores físicos, psicológicos y sociales, los cuales influyen en el bienestar de los pacientes. El bienestar físico está relacionado con la ausencia de sintomatología y las capacidades funcionales de la persona, y el psicológico y social con los aspectos emocionales y con las relaciones sociales. En los pacientes con cáncer, el estado de salud es un buen reflejo de la medida de la calidad de vida, la cual está ampliamente influida por aspectos nutricionales⁷².

Se considera que entre el 20% y el 30% de la calidad de vida depende de la ingesta y del estado nutricional. Asimismo, algunos estudios han demostrado que la intervención nutricional puede contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, tanto si se encuentran en tratamiento con intención curativa como paliativa.

Hay muchos factores que afectan a la calidad de vida del paciente oncológico, como son la evolución de la enfermedad, la agresividad de los tratamientos y las complicaciones secundarias a estos, y que causan dolor, ansiedad, deterioro del estado general y desnutrición. La desnutrición asociada al cáncer, unida a la complejidad de interacciones entre citoquinas proinflamatorias y el metabolismo del huésped, puede evolucionar a caquexia cancerosa e influir aún más sobre la calidad de vida del paciente. Este puede presentar debilidad muscular, astenia, dificultad para la movilidad, cambios en los hábitos sociales, sintomatología depresiva, apatía y alteraciones en la imagen corporal^{73,74}.

3.3. Complicaciones pronósticas

El pronóstico del cáncer de pulmón depende del tipo de tumor (Cáncer de pulmón de células pequeñas o Cáncer de pulmón de células no pequeñas), del estadio de la enfermedad y del estado general del paciente, así como el estado nutricional y la pérdida de peso, debido a que repercute sobre el funcionamiento de los distintos órganos y aparatos que componen el cuerpo humano. De todos ellos, podemos intervenir en la pérdida de peso y en la desnutrición. La caquexia tumoral es la desnutrición máxima, y va a ser la responsable directa o indirecta de la muerte en casi un tercio de los pacientes con cáncer, dependiendo de la patología tumoral de base.

En la Conferencia Internacional para el Consenso de la Caquexia se ha definido la caquexia cancerosa como "un síndrome multifactorial caracterizado por una pérdida de masa grasa muscular esquelética (con o sin pérdida de masa grasa) que no puede ser completamente revertida con un soporte nutricional convencional y que lleva a un deterioro funcional progresivo. La fisiopatología se caracteriza por un balance proteico y energético negativo, debido a la combinación variable de ingesta reducida y un metabolismo alterado"⁷⁵.

Se ha demostrado un peor pronóstico para los pacientes oncológicos con pérdida de peso respecto a los pacientes con peso estable, que hay una correlación estadística positiva entre la albúmina sérica elevada y la supervivencia y que la pérdida de tejido adiposo como los niveles bajos de fosfolípidos en plasma se asociaron con una supervivencia dos

veces más corta. El índice nutricional pronóstico es un factor asociado de forma independiente con la supervivencia y con las complicaciones posquirúrgicas en pacientes con cáncer de pulmón^{76,77}.

4. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN CÁNCER DE PULMÓN

4.1. Diagnóstico

Para poder realizar una intervención nutricional adecuada que permita disminuir complicaciones, optimizar la respuesta al tratamiento, evitar la muerte precoz y, principalmente, mejorar la calidad de vida del paciente es imprescindible una detección precoz de la desnutrición. Es imprescindible identificar aquellos pacientes que presenten riesgo de desnutrición ya sea por su enfermedad de base, la extensión de esta o los tratamientos que ha recibido o va a recibir para poder realizar actuaciones preventivas.

Existen muchos métodos de cribado nutricional (aproximadamente unos 70). Se utilizan métodos de cribado rápido que valoran diferentes medidas antropométricas, así como datos sobre hábitos alimentarios e incluso parámetros bioquímicos. Entre los métodos de cribado más utilizados destacan el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), el Nutrition Risk Screening (NRS-2002), el Mini Nutritional Assessment (MNA) y el Malnutrition Screening Tool (MST). La European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recomienda realizar el MUST para el paciente que vive en comunidad, el NRS-2002 para el paciente hospitalizado, y el MNA para ancianos^{78,79}.

El parámetro más utilizado en los distintos cribados y que refleja la situación y evolución del estado nutricional del paciente oncológico de una manera sencilla es la pérdida involuntaria de peso, y es de fácil utilización en farmacia comunitaria. Una pérdida de peso importante se asocia con un aumento de la morbilidad, se considera que una pérdida de peso superior al 5% en 6 meses en ausencia de inanición criterio de caquexia cancerosa.

En la valoración del estado nutricional se pueden utilizar distintos parámetros antropométricos (índice de masa corporal [IMC], pliegues, circunferencias, etc.), analíticos (albúmina, prealbúmina, colesterol, transferrina, etc.) y cuestionarios estructurados. Dichos parámetros deberían compararse con medidas previas del paciente.

La valoración del estado nutricional debe realizarse en los distintos niveles asistenciales por los que el paciente oncológico con cáncer de pulmón tenga que ser atendido: médico de atención primaria, cirujano, oncólogo médico y radioterápico.

4.2. Objetivos

La intervención nutricional en pacientes con cáncer ha sido ampliamente estudiada, tanto en distintas series de pacientes con misma patología, como en pacientes tratados con misma opción terapéutica, objetivándose que la intervención nutricional es necesaria en todos los estadios de la enfermedad neoplásica y con todas las estrategias

terapéuticas. Un adecuado tratamiento nutricional contribuye al control de los síntomas relacionados con el cáncer (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis, etc.); reduce las complicaciones posquirúrgicas (fístulas, dehiscencia de sutura, entre otras) y la tasa de infección; contribuye a disminuir la estancia hospitalaria y los costes asociados; mejora la tolerancia al tratamiento, y aumenta la respuesta inmunológica en el huésped. Incluso en algunos estudios, la intervención nutricional se ha asociado con una mejoría de la calidad de vida⁸¹.

Los objetivos del soporte nutricional deben adecuarse a cada una de las etapas de la enfermedad⁸². Pasarán por prevenir o corregir la desnutrición, así como las complicaciones que de ella puedan derivarse, así como mejorar la tolerancia al tratamiento oncoespecífico y favorecer su eficacia al permitir que se lleve a cabo en el momento establecido y con la dosis y duración necesarias. Buscando disminuir la estancia hospitalaria y reducir los costes sanitarios asociados a la desnutrición. Como resultado prioritario mejorar la calidad de vida.

En pacientes en cuidados paliativos, la intervención nutricional se enfoca primordialmente al control de los síntomas (náuseas, saciedad precoz, diarreas, etc.), al mantenimiento de un adecuado estado de hidratación, a preservar en todo lo posible el peso y la composición corporal, y sobre todo a mantener o mejorar la calidad de vida.

Cuando cualquier forma de soporte nutricional no proporciona bien alguno al enfermo ni ningún tipo de mejoría en su calidad de vida, se deberá plantear no instaurarlo o suprimirlo, siempre y cuando su retirada no sea interpretada por el enfermo como un abandono.

4.3. Recomendaciones dietéticas

Una buena alimentación es esencial para prevenir o revertir la desnutrición. El consejo dietético es el primer paso en la atención nutricional del paciente con cáncer. Aun cuando los suplementos nutricionales o la nutrición artificial estén indicados, las medidas dietéticas no deben obviarse. Incluso cuando no exista sintomatología que interfiera en la ingesta, el consejo dietético debe estar presente. Su objetivo será el de asegurar una dieta saludable, extremar las medidas higiénicas y facilitar la digestión⁸³.

Se recomienda fraccionar la dieta en un mínimo de 4 comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Un vaso de leche o un yogur antes de acostarse, si se toleran bien, pueden ayudar a lograr mayor aporte calórico y proteico.

Comidas con poca grasa: al vapor, hervidos, al horno, en el microondas, al papillote, guisos suaves o a la plancha.

Limitar el consumo de grasas de origen animal: eligiendo de segundo plato preferentemente pescado (azul 2-3 veces por semana, siempre que sea bien tolerado), carnes magras o blancas (pollo, ternera magra, lomo de cerdo o conejo) pueden consumirse con mayor frecuencia que las carnes más grasas y consumir los lácteos desnatados (2-3 raciones diarias).

Consumir legumbres de 2 a 3 veces por semana. Pueden triturarse para facilitar su digestión.

Asegurar de 2 a 3 piezas de fruta al día.

Consumir alimentos frescos respetando la estacionalidad de los mismos. Si los vegetales crudos (frutas, verduras y hortalizas) sientan mal, puede recomendarse su ingesta en forma licuada.

Sustituir los alimentos que sientan mal por otros del mismo grupo de alimentos. Por ejemplo, si la leche es mal tolerada, probar tolerancia al yogur o a la leche sin lactosa.

Beber de 6 a 8 vasos de líquido al día (agua, infusiones, caldos, zumos).

Los días de tratamiento con quimioterapia o radioterapia suelen despertar dudas en torno a la alimentación. No se debe ir en ayunas al tratamiento, a menos que el médico lo haya indicado. Las comidas deben realizarse en ambiente tranquilo, comiendo despacio y masticando bien los alimentos. Deben limitarse las bebidas excitantes como café, té, cola y similares.

Los diferentes tratamientos empleados en el cáncer (quimioterapia y radioterapia), por sí solos o combinados, pueden dar lugar a una serie de síntomas como: pérdida del apetito, náuseas y vómitos, dificultades para tragar (disfagia), alteración de los sabores (disgeusia), inflamación de la mucosa de la boca (mucositis oral), sequedad de boca (xerostomía), etc., que dificultan en gran medida la alimentación.

Estos producen anorexia (falta de apetito)⁸⁴, para combatirlo se recomienda aprovechar el momento del día en que se tenga más apetito para tomar alimentos con alto contenido en energía y proteínas y evitar saltarse comidas. Es importante realizar comidas frecuentes y de poco volumen (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y colación antes de acostarse). Puede ser útil preparar un plato único donde estén representados el primer y el segundo plato, y donde siempre deberán estar presentes verduras, farináceos y proteínas de alto valor biológico (carne, pescado, lácteos o huevos). Se deben enriquecer las comidas con alimentos que aporten gran cantidad de calorías.

Cuando hay alteraciones del gusto y del olfato^{85,86}, que puede verse alterado por pérdida del gusto (hipogeusia), ayuda, condimentar (preferentemente durante la preparación) los alimentos con hierbas y especias durante su preparación con el fin de aumentar su sabor y aroma. Utilizar potenciadores del sabor como el aceite de oliva o la salsa de soja, tomar los alimentos con salsas o caldos para potenciar su sabor y evitar ingerir los alimentos muy fríos o muy calientes. El tabaco y el alcohol resecan la boca y es más difícil apreciar el sabor por lo que deben suprimirse. Si hay alteración del gusto (como por ejemplo ocurre con los tratamientos citostáticos, en los que los pacientes presentan un sabor metálico) ayuda utilizar cubiertos de plástico para comer y utensilios de madera o barro para cocinar, probar platos con contrastes de sabores: dulce y salado, agrio y dulce, y se pueden sustituir las carnes rojas por pollo, pavo, queso, legumbres y cereales, así como tomar preferiblemente alimentos fríos o a temperatura ambiente: cremas, batidos, ensaladas de arroz o pasta. Evitar el sabor amargo (café, té, chocolate), el metálico (edulcorantes artificiales) y alimentos con sabores y olores muy intensos.

En ocasiones puede ayudar tomar fruta ácida (naranja, kiwi, mandarina, fresa, limón) para ayudar a que desaparezca el sabor metálico.

Ante las alteraciones del olfato puede aliviar la ventilación de la habitación antes de comer, emplear cocciones que no desprendan mucho olor, como hervidos, al papillote o en el microondas y comer los alimentos templados o más bien fríos para evitar que desprendan olor y disminuir su sabor.

Ante los vómitos y náuseas producidos por los tratamientos o por el propio tumor se recomienda⁸⁷:

- Comer despacio y masticar bien los alimentos.
- Realizar comidas frecuentes y de poco volumen.
- Los alimentos secos se toleran mejor: bocadillos, palitos de pan, galletas, tostadas.
- Preparar un plato único donde estén representados el primer y el segundo plato. Siempre deberán estar presentes verduras, farináceos y proteínas de alto valor biológico (carne, pescado, lácteos o huevos).
- Elegir alimentos con bajo contenido en grasas: carnes blancas, embutidos magros, pescado blanco, lácteos desnatados o quesos con bajo contenido en grasa.
- Escoger platos y cocciones que requieran poca grasa para su elaboración (horno, plancha, hervido, papillote).
- Evitar los alimentos fritos, muy dulces o muy condimentados.
- Son mejor tolerados los alimentos templados o a temperatura ambiente, que los muy fríos o muy calientes.
- Las frutas y verduras cocidas son mejor toleradas que las crudas.
- Tomar los líquidos o bebidas entre comidas (agua, infusiones, gelatinas). Las bebidas carbonatadas, tomadas a pequeños sorbos, facilitan la digestión (p. ej., bebidas de cola, gaseosa, agua con gas).
- Cocinar con especias y hierbas suaves como la canela, la menta, el tomillo, la albahaca, el laurel o el jengibre.
- Mantener el ambiente fresco, bien ventilado y libre de olores.
- Reposar incorporado después de las comidas. No acostarse de inmediato.
- Usar ropa holgada, que no oprima ni la cintura ni el abdomen.
- Mantener la higiene bucal, lavarse los dientes o hacer enjuagues bucales después de cada vómito.

Ante episodios de diarrea por los tratamientos se pueden realizar comidas frecuentes y de poco volumen y suprimir los alimentos con alto contenido de fibra insoluble. Moderar azúcares y edulcorantes, suprimir especias e irritantes y valorar la sustitución de leche por yogures y leche sin lactosa. No olvidar hidratar adecuadamente.

En el caso contrario, ante la aparición de estreñimiento se debe incrementar el aporte de fibra en los alimentos, la ingestión líquidos abundantes asegurando un adecuado estado de hidratación y en la medida de lo posible incrementar la actividad física.

En caso de mucositis, se toleran mejor los alimentos tibios o fríos son mejor aceptados que los calientes. Y debe mantenerse una adecuada ingesta de líquidos, de forma frecuente, limitando las bebidas con gas y alcohólicas. Evitar los alimentos ácidos y los secos y fibrosos.

En la disfagia a sólidos el hacer comidas frecuentes de poco volumen ayuda a mantener la ingesta adecuada y que las comidas sean completas. Se recomienda tomar alimentos blandos como purés, cremas, helados, yogur, batidos, natillas, flan, fruta cocida y añadir caldo, salsas suaves o leche a los alimentos para conseguir una consistencia más blanda y suave y facilitar la deglución. En caso de que los requerimientos nutricionales no se cubran con la alimentación tradicional, se pueden utilizar preparados comerciales de alimentación básica adaptada.

Ante la disfagia a líquidos puede ser útil espesar todos los líquidos (agua, leche, infusiones, caldo) al igual que los medicamentos que deban tomarse con agua. Asegurar una correcta hidratación (1-1,5 litros de agua), que puede ingerirse espesada o mediante aguas gelificadas. Las gelatinas no son aptas para la mayoría de pacientes con disfagia a líquidos pues la gelatina a temperatura ambiente pierde su consistencia y se vuelve líquida. Hay que evitar los alimentos de riesgo de atragantamiento.

A estas recomendaciones hay que añadir que la comida deber realizarse en un ambiente tranquilo, sin prisas ni distracciones. En posiciones correctas, evitando hablar, ver la televisión. Preferiblemente sentado con los pies apoyados en el suelo, dando preferencia a primeras horas del día a comidas más copiosas y más ligeras por la noche.

Los requerimientos nutricionales generales del paciente oncológico estable no difieren mucho de los de la población general a igualdad de sexo, edad y situación. Pero se dan muchas ocasiones en que las necesidades nutricionales serán diferentes y específicas de cada paciente en función del tratamiento y del estado del paciente. En estos casos será imprescindible realizar una intervención nutricional.

La alimentación tradicional, cuando sea posible, es la elección ideal para alimentarse, siempre y cuando aporte todos los nutrientes necesarios en cantidades adecuadas para mantener un buen estado nutritivo.

El consejo dietético es el primer paso de la intervención nutricional y puede ser suficiente cuando el paciente es capaz de cubrir al menos el 75% de los requerimientos nutricionales y no se prevea una disminución de la ingesta o vaya a instaurarse un tratamiento de riesgo nutricional en los próximos días. Los consejos dietéticos irán encaminados a disminuir, atenuar o controlar los síntomas o efectos derivados del tumor o del propio tratamiento, como son la anorexia, diarrea, estreñimiento, disfagia o mucositis.

En caso de disfagia, si con la adaptación de la textura de la dieta no se logra cubrir los requerimientos nutricionales, se pasará al siguiente escalón, en el que se encuentra la alimentación de texturas modificadas. La alimentación de texturas modificadas es aquella alimentación que se modifica para hacerla apta a diferentes condiciones clínicas, lo que permite, además de nutrir, mantener el placer de comer y facilitar la ingesta en personas que tienen dificultad para hacerlo. Comprende: dietas trituradas de alto valor nutricional, modificadores de textura y productos de textura modificada.

Con la modificación de texturas de los alimentos tradicionales (tritурados) se busca conseguir una textura suave y homogénea (sin restos de espinas, huesecillos, pieles o hebras) adaptada a las características del paciente y que constituya una dieta variada, equilibrada y suficiente.

A pesar de estas ventajas, algunos alimentos son de difícil trituración, además el preparado puede presentar una menor densidad nutritiva: la cantidad de nutrientes queda diluida al adicionar caldo para conseguir la textura adecuada y las características organolépticas pueden ser poco agradables: sabor, olor o aspecto.

Existen en el mercado preparados de alimentación con texturas modificadas y elaboradas por la industria a base de hortalizas, legumbres, carnes, pescados o huevos, modificados en textura y sabor y diseñados especialmente para adultos con dificultades de masticación y/o deglución.

Son de fácil preparación, valor nutricional determinado y mantienen el aspecto de la alimentación casera. Habitualmente presentan un elevado contenido proteico, son bajos en sodio, grasas saturadas y colesterol y constituyen una opción ideal para comidas y cenas.

También existen preparados de cereales y fruta para desayunos y meriendas. No debemos olvidar la importancia de cuidar la presentación para conservar el aspecto de «plato hecho en casa», contribuyendo a que resulte apetecible para el paciente. Los productos de alimentación de texturas modificadas (alimentación básica adaptada) pueden alternarse y mezclarse con los platos caseros para enriquecerlos y hacerlos más atractivos.

Con los modificadores de textura se busca conseguir una deglución eficaz (previniendo la desnutrición y la deshidratación) y segura (disminuyendo el riesgo de neumonías por aspiración) en aquellos pacientes que presentan disfagia para líquidos, así como facilitar la administración de fármacos. La modificación de la textura a una de mayor viscosidad se puede realizar mediante alimentos tradicionales o con preparados comerciales.

Los espesantes comerciales son preparados compuestos principalmente de almidones modificados y maltodextrinas, aunque también contienen en algunos casos gomas, vitaminas y minerales. Con la adición de más o menos cantidad de espesante a diferentes líquidos obtendremos una textura más o menos viscosa.

Los enriquecedores de la dieta son alimentos o bien módulos de macro y/o micronutrientes, que al ser añadidos a los alimentos caseros mejoran las características nutricionales de estos últimos. De forma general, se pueden adicionar a

líquidos y purés, tanto en frío como en caliente, y no suelen alterar demasiado ni el color, ni la textura ni el sabor del alimento al que se añaden. Entre los módulos comerciales se pueden incluir aquellos a base de proteína completa, aminoácidos, hidratos de carbono, fibra o grasas que pueden incluir vitaminas, minerales y oligoelementos.

Los suplementos nutricionales son fórmulas químicamente definidas, diseñadas para complementar los alimentos de consumo ordinario cuando estos, por sí solos, son insuficientes para cubrir las necesidades de un paciente. Pueden ser fórmulas completas o no (en función de que aporten o no todos los nutrientes necesarios para servir como única fuente de nutrientes), y no son necesariamente equilibradas⁸⁸.

El objetivo de la suplementación oral es aumentar la ingesta total de nutrientes, mantener y/o recuperar el estado nutricional, mantener y/o mejorar la capacidad funcional, mantener y/o mejorar la calidad de vida y reducir la morbilidad.

Están indicados cuando el paciente, a pesar de los consejos dietéticos, solo es capaz de ingerir entre el 75% y el 50% de sus requerimientos durante más de 5 días seguidos.

En cuanto a la calidad de vida se ha observado una reducción significativamente menor de la calidad de vida, así como una recuperación significativamente más rápida de esta⁸⁹.

Los suplementos nutricionales complementan la dieta habitual, pero no deben sustituirla.

La nutrición enteral (NE) consiste en la administración de fórmulas nutricionales químicamente definidas por vía digestiva, con el fin de evitar o corregir la desnutrición de los pacientes. Indicada en pacientes que son incapaces de ingerir las cantidades adecuadas de nutrientes para cubrir sus requerimientos nutricionales (< 50% requerimientos nutricionales y con tracto gastrointestinal funcional)⁹⁰.

La tendencia actual a que las estancias hospitalarias se acorten hace que cada día sea más habitual la nutrición enteral a domicilio (NED) para pacientes que precisen de soporte nutricional y no requieran hospitalización. La NED está plenamente justificada, pues mejora la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar y representa un importante ahorro para el sistema sanitario teniendo en cuenta el elevado coste de una cama hospitalaria y de las comorbilidades asociadas a la desnutrición⁹¹.

La elección de la vía de administración de la fórmula debe ser cuidadosamente planificada y depende de la estrategia de soporte nutricional planificado a nivel individual, esta estrategia depende del estado nutricional y la edad del paciente además del diagnóstico de la enfermedad de base, siendo este el factor más importante en la valoración. Se debe valorar la repercusión de la sintomatología en el balance energético proteico y las implicaciones metabólicas de su enfermedad de base.

4.4. Implicación psicológica y social

La enfermedad oncológica es una patología grave que puede llevar a la muerte del paciente. La sociedad actual con una cultura de negación de la muerte, condiciona el alcance psicológico de su diagnóstico. Se altera la seguridad del paciente y su familia repercutiendo sobre su vida habitual. Es necesario tener presente los aspectos psicológicos y sociales que afectarán tanto al paciente como a su entorno social y familiar. Algunas de las reacciones más frecuentes tras el diagnóstico del cáncer son el miedo, la negación, la rabia, los sentimientos de culpabilidad, la ansiedad, el aislamiento, la dependencia y la tristeza. Algunos de estos sentimientos pueden interferir en la alimentación normal del individuo, mediante síntomas como por ejemplo la anorexia. En ocasiones puede aparecer depresión, que es diferente al sentimiento de tristeza y que puede tener mayor repercusión sobre el estado nutricional del individuo.

La alimentación no se limita a la ingesta de alimentos, es un acto social, cultural y personal. Contempla dimensiones tanto nutricionales como simbólicas, lo cual hace que este acto sea complejo. Una alimentación saludable no solo es aquella que contempla y contiene unos nutrientes y unas características de calidad y cantidad, sino, además, aquella que contiene unos ingredientes y preparaciones que tiene representaciones, simbolismos y valores, que hace sentir a los sujetos parte de un grupo social, que les nutre sus recuerdos, que les hace sentir alegres y compenetrados con sus seres queridos. En una sociedad, cada ocasión tiene su alimentación y cada alimento y preparación, sus simbolismos, estatus y valores. Ante una enfermedad que provoque alteraciones de la deglución el acto de comer que resulta placentero puede convertirse en un momento complicado y en ocasiones conflictivo en el seno familiar.

La anorexia no tiene el mismo significado ni tratamiento en función de su etiología y del objetivo del tratamiento específico (curar la enfermedad o paliar síntomas). En fases iniciales de la enfermedad, o en estados en que esta es curable, se debe prevenir y corregir la desnutrición. En la fase tardía y de cuidados paliativos, debe explicarse a la familia que la alimentación no es lo más importante, y que la ingesta debe dejarse a la voluntad del paciente, priorizando lo placentero, social y lúdico de las comidas frente a la prioridad fisiológica, evitando cualquier restricción dietética, salvo aquellas que supongan un problema de seguridad (atragantamiento...).

La pérdida de peso es el cambio más alarmante para la familia, ya que suele relacionarse con empeoramiento del estado general y/o la enfermedad. La pérdida de peso derivada de la anorexia de causa emocional o secundaria a los tratamientos puede unirse a la provocada por la caquexia cancerosa. Esta es un síndrome multifactorial definido por una pérdida continuada de masa del músculo esquelético (con o sin pérdida de masa adiposa) que no puede ser revertida por completo con soporte nutricional convencional y que puede llevar a un deterioro funcional progresivo⁹².

Este síndrome puede aparecer desde etapas muy tempranas de la enfermedad y tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, estresantes y temidas en la sociedad actual. Pocas enfermedades originan tantos problemas psicológicos. Esto es así porque en el cáncer se dan una serie de circunstancias que, por sí mismas, son generadoras de malestar psicológico: su cronicidad, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer⁹³.

Las repercusiones sociales y psicológicas del cáncer afectan a la alimentación del paciente, por lo que no se puede olvidar que la atención debe ser integral.

5. CONCLUSIONES

El cáncer de pulmón es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio. Es una de las enfermedades más graves y uno de los cánceres con mayor incidencia en el ser humano, responsable de los mayores índices de mortalidad oncológica a escala mundial, siendo primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera, después del de colon y mama, en la mujer, causando más de un millón de muertes cada año en el mundo.

La causa más común es el tabaquismo, siendo el 95% de pacientes con cáncer de pulmón, fumadores y exfumadores.

Los síntomas más frecuentes suelen ser dificultad respiratoria, tos y pérdida de peso.

El cáncer de pulmón tiene un impacto directo sobre el estado nutricional del paciente por afectación directa de órganos del sistema digestivo o por la secreción de sustancias anorexígenas o por el aumento del catabolismo.

Los distintos tratamientos utilizados contra el cáncer de pulmón también tienen un efecto directo sobre la nutrición por provocar distintas alteraciones en la ingesta a través de distintos mecanismos. Se utilizan cirugía, radioterapia y quimioterapia, con toxicidad a nivel local y sistémico, siendo la anorexia y la disfagia uno de los efectos secundarios.

El diagnóstico de cáncer de pulmón puede alterar la seguridad del paciente y su familia repercutiendo sobre su vida habitual, provocando sentimientos de negativos a nivel psicológico que pueden interferir en la alimentación normal del individuo. En ocasiones puede aparecer depresión, que es diferente al sentimiento de tristeza y que puede tener mayor repercusión sobre el estado nutricional del individuo.

El estado nutricional de los pacientes de cáncer puede variar en el momento del cuadro clínico inicial y a lo largo del continuo de atención del cáncer siendo la pérdida de masa corporal magra (sarcopenia), un factor de riesgo independiente.

La colaboración entre profesionales de la salud es hoy en día un elemento imprescindible para garantizar y mejorar la atención de los pacientes por lo que se requiere una homogenización en los mensajes, instrucciones y pautas para garantizar la adherencia a su tratamiento. Los proble-

mas nutricionales y la desnutrición son dos de esos factores que influyen decisivamente en el pronóstico, tratamiento y calidad de vida de las personas con cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

- Latimer KM1, Mott TF. Lung cancer: diagnosis, treatment principles, and screening. *Am Fam Physician*. 2015 Feb 15; 91(4): 250-6.
- Horn L, Pao W y Johnson D. Neoplasms of the lung. En: Dennis L Kasper. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19ª ed. McGraw-Hill. pp. 506-516.
- Reddy KP, Kong CY, Hyle EP, Baggett TP, Huang M, et al. Lung Cancer Mortality Associated with Smoking and Smoking Cessation Among People Living with HIV in the United States. *AMA Intern Med*. 2017 Nov 1; 177(11): 1613-1621.
- GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Lung Cancer Fact Sheet. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. Último acceso: septiembre 2017.
- Musolf A, Simpson C, Andrade M, Mandal D, Gaba C, et al. Familial Lung Cancer: A Brief History from the Earliest Work to the Most Recent Studies. *Genes (Basel)*. 2017 Jan; 8(1): 36.
- Malinovsky G, Yarmoshenko I, Zhukovsky M. Radon, smoking and HPV as lung cancer risk factors in ecological studies. *Int J Radiat Biol*. 2017 Nov 29; 1-8.
- Hansen, H.H. «Historia cronológica del tratamiento del cáncer de pulmón de célula pequeña». (2003). *Revisión en cáncer* 17(3): 125-130.
- Kaur H, Sehgal IS, Bal A, Gupta N, Behera D, et al. Evolving epidemiology of lung cancer in India: Reducing non-small cell lung cancer-not otherwise specified and quantifying tobacco smoke exposure are the key. *Indian J Cancer*. 2017 Jan-Mar; 54(1): 285-290.
- McIntyre A, Ganti AK. Lung cancer-A global perspective. *J Surg Oncol*. 2017 Apr; 115(5): 550-554.
- H. W.H.O. Hystological typing of tumor, 2ª ed. *Am J Clin Pathol* 1982; 77: 123-126.
- Inamura K. Lung Cancer: Understanding Its Molecular Pathology and the 2015 WHO Classification. *Front Oncol*. 2017 Aug 28; 7: 193.
- Ran J, Wang J, Bi N, Jiang W, Zhou Z, et al. Health-related quality of life in long-term survivors of unresectable locally advanced non-small cell lung cancer. *Radiat Oncol*. 2017 Dec 2; 12(1): 195.
- Lefresne S, Olson R, Cashman R, Kostuik P, Jiang WN, et al. Prospective analysis of patient reported symptoms and quality of life in patients with incurable lung cancer treated in a rapid access clinic. *Lung Cancer*. 2017 Oct; 112: 35-40.
- Glazer TA, Shuman AG. Distant Metastases and Palliative Care. *Adv Otorhinolaryngol*. 2016; 78: 182-8.
- Kubota K. Management of Brain Metastasis in Patients with Lung Cancer. *Gan to Kagaku Ryoho*. 2017 Jun; 44(6): 475-478.
- Strickland BA, McCutcheon IE, Chakrabarti I, Rhines LD, Weinberg JS. The surgical treatment of metastatic spine tumors within the intramedullary compartment. *J Neurosurg Spine*. 2017 Nov 10: 1-9.
- Dempke WC, Edvardsen K, Lu S, Reinmuth N, Reck M, Inoue A. Brain Metastases in NSCLC - are TKIs Changing the Treatment Strategy? *Anticancer Res*. 2015 Nov; 35(11): 5797-806.
- Tagliabue L, Manfrinato G, Luciani A. An Unusual Case of Myocardial Localization of Non-Small Cell Lung Cancer Metastasis: A Case Report and Review of Literature. *Indian J Nucl Med*. 2017 Jul-Sep; 32(3): 208-210.
- Takayama K, Atagi S, Imamura 4, Tanaka H, et al. Quality of life and survival survey of cancer cachexia in advanced non-small cell lung cancer Patients-Japan nutrition and QOL survey in patients with advanced non-small cell lung cancer study. *Support Care Cancer*. 2016 Aug; 24(8): 3473-80.
- White J. The lung cancer nurse role in the management of paraneoplastic syndromes in lung cancer. *Transl Lung Cancer Res*. 2016 Jun; 5(3): 227-34.
- Raspotnig M, Vedeler C, Storstein A. Paraneoplastic neurological syndromes in lung cancer patients with or without onconeural antibodies. *J Neurol Sci*. 2015 Jan 15; 348(1-2): 41-5.
- Jurado Gámez B, García de Lucas MD, Gudín Rodríguez M. Lung cancer and paraneoplastic syndromes. *An Med Interna*. 2001 Aug; 18(8): 440-6.
- Yap FY, Skalski MR, Patel DB, Schein A1, White EA, et al. Hypertrophic Osteoarthropathy: Clinical and Imaging Features. *Radiographics*. 2017 Jan-Feb; 37(1): 157-195.
- Briggs SE, Gozzard P, Talbot DC. The association between Lambert-Eaton myasthenic syndrome and small cell lung carcinoma. *Immunotargets Ther*. 2013 May 21; 2: 31-7.
- Griesinger F. Current Aspects of Diagnosis and Treatment of Lung Cancer. *Dtsch Med Wochenschr*. 2017 Dec; 142(24): 1808-1812.
- Casati M, Invernici A, Barbui T, Ghirardi A, Bonetalli A, et al. Prospective assessment of the agreement of instruments for measuring the hospital nursing workload: The Swiss Method, the Karnofsky Performance Status Scale and the subjective perception of the nurses. *Assist Inferm Ric*. 2017 Oct-Dec; 36(4): 179-188.

27. Karki K, Saraiya S, Hugo GD, Mukhopadhyay N, Jan N, Schuster J, et al. Variabilities of Magnetic Resonance Imaging-, Computed Tomography-, and Positron Emission Tomography-Computed Tomography-Based Tumor and Lymph Node Delineations for Lung Cancer Radiation Therapy Planning. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017 Sep 1; 99(1): 80-89.
28. Jensen GL, Yost CM, Mackin DS, Fried DV, Zhou S, et al. Prognostic value of combining a quantitative image feature from positron emission tomography with clinical factors in oligometastatic non-small cell lung cancer. *Radiother Oncol*. 2018 Feb; 126(2): 362-367.
29. Calandriello L, Larici AR, Leccisotti L, Del Ciello A, et al. Association Between PD-L1 Expression and Metabolic Activity on ¹⁸F-FDG PET/CT in Patients with Small-sized Lung Cancer. *Anticancer Res*. 2017 Dec; 37(12): 7073-7082.
30. Gu Y, Shi H, Su C, Chen X, Zhang S, Li W, et al. The role of endobronchial ultrasound elastography in the diagnosis of mediastinal and hilar lymph nodes. *Oncotarget*. 2017 Jul 6; 8(51): 89194-89202.
31. Akhurst T. Staging of Non-Small-Cell Lung Cancer. *PET Clin*. 2017 Jan; 13(1): 1-10.
32. Vilmann P, Clementsen PF, Colella S, Siemsen M, De Leyn P, et al. Combined endobronchial and esophageal endosonography for the diagnosis and staging of lung cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline, in cooperation with the European Respiratory Society (ERS) and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *Endoscopy*. 2015 Jun; 47(6): 545-59.
33. Wesolowski SP, Boros PW, Orłowski TM, Quanjer PH. Use the Lower Limit of Normal, Not 80% Predicted, in Judging Eligibility for Lung Resection. *Respiration*. 2016; 92(2): 65-71.
34. Chassagnon G1, Bennani S2, Revel MP. New TNM classification of non-small cell lung cancer. *Rev Pneumol Clin*. 2017 Feb; 73(1): 34-39.
35. Li J, Zhao Y, Li C, Zhu L, Liu C, et al. The revision of 8th edition TNM stage criteria is more accurate in prediction postoperative survival for SCLC patients. *Int J Surg*. 2017 Oct 5; 48: 83-85.
36. Dacic S. Lung Carcinoma Staging Update. *Arch Pathol Lab Med*. 2017 Jul; 141(7): 923-926.
37. Asamura H, Chansky K, Crowley J, Goldstraw P, Rusch VW, et al. The International Association for the Study of Lung Cancer Lung Cancer Staging Project: Proposals for the Revision of the N Descriptors in the Forthcoming 8th Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. *J Thorac Oncol*. 2015 Dec; 10(12): 1675-84.
38. Kumagai S, Marumo S, Arita M, Yamanashi K, Sumitomo R, et al. Development and validation of a preoperative prognostic index independent of TNM stage in resected non-small cell lung cancer. *BMC Pulm Med*. 2017 Dec 4; 17(1): 166.
39. Barbieri M, Weatherly HL, Ara R, Basarir H, Sculpher M, Adams R, et al. What is the quality of economic evaluations of non-drug therapies? A systematic review and critical appraisal of economic evaluations of radiotherapy for cancer. *Appl Health Econ Health Policy*. 2014 Oct; 12(5): 497-510.
40. Jouglar E, Isnardi V, Goulon D, Ségura-Ferlay C, et al. Patterns of locoregional failure in locally advanced non-small cell lung cancer treated with definitive conformal radiotherapy: Results from the Gating 2006 trial. *Radiother Oncol*. 2018 Feb; 126(2): 291-299.
41. Jäkel A, Plested M, Dharamshi K, Modha R, et al. A systematic review of economic evaluations in second and later lines of therapy for the treatment of non-small cell lung cancer. *Appl Health Econ Health Policy*. 2013 Feb; 11(1): 27-43.
42. Henley SJ, Singh S, King J, Wilson R, Ryerson B; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Invasive cancer incidence - United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014 Mar 28; 63(12): 253-9.
43. Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, Lorusso V, Saracino V, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*. 2017 Aug 10; 8(45): 79884-79896.
44. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp*. 2011; 26(4): 701-10.
45. Tuca A, Jimenez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013; 88(3): 625-36.
46. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazabeitia L, Carulla J, De Las Peñas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr*. 2005; 24(5): 801-14.
47. Fernández M, Saenz C, de Sás M, Alonso S, et al. Malnutrition in patients with cancer; four years experience. *Nutr Hosp*. 2013 Mar-Apr; 28(2): 372-81.
48. Fort E, Arribas L, Bleda C, Muñoz C, et al. Interacción entre tratamientos oncológicos y soporte nutricional. *Nutr Hosp*. 2016 Jun 3; 33(Suppl 1): 179.
49. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer*. 2000; 8(3): 175-9.

50. Ramírez C, Camblor M, García P. Nutrición y cáncer. En: Gil A, editor. Tratado de Nutrición. Tomo IV. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
51. Álvarez-Hernández J, Planas M, Araujo K, Celaya Pérez S, León Sanz M, García de Lorenzo, et al. Prevalencia de desnutrición hospitalaria en pacientes oncológicos: subanálisis del estudio PREDyCES®. Comunicación presentada al XXVI Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Girona, 24-27 de mayo de 2011.
52. Fernández I, Santana S. Costs analysis system; its location within a program for food, nutrition and metabolic intervention. *Nutr Hosp*. 2015 Jun 1; 31(6): 2711-26.
53. Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, Lorusso V, Saracino V, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*. 2017 Aug 10; 8(45): 79884-79896.
54. Mudryj AN, Yu N, Aukema HM. Nutritional and health benefits of pulses. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2014 Nov; 39(11): 1197-204.
55. Poulsen GM, Pedersen LL, Østerlind K, Bæksgaard L, Andersen JR. Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients. *Clin Nutr*. 2014 Oct; 33(5): 749-53.
56. Arends J. Nutrition in Cancer: Effective in Prevention and Treatment? *Dtsch Med Wochenschr*. 2017 Jun; 142(12): 889-895.
57. Wakai K, Matsuo K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, Tsuji I, et al; Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Lung cancer risk and consumption of vegetables and fruit: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence from Japan [review]. *Cancer Treat Res*. 2014; 159: 35-50.
58. EFSA Panel on Food Additives and Nutrient Sources added to food (ANS). Scientific Opinion on the re-evaluation of mixed carotenes [E 160a (i)] and beta-carotene [E 160a (ii)] as a food additive. *EFSA J*. 2012; 10(3): 2593 [67 pp.].
59. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: AICR; 2007.
60. Krishnasamy K, Li Yoong T, Mei Chan C, Peng Choong L, Chinna K. Identifying Malnutrition: Nutritional Status in Newly Diagnosed Patients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2017 Feb 1; 21(1): 23-9.
61. LeBlanc TW1, Samsa GP, Wolf SP, Locke SC, Cella DF, Abernethy AP. Validation and real-world assessment of the Functional Assessment of Anorexia-Cachexia Therapy (FAACT) scale in patients with advanced non-small cell lung cancer and the cancer anorexia-cachexia syndrome (CACs). *Support Care Cancer*. 2015 Aug; 23(8): 2341-7.
62. Balch C. The value of multidisciplinary cancer care and research: the role of the surgeon as an oncologist and clinical investigator. *Clin Oncol*. 2014 Dec; 3(4): 42.
63. Tang PL, Wang HH, Lin HS, Liu WS, Chen LM, et al. Body Composition Early Identifies Cancer Patients with Radiotherapy at Risk for Malnutrition. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Oct 16.
64. Hoffmans D, Dahele M, Senan S, Verbakel WF. Can the probability of radiation esophagitis be reduced without compromising lung tumor control: A radiobiological modeling study. *Acta Oncol*. 2016 Jul; 55(7): 926-30.
65. Giuliani ME, Lindsay PE, Kwan JY, Sun A, Bezzak A, et al. Correlation of dosimetric and clinical factors with the development of esophagitis and radiation pneumonitis in patients with limited-stage small-cell lung carcinoma. *Clin Lung Cancer*. 2015 May; 16(3): 216-20.
66. Kawada J, Nishino M, Hata T, Ogino T, Hoshino H. Analysis of Patients Who Received Enteral Nutrition in the Course of Chemotherapy. *Gan To Kagaku Ryo-ho*. 2017 Oct; 44(10): 900-902.
67. Ryan AM, Power DG, Daly L, Cushen SJ, Ní Bhuachalla É, Prado CM. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. *Proc Nutr Soc*. 2016 May; 75(2): 199-211.
68. Kovarik M, Hronek M, Zadak Z. Clinically relevant determinants of body composition, function and nutritional status as mortality predictors in lung cancer patients. *Lung Cancer*. 2014 Apr; 84(1): 1-6.
69. Tuca A, Jimenez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013 Dec; 88(3): 625-36.
70. Tuca A, Jimenez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013 Dec; 88(3): 625-36.
71. Tsai S. Importance of lean body mass in the oncologic patient. *Nutr Clin Pract*. 2012 Oct; 27(5): 593-8.
72. Rutten IJ, van Dijk DP, Kruitwagen RF, Beets-Tan RG. Loss of skeletal muscle during neoadjuvant chemotherapy is related to decreased survival in ovarian cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016 Sep; 7(4): 458-66.
73. Gangadharan A, Choi SE, Hassan A, Ayoub NM, et al. Protein-calorie malnutrition, nutritional intervention and personalized cancer care. *Oncotarget*. 2017 Apr 4; 8(14): 24009-24030.
74. Maschke J, Kruk U, Kastrati K, Kleeberg J, Buchholz D. Nutritional care of cancer patients: a survey on patients' needs and medical care in reality. *Int J Clin Oncol*. 2017 Feb; 22(1): 200-206.

75. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011; 12: 489-95.
76. Topkan E. Weight gain as a surrogate marker of longer survival in advanced non-small cell lung cancer patients. *Ann Transl Med*. 2016 Oct; 4(19): 381.
77. LeBlanc TW, Nipp RD, Rushing CN, Samsa GP, et al. Correlation between the international consensus definition of the Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome (CACS) and patient-centered outcomes in advanced non-small cell lung cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Apr; 49(4): 680-9.
78. Álvarez Hernández J, Muñoz Carmona D, Planas Vila M, Rodríguez Rodríguez I, Sánchez Rovira P, Seguí Palmer MA. Guía clínica multidisciplinar sobre el manejo de la nutrición en el paciente con cáncer. España: Documento de consenso SEOM, SENPE, SEOR; 1998.
79. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011; 12(5): 489-95.
80. Philipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN, Stryckman B, Goldman DP. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. *Am J Manag Care*. 2013; 19(2): 121-8.
81. Langius J, Zandbergen MC, Eerenstein S, van Tulder M, Leemans R, Kramer M, et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review. *Clin Nutr*. 2013; 32: 671-8.
82. Gómez-Candela C, Canales MA, Palma S, De Paz R, Díaz J, Rodríguez-Durán D, et al. Intervención nutricional en el paciente oncohematológico. *Nutr Hosp*. 2012; 27(3): 669-80.
83. Salas-Salvadó J, Sendros, MJ. Dieta y alteraciones del gusto y la salivación. En: Salas-Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Saló E, Burgos R, editores. *Nutrición y Dietética Clínica*. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014. p. 479-82.
84. Del Fabbro E. Current and future care of patients with the cancer anorexia-cachexia syndrome. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2015: e229-37.
85. Ponticelli E, Clari M, Frigerio S, De Clemente A. Dysgeusia and health-related quality of life of cancer patients receiving chemotherapy: A cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017 Mar; 26(2).
86. Irune E, Dwivedi R, Nutting C, Harrington K. Treatment-related dysgeusia in head and neck cancer patients. *Cancer Treat Rev*. 2014 Oct; 40(9): 1106-17.
87. Fujii H, Iihara H, Kajikawa N, Kobayashi R, Suzuki A. Control of Nausea Based on Risk Analysis in Patients with Esophageal and Gastric Cancer Who Received Cisplatin-based Chemotherapy. *Anticancer Res*. 2017 Dec; 37(12): 6831-6837.
88. Ziętańska M, Krawczyk-Lipiec J, Kraj L, Zaucha R, Małgorzewicz S. Chemotherapy-Related Toxicity, Nutritional Status and Quality of Life in Precachectic Oncologic Patients with, or without, High Protein Nutritional Support. A Prospective, Randomized Study. *Nutrients*. 2017 Oct 11;9(10).
89. García J, Lupiáñez Y, Blanco M, Ruiz J, Medina J, et al. Adherence and tolerance as key in brake on weight loss in cancer patients with nutritional risk after intervention with a high calorie nutritional and specific hyperproteic supplement. *Nutr Hosp*. 2017 Jun 5; 34(3): 524-531.
90. Kawada J, Nishino M, Hata T, Ogino T, Hoshino H, et al. Analysis of Patients Who Received Enteral Nutrition in the Course of Chemotherapy. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2017 Oct; 44(10): 900-902.
91. Chao P, Lin C, Chuang H. Parenteral nutrition combined with enteral feeding improves the outcome of cancer patients. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2017; 26(6): 1032-1038.
92. Parmar MP, Vanderbyl BL, Kanbalian M, Windholz TY, Tran AT. A multidisciplinary rehabilitation programme for cancer cachexia improves quality of life. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Dec; 7(4): 441-449.
93. Alonso C, Bastos A. Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clin Contemp*. 2011; 2(2): 187-207.

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



1.550€
ONLINE

750
HORAS
30
ECTS

Experto universitario en oncología

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 20 Supuestos y
Tesina de investigación

UEMC
Universidad Europea
Miguel de Cervantes

2. Revisión del manejo nutricional de pacientes oncológicos en la farmacia comunitaria

M. Pilar Jiménez García

Licenciada en Farmacia. Universidad de Navarra

RESUMEN

El estado de la nutrición de los individuos es un elemento fundamental del capital humano de la comunidad, una buena alimentación es fundamental para el óptimo funcionamiento de nuestro organismo y debe ser aquella que proporcione equilibrio energético y de nutrientes, combinando alimentos de todas las categorías en su justa medida, adaptándose a las diferentes necesidades según peso, actividad física, ...

El cáncer es una enfermedad heterogénea y multifactorial que engloba entidades distintas en cuanto a posibles causas, pronóstico y tratamiento, siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, que genera elevados costes sanitarios y sociales, con gran impacto afectivo en las familias y el enfermo y que hace necesario un abordaje multidisciplinar coordinado.

Los problemas nutricionales y la desnutrición son varios factores que influyen decisivamente en el pronóstico, tratamiento y calidad de vida de las personas con cáncer. La colaboración entre profesionales de la salud es un elemento imprescindible para mejorar la atención de estos pacientes, que van a necesitar distintos niveles asistenciales, precisando recibir mensajes homogéneos para garantizar la adherencia a su tratamiento.

El farmacéutico comunitario, en colaboración con el oncólogo y el resto del equipo de salud, puede desempeñar un papel muy activo para detectar este tipo de problemas, es el punto sanitario más cercano a los pacientes, al que con más asiduidad acuden cuando no están hospitalizados y donde también existe un contacto habitual con sus familiares, a los que se puede ofrecer un soporte y un asesoramiento de gran ayuda lo que convierte a la farmacia comunitaria en un punto de apoyo para facilitar la detección precoz del riesgo de desnutrición, ofrecer recomendaciones prácticas en materia de prevención y promoción de la salud, minimizar los efectos indeseados de la medicación en la nutrición de los pacientes y, en definitiva, ofrecer la mejor atención sanitaria posible por parte del conjunto de profesionales sanitarios que intervienen en el cuidado del paciente durante su vida.

1. INTRODUCCIÓN

Cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proce-

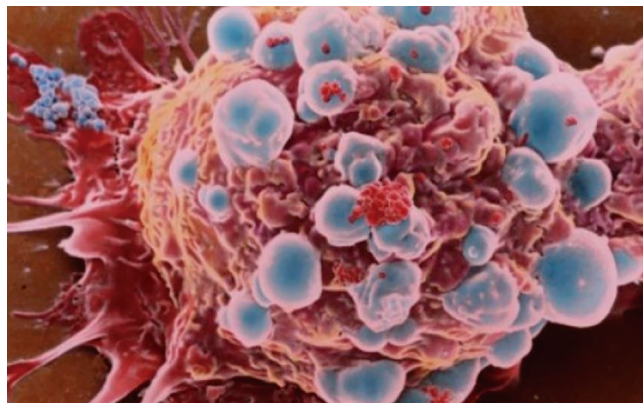


Figura 1. *Célula cancerosa.*

so descontrolado en la división de las células del cuerpo (Figura 1). Es una enfermedad heterogénea y multifactorial que engloba entidades distintas en cuanto a posibles causas, pronóstico y tratamiento.

En la actualidad, sigue representando uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, que genera elevados costes, tanto sanitarios como de índole afectiva y social, y requiere de un abordaje multidisciplinar y coordinado¹.

Es muy importante en el abordaje del cáncer la existencia de intervenciones nutricionales en el esquema habitual de tratamiento de soporte y posteriormente, cuando el paciente se convierte en un largo superviviente, ya que la desnutrición se ha relacionado con una menor calidad y esperanza de vida en estos pacientes².

Por tanto, la desnutrición constituye un problema de gran prevalencia de salud, que afecta a una gran población de pacientes con cáncer en tratamiento, seguimiento y en los pacientes largos supervivientes.

La pérdida de peso en los pacientes con cáncer tiene una influencia negativa en el pronóstico. Algunos tumores, como el cáncer de pulmón o el cáncer gastrointestinal, causan una pérdida de peso significativa en el 60% y el 80% de los pacientes, respectivamente, y una pérdida de peso de al menos un 10% del peso corporal en un periodo de 6 meses.

Es muy importante el diagnóstico precoz de la desnutrición y las intervenciones nutricionales en estos pacientes ya que puede ayudar a mantener el peso y sus reservas, pudiendo llegar a corregir las consecuencias clínicas relacionadas con la desnutrición e influir en la calidad de vida de los pacientes.

El reconocimiento temprano del riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos puede realizarse con métodos de cribado sencillos, siendo de vital importancia en la calidad del tratamiento oncológico, ya que puede estabilizar o revertir la pérdida de peso en un 50% a un 88% de los casos³.

El equipo de profesionales sanitarios relacionado con el paciente, según el momento de la enfermedad, será el encargado de llevarlas a cabo. Así, en el ámbito hospitalario, oncólogos, dietistas, nutricionistas y enfermeras



Figura 2

serán los encargados del diagnóstico y seguimiento del paciente, cuando este se encuentre en tratamiento o seguimiento hospitalario, mientras que en otros momentos de la evolución/resolución de la enfermedad, los pacientes y sus familiares se encontrarán más cercanos al entorno de la atención primaria, a través principalmente de los médicos de familia y otros profesionales sanitarios como el farmacéutico comunitario (Figura 2).

- *Recoger*: recomendaciones básicas de actuación nutricional.
- *Resolver*: dudas frecuentes en relación con la medicación y la nutrición.
- *Unificar*: mensajes y consejos.
- *Posicionarse*: como profesional sanitario cercano.

Más de dos millones de personas visitan cada día alguna de las 22000 farmacias comunitarias dispersas a lo largo de toda la geografía nacional, por su cercanía al paciente y la frecuencia con la que este y sus familiares visitan la farmacia, el farmacéutico comunitario es en una pieza clave en el cuidado pluridisciplinar de estos pacientes, que puede garantizar y complementar la continuidad asistencial de los que estén desnutrido o en riesgo. En ocasiones, estos pacientes no están sujetos a seguimiento desde el ámbito hospitalario y tienen secuelas nutricionales debidas a su patología o al tratamiento recibido. Además, el apoyo y seguimiento del farmacéutico comunitario puede ser útil para orientar en la alimentación adecuada que permita mantener un buen estado nutricional tanto del paciente como del resto de la familia.

La cercanía del farmacéutico comunitario al paciente y su familia hace que pueda convertirse en un apoyo constante al paciente oncológico como en la transmisión de mensajes claros y homogéneos en aspectos nutricionales que influirán sin duda en su calidad de vida.

Por todos estos motivos, el farmacéutico comunitario puede desempeñar un papel importante colaborando en la identificación de pacientes oncológicos con problemas nutricionales en todas las fases de la enfermedad, desde el diagnóstico al seguimiento, pasando por el periodo de tratamiento.

Parámetros	
<i>¿Ha perdido peso recientemente de manera voluntaria?</i>	
No	0
No estoy seguro	2
Sí, he perdido peso: De 1 a 5 Kg	1
De 6 a 10 Kg	2
De 11 a 15 Kg	3
Más de 15 Kg	4
No sé cuánto	2
<i>¿Come mal por disminución del apetito?</i>	
No	0
Sí	1

Total ≥ 2 = paciente con riesgo de desnutrición.

Ferguson et al.⁴ © 2015 State of Queensland (Queensland Health).

Figura 3

La utilización de herramientas sencillas, como por ejemplo la Escala MST (Malnutrition Screening Tool), permite llevar a cabo la detección de pacientes en riesgo nutricional, como son los pacientes oncológicos, junto con otros perfiles de pacientes muy habituales en la farmacia comunitaria, como los mayores de 75 años, los pacientes polimedicados, con disfagia, diabéticos, con enfermedad cardiovascular o nefropatías, entre otras (Figura 3).

También en aquellos casos en que el paciente tras el alta hospitalaria no tiene programado un seguimiento de su estado nutricional, o nos consulta porque necesita una información más cercana y adaptada a él, el farmacéutico comunitario puede ayudar a que la familia y el paciente interioricen y comprendan las recomendaciones nutricionales que deben seguir en el domicilio.

El seguimiento y apoyo en el ámbito de la farmacia comunitaria tiene especial relevancia cuanto más distanciado se encuentre el paciente del ámbito hospitalario especializado, lo que puede ser crucial tanto para él como para su familia. Durante este periodo, el farmacéutico puede ayudar de forma relevante en aspectos de prevención y promoción de la salud.

Las aportaciones del farmacéutico comunitario en el apoyo nutricional al paciente oncológico son:

1. En primer lugar, la detección y gestión de la malnutrición.
2. Apoyo en caso de nutrición enteral y parenteral domiciliaria, con control de las interacciones, seguimiento sobre cuidados de las sondas y vías periféricas o centrales.
3. Asesoramiento y educación nutricional con pautas de alimentación saludable, control de efectos secundarios del tratamiento nutricional, uso de espesantes, complementos, etc... y conservación de alimentos.
4. Control y apoyo en el uso de suplementos y otros recursos relacionados con la alimentación, no pautados por el personal sanitario.



Figura 4

Siempre que nos encontremos en la farmacia comunitaria ante un paciente oncológico adulto deben identificarse los problemas existentes cuando no se encuentre con tratamientos citostáticos o radioterápicos.

Si la valoración nutricional con la utilización de escalas básicas nos da un resultado satisfactorio, es decir, encontrando un paciente bien nutrido se realizará el seguimiento habitual tanto por su Médico de Atención Primaria, Especializada y su Farmacéutico, durante este seguimiento se puede precisar consejo, recomendaciones ante problemas puntuales.

Ante una desnutrición moderada y grave, se debe derivar a su Médico de Atención Primaria o Especializada para una educación en nutrición básica con recomendaciones dietéticas generales y control de síntomas, y valorando la necesidad de medidas más agresivas como son nutrición enteral o parenteral.

Ante un paciente con tratamiento activo con quimioterapia o radioterapia, si el estado de base es bien nutrido y la terapia es de bajo riesgo continuaremos con educación nutricional básica, recomendaciones dietéticas generales y control de síntomas. Con terapias de alto riesgo debe introducirse dietas hiperproteicas con controles cada 15 días y valorando la utilización de suplementos si apareciese un deterioro del estado nutricional.

Si partimos de un paciente desnutrido moderadamente o con riesgo de desnutrición, se valorarán los suplementos nutricionales añadidos a las recomendaciones dietéticas, control de síntomas y suplementos nutricionales, con valoraciones cada 15 días, pasando a nutriciones enterales o parenterales en caso de deterioro progresivo.

En pacientes desnutridos graves y con terapias de alto riesgo se pasará directamente a nutrición enteral o parenteral, pudiendo pasar a suplementos si presentase mejoría del estado general.

El farmacéutico, en su labor diaria desde la farmacia comunitaria, está habituado a hacer el seguimiento farmacoterapéutico tanto en medicamentos de prescripción como en aquellos de indicación terapéutica, y puede aportar un valor añadido al equipo multidisciplinar que sigue al paciente.



Figura 5

2. CÁNCER Y ESTADO NUTRICIONAL

2.1. Prevalencia de desnutrición en paciente oncológico

Muchos estudios se han fijado en la posibilidad de que componentes o nutrientes específicos de la dieta estén asociados con aumentos o disminuciones del riesgo de cáncer. Estudios de células cancerosas en el laboratorio y de modelos animales algunas veces proveen evidencia de que compuestos químicos aislados pueden ser carcinógenos (o tienen actividad contra el cáncer).

Pero, con pocas excepciones, los estudios de poblaciones humanas no han mostrado aun definitivamente que algún componente de la dieta cause o proteja contra el cáncer. Algunas veces los resultados de estudios epidemiológicos que comparan las dietas con gente que tiene o no cáncer han indicado que la gente que tiene o no cáncer difiere en su consumo de un componente particular en la dieta.

Sin embargo, estos resultados indican solo que el componente de la dieta está asociado con un cambio en el riesgo de cáncer, no que el componente de la dieta es responsable del cambio en el riesgo o que lo cause. Por ejemplo, los participantes con o sin cáncer podrían diferir en otras formas además de sus dietas, y es posible que alguna otra diferencia sea responsable de la diferencia en cáncer.

Cuando surge la evidencia de un estudio epidemiológico que un componente de la dieta está asociado con un riesgo menor de cáncer, un estudio aleatorizado se puede hacer para probar esta posibilidad. La asignación aleatoria asegura que cualquier diferencia entre la gente que tiene un consumo alto o bajo de un nutriente se debe al nutriente mismo más que a las otras diferencias que no se detectaron. Por razones éticas, los estudios aleatorizados no se hacen generalmente cuando surge la evidencia de que un componente de la dieta puede estar asociado con un mayor riesgo de cáncer.

Los científicos han estudiado muchos aditivos, nutrientes y otros componentes de la dieta para buscar posibles asociaciones con el riesgo de cáncer⁵. Estos son:

Alcohol

Aunque se ha sospechado que el vino tinto reduce el riesgo de cáncer, no hay evidencia científica de tal asociación. También, se sabe que el alcohol causa cáncer. El consumo excesivo o regular de alcohol aumenta el riesgo de presentar cánceres de la cavidad bucal (sin incluir los labios), faringe (garganta), laringe, esófago, hígado, seno, colon y recto. El riesgo de padecer cáncer aumenta con la cantidad de alcohol que bebe la persona.

Antioxidantes

Los antioxidantes son compuestos químicos que bloquean la actividad de otros compuestos químicos conocidos como radicales libres que pueden dañar células. La investigación de laboratorio y con animales ha mostrado que los antioxidantes exógenos pueden ayudar a prevenir el daño de los radicales libres asociados con la formación

de cáncer, pero la investigación en humanos no ha demostrado en forma que convenza que al tomar complementos de antioxidantes puede ayudar a reducir el riesgo de presentar cáncer o de morir por cáncer. Algunos estudios hasta han mostrado un mayor riesgo de algunos cánceres.

Edulcorantes artificiales

Se han llevado a cabo estudios sobre la seguridad de varios edulcorantes artificiales, como sacarina, aspartamo, acesulfamo de potasio, sucralosa, neotame y ciclamato. No existe evidencia clara que indique que los edulcorantes disponibles en el mercado de Estados Unidos estén asociados con el riesgo de cáncer en seres humanos.

Calcio

El calcio es un mineral dietético esencial que se puede obtener de la comida y de los complementos alimenticios. Los resultados de las investigaciones apoyan, en general, la relación entre un alto consumo de calcio y la reducción del riesgo de padecer cáncer colorrectal, pero los resultados de los estudios no siempre han sido congruentes. No está claro si existe una relación entre el alto consumo de calcio y una reducción del riesgo de padecer otros tipos de cáncer como el cáncer de seno y de ovario. Alguna investigación sugiere que un consumo alto de calcio puede aumentar el riesgo de cáncer de próstata.

Carne chamuscada

Ciertos compuestos químicos, llamados aminas heterocíclicas (AHC) e hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), se forman en la carne de músculo, incluso de res, de puerco, pescado y de aves de corral, cuando se cocinan usando métodos de alta temperatura. La exposición a altas concentraciones de aminas heterocíclicas y de hidrocarburos aromáticos policíclicos puede causar cáncer en animales; sin embargo, no está claro en el ser humano.

Verduras crucíferas

Las verduras crucíferas contienen compuestos químicos conocidos como glucosinolatos, los cuales se descomponen en varios compuestos químicos que están siendo estudiados por sus posibles efectos anticancerosos. Algunos de estos compuestos han mostrado efectos anticancerosos en células y en animales, pero los resultados de estudios en seres humanos no han sido tan claros.

Fluoruro

El fluoruro en el agua ayuda a prevenir las caries dentales e incluso revertir el proceso de deterioro de los dientes. Muchos estudios, tanto en seres humanos como en animales, han mostrado que no existe una relación entre el agua fluorada y el riesgo de cáncer.

Ajo

Algunos estudios han indicado que el consumo de ajo puede reducir el riesgo de que se presenten varios tipos de cán-

cer, especialmente cánceres del aparato gastrointestinal. Sin embargo, la evidencia no es definitiva.

Té

El té contiene compuestos químicos de polifenol, en especial catequinas, las cuales son antioxidantes. Los resultados de estudios epidemiológicos que analizaron la relación entre el consumo de té y el riesgo de cáncer no han sido concluyentes.

Vitamina D

La vitamina D ayuda al cuerpo a usar el calcio y el fósforo para hacer huesos y dientes fuertes. Se obtiene principalmente de la exposición de la piel a la luz del sol, pero puede también obtenerse de algunos alimentos y de complementos dietéticos. Estudios epidemiológicos en seres humanos han indicado que los consumos más elevados de vitamina D o las concentraciones más altas de vitamina D en la sangre pueden estar asociados con menores riesgos de cáncer colorrectal, pero los resultados de estudios aleatorizados no han sido concluyentes.

Independientemente de la relación de los nutrientes y de la dieta con el cáncer, sabemos que el estado nutricional y la dieta tienen un papel fundamental en la patología oncológica desde su prevención hasta la fase final de la enfermedad, influyendo en su evolución, pronóstico, respuesta a los tratamientos oncológicos específicos y condicionando la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Así, una adecuada alimentación ayudaría a prevenir el 35% de todos los cánceres, proporción equiparable al porcentaje de tumores que se evitarían abandonando el tabaco. Por su parte, la pérdida de peso involuntaria y la desnutrición son muy frecuentes, especialmente en fases avanzadas y en tumores localizados en páncreas, estómago, esófago o cabeza y cuello, y se asocian con el 20% de las muertes en estos pacientes⁶ (Figura 6).

Frecuencia de pérdida de peso en pacientes con cáncer según el tipo de tumor					
Tumor	N.º enf.	Pérdida de peso en los 6 meses previos (%)			Total
		1-5%	5-10%	> 10%	
Ca. Gástrico	317	21%	31%	33%	85%
Ca. Páncreas	111	29%	28%	26%	83%
Ca. Pulmón no micr.	590	25%	21%	15%	61%
Ca. Pulmón microc.	436	23%	20%	14%	57%
Ca. Próstata	78	28%	18%	10%	56%
Ca. Colon	307	26%	14%	14%	54%
LNH de alto grado	311	20%	13%	15%	48%
Sarcomas	189	21%	11%	7%	39%
L. Ag. no linfoblástica	129	27%	8%	4%	39%
Ca. Mama	289	22%	8%	6%	36%
LNH bajo grado	290	14%	8%	10%	10%

Figura 6

Las consecuencias de la desnutrición en el pronóstico del paciente oncológico se manifiestan, tanto a nivel funcional como estructural, repercutiendo en la evolución clínica, condicionando el riesgo quirúrgico, influyendo en la posibilidad de administrar tratamientos quimio y radioterápicos, en el cumplimiento de los mismos y en su efectividad, y afectando también a la esfera psicosocial.

La valoración del riesgo nutricional debe hacerse desde el diagnóstico y de forma periódica a todos los pacientes en tratamiento o con enfermedad metastásica. En el seguimiento de pacientes curados se debe vigilar de forma continua y programada el estado nutricional de aquellos que se hayan sometido a cirugía o a cualquier tratamiento que interfiera en la deglución y la digestión, y en otros pacientes, seguir las recomendaciones nutricionales y de actividad física para prevención secundaria en supervivientes oncológicos.

Ya en 1980, Dewys et al. describieron la prevalencia de desnutrición en pacientes con distintos cánceres, así como su implicación pronóstica. Para ello, analizaron datos de 3047 pacientes incluidos en 12 protocolos con tratamiento quimioterápico del grupo ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). El estudio recoge una prevalencia de pérdida de peso que oscila desde un 31% en el linfoma no-Hodgkin, similar a la del cáncer de mama, a un 85% en pacientes con cáncer gástrico. En relación con el pronóstico, la pérdida de peso se asoció con peor supervivencia y pronóstico, especialmente en pacientes con buen estado general y menor extensión tumoral⁷. Actualizados a nuestras fechas por Nipp en su estudio de 2017⁸.

Los datos de los que disponemos en España provienen del estudio NUPAC, que evaluó mediante la escala VSG-GP (valoración subjetiva global generada por el paciente) la prevalencia de desnutrición en 781 pacientes con cáncer localmente avanzado o metastásico (56%) de 67 centros, entre octubre de 2001 y abril de 2003. El 85% estaba recibiendo tratamiento oncológico activo en el momento de la inclusión en el estudio y un 82% presentaba un estado funcional preservado, ECOG 0-2. Casi la mitad de los cánceres eran de pulmón (23%), mama (13%), colon y recto (13%); el porcentaje de pacientes con cada uno del resto de tumores era inferior al 5%. El 68% tenía importantes dificultades para la alimentación y un 42,2% anorexia. De acuerdo con la escala VSG-GP, el 52% de los pacientes presentaba una desnutrición moderada o grave y más del 80% de estos estaba recibiendo algún tratamiento, intervención o recomendación dietética. En el estudio se recoge la utilidad del cribado VSG-GP como herramienta para el diagnóstico y también para orientar el abordaje terapéutico según la gravedad de la desnutrición^{9,10}.



Figura 7

La prevalencia real de desnutrición es variable y depende de diversos factores, como son el tipo de paciente, el tumor primario y localización y extensión, el tipo de tratamiento que se va a realizar y el medio donde va a ser atendido el paciente (Figura 7).

1. Tipo de paciente

La edad, fragilidad, comorbilidades y estado nutricional previo al diagnóstico del cáncer pueden no solo influir en el riesgo, sino agravar el proceso. La edad avanzada, las enfermedades asociadas con dificultad para la alimentación (enfermedad de Parkinson, enfermedades que cursan con malabsorción) y las enfermedades crónicas que por sí mismas causan caquexia, como la insuficiencia renal, cardíaca y hepática, predisponen, independientemente del tipo y características del tumor, a la desnutrición.

2. Tipo de tumor

Un 15-20% presentan desnutrición en el momento del diagnóstico y hasta un 80-90% en caso de enfermedad avanzada. Un estudio publicado en 2000 por Walsh et al. recoge una incidencia del 50% de pacientes con una pérdida de peso superior al 10% y del 66% de anorexia en 1000 enfermos evaluados en el momento de la derivación a una unidad de cuidados paliativos¹¹. Otros estudios más recientes mantienen estos datos^{12,13} (Figura 8).



Figura 8

3. Tipo de tratamiento

La localización, vía de administración y el tipo de agentes quimioterápicos afectan de forma distinta al estado nutricional. La asociación de radioterapia y quimioterapia, sobre todo en tumores de cabeza y cuello, de esófago o de Pancoast (vértice pulmonar), se relacionan con un aumento del riesgo, agravado por la dificultad para la deglución debida a la mucositis y xerosis que causan dichos tratamientos y a los cambios anatómicos derivados del tumor o la cirugía. En el caso del cáncer de estómago y páncreas es la cirugía el tratamiento que más impacta en la dificultad para la ingesta y por tanto en la pérdida ponderal (Figura 9).



Figura 9

4. Ámbito

Los pacientes hospitalizados, independientemente del tipo de tumor y la causa, tienen un riesgo de desarrollar una desnutrición grave que supera el 40%. Por su parte, los pacientes atendidos de forma ambulatoria presentan una incidencia de pérdida de peso de hasta el 74%, pérdida de peso que es superior al 10% en el 37% de los casos¹⁴ (Figura 10).

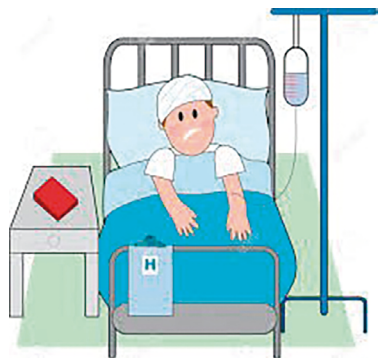


Figura 10

Dada su prevalencia de la desnutrición y los riesgos que supone, se necesita una mayor concienciación de los especialistas, oncólogos médicos y radioterapeutas, cirujanos, médicos de unidades de cuidados paliativos y de atención primaria, quienes deben incluir el cribado de desnutrición en la atención integral al paciente con cáncer, adoptando de forma precoz medidas terapéuticas o derivándolo al servicio de nutrición en caso de desnutrición grave o de riesgo de desnutrición¹⁵.

2.2. Fisiopatología

La desnutrición calórico-proteica en el cáncer es el resultado de diversos factores que conducen a anorexia, caquexia y sensación de saciedad temprana que suelen padecer las personas con cáncer y que pueden provocar una reducción significativa de la ingesta. Entre estos factores está la incapacidad física para consumir y/o digerir alimentos (en un contexto de demanda calórica aumentada por la presencia del tumor), los cambios metabólicos inducidos por el tumor y que afectan al metabolismo de los principales nutrientes, y la respuesta humoral en forma de mediadores inducida en el huésped por la proliferación tumoral. Dichas anomalías incluyen un ambiente hormonal alterado, intolerancia a la glucosa, aumento de la gluconeogénesis hepática, resistencia a la insulina, lipólisis aumentada, pérdida de proteínas musculares, respuesta inflamatoria mediada por proteínas de fase aguda y citosinas¹⁶.

En los pacientes con cáncer se observa que debido al tumor se tiene un gasto energético elevado, con aumento en la captación de glucosa, lactato, síntesis de proteínas y ácidos nucleicos, oxidación de ácidos grasos y lipogénesis; a la vez que en el paciente se observa aumento o disminución del gasto en reposo dependiendo del tumor primario, aumento de lactato en sangre, de la gluconeogénesis hepática, aumento de la intolerancia a la glucosa con disminución del balance hidrogenado, con aumento del recambio proteico y de la síntesis de proteínas hepáticas¹⁷.

En este tipo de pacientes se pueden ver distintas alteraciones del metabolismo energético y de la utilización de los macro y micronutrientes.

A nivel de los *carbohidratos*, se observa que aumenta el ciclo de Cori, (la captación de glucosa con producción de lactato en el tumor, que va al hígado para producir glucosa) y que aumenta la gluconeogénesis hepática (lactato, alanina, glicerol) y aumenta la vía de las pentosas para sintetizar nucleótidos y nicotinamida adenina dinucleótido fosfato (NADPH).

Los *lípidos* se ven reducidos por el aumento de la demanda energética necesaria para la proliferación celular se produce lipólisis en el tejido adiposo inducida por un factor movilizador de lípidos y α 2-glicoproteína liberados por el tumor, que inducen desacoplamiento de la cadena respiratoria en la mitocondria, sobre todo en el tejido adiposo pardo. En el tumor, por el contrario, aumenta la síntesis lipídica, ya que hay un fenotipo lipogénico por el aumento en la expresión de enzimas clave en la síntesis de lípidos sin que esta dependa del aporte dietario. Se observa descontrol de la enzima 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA (HMG-CoA) reductasa, con aumento de colesterol total y triglicéridos y disminución del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad.

Se moviliza grasa del tejido adiposo con liberación de ácidos grasos y glicerol; estos primeros son utilizados por el tumor y el glicerol se emplea para formar glucosa produciendo lactato y en consecuencia glucosa por la vía hepática¹⁸.

En cuanto a las *proteínas*, el balance de nitrógeno es variable, depende de la dieta, del tumor y de la recuperación del tejido. El tumor produce un factor inductor de la proteólisis, hay liberación de aminoácidos desde el músculo esquelético, necesarios para la síntesis proteica tumoral, en especial metionina, leucina, cistina y glutamina; otros, como la alanina, van al hígado para ser transformados en glucosa. En el hígado hay aumento de síntesis de proteínas de fase aguda y disminución de albúmina. En muchos casos hay alteración de la mucosa intestinal con malabsorción proteica.

Los requerimientos de *micronutrientes* se van a ver aumentados por el catabolismo asociado a la respuesta de fase aguda, y pueden observarse déficits en pacientes desnutridos. Sin embargo, la evaluación de vitaminas, antioxidantes y elementos traza es compleja porque los niveles pueden estar modificados debido a esta respuesta.



Figura 11

Paralelamente, hay un aumento de las pérdidas asociadas al tratamiento o al propio tumor. El zinc, el hierro, el selenio, así como las vitaminas B12 y el ácido fólico se encuentran disminuidos en muchas neoplasias. Es importante destacar que algunos micronutrientes están implicados en modificaciones epigenéticas asociados a la presencia de cáncer: vitaminas B12, B6, ácido fólico, niacina, ácido pantoténico, vitamina E, vitamina D y ácido retinoico¹⁹ (Figura 11).

2.3. Desnutrición en relación a la patología

La incidencia de desnutrición varía según la patología oncológica, su localización y su extensión. Así, la incidencia más baja se observa en pacientes con tumores hematológicos (< 30%), de mama (35%) y sarcomas (< 40%), y la más alta, en cáncer de estómago (85%), páncreas (83%) y cabeza y cuello (60-70%). La incidencia es intermedia, 50-60%, en cáncer de pulmón, ovario, colon y próstata. Las cifras oscilan entre un 85% en el cáncer de estómago y un 10% en los linfomas de bajo grado. La pérdida de peso es superior al 10% en un 33% de los pacientes con cáncer gástrico y en un 6% de las mujeres con cáncer de mama. Los pacientes con mayor pérdida de peso fueron los diagnosticados de tumores de esófago (57%), estómago (50%) y laringe (47%).

La desnutrición afecta a un 30-70% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, fundamentalmente a aquellos con cáncer de orofaringe e hipofaringe. Se ha confirmado que un índice de masa corporal (IMC) bajo previo al inicio del tratamiento se asocia con peor supervivencia, independientemente de la localización y estadio del tumor. Así mismo, un IMC bajo se asoció con un impacto negativo en el tratamiento con radioterapia y quimioterapia²⁰.

La incidencia de desnutrición es ligeramente superior en el cáncer de esófago, 50-60%. Un estudio publicado en 2012 evaluó el impacto en supervivencia global de múltiples factores nutricionales en 107 pacientes con esta neoplasia. El aporte de suplementos nutricionales orales comparado con solo consejos dietéticos se asoció con mayor probabilidad de completar el tratamiento con quimioterapia y radioterapia y de llevar a cabo una resección radical. Así mismo, en el análisis multivariante, valores bajos de albúmina sérica ($\leq 3,5$ g/dl) y la pérdida de peso previa al tratamiento fueron factores independientes de peor supervivencia global. Estos factores pueden utilizarse no solo para el diagnóstico de desnutrición, sino para predecir un peor pronóstico y por tanto para el seguimiento cuando se inicia tratamiento dirigido²¹.

En el adenocarcinoma de estómago, de esófago distal y de páncreas, el riesgo de desnutrición es mayor, 80-85% desde el momento del diagnóstico. La mayoría de estos pacientes eran previamente obesos y por ello hasta en un 30% el cáncer se detecta cuando ya han perdido más del 10% de su peso, e incluso en esta situación la desnutrición puede infradiagnosticarse. Además, el tratamiento de estos tumores, tanto curativo como paliativo, y especialmente la cirugía, agravan la dificultad para la ingesta²².

2.4. Cáncer y dieta

El cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proce-

so descontrolado en la división de las células del cuerpo. es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y no está coordinado con éstos, y que persiste del mismo modo excesivo aún después de finalizar el estímulo que le dio origen, careciendo de finalidad, utilizando al huésped para su crecimiento y volviéndose autónoma en su crecimiento. Su clasificación se basa en el tejido a partir del cual las células cancerosas se originan.

Se sabe que muchas de sus manifestaciones tienen relación con el estilo de vida, por lo que actuar sobre determinados factores puede prevenir su aparición. La alimentación y el estilo de vida son factores que pueden favorecer su aparición o por el contrario prevenirla de ahí que hayan surgido múltiples recomendaciones, que recogen aspectos relacionados con la alimentación y el mantenimiento de un peso corporal adecuado durante la vida adulta²³.

Se ha demostrado una relación entre obesidad y problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes y algunos tipos de cáncer, por lo que se recomienda evitar el aumento de peso y el aumento de la circunferencia de la cintura durante toda la vida. Para ello conviene disminuir la densidad energética de la dieta procurando no sobrepasar las 125 kcal/100 g, realizar actividad física moderada al menos 30 minutos diarios y aumentar hasta llegar a 60 minutos diarios de actividad moderada o 30 minutos diarios de actividad física de mayor intensidad. Limitar el sedentarismo. Reducir el consumo de bebidas carbonatadas. Restringir o evitar la «comida rápida». Consumir diariamente 5 raciones (≥ 600 g) de hortalizas y verduras poco feculentas y variadas, cereales mínimamente procesados o sin procesar, y legumbres, de modo que se garantice el aporte de al menos 25 g diarios de polisacáridos no feculentos. Limitar el consumo de proteínas animales; si se consumen carnes rojas no superar la cantidad de 300 g a la semana y disminuir o eliminar el consumo de carnes procesadas (curado, ahumado, etc.). Restringir o evitar los alimentos conservados en salazón o salmuera y los que tengan mucha sal, para que la ingesta diaria sea inferior a 5 g de sal (2 g de sodio). Fomentar la lactancia materna, ya que protege tanto a la madre como al hijo. Aumentar la proporción de la población que alcance una nutrición adecuada.

Buscando un patrón alimentario que responda a estas recomendaciones, desde el punto de vista epidemiológico se ha observado que una alimentación rica en productos de origen vegetal puede reducir el riesgo de algunas enfermedades crónicas relacionadas con el estrés oxidativo, entre ellas el cáncer, debido a la existencia de compuestos bioactivos que actúan en distintas fases de la carcinogénesis interviniendo en procesos de reparación de ADN, respuesta inflamatoria, regulación hormonal, apoptosis, diferenciación celular, metabolismo de carcinógenos, etc²⁴.

Estos compuestos son ubicuos en el reino vegetal, aunque rara vez se encuentran en una sola familia, por lo que es importante considerar la dieta en su conjunto. En algunos alimentos de origen animal también se encuentran compuestos bioactivos como los ácidos grasos omega3, péptidos de los lácteos, luteína de la yema de huevo, etc. (Figura 12).



Figura 12

El consumo de fibra dietética presente solo en alimentos vegetales se ha relacionado con reducción del riesgo de distintos tipos de cáncer del tracto gastrointestinal²⁵.

La fibra absorbe y diluye sustancias potencialmente cancerígenas que pueden estar presentes en el colon y fija ácidos biliares limitando su transformación en potenciales carcinógenos. Asimismo, disminuye el tiempo de tránsito intestinal, con lo que se reduce el tiempo de contacto con posibles carcinógenos y modifica la microbiota intestinal, lo que puede evitar el crecimiento de cepas que degraden los ácidos biliares. Los ácidos grasos de cadena corta producidos en la fermentación colónica acidifican el medio limitando la acción de la 7-a-hidroxilasa y con ello la producción de ácidos biliares secundarios. El butirato producido en la fermentación reduce la degeneración de las criptas de la mucosa, con lo que disminuye la aparición de neoplasias, y actúa en la regulación del sistema inmunitario en el intestino²⁶.

Es importante considerar la dieta en su conjunto sin tratar de aislar los alimentos o sus componentes, teniendo en cuenta las posibles interacciones entre ellos. Se considera que una dieta mixta puede contener entre 60000 y 100000 componentes bioactivos distintos potencialmente útiles para disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas. De aquí surge el concepto de capacidad antioxidante de la dieta y, de él, una nueva definición de dieta mediterránea, considerándola como aquella que suministra diariamente 3500 unidades de antioxidantes y tiene en cuenta además la relación entre grasa monoinsaturada y saturada, el consumo de fibra y de fitoesteroles. Este patrón alimentario del que nos hemos ido alejando paulatinamente en España desde hace algunas décadas incluye mayoritariamente el consumo de legumbres, frutas, verduras, cereales poco o nada procesados, frutos secos, aceite de oliva y cantidad moderada de proteínas animales representadas principalmente por pescado, derivados lácteos y aves de corral. La dieta mediterránea ha demostrado tener un papel protector no solo frente a la enfermedad cardiovascular y enfermedades metabólicas, sino también frente a ciertos tipos de cáncer²⁷.

El almacenamiento y procesado de los alimentos puede afectar al contenido en componentes protectores y la biodisponibilidad de los compuestos bioactivos contenidos en los alimentos de origen vegetal que son sensibles a la oxidación, por lo que pueden alterarse durante el almacenamiento, cocinado u otro tipo de procesamiento. Otros componentes bioactivos están en el alimento como precursores y deben hidrolizarse para ser absorbidos de forma que las enzimas que actúan en ese paso condicionan su biodisponibilidad; en estos casos, el tratamiento culinario es especialmente importante, ya que el calor destruye las enzimas.

Son factores protectores la fibra y las frutas y verduras por contener estos dos últimos carotenoides, compuestos azufrados, compuestos fenólicos y fitoesteroles (Figura 13).



Figura 13

Los factores de riesgo serían: (Figura 14)

- Exceso de proteínas animales.
- Exceso de grasa (radicales libres).
- Alcohol.
- Aflatoxinas (almacén de cereales, frutos secos, especias).
- Compuestos N-nitrosos (nitrosamidas y nitrosaminas).
- Carcinógenos naturales: nitratos, hidracinas, alcaloides.
- Hidrocarburos aromáticos policíclicos y aminas aromáticas heterocíclicas producidas en el asado, fritura o ahumado de los alimentos.



Figura 14



Figura 15

El estilo de vida y la alimentación ha sido relacionado con algunos tipos de cáncer, destacando entre estos el de pulmón, el colorrectal, el de próstata, mama y gástrico.

En el *cáncer de pulmón* se ha observado que el consumo de más de 400 g de fruta al día se ha asociado con una reducción modesta del riesgo de aparición²⁷. Los estudios sobre suplementación con b-carotenos presentan resultados controvertidos. Una evaluación de estos por la EFSA (European Food Safety Authority) concluye que la exposición diaria a 15 mg o menos no entraña riesgo para la salud²⁸ (Figura 15).

Las carnes rojas y procesadas parecen aumentar el riesgo. El informe de WCRF/AICR concluyó en 2007 que la evidencia es convincente para relacionar el consumo de carne roja y carne procesada con el cáncer colorrectal, y limitada pero sugerente para el de pulmón, esófago, estómago, páncreas y endometrio²⁹.

En el *cáncer colorrectal*, hay suficiente evidencia para concluir que la actividad física en todas sus formas contribuye a prevenir su aparición. Así mismo, existe evidencia probable en este mismo sentido para alimentos ricos en fibra, leche, calcio y ajo, y la evidencia es limitada para vegetales, frutas, alimentos ricos en selenio o folatos, pescado y alimentos ricos en vitamina D. En este mismo informe se concluye que como factores predisponentes están las carnes rojas y los embutidos cárnicos. El abuso en el consumo de alcohol también es un factor de riesgo seguro en hombres y probable en mujeres. Son factores causales el exceso de grasa corporal y sobre todo abdominal. Los alimentos ricos en hierro, con

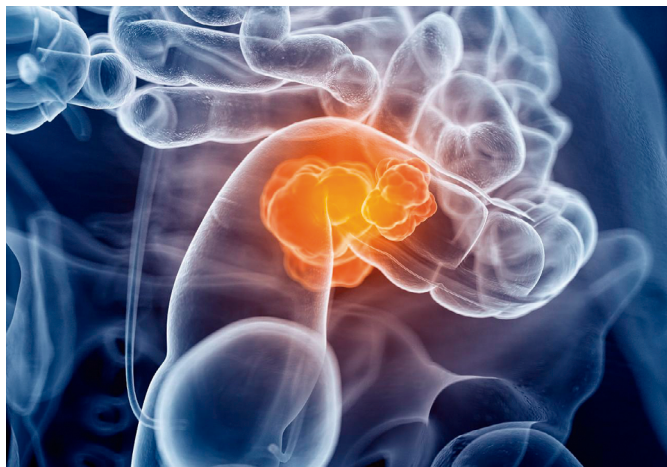


Figura 16

grasa animal, queso y exceso de azúcares pueden ser, asimismo, factores causales²⁷ (Figura 16).

El consumo de más de 250 g al día de leche parece disminuir el riesgo de este tipo de cáncer en un 15%, y hay disminución del riesgo asociado al consumo de dieta mediterránea, con la evidencia de prevención encontrada para los alimentos que componen este patrón^{30,31}.

En el *cáncer de próstata* se ha observado una disminución del riesgo con el consumo de licopeno³².

En el Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT) (Ensayo de prevención del cáncer con selenio y vitamina E) se estudió si tomar vitamina E y selenio previene el cáncer de próstata. Hombres sanos de 55 años o más, excepto varones afroamericanos que se incluyeron de 50 años o más, y tomaron selenio y vitamina E juntos o por separado. En el estudio se demostró que tomar selenio solo o selenio con vitamina E no disminuyó el riesgo de cáncer de próstata, a pesar de la fuerte evidencia preclínica disponible³³ (Figura 17).

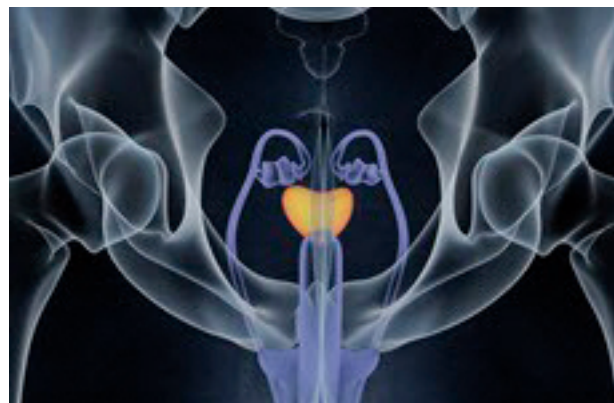


Figura 17

Un patrón alimentario mediterráneo tras el diagnóstico de cáncer de próstata no metastásico se asocia a disminución de la mortalidad global, aunque no hay evidencia suficiente para afirmar que el seguimiento de la dieta mediterránea disminuya el riesgo de aparición y su progresión³⁴.

Sobre el *cáncer de mama*^{35,36,37}, el estudio EpiGEICAM, realizado por el Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) en 23 centros hospitalarios sobre 1017 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y otras tantas libres de enfermedad, obtiene las siguientes conclusiones:

- Existe asociación entre un patrón de dieta occidental y mayor riesgo de cáncer de mama, sobre todo en mujeres menopáusicas.
- La dieta mediterránea tiene un efecto protector; se asocia con una reducción del riesgo de padecer este tumor de un 30%, protección que es mayor para los tumores triple negativo que son los más graves.
- La dieta baja en grasas no tiene efecto protector, aunque tampoco aumenta la predisposición (Figura 18).

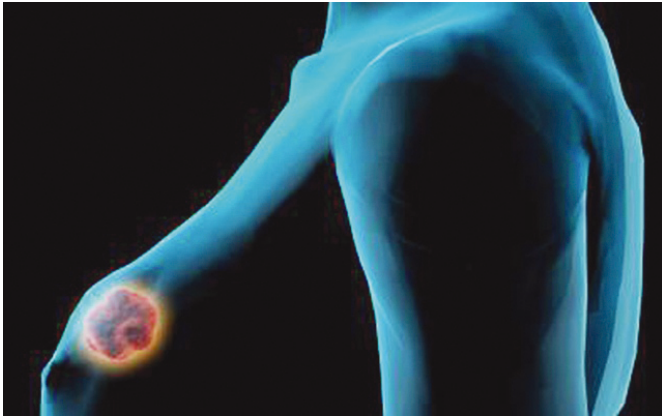


Figura 18

Una revisión de estudios concluye que lignanos y enterolignanos, así como los fitoestrógenos presentes en legumbres, podrían tener efecto preventivo frente a este tipo de cáncer.

Niveles altos de 25-hidroxivitamina D (25-(OH) D) en sangre se asocian con disminución del riesgo de cáncer, pero no hay una asociación tan evidente cuando se suplementa con vitamina D.

Para el *cáncer gástrico* son factores de riesgo: la presencia de obesidad, el exceso en el consumo de sal, carnes procesadas con nitritos, ahumadas, curadas o en salazón y un bajo consumo de frutas y verduras³⁸.

Es importante destacar que dietas inadecuadas que se manifiesten en sobrepeso u obesidad se asocian a un aumento del riesgo de presentar cáncer de esófago, estómago, páncreas, colorrectal, endometrio y riñón, así como cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. En relación con la suplementación de vitaminas, antioxidantes y otros, si los requerimientos de vitaminas y minerales se cubren adecuadamente con la dieta habitual, no es necesario realizar suplementación de estos micronutrientes. En casos de desnutrición o déficits, deberá valorarse su corrección.

3. DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER

3.1. Introducción

La desnutrición asociada a la enfermedad oncológica se presenta habitualmente como desnutrición calórica-proteica de predominio energético/calórico, en la que hay una disminución del aporte de nutrientes y energía y suele relacionarse con efectos secundarios de los quimioterápicos, como la anorexia y alteraciones de la absorción y la digestión, y desnutrición calórico-proteica mixta, que se produce en situaciones de aumento catabólico en relación con tratamientos o complicaciones inherentes a la enfermedad oncológica como son las infecciones. Las causas que producen desnutrición podrían dividirse en tres grupos:

- Relacionadas con el paciente.
- Relacionadas con el tumor.
- Relacionadas con el tratamiento oncológico.

La *desnutrición relacionada con el paciente*³⁹ depende de muchos factores, donde están incluidos la edad, estado general,



Figura 19

enfermedades concurrentes y el tipo de tumor y localización, así como su grado de extensión. Las características individuales de cada paciente son importantes, ya que algunas pacientes tienen estilos de vida que favorecen estados nutricionales carenciales (tabaco, alcohol). Además, algunas enfermedades asociadas contribuyen a alterar el estado nutricional como son la ansiedad y depresión.

La *desnutrición asociada al tumor* puede deberse a *alteraciones mecánicas* o funcionales del aparato digestivo, como son aquellos tumores con gran componente mediastínico que puede alterar la deglución, los tumores del área otorrinolaringológica que pueden afectar a glándulas salivares, a la masticación, a la deglución, los tumores del área digestiva (gástricos, esofágicos, colorrectales), que pueden alterar tanto la deglución como producir anorexia e incluso obstrucción y los tumores que producen dolor a distintos niveles que puede alterar el estado general y limitar la ingesta. Las causas relacionadas con *alteraciones metabólicas* se producen por el propio tumor, por secreción de determinadas sustancias (factor de necrosis tumoral, interleucina (IL) 1, IL-6, interferón α) que provoca anorexia, pérdida de peso, caquexia, etc. De igual manera se producen otros procesos metabólicos como son el aumento de síntesis de proteínas de fase aguda y catabolismo proteico, el aumento de lipólisis asociado a disminución de la lipogénesis, y alteraciones de la vía glucolítica con aumento de la gluconeogénesis, disminución de glucógeno y aumento del consumo de glucosa. Todas estas alteraciones conllevan un aumento del gasto energético con la consiguiente pérdida de masa muscular y grasa.

La *desnutrición relacionada con el tratamiento antitumoral* varía según este sea cirugía, radioterapia o tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, terapias biológicas).

En cuanto a la *cirugía*⁴⁰, las complicaciones que se producen y que pueden impactar en el estado nutricional son tan variadas como la anorexia, el dolor o las alteraciones del tracto digestivo. Las cirugías que con más frecuencia afectan a la nutrición se centran en aquellas que engloban el área otorrinolaringológica y el aparato digestivo. Los problemas tras la cirugía que más habitualmente afectan al estado nutricional del paciente son:

- Dificultad en la masticación y la deglución.
- Fístulas cutáneas.

- Dehiscencias.
- Estasis gástrica.
- Malabsorción.
- Esofagitis.
- Dumping (síndrome de vaciado gástrico rápido).
- Insuficiencia pancreática (exocrina y endocrina).

Todas estas alteraciones conllevan problemas mecánicos, pero también déficits en la absorción de grasas, sales biliares y vitaminas y minerales, entre otras.

En cuanto al *tratamiento con radioterapia*⁴¹, el efecto tóxico está en relación con la zona radiada, la dosis recibida y el esquema de administración, y si se combina con quimioterapia de manera concomitante. También es importante conocer que los efectos tóxicos de la radiación pueden ser agudos o tardíos, con diferente impacto en el estado nutricional. Las irradiaciones a nivel de área otorrinolaringológica, en las que con mucha frecuencia se asocia quimioterapia, suelen conllevar mucositis y odinofagia. La irradiación a nivel abdominal-pélvico se asocia a gastritis, emesis, anorexia, diarrea y, en el caso del recto, proctitis.

La *quimioterapia*⁴² clásica suele producir efectos secundarios sobre aquellos tejidos de rápida proliferación debido a que actúa sobre los mecanismos de proliferación celular. Por dicho motivo, los efectos más frecuentes a nivel digestivo tienen que ver con las mucositis y las náuseas-vómitos. Estas alteraciones producen problemas de ingesta, así como malabsorción.

3.2. Complicaciones funcionales

La desnutrición es el diagnóstico secundario más común en el paciente oncológico y suele ser de tipo mixto (calórico-proteico). El estado nutricional de los pacientes con cáncer repercute en diferentes aspectos, como son la evolución de la enfermedad (morbimortalidad), el cumplimiento terapéutico y su tolerancia, la calidad de vida y la esfera psicosocial.

Las *complicaciones principales* son:

1. Pérdida de masa muscular y debilidad
2. Alteración del sistema inmunitario
3. Alteración del aparato digestivo
4. Alteración del sistema inmunitario
5. Alteración de los procesos de cicatrización
6. Disminución de la eficacia de los tratamientos y alteración de la tolerancia
7. Alteraciones en la calidad de vida

La pérdida de masa muscular que se produce como consecuencia de la desnutrición conlleva una pérdida de fuerza que tiene importantes consecuencias sobre el estado funcional del individuo, aumentando su estado de dependen-

cia. Además de la pérdida de peso, el paciente suele presentar anorexia y astenia, lo que contribuirá a su vez a un incremento de la inactividad por debilidad. Por otro lado, el deterioro funcional que se produce si se afecta la musculatura respiratoria favorece la aparición de atelectasias (colapso o disminución del volumen pulmonar) e infecciones, lo que explica que la neumonía sea una de las causas más frecuentes de muerte por alteración de la musculatura respiratoria en el contexto de desnutrición. Asimismo, si se afecta la musculatura cardíaca, pueden aparecer trastornos de la conducción eléctrica y del ritmo cardíaco, con disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia⁴³.

La desnutrición energético-proteica produce un deterioro del sistema inmunitario que afecta fundamentalmente a la inmunidad celular, con la consecuente inmunosupresión. Además, el déficit de síntesis proteica altera las barreras mecánicas contra la infección, como la piel y las mucosas. Todo esto se ve agravado con la inmunosupresión que provocan la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, lo que ocasiona complicaciones infecciosas que, a veces, obligan a replanteamientos terapéuticos⁴⁴.

En el sistema digestivo, la desnutrición favorece la atrofia de vellosidades y puede alterar también la síntesis de enzimas digestivas, provocando malabsorción y contribuyendo a empeorar el estado nutricional de estos pacientes⁴⁵.

La disminución de la síntesis proteica contribuye a la alteración de los procesos de cicatrización de los tejidos sometidos a radioterapia o a cirugía, con el consiguiente aumento del riesgo de complicaciones, como la dehiscencia de sutura y las fístulas, e incremento también del riesgo de aparición de úlceras por presión⁴⁶.

La desnutrición disminuye la respuesta a la radioterapia y a la quimioterapia, además de ocasionar una menor tolerancia a dichos tratamientos y aumentar los efectos indeseables. Muchos de los fármacos quimioterápicos se unen a proteínas plasmáticas, y al estar estas disminuidas a causa de la desnutrición, se alteran las características farmacocinéticas de aquellos. Además, reducciones del metabolismo oxidativo y del filtrado glomerular pueden conducir a una disminución de la acción y a una mayor toxicidad de los citostáticos. Todo esto conduce a un aumento de la toxicidad, lo que muchas veces condiciona un retraso en la administración del tratamiento y/o una disminución de las dosis. Por otro lado, las variaciones en la masa libre de grasa también comportan un cambio considerable en el volumen de distribución de los fármacos citotóxicos⁴⁷.

En los pacientes desnutridos son frecuentes los cambios en el esquema de tratamiento radioterápico, tanto en la dosis total como en el fraccionamiento de la dosis diaria, y los retrasos o aplazamientos en su administración. Diversos estudios sugieren que el soporte nutricional durante el tratamiento radioterápico contribuye a frenar la pérdida de peso y disminuye la necesidad de hospitalización relacionada con la toxicidad al tratamiento, así como las interrupciones del mismo.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que evalúa factores físicos, psicológicos y sociales, los cuales

influyen en el bienestar de los pacientes. El bienestar físico está relacionado con la ausencia de sintomatología y las capacidades funcionales de la persona, y el psicológico y social con los aspectos emocionales y con las relaciones sociales. En los pacientes con cáncer, el estado de salud es un buen reflejo de la medida de la calidad de vida, la cual está ampliamente influida por aspectos nutricionales⁴⁸.

Se considera que entre el 20% y el 30% de la calidad de vida depende de la ingesta y del estado nutricional. Asimismo, algunos estudios han demostrado que la intervención nutricional puede contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, tanto si se encuentran en tratamiento con intención curativa como paliativa.

Hay muchos factores que afectan a la calidad de vida del paciente oncológico, como son la evolución de la enfermedad, la agresividad de los tratamientos y las complicaciones secundarias a estos, y que causan dolor, ansiedad, deterioro del estado general y desnutrición. La desnutrición asociada al cáncer, unida a la complejidad de interacciones entre citoquinas proinflamatorias y el metabolismo del huésped, puede evolucionar a caquexia cancerosa e influir aún más sobre la calidad de vida del paciente. Este puede presentar debilidad muscular, astenia, dificultad para la movilidad, cambios en los hábitos sociales, sintomatología depresiva, apatía y alteraciones en la imagen corporal^{49,50}.

3.3. Complicaciones pronósticas

El pronóstico de la enfermedad depende del tipo de tumor, del estadio de la enfermedad y del estado general del paciente, así como el estado nutricional y la pérdida de peso, debido a que repercute sobre el funcionamiento de los distintos órganos y aparatos que componen el cuerpo humano. De todos ellos, podemos intervenir en la pérdida de peso y en la desnutrición. La caquexia tumoral es la desnutrición máxima, y va a ser la responsable directa o indirecta de la muerte en casi un tercio de los pacientes con cáncer, dependiendo de la patología tumoral de base.

En la Conferencia Internacional para el Consenso de la Caquexia se ha definido la caquexia cancerosa como "un síndrome multifactorial caracterizado por una pérdida de masa grasa muscular esquelética (con o sin pérdida de masa grasa) que no puede ser completamente revertida con un soporte nutricional convencional y que lleva a un deterioro funcional progresivo. La fisiopatología se caracteriza por un balance proteico y energético negativo, debido a la combinación variable de ingesta reducida y un metabolismo alterado⁵¹.

La caquexia tumoral se clasifica en tres estadios: pre-caquexia, caquexia y caquexia refractaria. No todos los pacientes oncológicos progresan por todos los estadios; hasta la fecha, no existen biomarcadores que identifiquen aquellos pacientes que pueden progresar por todos ellos⁵².

La sarcopenia resultó ser un predictor independiente de una peor supervivencia libre de recidiva en el cáncer colorrectal metastásico. Suponiendo que la masa libre de grasa representa el volumen de distribución de muchos fármacos quimioterápicos citotóxicos, llegaron a la conclusión de que la sarcopenia es un predictor significativo de toxicidad y de tiempo hasta la progresión en pacientes con cáncer de

mama metastásico tratadas con capecitabina. Asimismo, las pacientes afectadas de cáncer de colon con una baja proporción de músculo esquelético en relación con su superficie corporal, tratadas con 5-fluorouracilo y leucovorina, presentaron mayor incidencia de toxicidad. En pacientes afectados de carcinoma de células renales metastásico tratados con sorafenib, un índice de masa corporal (IMC) < 25 kg/m² y masa muscular disminuida fue un predictor significativo de la toxicidad^{53,54}.

En España se realizó el estudio NUPAC con el objetivo de determinar la prevalencia de desnutrición en los pacientes con cáncer avanzado en nuestro país; dicho estudio concluye que existe una relación entre la pérdida de peso y el aumento de la morbimortalidad, y que la gravedad de la enfermedad y el grado de pérdida de peso están relacionados^{55,56}.

Diversos estudios longitudinales han demostrado un peor pronóstico para los pacientes oncológicos con pérdida de peso respecto a los pacientes con peso estable, que hay una correlación estadística positiva entre la albúmina sérica elevada y la supervivencia y que la pérdida de tejido adiposo como los niveles bajos de fosfolípidos en plasma se asociaron con una supervivencia dos veces más corta. La determinación de la pérdida de tejido adiposo puede ser un factor pronóstico muy útil y poco invasivo, aunque es probable que varios factores metabólicos trabajen para acelerar la pérdida de grasa en el cáncer, y se requieren más estudios para definirla y cuantificar estas alteraciones metabólicas.

El índice nutricional pronóstico fue un factor asociado de forma independiente con la supervivencia y con las complicaciones posquirúrgicas en pacientes con cáncer de esófago o gástrico.

La experiencia en pacientes con cáncer de pulmón metastásico ha demostrado que el uso del MNA (Mini Nutritional Assessment) tiene un poder predictivo y un pronóstico superior a la pérdida de peso del 5%⁵⁷.

Aunque la reducción de peso en estos pacientes se debe principalmente a la pérdida de tejido adiposo, la disminución de la masa muscular es el factor que incide de forma más importante en la morbimortalidad⁵⁸.

Las consecuencias de la desnutrición expuestas en los apartados anteriores, como son las alteraciones funcionales y el incremento de la mortalidad, el mayor número de consultas sanitarias, el aumento de las estancias hospitalarias, la prolongación de los tratamientos y la necesidad de tratamiento de las complicaciones quirúrgicas, así como de la toxicidad secundaria al tratamiento oncoespecífico, se traducen en un incremento de los costes sanitarios.

4. FARMACIA COMUNITARIA E INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

4.1. Diagnóstico de desnutrición

Para poder realizar una intervención nutricional adecuada que permita disminuir complicaciones, optimizar la respuesta al tratamiento, evitar la muerte precoz y, prin-

principalmente, mejorar la calidad de vida del paciente es imprescindible una detección precoz de la desnutrición. Es importante, identificar pacientes que estando normonutridos puedan presentar riesgo de desnutrición por los tratamientos, patologías,... para poder realizar actuaciones preventivas.

Existen muchos métodos de cribado nutricional (aproximadamente unos 70). Se utilizan métodos de cribado rápido que valoran diferentes medidas antropométricas, así como datos sobre hábitos alimentarios e incluso parámetros bioquímicos. Entre los métodos de cribado más utilizados destacan el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), el Nutrition Risk Screening (NRS-2002), el Mini Nutritional Assessment (MNA) y el Malnutrition Screening Tool (MST). La European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recomienda realizar el MUST para el paciente que vive en comunidad, el NRS-2002 para el paciente hospitalizado, y el MNA para ancianos^{59,60}.

El MUST no se considera adecuado en pacientes con cáncer por tener en ellos un valor predictivo positivo del 88% y un valor predictivo negativo del 38%. El NRS-2002, con alta sensibilidad y baja especificidad, no está validado para pacientes oncológicos, y el MNA presenta una buena sensibilidad y especificidad en ancianos, pero no está diseñado para pacientes oncológicos.

El parámetro más utilizado en los distintos cribados y que refleja la situación y evolución del estado nutricional del paciente oncológico de una manera sencilla es la pérdida involuntaria de peso, y es de fácil utilización en farmacia comunitaria. Una pérdida de peso importante se asocia con un aumento de la morbimortalidad.

Actualmente, una pérdida de peso superior al 5% en 6 meses en ausencia de inanición simple se considera criterio diagnóstico de caquexia cancerosa.

$$\frac{(\text{Peso habitual} - \text{Peso actual})}{\text{Peso habitual}} \times 100 = \text{Pérdida de peso (\%)}$$

En la valoración del estado nutricional se pueden utilizar distintos parámetros antropométricos (índice de masa corporal [IMC], pliegues, circunferencias, etc.), analíticos (albúmina, prealbúmina, colesterol, transferrina, etc.) y cuestionarios estructurados. Dichos parámetros deberían compararse con medidas previas del paciente. No obstante, en contadas ocasiones se dispone de dichas medidas, por lo que se deben tomar en el momento del diagnóstico para poder seguir su evolución. Hay que tener en cuenta que los valores bioquímicos pueden aparecer alterados por factores no nutricionales.

En los pacientes oncológicos se debe prestar atención a la aparición de síntomas que pueden tener gran repercusión sobre el estado nutricional, como anorexia, disfagia y diarrea, entre otros. La presencia de disfagia puede deberse al propio cáncer, a los efectos secundarios del tratamiento antineoplásico, al tratamiento quirúrgico o a complicaciones como infecciones por hongos o virus.

Actualmente disponemos de distintos métodos para su detección, como el Método de exploración clínica volumén-

cosidad (MECV-V), desarrollado por el Dr. Clavé, en el que mediante la administración de diferentes viscosidades y volúmenes se observan y registran parámetros como: presencia de tos antes, durante y después de la deglución; cambios en el timbre vocal; disminución de la saturación de oxígeno después de la deglución; número de degluciones por bolo; presencia de residuo en la cavidad oral y en la faringe y un inadecuado cierre labial.

Desde la farmacia comunitaria podemos utilizar herramientas para el cribado de la disfagia, como el EAT-10^{6,7}, disponible en la web del Nestlé Nutrition Institute o la observación de signos y síntomas característicos de la disfagia, un documento gráfico adaptado del MECV-V⁶¹.

4.2. Objetivos de la atención nutricional

La intervención nutricional en pacientes con cáncer ha sido ampliamente estudiada, tanto en distintas series de pacientes con misma patología, como en pacientes tratados con misma opción terapéutica, objetivándose que la intervención nutricional es necesaria en todos los estadios de la enfermedad neoplásica y con todas las estrategias terapéuticas. Un adecuado tratamiento nutricional contribuye al control de los síntomas relacionados con el cáncer (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis, etc.); reduce las complicaciones posquirúrgicas (fístulas, dehiscencia de sutura, entre otras) y la tasa de infección; contribuye a disminuir la estancia hospitalaria y los costes asociados; mejora la tolerancia al tratamiento, y aumenta la respuesta inmunológica en el huésped⁶². Incluso en algunos estudios, la intervención nutricional se ha asociado con una mejoría de la calidad de vida⁶³.

Los objetivos del soporte nutricional deben adecuarse a cada una de las etapas de la enfermedad⁶⁴. Estos son:

1. Prevenir o corregir la desnutrición, así como las complicaciones que de ella puedan derivarse.
2. Mejorar la tolerancia al tratamiento oncoespecífico y favorecer su eficacia al permitir que se lleve a cabo en el momento establecido y con la dosis y duración necesarias.
3. Disminuir la estancia hospitalaria.
4. Reducir los costes sanitarios asociados a la desnutrición.
5. Mejorar la calidad de vida.

En pacientes en cuidados paliativos, la intervención nutricional se enfoca primordialmente al control de los síntomas (náuseas, saciedad precoz, diarreas, etc.), al mantenimiento de un adecuado estado de hidratación, a preservar en todo lo posible el peso y la composición corporal, y sobre todo a mantener o mejorar la calidad de vida.

Cuando cualquier forma de soporte nutricional no proporciona bien alguno al enfermo ni ningún tipo de mejoría en su calidad de vida, se deberá plantear no instaurarlo o suprimirlo, siempre y cuando su retirada no sea interpretada por el enfermo como un abandono.

EAT-10: A Swallowing Screening Tool

Nestlé
Nutrition Institute

LAST NAME

FIRST NAME

SEX

AGE

DATE

OBJECTIVE:

EAT-10 helps to measure swallowing difficulties.

It may be important for you to talk with your physician about treatment options for symptoms.

A. INSTRUCTIONS:

Answer each question by writing the number of points in the boxes.

To what extent do you experience the following problems?

1 My swallowing problem has caused me to lose weight.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

6 Swallowing is painful.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

2 My swallowing problem interferes with my ability to go out for meals.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

7 The pleasure of eating is affected by my swallowing.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

3 Swallowing liquids takes extra effort.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

8 When I swallow food sticks in my throat.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

4 Swallowing solids takes extra effort.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

9 I cough when I eat.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

5 Swallowing pills takes extra effort.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

10 Swallowing is stressful.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

B. SCORING:

Add up the number of points and write your total score in the boxes.

Total Score (max. 40 points)

C. WHAT TO DO NEXT:

If the EAT-10 score is 3 or higher, you may have problems swallowing efficiently and safely. We recommend discussing the EAT-10 results with a physician.

Reference: The validity and reliability of EAT-10 has been determined.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

www.nestlenutrition-institute.org

Los *objetivos* pueden ser según el estado de la enfermedad:

1. *Curativos* (para erradicar la enfermedad), y aquí se buscará un control de los síntomas relacionados con el cáncer (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis, etc.), reducir las complicaciones posquirúrgicas (fístulas, dehiscencia de sutura, etc.), reducir la tasa de infección, disminuir la estancia hospitalaria, mejorar la tolerancia al tratamiento oncoespecífico y mejorar la calidad de vida.
2. *Paliativos* (no se puede erradicar la enfermedad), el objetivo fundamental va a ser mejorar la calidad de vida controlando los síntomas de la enfermedad, los relacionados con la ingesta de alimentos, retrasar la pérdida de autonomía y en lo posible adelantar el alta hospitalaria.

4.3. Factores psicológicos y sociales de la alimentación en pacientes oncológicos

La enfermedad oncológica es una patología grave que puede llevar a la muerte del paciente. La sociedad actual con una cultura de negación de la muerte, condiciona el alcance psicológico de su diagnóstico. Se altera la seguridad del paciente y su familia repercutiendo sobre su vida habitual. Es necesario tener presente los aspectos psicológicos y sociales que afectarán tanto al paciente como a su entorno social y familiar. Algunas de las reacciones más frecuentes tras el diagnóstico del cáncer son el miedo, la negación, la rabia, los sentimientos de culpabilidad, la ansiedad, el aislamiento, la dependencia y la tristeza. Algunos de estos sentimientos pueden interferir en la alimentación normal del individuo, mediante síntomas como por ejemplo la anorexia. En ocasiones puede aparecer depresión, que es diferente al sentimiento de tristeza y que puede tener mayor repercusión sobre el estado nutricional del individuo.

La alimentación no se limita a la ingesta de alimentos, es un acto social, cultural y personal. Contempla dimensiones tanto nutricionales como simbólicas, lo cual hace que este acto sea complejo. Una alimentación saludable no solo es aquella que contempla y contiene unos nutrientes y unas características de calidad y cantidad, sino, además, aquella que contiene unos ingredientes y preparaciones que tiene representaciones, simbolismos y valores, que hace sentir a los sujetos parte de un grupo social, que les nutre sus recuerdos, que les hace sentir alegres y compenetrados con sus seres queridos. En una sociedad, cada ocasión tiene su alimentación y cada alimento y preparación, sus simbolismos, estatus y valores. Ante una enfermedad que provoque alteraciones de la deglución el acto de comer que resulta placentero puede convertirse en un momento complicado y en ocasiones conflictivo en el seno familiar.

La anorexia no tiene el mismo significado ni tratamiento en función de su etiología y del objetivo del tratamiento específico (curar la enfermedad o paliar síntomas). En fases iniciales de la enfermedad, o en estados en que esta es curable, se debe prevenir y corregir la desnutrición. En la fase tardía y de cuidados paliativos, debe explicarse a la familia que la alimentación no es lo más importante, y que la ingesta debe dejarse a la voluntad del paciente, priorizando lo placentero, social y lúdico de las comidas frente a la prioridad fisiológica, evitando cualquier restricción dietética, salvo aquellas que supongan un problema de seguridad (atragantamiento...).

Los tratamientos oncológicos provocan cambios en la imagen corporal (pérdida de pelo, cirugías mutilantes, ostomías, pérdida de peso). Para cada paciente es diferente y no todas las personas se van a ver alteradas por igual, aunque se encuentren en situaciones muy similares. Sin embargo, la pérdida de peso es el cambio más alarmante para la familia, ya que suele relacionarse con empeoramiento del estado general y/o la enfermedad. La pérdida de peso derivada de la anorexia de causa emocional o secundaria a los tratamientos puede unirse a la provocada por la caquexia cancerosa. Esta es un síndrome multifactorial definido por una pérdida continuada de masa del músculo esquelético (con o sin pérdida de masa adiposa) que no puede ser revertida por completo con soporte nutricional convencional y que puede llevar a un deterioro funcional progresivo⁶⁵.

Este síndrome puede aparecer desde etapas muy tempranas de la enfermedad y tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, estresantes y temidas en la sociedad actual. Pocas enfermedades originan tantos problemas psicológicos. Esto es así porque en el cáncer se dan una serie de circunstancias que, por sí mismas, son generadoras de malestar psicológico: su cronicidad, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer⁶⁶.

Ante la cronicidad la persona tiene que "aprender" a convivir con la enfermedad, modificando sus esquemas habituales de funcionamiento y poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. El ser una enfermedad cuya etiología y evolución se desconoce trae consigo la incertidumbre como dato de realidad y será origen de la mayoría de las alteraciones emocionales que el enfermo de cáncer va a sentir. Los tratamientos habitualmente utilizados para el control del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea...) tienen unos efectos secundarios que no sólo afectan físicamente a la persona, sino también, y de forma muy importante, social y psicológicamente. A todo lo anterior se añade el significado social de la palabra cáncer. Si preguntamos a cualquier persona qué significa la palabra cáncer, la mayoría nos dirán que dolor, muerte, desfiguración, miedo, desesperanza, incertidumbre, incapacidad y alteración de la vida cotidiana. Lo que está en la base de todo ello es que el cáncer es percibido como una enfermedad dolorosa, insidiosa, que puede deteriorar a la persona y conducirla a la muerte. Tiene el peso de ser un estigma social.

A esto hay que sumar una serie de repercusiones económicas que aparecen en muchas ocasiones debidas a la afectación de la formación y de la situación laboral, ya que en una situación de incapacidad laboral puede llevar a:

- Disminución de ingresos derivada de la baja laboral, pérdidas de incentivos o complementos asociados al contrato.
- Aumento de los gastos debidos a las nuevas necesidades que deben ser cubiertas: como la supresión de barreras arquitectónicas, cambios de domicilio, dietas, transporte, etc.

- Disminución de los ingresos de otros miembros de la familia que deben modificar o abandonar su trabajo para cuidar a la persona enferma.
- Déficits económicos graves derivados de un peregrinaje en busca de tratamientos alternativos.
- Problemas de cobertura sanitaria, medicinas o pensiones y/o prestaciones en caso de población inmigrante.
- No renovación del contrato laboral temporal al conocerse la enfermedad.
- La debilidad, el cansancio o el agotamiento del enfermo (sea por el tratamiento o por el estado anímico) no favorece mantener el ritmo y las exigencias del mundo laboral normalizado.

La pérdida de poder adquisitivo se ha relacionado con cambios en los alimentos consumidos, no solo en pacientes oncológicos, sino en otros grupos de riesgo como son ancianos, situación de pobreza, ... Se ha observado una disminución en la cantidad y la calidad de la alimentación en estos grupos. A esto se une la gran oferta de platos ya preparados a precios bajos que están suplantando las comidas tradicionales manufacturadas y que tienen una gran cantidad de grasas saturadas y aditivos, con un aporte calórico excesivo.

Aun así, una alimentación sana y equilibrada no tiene por qué ser una traba económica. En el Decálogo de Consenso de Cádiz⁶⁷, de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la ONG Nutrición Sin Fronteras (NSF) elaborado en 2014 se afirma en su punto 9 que «la Dieta Mediterránea tradicional es compatible con los tiempos de crisis, pues sus ingredientes y platos principales se pueden elaborar con presupuestos muy ajustados». Tal y como dicta el punto 10 del mismo decálogo, «es necesario asesorar y formar a las familias en situación de pobreza, o con escasos recursos, en conocimientos y habilidades, para que adquieran autonomía y capacitación en la elaboración de menús y recetas tradicionales de acuerdo con el presupuesto familiar disponible».

Las repercusiones sociales y psicológicas del cáncer afectan a la alimentación del paciente, por lo que no se puede olvidar que la atención debe ser integral. Por eso, la farmacia comunitaria puede ser un lugar más desde el cual detectar signos que indiquen que el paciente requiere atención por parte de profesionales de trabajo social o de psicooncología (Figura 21).

JUNTOS CONTRA EL CÁNCER



Figura 21

4.4. Recomendaciones dietéticas

Una buena alimentación es esencial para prevenir o revertir la desnutrición. El consejo dietético es el primer paso en la atención nutricional del paciente con cáncer. Aun cuando los suplementos nutricionales o la nutrición artificial estén indicados, las medidas dietéticas no deben obviarse. Incluso cuando no exista sintomatología que interfiera en la ingesta, el consejo dietético debe estar presente. Su objetivo será el de asegurar una dieta saludable, extremar las medidas higiénicas y facilitar la digestión⁶⁸.

Se recomienda fraccionar la dieta en un mínimo de 4 comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Un vaso de leche o un yogur antes de acostarse, si se toleran bien, pueden ayudar a lograr mayor aporte calórico y proteico.

Comidas con poca grasa: al vapor, hervidos, al horno, en el microondas, al papillote, guisos suaves o a la plancha.

Limitar el consumo de grasas de origen animal: eligiendo de segundo plato preferentemente pescado (azul 2-3 veces por semana, siempre que sea bien tolerado), carnes magras o blancas (pollo, ternera magra, lomo de cerdo o conejo) pueden consumirse con mayor frecuencia que las carnes más grasas y consumir los lácteos desnatados (2-3 raciones diarias).

Consumir legumbres de 2 a 3 veces por semana. Pueden triturarse para facilitar su digestión.

Asegurar de 2 a 3 piezas de fruta al día.

Consumir alimentos frescos respetando la estacionalidad de los mismos. Si los vegetales crudos (frutas, verduras y hortalizas) sientan mal, puede recomendarse su ingesta en forma licuada.

Sustituir los alimentos que sientan mal por otros del mismo grupo de alimentos. Por ejemplo, si la leche es mal tolerada, probar tolerancia al yogur o a la leche sin lactosa.

Beber de 6 a 8 vasos de líquido al día (agua, infusiones, caldos, zumos).

Las medidas higiénicas recomendadas son a 3 niveles:

1. Manipulación alimentaria:

- Lavarse bien las manos antes de cocinar y comer
- Lavar las frutas y verduras antes de pelarlas
- Guardar los alimentos en la nevera bien tapados

2. Extremar precauciones contra infecciones alimentarias:

- Huevo, carne o pescado crudos
- Marisco cocinado al vapor
- Lácteos no pasteurizados ni uperizados

3. Higiene oral: lavarse los dientes con un cepillo suave y enjuagar bien la boca

Los días de tratamiento con quimioterapia o radioterapia suelen despertar dudas en torno a la alimentación. No se

debe ir en ayunas al tratamiento, a menos que el médico lo haya indicado. Las comidas deben realizarse en ambiente tranquilo, comiendo despacio y masticando bien los alimentos. Deben limitarse las bebidas excitantes como café, té, cola y similares.

A. RECOMENDACIONES ANTE ALTERACIONES DE INGESTA

Los diferentes tratamientos empleados en el cáncer (quimioterapia y radioterapia), por sí solos o combinados, pueden dar lugar a una serie de síntomas como: pérdida del apetito, náuseas y vómitos, dificultades para tragar (disfagia), alteración de los sabores (disgeusia), inflamación de la mucosa de la boca (mucositis oral), sequedad de boca (xerostomía), etc., que dificultan en gran medida la alimentación.

Anorexia (falta de apetito)⁶⁹

Ante esta situación se recomienda:

- Aprovechar el momento del día en que se tenga más apetito para tomar alimentos con alto contenido en energía y proteínas.
- Evitar saltarse comidas. Es importante realizar comidas frecuentes y de poco volumen (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y colación antes de acostarse).
- Tomar un vaso pequeño de zumo de cítricos antes de las comidas. Es importante evitar el zumo de pomelo por las numerosas interacciones fármaco-nutriente que presenta.
- Caminar antes de las comidas puede estimular el apetito.
- Preparar un plato único donde estén representados el primer y el segundo plato. Siempre deberán estar presentes verduras, farináceos y proteínas de alto valor biológico (carne, pescado, lácteos o huevos).
- Propiciar la compañía durante las comidas. Cuando se coma solo, escuchar la radio o ver la televisión.
- Llevar siempre a mano tentempiés, para tomarlos entre horas: frutos secos, galletas, batidos.
- Beber líquidos a pequeños sorbos a lo largo del día. Es mejor beberlos fuera de las comidas.
- Si el paciente se despierta durante la noche, aprovechar para tomar líquidos que aporten energía y proteínas: leche, yogur líquido o batidos.
- Preparar los platos de forma variada y apetecible buscando diferentes texturas y colores. Adornarlos con limón, perejil, tomate, menta, zanahoria...
- Cuando la carne o el pescado sean rechazados, sustituirlos por huevos o lácteos.
- Tener comidas preparadas en la nevera y el congelador en porciones individuales.
- Enriquecer las comidas con alimentos que aporten gran cantidad de calorías.

Alteraciones del gusto y del olfato^{70,71}

Puede verse alterado por pérdida del gusto (*hipogeusia*):

- Condimentar (preferentemente durante la preparación) los alimentos con hierbas y especias durante su preparación con el fin de aumentar su sabor y aroma. Utilizar potenciadores del sabor como el aceite de oliva o la salsa de soja.
- Tomar los alimentos con salsas o caldos para potenciar su sabor.
- Evitar ingerir los alimentos muy fríos o muy calientes.
- Adobar la carne y el pescado.
- Elegir sabores fuertes como el queso curado o el jamón.
- Suprimir el tabaco y el alcohol, ya que resecan la boca y es más difícil apreciar el sabor.

O por alteraciones del mismo (*disgeusia*), recomendando entonces:

- Evitar los alimentos que aumenten el sabor metálico según tolerancia individual.
- Si se percibe sabor metálico, utilizar cubiertos de plástico para comer y utensilios de madera o barro para cocinar.
- Probar platos con contrastes de sabores: dulce y salado, agrio y dulce...
- Añadir unas gotas de limón o de sirope de frutas si encuentra un sabor desagradable al agua.
- Si no se toleran las carnes rojas, sustituirlas por pollo o pavo, conejo, huevos, queso, tofu, legumbres y cereales.
- Tomar preferiblemente alimentos fríos o a temperatura ambiente: cremas, batidos, ensaladas de arroz o pasta.
- Evitar el sabor amargo (café, té, chocolate), el metálico (edulcorantes artificiales) y alimentos con sabores y olores muy intensos.
- Tomar fruta ácida (naranja, kiwi, mandarina, fresa, limón) para ayudar a que desaparezca el sabor metálico.

Ante las alteraciones del *olfato* puede aliviar:

- Ventilar la habitación antes de comer.
- Emplear cocciones que no desprendan mucho olor, como hervidos, al papillote o en el microondas.
- Comer los alimentos templados o más bien fríos para evitar que desprendan olor y disminuir su sabor.
- Evitar cocinar alimentos muy olorosos (coles, espárragos, ciertos pescados).
- La carne y el pescado hervidos desprenden menos olor que cocinados a la plancha, parrilla, horno.
- Cocinar con condimentos suaves, como la albahaca, la menta, el orégano, el romero, el tomillo, el laurel, el hinojo.

Ante los vómitos y náuseas producidos por los tratamientos o por el propio tumor se recomienda⁷²:

- Comer despacio y masticar bien los alimentos.
- Realizar comidas frecuentes y de poco volumen.
- Los alimentos secos se toleran mejor: bocadillos, palitos de pan, galletas, tostadas.
- Preparar un plato único donde estén representados el primer y el segundo plato. Siempre deberán estar presentes verduras, farináceos y proteínas de alto valor biológico (carne, pescado, lácteos o huevos).
- Elegir alimentos con bajo contenido en grasas: carnes blancas, embutidos magros, pescado blanco, lácteos desnatados o quesos con bajo contenido en grasa.
- Escoger platos y cocciones que requieran poca grasa para su elaboración (horno, plancha, hervido, papillote).
- Evitar los alimentos fritos, muy dulces o muy condimentados.
- Son mejor tolerados los alimentos templados o a temperatura ambiente, que los muy fríos o muy calientes.
- Las frutas y verduras cocidas son mejor toleradas que las crudas.
- Tomar los líquidos o bebidas entre comidas (agua, infusiones, gelatinas). Las bebidas carbonatadas, tomadas a pequeños sorbos, facilitan la digestión (p. ej., bebidas de cola, gaseosa, agua con gas).
- Cocinar con especias y hierbas suaves como la canela, la menta, el tomillo, la albahaca, el laurel o el jengibre.
- Mantener el ambiente fresco, bien ventilado y libre de olores.
- Reposar incorporado después de las comidas. No acostarse de inmediato.
- Usar ropa holgada, que no oprima ni la cintura ni el abdomen.
- Mantener la higiene bucal, lavarse los dientes o hacer enjuagues bucales después de cada vómito.

Si hay *diarrea* se recomienda:

- Realizar comidas frecuentes y de poco volumen.
- Suprimir los alimentos con alto contenido de fibra insoluble.
- Evitar la ingesta de los alimentos a temperaturas extremas (demasiado calientes o frías).
- Retirar el azúcar (moderar el consumo de azúcar) y grandes cantidades de edulcorantes.
- Suprimir especias e irritantes.
- Suprimir la leche y sus derivados. Propuesta: cambiar leche por yogur desnatado o por leche sin lactosa desnatada.

- Hidratar adecuadamente.

En caso de *estreñimiento*:

- Incrementar el aporte de fibra en los alimentos.
- Ingerir líquidos abundantes y asegurar un adecuado estado de hidratación.
- En lo posible, incrementar la actividad física.

En caso de *mucositis*:

- Antes de las comidas, dejar en la boca agua muy fría o hielo picado para adormecer el dolor y poder ingerir mejor.
- Los alimentos tibios o fríos son mejor aceptados que los calientes.
- Tomar líquidos frecuentemente: agua, infusiones, caldo, polos, gelatinas. Evitar las bebidas con gas y las bebidas alcohólicas.
- Evitar los alimentos ácidos (tomate, pimiento, limón, kiwi, fresa, naranja) y los alimentos secos y fibrosos (frutos secos, galletas, carnes a la plancha).
- Escoger alimentos blandos y caldosos: guisos, sopas, salsas, entre otros.
- Añadir salsas o cremas suaves (bechamel, crema de patata, aceite de oliva, caldo) a las carnes y pescados.
- Los alimentos triturados o licuados se ingieren con mayor facilidad.

Si *xerostomía*:

- Tomar líquidos frecuentemente: té, zumos sin azúcar, bebidas carbonatadas.
- Tomar alimentos blandos (arroz, verduras cocidas, pescado blanco, frutas maduras) preparados con un poco de salsa o caldo.
- Evitar los alimentos secos y fibrosos (frutos secos, galletas, carnes a la plancha) y los pegajosos (caramelos blandos, pan de molde).
- Evitar alimentos aceitosos y pastosos (fritos, croquetas).
- Triturar y/o licuar los alimentos.
- Tener siempre a mano una botella pequeña de agua para humedecer la boca cuando esté seca.
- Mantener una buena higiene bucal porque la producción de saliva insuficiente facilita la aparición de caries: enjuagarse a menudo la boca con líquido abundante y elixir bucal.
- En caso de que las glándulas salivales conserven su funcionalidad o no hayan sido retiradas por cirugía, las recomendaciones para estimular la secreción de saliva resultarán útiles.

En la *disfagia a sólidos*:

- Hacer comidas frecuentes de poco volumen.
- Comidas sean completas. Es muy útil preparar un plato único donde estén representados el primer y el segundo plato. Siempre deberán estar presentes verduras, farináceos y proteínas de alto valor biológico (carne, pescado, lácteos o huevos).
- Tomar alimentos blandos como purés, cremas, helados, yogur, batidos, natillas, flan, fruta cocida.
- Añadir caldo, salsas suaves o leche a los alimentos para conseguir una consistencia más blanda y suave y facilitar la deglución.
- Los alimentos deben tomarse fríos o templados. Es mejor dejar enfriar ligeramente los platos calientes (sopas, caldos, purés).
- Variar al máximo en alimentos, colores y sabores en una misma comida de manera que sea más apetitosa.
- En caso de que los requerimientos nutricionales no se cubran con la alimentación tradicional, se pueden utilizar preparados comerciales de alimentación básica adaptada.

Ante la *disfagia a líquidos* puede ser útil:

- Todos los líquidos (agua, leche, infusiones, caldo) deben tomarse espesados. Recordar que los medicamentos que deban tomarse con agua, se deben tomar con agua con espesante.
- Asegurar una correcta hidratación (1-1,5 litros de agua), que puede ingerirse espesada o mediante aguas gelificadas.
- Las gelatinas no son aptas para la mayoría de pacientes con disfagia a líquidos pues la gelatina a temperatura ambiente pierde su consistencia y se vuelve líquida.
- Hacer comidas frecuentes y de poco volumen (de 5 a 6 comidas al día).
- Se pueden utilizar productos naturales para espesar la leche (Maicena, cereales en polvo), los zumos (Maicena), los caldos (tapioca, puré de patatas...) o las cremas (patata, tapioca, Maicena, etc.); así como espesantes comerciales.
- Evitar los alimentos de riesgo de atragantamiento.

A estas recomendaciones hay que añadir que la comida debe realizarse en un ambiente tranquilo, sin prisas ni distracciones. En posiciones correctas, evitando hablar, ver la televisión. Preferiblemente sentado con los pies apoyados en el suelo, dando preferencia a primeras horas del día a comidas más copiosas y más ligeras por la noche.

B. SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES

Los requerimientos nutricionales generales del paciente oncológico estable no difieren mucho de los de la población general a igualdad de sexo, edad y situación. Pero se dan muchas ocasiones en que las necesidades nutricionales serán diferentes y específicas de cada paciente en función del

tratamiento y del estado del paciente. En estos casos será imprescindible realizar una intervención nutricional.

La alimentación tradicional, cuando sea posible, es la elección ideal para alimentarse, siempre y cuando aporte todos los nutrientes necesarios en cantidades adecuadas para mantener un buen estado nutritivo.

El consejo dietético es el primer paso de la intervención nutricional y puede ser suficiente cuando el paciente es capaz de cubrir al menos el 75% de los requerimientos nutricionales y no se prevea una disminución de la ingesta o vaya a instaurarse un tratamiento de riesgo nutricional en los próximos días. Los consejos dietéticos irán encaminados a disminuir, atenuar o controlar los síntomas o efectos derivados del tumor o del propio tratamiento, como son la anorexia, diarrea, estreñimiento, disfagia o mucositis.

En caso de disfagia, si con la adaptación de la textura de la dieta no se logra cubrir los requerimientos nutricionales, se pasará al siguiente escalón, en el que se encuentra la alimentación de texturas modificadas. La alimentación de texturas modificadas es aquella alimentación que se modifica para hacerla apta a diferentes condiciones clínicas, lo que permite, además de nutrir, mantener el placer de comer y facilitar la ingesta en personas que tienen dificultad para hacerlo. Comprende: dietas trituradas de alto valor nutricional, modificadores de textura y productos de textura modificada.

Con la modificación de texturas de los alimentos tradicionales (triturados) se busca conseguir una textura suave y homogénea (sin restos de espinas, huesecillos, pieles o hebras) adaptada a las características del paciente y que constituya una dieta variada, equilibrada y suficiente.

A pesar de estas ventajas, algunos alimentos son de difícil trituración, además el preparado puede presentar una menor densidad nutritiva: la cantidad de nutrientes queda diluida al adicionar caldo para conseguir la textura adecuada y las características organolépticas pueden ser poco agradables: sabor, olor o aspecto.

Hoy en día podemos encontrar en la farmacia comunitaria numerosos preparados de alimentación de texturas modificadas elaborados por la industria a base de hortalizas, legumbres, carnes, pescados o huevos, modificados en textura y sabor y diseñados especialmente para adultos con dificultades de masticación y/o deglución.

Son de fácil preparación, valor nutricional determinado y mantienen el aspecto de la alimentación casera. Habitualmente presentan un elevado contenido proteico, son bajos en sodio, grasas saturadas y colesterol y constituyen una opción ideal para comidas y cenas.

También existen preparados de cereales y fruta para desayunos y meriendas. No debemos olvidar la importancia de cuidar la presentación para conservar el aspecto de «plato hecho en casa», contribuyendo a que resulte apetecible para el paciente. Los productos de alimentación de texturas modificadas (alimentación básica adaptada) pueden alternarse y mezclarse con los platos caseros para enriquecerlos y hacerlos más atractivos.

Con los modificadores de textura se busca conseguir una deglución eficaz (previniendo la desnutrición y la deshidratación) y segura (disminuyendo el riesgo de neumonías por aspiración) en aquellos pacientes que presentan disfagia para líquidos, así como facilitar la administración de fármacos. La modificación de la textura a una de mayor viscosidad se puede realizar mediante alimentos tradicionales o con preparados comerciales.

Los espesantes comerciales son preparados compuestos principalmente de almidones modificados y maltodextrinas, aunque también contienen en algunos casos gomas, vitaminas y minerales. Con la adición de más o menos cantidad de espesante a diferentes líquidos obtendremos una textura más o menos viscosa.

Muchos de los espesantes son financiados por el Sistema Nacional de Salud y se dispensan en farmacia comunitaria, por lo que es indispensable que el farmacéutico comunitario esté formado para informar al paciente o cuidador sobre el uso correcto de los mismos. A la hora de utilizar un espesante se buscará conseguir la textura más adecuada para cada paciente, adicionando la cantidad de espesante en un volumen determinado de líquido siguiendo las instrucciones del fabricante. El espesante ideal será aquel que mantenga la consistencia adecuada en el tiempo y no altere el sabor de alimentos y bebidas, y haya demostrado en estudios clínicos su eficacia y seguridad.

En la dispensación del producto, el farmacéutico comunitario debe comprobar que el paciente y/o el cuidador saben cómo utilizar el espesante y recordar los puntos clave:

- La cantidad de polvo espesante que hay que adicionar a un volumen determinado de líquido para alcanzar la viscosidad deseada (viene especificado a modo orientativo en el embalaje del producto).
- El espesante se debe mezclar con el líquido con la ayuda de una coctelera, una batidora o un tenedor y se debe dejar reposar. El líquido al que se le ha añadido el espesante tarda cierto tiempo en alcanzar la textura deseada. No se debe adicionar más polvo mientras está espesando.
- Los líquidos espesan mejor a temperatura ambiente. Los alimentos espesados pueden calentarse, enfriarse o congelarse sin cambiar su textura.
- El agua puede adquirir un gusto diferente al añadir espesante. Se pueden emplear aguas saborizadas o limonadas caseras (agua con zumo de limón y endulzada) para mejorar su sabor. Existen en el mercado espesantes saborizados que constituyen una muy buena opción para adicionar al agua natural.
- Se pueden espesar todo tipo de líquidos siempre y cuando la patología del paciente lo permita (agua, caldos, purés, leche, vino, refrescos, etc.).
- Las bebidas carbonatadas también pueden espesarse.

Los enriquecedores de la dieta son alimentos o bien módulos de macro y/o micronutrientes, que al ser añadidos a los alimentos caseros mejoran las características nutricionales de estos últimos. De forma general, se pueden adicionar a lí-

quidos y purés, tanto en frío como en caliente, y no suelen alterar demasiado ni el color, ni la textura ni el sabor del alimento al que se añaden. Entre los módulos comerciales se pueden incluir aquellos a base de proteína completa, aminoácidos, hidratos de carbono, fibra o grasas que pueden incluir vitaminas, minerales y oligoelementos.

Suplementos nutricionales

Los suplementos nutricionales son fórmulas químicamente definidas, diseñadas para complementar los alimentos de consumo ordinario cuando estos, por sí solos, son insuficientes para cubrir las necesidades de un paciente. Pueden ser fórmulas completas o no (en función de que aporten o no todos los nutrientes necesarios para servir como única fuente de nutrientes), y no son necesariamente equilibradas⁷³.

El objetivo de la suplementación oral es aumentar la ingesta total de nutrientes, mantener y/o recuperar el estado nutricional, mantener y/o mejorar la capacidad funcional, mantener y/o mejorar la calidad de vida y reducir la morbimortalidad.

Están indicados cuando el paciente, a pesar de los consejos dietéticos, solo es capaz de ingerir entre el 75% y el 50% de sus requerimientos durante más de 5 días seguidos.

Los beneficios de la suplementación nutricional oral están bien demostrados, a nivel del estado nutricional se ha observado que el uso de suplementos nutricionales orales frente al cuidado estándar incrementa significativamente el peso (diferencia media de peso +1,48 [intervalo de confianza (IC) al 95%: 0,74-2,22, $p = 0,0001$]) en pacientes que viven en la comunidad y con diferentes enfermedades crónicas (cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad hepática)⁷⁴.

La intervención nutricional (consejo dietético + suplementación nutricional oral) ha demostrado mejorar la ingesta de nutrientes y el estado nutricional durante el tratamiento radioterápico en pacientes con cáncer esofágico o de cabeza y cuello en diferentes estadios⁷⁵.

En cuanto a la calidad de vida se ha observado una reducción significativamente menor de la calidad de vida, así



Figura 22

como una recuperación significativamente más rápida de esta⁷⁶.

Los suplementos nutricionales complementan la dieta habitual, pero no deben sustituirla. Desde la farmacia comunitaria podemos dar recomendaciones sobre su ingesta y consejos de cómo y cuándo tomarlos. También es importante recordar las condiciones de conservación, consiguiendo una optimización de la suplementación nutricional⁷⁷.

C. NUTRICIÓN ENTERAL

La nutrición enteral (NE) consiste en la administración de fórmulas nutricionales químicamente definidas por vía digestiva, con el fin de evitar o corregir la desnutrición de los pacientes. Indicada en pacientes que son incapaces de ingerir las cantidades adecuadas de nutrientes para cubrir sus requerimientos nutricionales (< 50% requerimientos nutricionales) y con tracto gastrointestinal funcional⁷⁸.

La tendencia actual a que las estancias hospitalarias se acorten hace que cada día sea más habitual la nutrición enteral a domicilio (NED) para pacientes que precisen de soporte nutricional y no requieran hospitalización. La NED está plenamente justificada, pues mejora la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar y representa un importante ahorro para el sistema sanitario teniendo en cuenta el elevado coste de una cama hospitalaria y de las comorbilidades asociadas a la desnutrición⁷⁹.

La elección de la vía de administración de la fórmula debe ser cuidadosamente planificada y depende de la estrategia de soporte nutricional planificado a nivel individual, esta estrategia depende del estado nutricional y la edad del paciente además del diagnóstico de la enfermedad de base, siendo este el factor más importante en la valoración. Se debe valorar la repercusión de la sintomatología en el balance energético proteico y las implicaciones metabólicas de su enfermedad de base.

Cuando se decide la instauración de una nutrición enteral deben quedar bien determinados los objetivos de la misma (Figura 23):

- Cuando se considere que la nutrición enteral va a ser de corta duración la elección es la sonda nasogástrica y si la tolerancia gástrica esta disminuida se debe instaurar una sonda transpilórica que puede ser naso-duodenal o nasoyeyunal.
- Si el programa se prevé prolongado o no habiéndose previsto que se prolongara (más de 46 semanas), se debe instaurar un sistema de larga duración es decir una gastrostomía, en nuestro medio el método de instauración más utilizado es el endoscópico percutáneo (gastrostomía endoscópica percutánea-GEP).
- La instauración quirúrgica de gastrostomía (técnica de Stamm) se realiza cuando es necesario realizar un tratamiento quirúrgico del TGI: atresia o estenosis esofágica, funduplicatura etc. En ocasiones es necesario utilizar kits de gastrostomía que permiten la colocación transpilórica (YPEG).
- La yeyunostomía siempre es de instauración quirúrgica. Está indicada en situaciones en que no es posible la utilización gástrica durante un tiempo prolongado.

El producto se administrará a temperatura ambiente, nunca frío de la nevera. Durante la administración del producto y entre 30-60 minutos después de la toma se debe mantener al paciente incorporado un mínimo de 30-45°. Ante cualquier procedimiento que suponga la colocación del paciente en decúbito, se debe interrumpir la administración de nutrición un mínimo de 15 minutos antes.

Después de cada toma de nutrición, se debe limpiar la sonda con al menos de 50 ml de agua. En caso de nutrición enteral continua, se debe limpiar la sonda con 50-100 ml de agua cada 6 horas.

Si el paciente no utiliza todo el producto de un envase, lo debe guardar en la nevera un máximo de 24 horas. Posteriormente debe desecharlo. Se aconseja apuntar en el envase el día y la hora de apertura.

Es importante comprobar que se está administrando la cantidad de agua diaria pautada por el médico o el dietista-nutricionista.

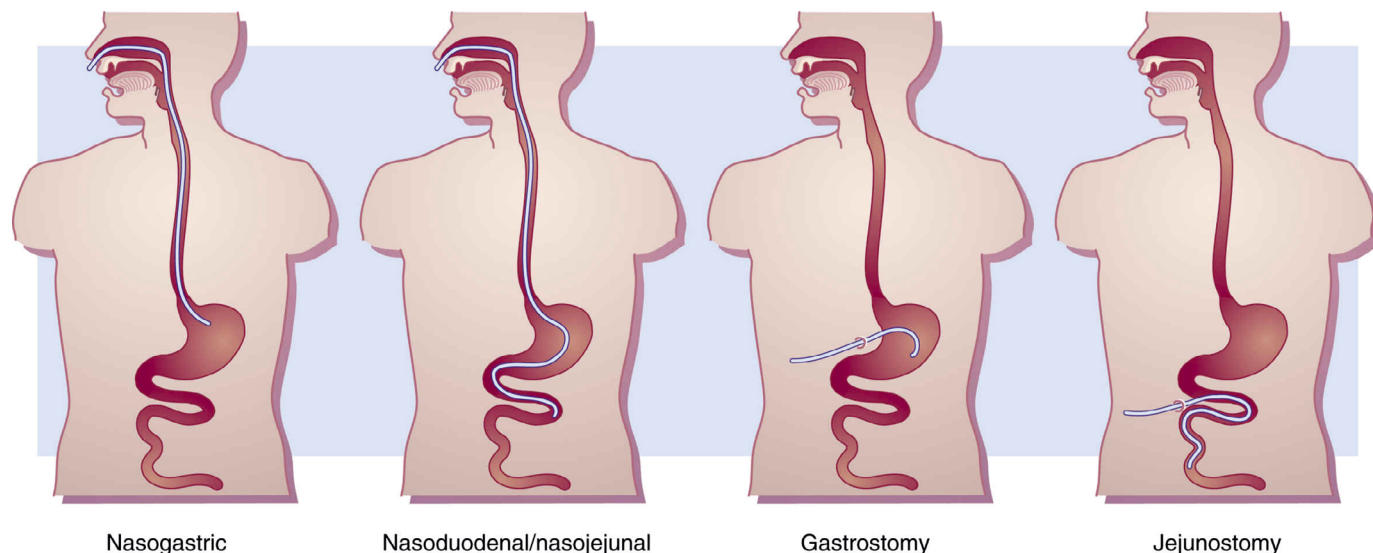


Figura 23

No se deben administrar alimentos por sonda, aunque sean triturados. Los alimentos naturales contienen ácidos que pueden dañar el material de la sonda. En algunas ocasiones, si el médico o el dietista-nutricionista lo autoriza, se pueden administrar yogures líquidos o infusiones.

Aunque el paciente reciba únicamente nutrición por sonda, es importante que cuide la limpieza de la boca. Por ello, se debe cepillar los dientes y la lengua con pasta de dientes, como mínimo dos veces al día (por la mañana y por la noche), intentando no tragar el agua. Se recomienda, si es posible, hacer enjuagues con agua o con una solución antiséptica (elixir) para refrescar la boca y el aliento. En caso de xerostomía, se puede humedecer la boca varias veces al día con una gasa empapada en agua.

En el caso de gastro o yeyunostomías, se debe comprobar diariamente que la zona que hay alrededor del orificio o estoma no está enrojecida, inflamada o dolorida. Si se da una de estas situaciones, el paciente debe contactar con su médico. Durante los primeros 15 días después de la colocación se recomienda limpiar toda la zona con una gasa estéril, agua y jabón, haciendo movimientos en círculo desde la sonda hacia fuera sin apretar. Posteriormente secar toda la zona y aplicar antiséptico (povidona yodada). A partir de la tercera semana lavar la zona solo con agua tibia y jabón y secarla bien después. Evitar tapar el orificio con un apósito para evitar maceraciones.

5. CONCLUSIONES

La alimentación es el acto voluntario y consciente de la elección, preparación e ingestión de alimentos, la nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos, es decir la digestión y absorción de los alimentos. Es por tanto un acto involuntario, no educable e inconsciente.

El estado nutricional de los pacientes de cáncer puede variar en el momento del cuadro clínico inicial y a lo largo del continuo de atención del cáncer.

La pérdida de masa corporal magra (sarcopenia) en los pacientes de cáncer es un factor de riesgo independiente.

La colaboración entre profesionales de la salud es hoy en día un elemento imprescindible para garantizar y mejorar la atención de los pacientes, que van a pasar por distintos niveles asistenciales, por lo que se requiere una homogenización en los mensajes, instrucciones y pautas para garantizar la adherencia a su tratamiento. Los problemas nutricionales y la desnutrición son dos de esos factores que influyen decisivamente en el pronóstico, tratamiento y calidad de vida de las personas con cáncer.

El farmacéutico comunitario, en colaboración con el oncólogo y el resto del equipo de salud, puede desempeñar un papel muy activo para detectar este tipo de problemas, ya que es el punto sanitario más cercano a los pacientes, al que con más asiduidad acuden cuando no están hospitalizados y donde también existe un contacto habitual con sus fami-

liares, a los que se puede ofrecer un soporte y un asesoramiento de gran ayuda para facilitar la detección precoz del riesgo de desnutrición, ofrecer recomendaciones prácticas en materia de prevención y promoción de la salud, minimizar los efectos indeseados de la medicación en la nutrición de los pacientes y, en definitiva, ofrecer la mejor atención sanitaria posible por parte del conjunto de profesionales sanitarios que intervienen en el cuidado del paciente durante su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henley SJ, Singh S, King J, Wilson R, Ryerson B; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Invasive cancer incidence - United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Mar 28; 63(12): 253-9.
2. Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, Lorusso V, Saracino V, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Onco-target.* 2017 Aug 10; 8(45): 79884-79896.
3. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp.* 2011; 26(4): 701-10.
4. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition.* 1999; 15: 458-64. © 2015 State of Queensland (Queensland Health) © Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual. ©.
5. Willet W. Alimentación y cancer. [En internet: 28/12/17]. www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/dieta.
6. Tuca A, Jimenez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2013; 88(3): 625-36.
7. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer.* 2000; 8(3): 175-9.
8. Nipp RD, El-Jawahri A, Moran SM, D'Arpino SM, Johnson PC, et al. The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer. *Cancer.* 2017 Dec 1; 123(23): 4720-4727.
9. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazabeitia L, Carulla J, De Las Peñas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr.* 2005; 24(5): 801-14.
10. Fernández M, Saenz C, de Sás M, Alonso S, et al. Malnutrition in patients with cancer; four years experience. *Nutr Hosp.* 2013 Mar-Apr; 28(2): 372-81.

11. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer*. 2000; 8(3): 175-9.
12. Ramírez C, Camblor M, García P. Nutrición y cáncer. En: Gil A, editor. *Tratado de Nutrición*. Tomo IV. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
13. Álvarez-Hernández J, Planas M, Araujo K, Celaya Pérez S, León Sanz M, García de Lorenzo, et al. Prevalencia de desnutrición hospitalaria en pacientes oncológicos: subanálisis del estudio PREDyCES®. Comunicación presentada al XXVI Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Girona, 24-27 de mayo de 2011.
14. Fernández I, Santana S. Costs analysis system; its location within a program for food, nutrition and metabolic intervention. *Nutr Hosp*. 2015 Jun 1; 31(6): 2711-26.
15. Fort E, Arribas L, Bleda C, Muñoz C, et al. Interacción entre tratamientos oncológicos y soporte nutricional. *Nutr Hosp*. 2016 Jun 3; 33(Suppl 1): 179.
16. Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, Lorusso V, Saracino V, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*. 2017 Aug 10; 8(45): 79884-79896.
17. Krug S, Michl P. Metabolic disorders as paraneoplastic syndromes. *Internist (Berl)*. 2017 Nov 27.
18. Mudryj AN, Yu N, Aukema HM. Nutritional and health benefits of pulses. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2014 Nov; 39(11): 1197-204.
19. Poulsen GM, Pedersen LL, Østerlind K, Bæksgaard L, Andersen JR. Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients. *Clin Nutr*. 2014 Oct; 33(5): 749-53.
20. Takenaka Y, Takemoto N, Nakahara S, Yamamoto Y, Yasui T, Hanamoto A, et al. Prognostic significance of body mass index before treatment for head and neck cancer. *Head Neck*. 2015 Oct; 37(10): 1518-23.
21. Zemanova M, Novak F, Vitek P, Pazdro A, Smejkal M, Pazdrova G, et al. Outcomes of patients with oesophageal cancer treated with preoperative chemoradiotherapy, followed by tumor resection: influence of nutritional factors. *J BUON*. 2012; 17(2): 310-6.
22. Jordan T, Mastnak D, Palamar N, Kozjek N. Nutritional Therapy for Patients with Esophageal Cancer. *Nutr Cancer*. 2017 Oct 10: 1-7.
23. Arends J. Nutrition in Cancer: Effective in Prevention and Treatment? *Dtsch Med Wochenschr*. 2017 Jun; 142(12): 889-895.
24. Wakai K, Matsuo K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, Tsuji I, et al; Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Lung cancer risk and consumption of vegetables and fruit: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence from Japan [review]. *Cancer Treat Res*. 2014; 159: 35-50.
25. Aune D, Chan DS, Lau R, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2011. Nov 10; 343.
26. Martínez C, Carbajal Á. En: *Manual práctico de Nutrición y Salud*. Madrid: Kellogg España; 2012.
27. Wakai K, Matsuo K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, Tsuji I, et al; Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Lung cancer risk and consumption of vegetables and fruit: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence from Japan [review]. *Cancer Treat Res*. 2014; 159: 35-50.
28. EFSA Panel on Food Additives and Nutrient Sources added to food (ANS). Scientific Opinion on the re-evaluation of mixed carotenes [E 160a (i)] and beta-carotene [E 160a (ii)] as a food additive. *EFSA J*. 2012; 10(3): 2593 [67 pp.]
29. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Washington, DC: AICR; 2007.
30. Ralston RA, Truby H, Palermo CE, Walker KZ. Colorectal cancer and nonfermented milk, solid cheese, and fermented milk consumption: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2014; 54(9): 1167-79.
31. Grosso G, Buscemi S, Galvano F, Mistretta A, Marventano S, La Vela V, et al. Mediterranean diet and cancer: epidemiological evidence and mechanism of selected aspects. *BMC Surg*. 2013; 13 Suppl 2: S14.
32. Silberswtein T, Silberstein E, Saphier O. Lycopene and tomatoes-- their effect on prevention of prostatic cancer [review]. *Harefuah*. 2013; 152(8): 461-3, 499.
33. Nicastro HL, Dunn BK. Selenium and prostate cancer prevention: insights from the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *Nutrients*. 2013(4): 1122-48.
34. Kenfield SA, DuPre N, Richman EL, Stampfer MJ, Chan JM, Giovannucci EL. Mediterranean diet and prostate cancer risk and mortality in the Health Professionals Follow-up Study. *Eur Urol*. 2014; 65(5): 887-94.
35. Miller PE, Snyder DC. Phytochemicals and cancer risk: a review of the epidemiological evidence. *Nutr Clin Pract*. 2012; 27(5): 599- 612.

36. Kim Y, Je Y. Vitamin D intake, blood 25(OH)D levels, and breast cancer risk or mortality. *Br J Cancer*. 2014; 110(11): 2772-84.
37. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62: 30-67.
38. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62: 30-67.
39. Krishnasamy K, Li Yoong T, Mei Chan C, Peng Choong L, Chinna K. Identifying Malnutrition: Nutritional Status in Newly Diagnosed Patients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2017 Feb 1; 21(1): 23-9.
40. Balch C. The value of multidisciplinary cancer care and research: the role of the surgeon as an oncologist and clinical investigator. *Clin Oncol*. 2014 Dec; 3(4): 42.
41. Tang PL, Wang HH, Lin HS, Liu WS, Chen LM, et al. Body Composition Early Identifies Cancer Patients with Radiotherapy at Risk for Malnutrition. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Oct 16.
42. Kawada J, Nishino M, Hata T, Ogino T, Hoshino H. Analysis of Patients Who Received Enteral Nutrition in the Course of Chemotherapy. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2017 Oct; 44(10): 900-902.
43. Ryan AM, Power DG, Daly L, Cushen SJ, Ní Bhuachalla É, Prado CM. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. *Proc Nutr Soc*. 2016 May; 75(2): 199-211.
44. Kovarik M, Hronek M, Zadak Z. Clinically relevant determinants of body composition, function and nutritional status as mortality predictors in lung cancer patients. *Lung Cancer*. 2014 Apr; 84(1): 1-6.
45. Tuca A, Jimenez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013 Dec; 88(3): 625-36.
46. Tuca A, Jimenez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013 Dec; 88(3): 625-36.
47. Tsai S. Importance of lean body mass in the oncologic patient. *Nutr Clin Pract*. 2012 Oct; 27(5): 593-8.
48. Rutten IJ, van Dijk DP, Kruitwagen RF, Beets-Tan RG. Loss of skeletal muscle during neoadjuvant chemotherapy is related to decreased survival in ovarian cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016 Sep; 7(4): 458-66.
49. Gangadharan A, Choi SE, Hassan A, Ayoub NM, et al. Protein calorie malnutrition, nutritional intervention and personalized cancer care. *Oncotarget*. 2017 Apr 4; 8(14): 24009-24030.
50. Maschke J, Kruk U, Kastrati K, Kleeberg J, Buchholz D. Nutritional care of cancer patients: a survey on patients' needs and medical care in reality. *Int J Clin Oncol*. 2017 Feb; 22(1): 200-206.
51. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011; 12: 489-95.
52. García-Luna PP, Parejo Campos J, Aliaga Verdugo A, Pachón Ibáñez J, Serrano Aguayo P, Pereira Cunill JL. Nutrición y cáncer. *Nutr Hosp*. 2012; 5(1): 17-32.
53. van Vledder MG, Levolger S, Ayez N, Tekant Y, Isaac JR. Body composition and outcome in patients undergoing resection of colorectal liver metastases. *Br J Surg*. 2012; 99: 550-57.
54. Bozzetti F. Nutritional support of the oncology patient. *Crit Rev Oncol Haematol*. 2013; 87: 172-200.
55. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazabeitia L, Carulla J, de Las Peñas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr*. 2005; 24(5): 801-14.
56. Durá Travé T, San Martín García I. Nutritional status at the time of admission among patients admitted to a tertiary-care paediatric hospital. *Nutr Hosp*. 2015 Jun 1; 31(6): 2465-71.
57. Gioulbasanis I, Baracos VE, Giannousi Z, Xyrafas A, Martin L, Georgoulas V, et al. Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history. *Ann Oncol*. 2011; 22(4): 835-41.
58. Valenzuela-Landaet K, Rojas P, Basfi-fer K. Evaluación nutricional del paciente con cáncer. *Nutr Hosp*. 2012; 27(2): 516-23.
59. Álvarez Hernández J, Muñoz Carmona D, Planas Vila M, Rodríguez Rodríguez I, Sánchez Rovira P, Seguí Palmer MA. Guía clínica multidisciplinar sobre el manejo de la nutrición en el paciente con cáncer. España: Documento de consenso SEOM, SENPE, SEOR; 1998.
60. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011; 12(5): 489-95.
61. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. [Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia]. *Nutr Hosp*. 2012; 27(6): 2048-54.

62. Philipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN, Stryckman B, Goldman DP. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. *Am J Manag Care*. 2013; 19(2): 121-8.
63. Langius J, Zandbergen MC, Eerenstein S, van Tulder M, Leemans R, Kramer M, et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review. *Clin Nutr*. 2013; 32: 671-8.
64. Gómez-Candela C, Canales MA, Palma S, De Paz R, Díaz J, Rodríguez-Durán D, et al. Intervención nutricional en el paciente oncohematológico. *Nutr Hosp*. 2012; 27(3): 669-80.
65. Parmar MP, Vanderbyl BL, Kanbalian M, Windholz TY, Tran AT. A multidisciplinary rehabilitation programme for cancer cachexia improves quality of life. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Dec; 7(4): 441-449.
66. Alonso C, Bastos A. Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clin Contemp*. 2011; 2(2): 187-207.
67. Serra Majem L, Castro-Quezada I. La alimentación en tiempos de crisis. Decálogo de Consenso de Cádiz de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la ONG Nutrición Sin Fronteras (NSF). *Nutr Clin Med*. 2014; VIII(2): 35-46.
68. Salas-Salvadó J, Sendros, MJ. Dieta y alteraciones del gusto y la salivación. En: Salas-Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Saló E, Burgos R, editores. *Nutrición y Dietética Clínica*. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014. p. 479-82.
69. Del Fabbro E. Current and future care of patients with the cancer anorexia-cachexia syndrome. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2015: e229-37.
70. Ponticelli E, Clari M, Frigerio S, De Clemente A. Dysgeusia and health-related quality of life of cancer patients receiving chemotherapy: A cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017 Mar; 26(2).
71. Irune E, Dwivedi R, Nutting C, Harrington K. Treatment-related dysgeusia in head and neck cancer patients. *Cancer Treat Rev*. 2014 Oct; 40(9): 1106-17.
72. Fujii H, Iihara H, Kajikawa N, Kobayashi R, Suzuki A. Control of Nausea Based on Risk Analysis in Patients with Esophageal and Gastric Cancer Who Received Cisplatin-based Chemotherapy. *Anticancer Res*. 2017 Dec; 37(12): 6831-6837.
73. Ziętańska M, Krawczyk-Lipiec J, Kraj L, Zaucha R, Małgorzewicz S. Chemotherapy-Related Toxicity, Nutritional Status and Quality of Life in Precachectic Oncologic Patients with, or without, High Protein Nutritional Support. A Prospective, Randomized Study. *Nutrients*. 2017 Oct 11; 9(10).
74. Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos. Organización Mundial de la Salud. Departamento de inocuidad de los alimentos, zoonosis y enfermedades de transmisión alimentaria. 2007. Disponible en: http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_es.pdf.
75. Salas-Salvadó J, Sendros, MJ. Dieta y alteraciones del gusto y la salivación. En: Salas-Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Saló E, Burgos R, editores. *Nutrición y Dietética Clínica*. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014. p. 479-82.
76. García J, Lupiáñez Y, Blanco M, Ruiz J, Medina J, et al. Adherence and tolerance as key in brake on weight loss in cancer patients with nutritional risk after intervention with a high calorie nutritional and specific hyperproteic supplement. *Nutr Hosp*. 2017 Jun 5; 34(3): 524-531.
77. Lövey J. Nutrition therapy of cancer patients. *Magy Onkol*. 2017 Sep 20; 61(3): 229-237.
78. Kawada J, Nishino M, Hata T, Ogino T, Hoshino H, et al. Analysis of Patients Who Received Enteral Nutrition in the Course of Chemotherapy. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2017 Oct; 44(10): 900-902.
79. Chao P, Lin C, Chuang H. Parenteral nutrition combined with enteral feeding improves the outcome of cancer patients. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2017; 26(6): 1032-1038.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.550 €
PDF

750
HORAS

30
ECTS

Experto universitario en bioética para enfermería

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 170 Preguntas tipo test, 6 Supuestos y Tesina de investigación



3. Fatiga por compasión entre el personal de enfermería en los cuidados al final de la vida

Carla Martínez Fernández

Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El término “fatiga por compasión” (FC) proviene de la traducción literal de su homónimo en inglés “compassion fatigue”, aunque la nomenclatura más utilizada en la lengua castellana es la de “desgaste por empatía”¹.

El primer antecedente de un cierto interés por parte de los investigadores hacia los efectos perjudiciales de empatizar de forma continuada con personas con una historia traumática lo encontramos en 1971, cuando C. Figley estudió por primera vez estas consecuencias en enfermeras que habían atendido a veteranos de la guerra de Vietnam en la década de los 60 y los 70 del siglo XX¹.

Según este autor, estas profesionales experimentaban sentimientos de culpa y remordimiento por no haber podido “salvar” a sus pacientes. A su vez, estos recuerdos se asociaban a numerosos problemas psicológicos que en 1980 fueron compilados en el DSM-III como “Síndrome de estrés post-traumático”. El diagnóstico no solo incluía la traumatización como consecuencia de ser víctima de un acontecimiento altamente estresante, sino también la sufrida por las personas que apoyaban a estas: familiares, amigos cercanos y profesionales, es decir, aquellas personas que la sufrían de manera indirecta^{1,2}.

Sin embargo, habría que esperar hasta 1992 para que el término “fatiga por compasión” fuera usado como tal por primera vez de la mano de Joinson, quién lo empleó en una revista de Enfermería para referirse a los efectos nocivos que sufrían las enfermeras como consecuencia de la exposición prolongada a las historias de dolor y sufrimiento de los pacientes a su cargo. En ella describía situaciones en las que las enfermeras presentaban dificultad para experimentar sus propios sentimientos, o sentían impotencia, rabia y frustración como consecuencia de los altos niveles de estrés a los que se veían sometidas en las urgencias hospitalarias diarias. Además, la investigadora identificó una serie de comportamientos comunes y característicos en este personal como respuesta al contacto directo con pacientes que afrontaban una alteración o amenaza de su vida a causa de una enfermedad. Entre ellos describió: fatiga crónica, irritabilidad, miedo al trabajo, agravamiento de dolencias físicas y falta de alegría en la vida. Aun así, no delimitó de manera precisa el término “compasión”^{1,3,4,5}.

El diccionario define la compasión como “un sentimiento de profunda simpatía y pesar por otro que es afectado por un sufrimiento o infortunio, acompañado por un profundo

deseo de aliviar el dolor o eliminar la causa”. Y tal y como resalta Figley, las capacidades de compasión y empatía parecen estar en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo y, simultáneamente, para ser lastimado por este⁵.

Más tarde, en el año 2002, Figley definió la FC como “un estado de tensión y preocupación por traumas individuales o acumulados del cliente”, afirmando que su aparición era el resultado de la provisión de elevados niveles de energía y compasión a los que sufren durante un periodo prolongado de tiempo, sin ver resultados de mejora^{1,5}.

Por otro lado, este autor también afirmó que el padecimiento de la FC, como cualquier otra forma de fatiga, reduce la capacidad e interés para soportar el sufrimiento de los demás. Los individuos que experimentan este fenómeno refieren una sensación de cansancio que provoca una disminución generalizada del deseo, habilidad, o energía para ayudar a otros; por lo que, si un profesional sanitario se ve afectado por este síndrome, su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a sus pacientes se verá gravemente reducida; con sus consiguientes repercusiones a nivel físico, emocional, social y espiritual^{1,3,5}.

En el 2006 McHolm añade el componente espiritual a la definición indicando que la FC “describe el agotamiento emocional, físico, social y espiritual que se apodera de una persona y provoca un descenso generalizado de su deseo, capacidad y energía de sentir y tener la energía para ayudar a otros”^{1,6}.

La definición más reciente data del 2012, citada por Acinas, quién la describe como “la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos”¹.

Dentro de los trabajadores susceptibles de padecer FC, los profesionales sanitarios y, en concreto, el personal de Enfermería, parecen ser de los más afectados por este trastorno. Para Joinson, esto es así dado que las enfermeras pueden llegar, a través de la empatía, a interiorizar y contagiarse de los problemas de las personas a las que ayudan. Figley añade también otra causa que justifica la mayor vulnerabilidad de este grupo, y es que la compasión y la empatía son valores fundamentales e ineludibles en esta profesión^{7,8}.

Por todo esto, no es casual que abunden los trabajos sobre estrés y desgaste en los profesionales de Enfermería, que mantienen un contacto continuo, directo e individualizado con su pacientes y familiares; más que los propios médicos.

Las enfermeras están expuestas de forma constante al sufrimiento, el dolor, la angustia y la amenaza de muerte. Además, están sometidas a intensas demandas físicas y emocionales como consecuencia de involucrarse en el cuidado del paciente con un nivel de intimidad no comparable con el de otros profesionales de la salud. La relación de confianza establecida con este favorece el conocimiento de sus emociones, y es que, Enfermería y su grupo de

trabajo, deben detectar y dar respuesta a las necesidades de sus pacientes mediante unos cuidados que no se centren solo en el ámbito físico, sino también en el emocional y espiritual, teniendo que prestar apoyo en este último ámbito^{7,9}.

Asimismo, hay que tener presente que mientras el personal médico se ha centrado tradicionalmente en la "cura", el personal de Enfermería lo ha hecho en el "cuidado" del paciente, siendo esta una distinción más teórica que real. De las enfermeras se esperan cualidades como la iniciativa, la responsabilidad, e incluso la audacia; pero, por otro lado, deben también ser pasivas y obedientes con las órdenes y procedimientos prescritos por el personal médico y sus propios supervisores que determinan y planifican su trabajo. Este solapamiento y ambigüedad de roles conduce a un estrés difícil de eliminar, ya que las enfermeras no siempre cuentan con la preparación adecuada para el rol a desempeñar⁹.

Todo esto se ve agravado por un aumento de la presión sobre los profesionales de Enfermería que ha ido en aumento durante las últimas décadas en muchos países europeos. La situación de crisis actual comporta el ajuste de la mayoría de los sistemas sanitarios a un entorno económico de recortes y centrado en la eficacia de la gestión. Para ello ha sido necesario reducir el personal asistencial, los recursos materiales y estructurales, así como los salarios de los trabajadores; e intensificar y aumentar las horas de trabajo, la rotación de los pacientes y la ratio enfermera-paciente^{6,9}.

Esto, sumado a la falta de comunicación interprofesional y a la ausencia de estrategias de afrontamiento, puede generar insatisfacción laboral; lo que, a su vez, incide en la calidad de los servicios prestados y en la salud de los proveedores de salud, que ven aumentado el riesgo de sufrir depresión, duelo disfuncional y sentimientos de culpa⁷.

Por otro lado, es un hecho indiscutible que cada unidad hospitalaria trata patologías y pacientes diferentes. Por ello, dependiendo del servicio de trabajo, la jornada diaria de las enfermeras tendrá unas características específicas que determinarán los distintos estresores a los que éstas se verán expuestas⁸.

En este caso, el interés del presente estudio se centra en los profesionales sanitarios de Enfermería en general y, en particular, en aquellos que brindan cuidados a pacientes en la fase final de sus vidas; es decir, aquellos que se encargan de la atención sanitaria al enfermo terminal y de la aplicación de cuidados en el proceso de morir. Son los conocidos como Cuidados Paliativos, que según la OMS consisten en la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familiares, de acuerdo con sus necesidades¹⁰.

Los estudios recientes demuestran que los profesionales de Cuidados Paliativos y de Oncología sufren mayor desgaste profesional y mental por la larga estadía y complejidad de los cuidados que dispensan^{8,9}.

Es importante destacar la profunda relación existente entre los cuidados oncológicos y paliativos, siendo uno de los errores más generalizados el pensar que estos últimos se encargan únicamente de los enfermos con cáncer. Aunque podemos afirmar que los pacientes con patologías oncológicas

representan el grupo mayoritario de los pacientes que reciben cuidados paliativos, lo cierto es que, estos últimos, son aplicables a cualquier persona con una enfermedad sin curación posible y con una esperanza de vida inferior a seis a meses. Por ello, al hacer referencia en este trabajo a pacientes en la etapa final de sus vidas, se incluyen ambas unidades¹¹.

El trabajo sanitario en estos servicios implica un cuidado complejo de pacientes y familiares que frecuentemente favorece la aparición de estrés y carga emocional debido a la exposición repetida al dolor, sufrimiento, al intento fallido de aliviar los mismos, a las muertes frecuentes, a las preguntas existenciales de familias y pacientes, y al conflicto que puede surgir entre el paradigma "curar" vs "cuidar". Los efectos psicológicos propios de este trastorno aparecen cuando el deseo de responder a la demanda de salud de aquellos a quienes se atiende, es sobreexigido psicológicamente frente al sufrimiento y las expectativas del paciente y sus familiares^{3,8,9,12}.

A esto hay que añadir otros aspectos que pueden complicar más la situación y que son atribuibles a las citadas Unidades de Cuidados Paliativos y Oncología. Entre ellos^{6,8}:

- La falta de formación específica en los nuevos profesionales sobre los cuidados al final de la vida.
- El manejo de un tratamiento tan complejo como es la quimioterapia.
- La gestión de síntomas.
- La provisión de cuidados de apoyo que aumenten el confort y el control del dolor.
- La necesidad de actualización constante en nuevas habilidades y el manejo de maquinaria.
- La falta de preparación para las necesidades de los pacientes moribundos, y de entrenamiento espiritual en el afrontamiento y aceptación de la muerte.
- El trabajo en un ambiente donde suele existir duelo de pacientes y familiares.

Además, en estos servicios se plantean diversos dilemas éticos, como⁸:

- La importancia de comunicar la verdad a paciente y familiares en situaciones de gravedad.
- Saber cuándo debe abandonarse el tratamiento curativo para evitar caer en el encarnizamiento terapéutico.
- Hablar con el paciente y sus familiares sobre la muerte.
- La capacidad mental de los pacientes para tomar decisiones sobre cómo gestionar tratamientos complejos.
- La honestidad en situaciones de pronóstico terminal.
- La inutilidad ante situaciones terminales
- El mantenimiento de la autonomía en enfermos terminales.

Está claro que son muchos los factores de riesgo asociados al fenómeno de la FC entre los profesionales de Enfermería, y a ellos hay que añadir aquellos relacionados directamente con las características específicas mencionadas sobre las unidades Oncología y Cuidados Paliativos.

Las enfermeras deberían tener en cuenta la alta demanda física y emocional que puede suponer trabajar en estos servicios en los que debe afrontar la comunicación de malas noticias al paciente y su familia, el dolor y sufrimiento de los mismos, y la muerte. Para ello deberían estar preparadas para afrontar el cuidado, siendo conscientes de que el tratamiento que proporcionan no siempre será suficiente para que el paciente supere la enfermedad, sin que ello les haga sentirse poco realizadas o insatisfechas con su trabajo^{6,8}.

Por su mayor prevalencia en dichos servicios, este trabajo se centra en estas categorías, aunque busca hacer referencia al fenómeno global en sí, aumentando el conocimiento al respecto para iniciar un abordaje del mismo en todos los niveles en los que repercuten sus consecuencias. Posteriormente, el estudio de este fenómeno por servicios, permitiría progresos específicos adaptados a las peculiaridades de cada unidad asistencial.

Dadas sus elevadas tasas de incidencia y prevalencia, y la trascendencia de sus múltiples consecuencias, se hace necesario entender la FC conociendo de qué manera se produce, y aprendiendo a identificar sus síntomas y detectar sus causas para, en un futuro, diseñar e implementar de manera fundamentada los mecanismos de prevención e intervención necesarios.

Solo mediante un buen conocimiento del problema que se plantea, estaremos actuando de acuerdo a la ley 31/1995, según la cual existe la necesidad de prevenir y diagnosticar los riesgos psicosociales para ofrecer entornos laborales más saludables¹³.

Los beneficios obtenidos recaerán, no solo en la salud de los trabajadores, sino también sobre la calidad de su asistencia y, por tanto, de los cuidados que reciben los pacientes. Asimismo, se sabe que se conseguirán mejoras económicas a largo plazo, al reducir el número de enfermeras que abandonan su puesto de trabajo⁷.

Para que todo esto sea posible se hace necesario conocer cuál es la realidad de estos síntomas en el personal de Enfermería. A través del estudio de las variables implicadas en el fenómeno de la FC, será posible diseñar intervenciones que reduzcan la probabilidad de verse afectado por el mismo, permitiendo la mejora de la relación y comunicación dentro del equipo médico, la descarga emocional de sus integrantes en los casos más impactantes, y el enfrentamiento a situaciones emocionalmente negativas⁴.

2. DESARROLLO Y DISCUSIÓN DEL TEMA

2.1. Origen y delimitación del concepto

Hasta ahora ha existido gran confusión para definir la FC y, en numerosas ocasiones, se confunde con otros conceptos similares a este fenómeno. Además, el uso de varios términos para describirla y la ausencia de una definición clara y

aceptada, obstaculiza los estudios y la identificación de intervenciones relacionadas con este importante problema cuyas trascendentes y múltiples consecuencias se ven, cada vez más, en los entornos de la atención clínica.

Las obras del ya mencionado autor Figley (comprendidas entre 1995 y 2014) constatan que el uso de varios términos relacionados con la FC para referirse a una misma situación ha dado pie a confusiones, y a un uso cuestionable de los diferentes términos^{1,6,15}. Por eso es importante resaltar los diferentes matices a los que hacen referencia cada uno de ellos, para delimitar las características del concepto en el que este trabajo se centra.

En la literatura científica existente al respecto podemos encontrar los siguientes términos relacionados con diferentes aspectos de una situación derivada de las mismas causas: estrés traumático secundario (que como ya hemos señalado no solo se produce en las víctimas de un evento traumático, sino también en las personas que cuidan a estas últimas), estrés post-traumático, traumatización vicaria, cotransferencia, contagio emocional, FC o síndrome de Burnout.

Todos ellos, a excepción del Burnout, se desarrollan en actividades relacionadas con el contacto o la atención directa a personas o situaciones altamente traumáticas; es decir, tienen en común el mismo factor de riesgo. Sin embargo, sí podemos establecer una diferencia significativa entre el fenómeno que estudiamos y uno de estos términos: el "estrés traumático secundario". Si bien autores como Sabo, Domínguez-Gómez y Rutledge, Komachi, Kamibeppu, Nishi y Matsuoka o Beck y Gable lo consideraron como sinónimo, y en sus investigaciones usaron estos conceptos indistintamente; la causa es ligeramente distinta. Mientras el estrés traumático secundario se debe a la exposición prolongada a los eventos traumáticos y las historias de dolor de otros; la FC es causada por el prolongado, intenso y continuo cuidado de los pacientes, el uso de sí mismo, y la exposición al estrés^{1,5}.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que podemos considerar sinónimos de la FC la "traumatización vicaria", la "cotransferencia" y el "contagio emocional"; faltaría delimitar sus diferencias con respecto al síndrome del profesional quemado o Burnout para terminar con el reconocimiento de las diferencias entre estos fenómenos.

En ocasiones se ha considerado la FC como una subtipología del síndrome de Burnout, y diversos autores lo han considerado como una única forma de este último en la cual el malestar no está tan relacionado con los factores estresantes del trabajo como con la respuesta empática de los profesionales sanitarios. También encontramos referencias bibliográficas a la diferente aparición en el tiempo de ambos fenómenos. Sabo describe el síndrome de Burnout como un proceso gradual que resulta de las respuestas que damos en nuestro entorno de trabajo, mientras que la FC puede aparecer como un proceso agudo, súbito e inmediato tras una relación de ayuda con un cliente que sufre. Campos Méndez (2015), siguiendo a Figley (1995; 2002) y Sabo (2011), hacen referencia a la identificación de tres momentos en ese inicio brusco^{1,14}:

1. Disconfort por compasión, con la aparición de causas que provocan el cambio hacia el malestar,
2. Estrés por compasión en progresivo aumento, superando los umbrales de tolerancia,
3. Fatiga por compasión.

Dadas estas diferencias no es de extrañar que las consecuencias básicas de ambos fenómenos no coincidan. Las consecuencias básicas asociadas a la FC son la re-experimentación, evitación y embotamiento psíquico e hiperactivación; mientras que en el caso del Burnout hablamos de agotamiento emocional, despersonalización y escasa realización personal^{1,15}.

Parece evidente que existe, en último término, un consenso generalizado en considerar el síndrome de Burnout como una respuesta acumulativa al estrés crónico en el trabajo a largo plazo y, por ello, podemos entender que se hable también de la FC como un estado que progresa desde el malestar y que, en caso de persistir en el tiempo y afectar al desarrollo del trabajo de las personas, puede desembocar en síndrome de Burnout^{15,5}.

En cualquiera de los casos, el objetivo principal de este trabajo busca centrarse en el concepto de la FC, entendiendo la necesidad de abordarlo como un riesgo laboral de magnitud acorde a las consecuencias negativas que genera, y a la trascendencia y la repercusión de las mismas.

Para McHolm se distinguen dos tipos de FC: la primera es aquella en la que el profesional se identifica con el paciente y se contagia de su dolor, y la segunda es aquella en la que el profesional reexperimenta eventos traumáticos ante las explicaciones dadas por el paciente.

2.2. Estado actual de los estudios sobre FC y datos epidemiológicos disponibles

Mediante esta revisión bibliográfica se ha podido comprobar que el concepto de FC es común en la literatura científica del Trabajo Social internacional, aunque sorprendentemente escaso en la literatura española, y más aún en el campo de la Enfermería. La investigación de los procesos y mecanismos de desgaste profesional que se han desarrollado en España, han girado casi exclusivamente sobre el fenómeno del síndrome de Burnout y, principalmente, en el marco de referencia del Trabajo Social¹⁴.

Algunos estudios se han centrado únicamente en el personal de Enfermería utilizando el cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción de Stamm (1997-20059). En el estudio de Yoder (2010) que se realizó con la participación de personal de Enfermería de distintas áreas hospitalarias, se obtuvo que el 8,6% presentaba bajas puntuaciones en la subescala de satisfacción por compasión, el 7,6% estaba en riesgo de Burnout y el 15,8% presentaban riesgo de FC.

En otro estudio (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel y Reimels, 2010) que se realizó en EEUU y en el que participaron 109 enfermeras de diversos servicios (45% pertenecían al servicio de urgencias, 30% al servicio de cuidados intensivos, 14% a nefrología y 11% a oncología), del total de participan-

tes, el 20,2% obtuvieron bajas puntuaciones en la subescala de satisfacción por compasión, un 26,6% estaba en riesgo de burnout y el 28,4% de los participantes estaban en alto riesgo de padecer FC⁴.

De los estudios incluidos en la revisión solo uno de ellos de Abendroth y Flannery¹⁶ ofreció resultados sobre la frecuencia de la FC en los profesionales. En este estudio el 26% de los participantes presentaban un alto riesgo de desarrollar dicho fenómeno. Un 52% un riesgo moderado y un 21% un riesgo bajo. Es decir, aproximadamente el 80% de las enfermeras trabajadoras en cuidados paliativos.

Aunque el concepto de la FC surgió en los años noventa (como ya hemos comentado) las primeras investigaciones en Enfermería aparecieron a partir del año 2003. Gran parte de los estudios provinieron, en un principio, de los Estados Unidos, aunque también los hubo en Canadá, Reino Unido, Italia, Corea, Japón, Noruega, Israel, e incluso en el Sur de África⁵.

2.3. Fuentes de desgaste

La evaluación de la ansiedad y el estrés (Casado,1994), pone de manifiesto una toxicidad fisiológica real que afecta con intensidades diferentes tanto a las partes receptoras de los servicios, como al mediador, en este caso el personal de Enfermería encargado de sus cuidados. Un incremento o descenso de la química cerebral y endocrina, si es mantenido en el tiempo, genera un deterioro funcional y energético claramente identificable: deterioro de la función hepática, por exceso de adrenalina; alteraciones de la función cardíaca, por exceso de epinefrina; disminución de la capacidad de respuesta inmune, debido a la falta de cortisol; desequilibrios en el estado de sueño, vigilia, apetito y temperatura corporal por falta de serotonina; disminución de la producción de dopaminas y endorfinas, lo cual comporta experimentar más dolor; descenso de la concentración de oxígeno en sangre, lo que produce agotamiento, angustia, sensación de cansancio y déficit de memoria; y por último, tensión muscular continua y sentido de alerta prolongado que se traducen en malestar emocional y psicológico¹.

La dimensión fisiológica de los trastornos que se experimenta cuando se está sumido en un contexto relacional y emocional tóxico, nos permite aproximarnos al conjunto de ideas clave que sustentan nuestra posición: el trabajo que desarrollan las enfermeras genera un desgaste físico y mental inevitable dada la naturaleza del entorno en el que se desenvuelven: conflicto, tensión, estrés y dolor emocional. Pero desde la perspectiva de este trabajo, desgaste no equivale a fatiga. Desgaste evoca términos como erosión, reponer o reparar, equilibrar o cuidar. En este sentido el desgaste profesional del profesional de Enfermería, si es atendido, no genera necesariamente el fenómeno de la FC^{1,12}.

El establecimiento de una mediación enfermera-paciente correcta y eficaz requiere de una relación de confianza entre ambos (Goldberg, 2005); una relación que en el sector sanitario conocemos como relación de ayuda, y que se deriva del desarrollo de dos operaciones vinculadas a las rela-

ciones que el personal de Enfermería establece en y durante el contexto de mediación.

En primer lugar, su capacidad de empatizar con las personas con las que trabaja, es decir, la capacidad de ponerse en su lugar para ver y comprender desde la perspectiva de paciente y familiares, sin entrar en valoraciones y juicios (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

En segundo lugar, la necesidad de desarrollar una alianza con los agentes receptores de sus servicios, la cual se concreta en la cualidad y fortaleza de la relación de colaboración con ellos, e incluye: lazos afectivos entre ambos, confianza mutua, respeto e interés por el proceso de cambio, compromiso activo por la relación de ayuda, y sentido de asociación para alcanzar objetivos comunes (Friedlander, Escudero y Heatheringong, 2006)¹.

Precisamente, en esta empatía y esta alianza encontramos el origen de tres significativas fuentes de desgaste^{1,14}:

1. Escucha activa (Goldberg, 2005)

Considerada como aquella predisposición a comprender e interiorizar la vivencia de las personas en conflicto y conducida preferentemente desde un canal narrativo. Son las historias inundadas de problemas, malestar, sufrimiento y pérdidas que nos cuentan nuestros pacientes en torno a la enfermedad, y que crean un marco en el que es inevitable que el mediador se vea contagiado por la tensión que escucha, pues es en este preciso momento cuando debe hacer el esfuerzo de comprender y ponerse en el lugar del otro y ajustar esta comprensión aprehendiendo el significado que la situación tiene para las personas implicadas.

Sin embargo, este ejercicio no es sencillo, pues las narrativas que desarrollan las personas están formuladas en términos de puntuación de secuencias, es decir, que siguen una ordenación arbitraria y subjetiva para cada uno de ellos. Comprender el significado de la situación y del conflicto significa, no solo escuchar la narración, sino también adentrarse en el significado de la vivencia de los hechos vividos por nuestros clientes.

2. El uso necesario de la empatía

Entendemos por empatía la capacidad psicofisiológica que nos permite sentir y percibir el bienestar y malestar del otro desde una perspectiva cognitiva y emocional (Davis, 1994). Posee una base neurofisiológica compleja de la cual destacan el papel de la amígdala, el circuito cerebral específico y las neuronas espejo (Rizzolatti, G & Gallese, 2006). Para Baron-Cohen (2012) la empatía es la capacidad de identificar lo que el otro piensa o siente, y responder ante sus pensamientos o sentimientos con una emoción adecuada. Significa ser capaz de entender con precisión la posición del otro, ser capaz de encontrar soluciones compatibles con las otras personas y, en una relación de ayuda, su desarrollo significa que los clientes se sientan escuchados y valorados, reconocidos, legitimados y respetados. Por todo esto parece evidente que se trata de un mecanismo no solo inevitable, sino también conscientemente esencial¹.

Sin embargo, el desarrollo y la puesta en práctica de la empatía mediante la escucha activa se convierte también en una fuente de desgaste del mediador por dos motivos fundamentales. El primer lugar se encuentra la necesidad de contrarrestar el reflejo empático, y en segundo lugar la de desarrollar obligatoriamente un trabajo para contrarrestar el impacto derivado del uso de la actitud empática.

El reflejo empático es espontáneo, irreflexivo e inconsciente, y se traduce en una escucha desequilibrada de las narrativas de los conflictos que aportan las personas. Sin embargo, dado que los mediadores no somos sujetos asépticos e inmaculadamente imparciales, dado que tenemos historia e ideología, es inevitable que al escuchar narraciones de problemas cargadas de sufrimiento, dolor, malestar y, en ocasiones, de significativas y lacerantes injusticias, tengamos una tendencia espontánea que nos inclina a predisponer una mayor atención y escucha hacia aquello con lo que nos sentimos identificados y que más se ajusta a las resonancias emocionales ligadas a nuestra propia historia, nuestro sentido de lo que es justo o injusto, bueno o malo. Este proceso de corrección, de recolocarnos en una posición de no predisposición a la parcialidad, implica una fuente de desgaste de elevada importancia.

Por su parte, a diferencia del reflejo empático, la actitud empática que encontramos en la segunda causa de desgaste relacionada con la empatía, significa experimentar, en una aproximación vivencial, el sufrimiento, la angustia, el dolor o malestar que sienten las personas a las que atienden. Se trata de una predisposición consciente para desarrollar una aprehensión de los significados que están en juego y que están relacionados con las personas en conflicto.

3. La tensión entre empatía y ecpatía

Una mediación que pretenda ser eficiente no puede quedar comprometida por la posibilidad de identificación o sobre involucración del profesional encargado de la misma, sino que es imprescindible que este último construya una distancia emocional adecuada para evitarlo.

El concepto de ecpatía (González de Rivera, 2004) hace referencia a nuestra capacidad de controlar la reacción empática mediante la exclusión activa e intencionada de los sentimientos inducidos por los demás, lo que no significa renegar de la empatía ni adoptar una actitud dispática o cínica respecto a los demás, sino de aplicar "una maniobra o acción mental positiva compensadora de la empatía y no de su carencia" (González Rivera, 2004). La práctica de la ecpatía nos protege de la inundación afectiva y de dejarnos llevar por las emociones de nuestros clientes mediante una forma de control intencional de la subjetividad interpersonal.

Así pues, nos encontramos ante una tensión paradójica entre la empatía que se requiere para comprender al otro, y la ecpatía imprescindible entre distancia emocional y proximidad emocional que es necesario mantener. Parece evidente que tal tensión provoca una nueva fuente de desgaste.

Cardon y Campos, en el 2004, identificaron en base a los criterios definitorios y característicos de una relación de ayuda, cuatro grandes ejes de la naturaleza de las situaciones de dificultad generadoras de malestar:

- *Necesidades.* Si la definición de la situación del problema está relacionada con la insatisfacción de la necesaria reproducción de la vida material, es decir, de la propia supervivencia material de las personas afectadas.
- *Dificultades.* En aquellas situaciones problemáticas en las que, existiendo soluciones, las personas o familiares no pueden o no saben desarrollar las estrategias de afrontamiento adecuadas para transformar la situación.
- *Problemas.* Entendidos como aquellas situaciones que no tienen ningún tipo de solución, siendo irreversibles y no modificables.
- *Conflictos.* Entendidos como situaciones en las cuales los participantes, teniendo intereses y perspectivas divergentes sobre una misma situación, se ven enfrentados de forma competitiva y pugnan por satisfacer sus necesidades unilateralmente.

Ahora bien, sería incorrecto pensar que estos ejes generadores de malestar psicosocial se manifiestan de manera pura y aislada; de hecho, ocurre todo lo contrario: la compleja naturaleza de las situaciones de malestar psicosocial suelen ser el resultado de múltiples combinaciones, con independencia de que exista algún eje hegemónico: las necesidades generan, alimentan y conviven con los conflictos, los problemas acaban construyendo necesidades y dificultades, o estas últimas, como ya señalaron Watzlawich et al. (1995), pueden devenir en verdaderos problemas^{1,8}.

2.4. Signos, síntomas y consecuencias de la FC

De acuerdo con Figley (2002) y Moreno (2004) los signos de la FC o del desgaste por empatía, mantienen las tres variables sintomáticas del estrés traumático secundario, en torno a las cuales se organizan también sus consecuencias. Estas son^{1,4,15} (anexo 6.1):

1. Re-experimentación (revivir o recordar con una gran carga emocional).
2. Evitación y embotamiento (actitudes de distanciamiento, tanto físico como afectivo, de las personas, no solo de los pacientes), o sobreimplicación (echándose a las espaldas todas las situaciones del paciente, pensando que solo nosotros podemos ayudarle).
3. Hiperactivación (estado de tensión, alerta permanente y reactividad).

Los signos y síntomas de la FC fueron ya clasificados en el año 2000 por el autor Lazarus siguiendo la organización de estructuración de la personalidad CASIC (conducta, afecto, soma, interacción y cognición) que propuso en su enfoque multimodal. Más adelante, en la bibliográfica realizada por Lynch y Lobo (2012) y Soberats (2014) se constataron las diferentes consecuencias que se atribuyen a este fenómeno siguiendo la misma línea principal de organización al incluir

aspectos psicológicos, conductuales, relacionales y somáticos^{1,5}.

Desde la dimensión psicológica se hace referencia a una creciente despersonalización y una actitud hipercrítica hacia los pacientes, con el consiguiente desarrollo de juicios inadecuados y de una actitud cínica hacia los demás que incluye la descalificación de otros. También disminuye la perspectiva de autoeficacia y aparecen sentimientos relacionados con la apatía, la depresión, la ansiedad, el aislamiento, la responsabilidad y la culpabilidad, la intolerancia... así como pensamientos e imágenes intrusivos y recurrentes sobre clientes y trabajo, y emociones intensas como enfado, tristeza, inquietud...^{1,7}.

La persona experimenta un aumento de la vulnerabilidad personal o falta de seguridad, lo que le provoca sentimientos de desconfianza hacia los demás (familia, paciente, compañeros...), creyendo que estos no son competentes para manejar el problema⁴. Además, se destacan también la insatisfacción con el trabajo, la negatividad e irritabilidad, y la dificultad para mantener el equilibrio entre empatía y objetividad^{1,3,14}.

Desde la dimensión conductual se remarca un comportamiento compulsivo o adictivo con un incremento del abuso de psicofármacos, de la ingesta de alcohol y del consumo de tabaco. Asimismo, se producen también una dificultad para mantener la concentración y organizarse, alteraciones del sueño, y una disminución del tiempo dedicado a los pacientes; con actitudes de evitación hacia los mismos, los familiares, y su situación en general, e incluso miedo a ir al trabajo y abandono del equipo de tratamiento y/o del puesto de trabajo^{1,7}.

Dentro de la dimensión somática destacan: cansancio, sensación de fatiga, cambios de peso, agotamiento muscular, trastornos del sueño, cefaleas, malestar estomacal, taquicardia, disminución de la eficacia del sistema inmune y/o agravamiento de las dolencias físicas ya existentes y propensión a accidentes.

En lo referente a su dimensión relacional, nos encontramos con distanciamiento y abandono de las relaciones personales con familia y amigos debido a que se tiende a creer que los demás no entienden el trabajo que se está haciendo y el esfuerzo que requiere. También aparecen la apatía, la irritabilidad y la desconfianza a las que antes hacíamos referencia^{1,4}.

Como acabamos de ver, la FC causa cambios que afectan a todos los aspectos de la vida enfermera, con el efecto de la imposibilidad de proporcionar los cuidados compasivos a los pacientes. Esto se debe a que la energía compasiva que las enfermeras gastan, con el tiempo se agota, y no se restaura. En otras palabras, la FC es el alto precio del desequilibrio entre cuidar a terceros y el autocuidado del cuidador.

Por tanto, la FC puede influir seriamente tanto en la vida personal como laboral de los profesionales de Enfermería, induciendo a estos últimos a tener un alto riesgo de experimentar falta de criterio profesional, evaluaciones incorrectas, cuidados antipáticos, baja autoestima, aumento de la tasa de rotación y otras posibles complicaciones⁵.

2.5. Factores relacionados y variables asociadas al fenómeno de la FC

Conocer los factores que pueden favorecer el desarrollo de la FC en el personal de Enfermería permitirá establecer programas de prevención en este grupo, potenciar la creación de políticas de intervención dentro de la institución sanitaria, y potenciar recursos personales propios que promuevan el desarrollo de factores protectores⁸.

En la literatura consultada se han encontrado diversos estudios y autores que han estudiado y evaluado los factores de riesgo de la FC en los profesionales de Enfermería; la mayor parte de ellos hasta la actualidad focalizados en los aspectos físicos y psicosociales, laborales y profesionales³.

Estos factores se pueden organizar en cuatro categorías (Anexo 7.1): factores personales, profesionales, psicológicos, y de soporte⁵.

Factores personales

Entre los que se encuentran las características sociodemográficas como edad, estado civil, etnia o nivel educativo. En los estudios realizados no se encontró correlación entre la FC y ninguna de estas variables (Abedroth y Flannery y Potter et al.). Respecto al hecho de haber experimentado una muerte traumática, la correlación con la FC demostró ser baja, lo que fue explicado por los autores de dicho estudio debido a que se trata de una variable parcialmente responsable del desarrollo de este fenómeno de desgaste³.

Por otro lado, la experiencia laboral ha sido un tema más controvertido. Si bien un estudio realizado sobre una muestra de 251 enfermeras residentes, las profesionales recién graduadas presentaron menos estrategias de afrontamiento que las que llevaban mayor número de años en la profesión¹⁷, al igual que el estudio de Alkema¹⁸, que relacionó esta variable positivamente con todos los aspectos de autocuidado existentes (psicológico, emocional, espiritual, físico...); otro estudio³ explica que, aunque la experiencia laboral aporta un mayor control de la situación, no tiene por qué proporcionar una mayor capacidad y efectividad a la hora de tratar con pacientes en Cuidados Paliativos.

Los aspectos de la salud física y psicológica del trabajador también tienen un papel relevante en el desarrollo de la FC. Así, padecer depresión, trastornos de ansiedad, estrés, pérdida de sueño ante la situación traumática de los pacientes y dolores frecuentes de cabeza, fue asociado con un aumento del riesgo de padecer FC. Por el contrario, otros factores como la autoconciencia, el autocuidado, y la capacidad de afrontamiento de la muerte se relacionaron con un aumento de la SC y una disminución de la FC^{2,3}.

Factores relacionados con el trabajo

Como la sobreexposición a eventos traumáticos, insuficiencia de recursos para hacerles frente, la duración de la jornada (aquellos con una jornada parcial mostraron mayor nivel de SC y menor de FC que los trabajadores a tiempo completo)^{3,5,14}.

Respecto al desempeño laboral, en el estudio de Slocum-Gori et al., se encontró que aquellos trabajadores que proporcionaban apoyo psicosocial y alivio en todas las esferas del individuo (dolor físico, emocional y espiritual), presentaban mayor nivel de FC en comparación con aquellos que no lo realizaban; sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a la SC³.

Además, se señala también la influencia del lugar de trabajo en el bienestar de los profesionales, ya que según la unidad de trabajo aumenta o disminuye su aparición.

Por su parte, la SC, a diferencia de la FC que no mostró diferencias significativas entre el ámbito hospitalario y no hospitalario, sí presentó mayores niveles en el ámbito hospitalario.

Entre los factores laborales que demostraron ayudar a disminuir este fenómeno o evitarlo se encuentran algunos como: tener un contrato fijo (pues proporciona seguridad y estabilidad aumentando la satisfacción en el trabajo), trabajar de día, tener experiencia con los pacientes traumatizados y conocimientos sobre la FC o los cuidados enfermeros en general^{5,14}.

Factores psicológicos

Entre los que se encuentran, principalmente, el estrés, tener momentos negativos previos en el último año de vida profesional, padecer estrés traumático secundario o presentar una respuesta traumática^{5,14}.

Factores de soporte

Como proporcionar conocimientos psicoeducativos, programas de apoyo, oportunidades educativas, apoyo psicológico, hipnosis o realización de rituales.

Casi todos disminuyen la FC, sólo el estudio de Hilliard sobre la influencia de la musicoterapia en el nivel de FC no presentó ningún cambio en el personal de Enfermería⁵.

También en el estudio de Abendroth y Flannery se evaluaron los factores de riesgo de FC entre los profesionales de Enfermería, constatando los citados y añadiendo cierta información más específica de otros ámbitos en el mismo campo. Por ejemplo, en relación a los aspectos de salud no se encontraron diferencias entre aquellos que proporcionaban cuidados a sus seres queridos y los que no. Por el contrario, si se detectó un mayor riesgo entre aquellos profesionales con tendencia a sacrificar sus necesidades psicológicas para la satisfacción de las necesidades del paciente a su cargo, frente aquellos que no presentaban "autosacrificio"¹⁶.

Como venimos observando, los trabajos de Figley (2006; 2014) insisten en la búsqueda de un modelo de interpretación de la FC que permita determinar cuáles son las variables de las cuales depende. En este sentido, el grado de satisfacción del personal de Enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, y una condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin

tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos brindados, especialmente en los servicios que brindan cuidados al paciente moribundo.

Si la Enfermería es una profesión que la mayoría de las veces actúa bajo estrés, es sumamente importante que todo el trabajo que desempeña lo realice con placer y satisfacción. En la medida en que la enfermera esté satisfecha con su trabajo, los pacientes serán mejor atendidos.

La satisfacción laboral está relacionada con las condiciones de trabajo, los motivos intrínsecos (interés por el trabajo, reconocimiento, grado de responsabilidad, política de promoción...) y extrínsecos (ambiente de trabajo, política organizacional, supervisiones frecuentes, relaciones interpersonales, apoyo de compañeras y superiores...), la actividad profesional y el afrontamiento cognitivo y conductual que se desarrolle, los estresores laborales, y con las modalidades de repercusión emocional de estas condiciones de trabajo y estos estresores.

Se discute mucho la direccionalidad de la relación entre satisfacción laboral y el grado de estrés o desgaste psíquico en el trabajo, es decir, la relación de antecedente o consecuente que se establece entre ellas. Para muchos autores, la satisfacción laboral es una consecuencia del desgaste en el trabajo; mientras que para otros resulta un antecedente. Lo cierto es que, en cualquiera de los casos, lo que está claro es que la satisfacción laboral está relacionada con los procesos de estrés laboral y con una serie de motivos asociados a la realización personal en el trabajo^{9,14}.

Ahora bien, ¿qué se concibe como satisfacción laboral? Para definirla de una forma sencilla, se puede interpretar que las personas tienen una idea más o menos definida acerca de cómo creen que deben de ser las cosas en su trabajo y los aspectos más importantes relacionados con él. Las personas saben qué les gustaría y como les gustaría que fuesen las cosas. Estas ideas son comparadas con la realidad, y de esa comparación surge un juicio y una actitud asociada: dichas personas están más o menos satisfechas (5) (9).

La satisfacción laboral se ha considerado una consecuencia actitudinal del estrés laboral y uno de los indicadores más clásicos a los que con mayor frecuencia se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de las personas hacia la vida laboral. Esto es así debido a que se demuestra que, en el trabajo de Enfermería, el grado de satisfacción puede afectar la cantidad y calidad del trabajo desempeñado, además de incidir indirectamente sobre otros aspectos como el absentismo laboral, los retrasos en la incorporación al puesto de trabajo y la propensión a abandonar la institución¹⁹.

La importancia de la satisfacción relacionada con el interés y la motivación con la labor realizada sobre la calidad de la atención que puede prestar el personal de Enfermería, coincide con los estudios realizados en otros países como Inglaterra, Canadá, Colombia y EEUU, en los que también se plantea que, si el personal está motivado, la satisfacción del mismo y el resultado laboral se ven reflejados en la calidad de los cuidados brindados al paciente⁵.

A su vez, es lógico pensar en la relación directa que existe entre la satisfacción laboral de la que acabamos de hablar

con el bienestar y la calidad de vida de los profesionales. Para evaluar el grado de bienestar psicológico encontramos las escalas de Ryff, cuya fiabilidad y validez de uso en el campo de la Enfermería han sido demostradas para todas las dimensiones excepto la autonomía.

En este mismo estudio los resultados remarcaron el papel esencial de las variables como la autoconciencia, el afrontamiento de la muerte y la calidad de vida de los profesionales de Enfermería en la determinación de su bienestar, además de su relación negativa con el desarrollo de la FC. Estos resultados concuerdan con lo propuesto por Sansó et al., autores que señalan la importancia de cultivar la vida interna de los profesionales para prevenir el trauma vicario y, en general, mejorar su bienestar personal y su efectividad terapéutica.

El afrontamiento de la muerte no solo está relacionado positiva y moderadamente con las dimensiones del bienestar de los profesionales de Enfermería, sino que supone una de las variables esenciales en la determinación de las mismas, de acuerdo con lo propuesto por Sansó et al., quienes señalan la importancia de cultivar la vida interna de los profesionales para prevenir el trauma vicario y, en general, mejorar su bienestar personal y su efectividad terapéutica^{2,12}.

La manera en que las enfermeras se enfrentan a la muerte es un factor directamente relacionado con el desarrollo de la FC, y sobre el que cabe profundizar mucho el estudio a la hora de entender el origen de este fenómeno y encontrar las diferentes medidas de prevención y abordaje más eficaces.

Las enfermeras que no toleran la muerte propia y ajena, presentan sentimientos de vulnerabilidad y falta de control, traduciéndose en un abandono del paciente, soledad, aislamiento físico y emocional; por lo que las enfermeras dejan de comunicarse con el paciente^{1,2}.

Las emociones que emergen en situaciones del final de la vida pueden incidir en la relación enfermera-paciente, en la toma de decisiones y en el trabajo en equipo. En este contexto, hay que tener en cuenta el constructo de la Inteligencia Emocional (IE). En 1997, Mayer y Salovey definen la IE como "la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional e intelectual". En otras palabras, la IE permite darse cuenta de la emoción, comprenderla, regularla y facilitar la toma de decisiones, tanto en nosotros mismos como en los demás. Por ello, el estudio de Arandilla Herrero et al., recomienda la formación de las enfermeras en el ámbito de las competencias y habilidades socioemocionales para un adecuado manejo emocional.

Diversos estudios han evaluado las variables que influyen en el afrontamiento de la muerte por parte del personal de Enfermería en contacto con pacientes al final de su vida y expuestas a las repetidas muertes de los mismos. En el estudio de Borrell et al., se evaluaron enfermeras de las áreas de Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos, exponiendo que las enfermeras se muestran más preparadas en su proceso de morir, es decir, presentan un nivel

de ansiedad menor ante la propia muerte en el proceso de morir. En cuanto al parámetro de la muerte ajena, los niveles de afrontamiento son más elevados cuando la persona que fallece es anciana, que cuando se trata de un niño.

En el estudio de Edo Gual et al., los estudiantes de Enfermería manifestaron mayores niveles de ansiedad respecto a la muerte de otros ante la muerte como estado, que, ante la muerte como proceso, pudiendo interpretarse como que el futuro profesional puede manejarse mejor con los cuidados físicos y psicológicos durante el proceso de morir del otro, pero presentar ansiedad ante la idea de la muerte como estado, en lo que supone a la desaparición del otro y a la irreversibilidad de la muerte.

Además, las variables sociodemográficas tienen un papel importante en las actitudes ante la muerte. En relación con la edad, cuanto más joven mayor es el miedo a la muerte; y según el género las mujeres presentan niveles de ansiedad más elevados ante la muerte que los hombres, aunque este hecho se relaciona con que las mujeres tienen más facilidad de expresar y admitir este tipo de miedo que los hombres.

En cuanto al origen geográfico, las actitudes ante la muerte están influenciadas por la cultura y la sociedad de la que forman parte y respecto a la relación entre el miedo a la muerte y las creencias religiosas, existen estudios que explican que no hay una relación clara entre estas dos variables, sin embargo, Edo Gual et al., explican que los estudiantes creyentes presentan menos miedo ante la propia muerte, aunque no disminuye el miedo al propio proceso de morir, además de no ser un factor protector ante el miedo a la muerte del otro. Por otro lado, el estudio de Sevilla Casado muestra en sus resultados que la espiritualidad aumenta la ansiedad ante la muerte en aquellos que esperan la existencia de otra vida después de la muerte; probablemente por los siguientes factores: la incertidumbre ante el más allá y ante la propia creencia de vida después de la muerte, existencia de un poder superior...^{2,3,5}.

Un estudio transversal de los cuidados paliativos profesionales en España llevado a cabo entre los miembros de la lista de e-mail de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), y aprobado por la Junta de dicha Sociedad en consonancia con sus estatutos dirigidos a la investigación ética; demostró que, el autocuidado, junto con la autoconcienciación, son predictores positivos de la de la competencia profesional en el afrontamiento de la muerte y de la SC, y predictores negativos de la FC.

Se trata de un estudio diseñado para mejorar el entendimiento de la relación entre los aspectos específicos de la vida profesional interior a través de la evaluación de una adaptación del modelo de concienciación de Kearney et al., según el cual la concienciación incluye una combinación de auto-conocimiento y empatía, con el desarrollo de ambas habilidades en una posición de simultánea atención a los pacientes monitorizados, y a sus propias necesidades (autocuidado)².

Así, los resultados demostraron que la concienciación parece ser un método para mejorar las competencias en el afrontamiento de la muerte de los profesionales del cuidado, y por tanto un factor protector frente al desarrollo de la

FC aunque, en un estudio dirigido por Alkema et al., la dimensión psíquica del autocuidado fue la única que no fue significativamente relacionada de manera negativa con la FC, a diferencia del resto de dimensiones (psicológica, emocional, de entorno laboral y equilibrio personal)^{2,3}.

Podemos entender por autocuidado «aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario» (Ginés y Carvalho, 2010)¹⁴.

En este estudio, los indicadores del autocuidado de los profesionales fueron usados cubriendo tres áreas del mismo:

1. *Autocuidado físico*. En referencia a las actividades físicas que ayudan a mantener la salud del cuerpo.
2. *Autocuidado interno*. En relación con actividades que ayudan a mantener la Salud Mental.
3. *Autocuidado social*. Relacionado con las actividades sociales que ayudan al mantener la Salud Social.

La medida de la autoconciencia fue realizada con la versión española validada de la Escala de concienciación sobre la atención constante. Un instrumento consistente en 15 ítems que miden la tendencia general para ser consciente y conciso con las experiencias de nuestra vida diaria mediante una escala tipo Likert con un máximo de 6 puntos; desde 1 = casi siempre, hasta 6 = casi nunca. Un ejemplo de ítem para evaluar esta variable es: "Yo podría experimentar una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde"².

2.6. Evaluación de la FC

Los instrumentos disponibles que miden la presencia de la FC son de alcance limitado y necesitan una adecuación para su uso en el profesional de Enfermería. Sus dominios no logran captar aspectos únicos de la función de las enfermeras y registrar sólo a las poblaciones seleccionadas^{14,20}.

Hasta la fecha, las tres herramientas que se han utilizado con mayor frecuencia para medir la FC han sido^{5,14}:

- The Professional Quality of Life Scale.
- The Compassion Fatigue Self Test for Helpers.
- The Secondary Traumatic Stress Scale.

Otras escalas que utilizaron los investigadores fueron⁵:

- The Mueller McCloskey Satisfaction Scale es una escala de 23 ítems para valorar la satisfacción de Enfermería con el trabajo. Se utiliza una escala Likert de 5 puntos desde 1 "muy insatisfecho" hasta 5 "muy satisfecho".
- Stress in General Scale para valorar el estrés de 15 ítems.
- Caring Behaviors Inventory (CBI-24) es una versión abreviada de CBI-43. Mide cuatro dimensiones de cuidado: aseguramiento, conocimiento y habilidad, respeto y conectividad.

- Compassion Fatigue Self Test for Helpers fue producida por Figley y Stamm. Tiene un total de 66 ítems y utiliza la escala de Likert (0-nada, 5-muy amenudo). Incluye tres subescalas: fatiga por compasión (23 ítems), burnout (16 ítems) y satisfacción por compasión (26 ítems).
- Maslach Burnout Inventory formada por Maslach y Jackson para averiguar la presencia del burnout.
- The Secondary Traumatic Stress Scale es una escala de 17 ítems para medir los síntomas de estrés traumático secundario asociados con la exposición de los profesionales a trabajar con la población traumatizada.
- The Social Readjustment Rating Scale para evaluar la tensión alrededor de eventos importantes de la vida de cada participante en los últimos 12 meses, y medir el estrés psicológico.
- Index of Clinical Stress para determinar qué opinan los participantes sobre la cantidad del estrés que experimentan.
- Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Se utiliza para evaluar los síntomas de estrés traumático.
- The Perceived Nurse Working Environment (PNWE) es la escala de 42 ítems para medir el clima organizacional de Enfermería. Es una versión adaptada de Nursing Work Index con escala de Likert de cuatro puntos desde 1 (totalmente desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo).

Además, se emplearon otras herramientas como cuestionarios, entrevistas (anexo 6.4), y encuestas en diversas investigaciones. El uso de diferentes herramientas dificultó la posibilidad de poder realizar la comparación entre los resultados. Por lo tanto, es necesaria una uniformidad de las herramientas para medir la fatiga por compasión y hacer comparaciones entre el personal de diferentes áreas u hospitales⁷.

Algunos estudios se referían a todo el personal de Enfermería, mientras que otros se centraron en el personal de un área en concreto como unidad de Pediatría y Obstetricia, Salud Mental, Urgencias, Cuidados Paliativos, unidad de Oncología o de Trasplante^{2,5,14}.

En la revisión de la literatura científica se ha podido comprobar tanto a través de las herramientas empleadas en los estudios primarios como en las revisiones realizadas de los mismos que, efectivamente, de todos estos instrumentos de medida, para la evaluación de la FC se ha empleado, sobre todo, Professional Quality Life Scale, ProQOL, versión V (Stamp, 1997), que en España ha sido traducido y adaptado por María Eugenia Morante, Bernardo Moreno y Alfredo Rodríguez, de la Universidad Autónoma de Madrid (2006)^{5,14}.

Consiste en la evolución del Compassion Fatigue and Satisfaction Test (Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción; Figley y Stamm, 1995) tras la revisión de dicho trabajo desarrollada por Stamm, Larsen y Davis en el 2002¹⁴.

Esta escala evalúa los efectos positivos y negativos de trabajar con personas que han experimentado acontecimientos traumáticos. Consiste en 30 preguntas sobre los últimos 30

días. Las respuestas están medidas en una escala tipo Likert, con seis tipos de respuesta posibles (0 = nunca y 5 = siempre). Permite obtener 3 subescalas^{2,5,14}:

1. *Satisfacción por compasión*: Altas puntuaciones en esta escala representan una gran satisfacción por tener la habilidad de ser efectivo en el trabajo.
2. *Fatiga por compasión*: Recoge la medición de los efectos de la exposición al trauma o situaciones estresantes por parte del profesional.
3. *Burnout*: Mide el agotamiento experimentado a través de la expresión de ideas y sentimientos negativos de desesperanza y despersonalización, además de dificultad para desempeñar las labores diarias en el puesto de trabajo.

Estimaciones de la fiabilidad de consistencia interna para las subescalas son reportados con un Alfa de Cronbach 0,87 para la escala de satisfacción compasión, 0,72 para la escala de burnout, y 0,80 para la escala trauma secundario fatiga de la compasión (Bride, Radey y Figley, 2007)¹⁴.

Existe también un *Modelo General de resiliencia a la FC* descrito por Figley (1995; 2002; 2014) que ayuda a estimar el nivel de resiliencia a dicho fenómeno que tienen los profesionales, determinando 10 medidas separadas pero interrelacionadas (anexo 6.2).

Dicho modelo se articula de la siguiente manera^{1,3,14}:

1. *Exposición al cliente que sufre*. Cuanto mayor es esta, mayor es la respuesta empática y cuanto mayor es el estrés por compasión residual, menor es la resiliencia a la FC.
2. *Habilidad empática*. Es el grado en que el profesional puede predecir de forma ajustada la emoción expuesta por el cliente, y exponer emociones al mismo que reflejen servicios efectivos con resultados.
3. *Preocupación por el cliente*. Es el interés en el bienestar y el éxito del cliente. Motiva al profesional a buscar la mejor respuesta terapéutica.
4. *Respuesta terapéutica*. Es la que el profesional utiliza para permitir al cliente tener más voluntad para cambiar, menos temor, ser más optimista acerca del resultado de la mediación, y sentirse apoyado.

Sin embargo, dando la respuesta terapéutica adecuada, el trabajador experimenta distrés vicario del cliente que carga en el profesional, de forma medible, como estrés por compasión residual.
5. *Auto-regulación*. Es el grado por el cual el profesional puede manejar de forma efectiva la causa y el impacto del estrés y separar el trabajo de la vida personal.
6. *Satisfacción por compasión y apoyo*. Es el grado en que un mediador siente un alto nivel de satisfacción personal por el trabajo con sus clientes y percibe un alto grado de nivel de apoyo y respeto por los compañeros de trabajo.
7. El estrés residual por compasión. Es experimentado por los mediadores como reacciones de estrés ante la situa-

ción difícil del cliente y la preocupación de hacer todo lo que uno pueda para ayudarlo en su sufrimiento. Adicionalmente a la respuesta terapéutica, la autorregulación y la SC y apoyo también afectan al nivel de estrés residual por compasión.

8. *Resiliencia a la FC.* es la velocidad y grado de recuperación total frente a una adversidad de los profesionales después de haber experimentado un significativo incremento en el volumen de estrés. El Modelo sugiere que es una función en 4 variables diferentes: estrés por compasión residual, exposición prolongada a los clientes, manejo efectivo de los recuerdos traumáticos, si hay alguno; y nuevos estresores de la vida:

8.1. La exposición prolongada a los clientes es el número de clientes asignados versus el tiempo al día para proveer servicios multiplicado por el número de meses realizando estas tareas.

8.2. El manejo efectivo de los recuerdos traumáticos es la satisfacción, auto-reportada, manejando el número (si hay) y la intensidad de los recuerdos del trauma pasado. Mientras mayor sea la satisfacción en manejar los recuerdos, mayor es la resiliencia a la FC. No es importante solo para predecir la resiliencia a dicho fenómeno, sino también para predecir como utiliza el profesional las lecciones del trauma pasado para ayudar a los clientes que están experimentando un trauma similar y para adaptarse al mismo.

8.3. Nuevos estresores de la vida. Acontecimientos propios del desarrollo del ciclo vital o acontecimientos no previstos que provocan crisis personales y familiares que afectan a los profesionales en cuanto a personas.

Los últimos avances en la medición de la FC podemos encontrarlos en los trabajos de Zamponi, Viñuela, Rondoni, Tauber y Main (2009), con el desarrollo del Inventario de Desgaste por Empatía (IDE), que consta de 27 ítems y que se organiza en tres dimensiones.

La primera dimensión hace referencia a la involucración profesional, es decir, al grado de involucración del profesional en la relación con el cliente al que presta sus servicios, considerando que una buena práctica profesional implica un grado razonable y seguro en este aspecto.

La segunda dimensión hace referencia al cuidado personal, es decir, a la medida en que el profesional cuenta con recursos personales y técnicos para afrontar los riesgos y el desgaste psicofísico derivado de la relación de ayuda.

En último lugar, el tercer factor hace referencia al grado de vulnerabilidad, reflejando en qué medida el profesional se percibe afectado por su práctica profesional, manifestándose y reconociéndose a nivel relacional, psíquico, físico y emocional.

En base a las puntuaciones obtenidas en cada dimensión y a su combinación, el IDE identifica cuatro perfiles posibles:

- *Perfil I:* Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer síndrome de desgaste por empatía.

- *Perfil II:* Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer síndrome de desgaste por empatía;
- *Perfil III:* Funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer síndrome de desgaste por empatía,
- *Perfil IV:* Funcionamiento empático disfuncional.

A diferencia de lo que ocurre en la Escala ProQOL, el concepto de desgaste por empatía queda más definido, y de manera más íntegra, en el IDE. Las dimensiones de las que este último se compone facilitan, no solo el conocimiento del nivel de desgaste en alguno de sus cuatro perfiles, sino también el conocimiento de cuál es la dimensión más significativa a efectos de valorar el desgaste.

En términos pragmáticos, conocer la manifestación del desgaste en cada una de las dimensiones facilita la aplicación de medidas concretas que apunten a las dificultades identificadas en cada dimensión¹⁴.

2.7. Medidas de prevención y abordaje de la FC

Una vez conocidos los factores que influyen en el malestar emocional de los profesionales, sería interesante desarrollar estrategias de intervención para prevenir o disminuir los síntomas asociados a su labor en la unidad. En este sentido y en base a la documentación consultada, se puede afirmar que esta intervención debería incluir, entre otros, aspectos como la psicoeducación, generar posibilidades de descarga emocional, fortalecer los vínculos interpersonales entre los miembros del grupo y entrenamiento en técnicas psicológicas que les ayude a afrontar el impacto emocional que les genera su actividad diaria²¹.

El problema es que las estrategias de prevención de la FC existentes son escasas, y el tiempo de solicitud largo para su concesión³. Además, es importante matizar lo que el concepto "prevención" abarca en este caso. Y es que, la FC es un fenómeno inherente al proceso de ayuda y, por tanto, su dimensión positiva no es prevenible como tal, sino que, más allá de eso, su existencia y manifestación refleja el desarrollo de un buen enganche relacional y un adecuado uso de nuestra capacidad empática.

Desarrollar el rol de mediador en una relación de ayuda genera un desgaste físico y mental inevitable dada la naturaleza del contexto y de las emociones en que se desenvuelve. Como ya se ha mencionado una relación enfermera-paciente eficaz requiere del desarrollo de una relación de confianza entre ambos que, a su vez, implica trabajar con nuestras capacidades de escucha vinculándonos a esas personas que sufren psíquica, física y emocionalmente. El precio a pagar de este trabajo es el dolor que dicho vínculo genera, de manera ineludible y necesaria, en el profesional que lo lleva a cabo.

Ahora bien, como señalan los autores Bride, Radey y Figley (2007), la prevalencia de la FC es el resultado del desequilibrio en el balance entre SC y FC; y esta inclinación peligrosa hacia un aumento de la FC es la que sí podemos y debemos prevenir, mediante acciones conscientes que contribuyan también a su abordaje y la disminución de sus

efectos compensando el coste del cuidado que se proporciona^{14,21}.

Estos mismos autores también proponen que paliar la FC consiste en contrabalancear el desequilibrio estructural que siempre existirá entre satisfacción y fatiga, y requiere el desarrollo cuatro áreas (Campos y Cardona, 2017)¹⁴:

- a. *Desarrollo de relaciones positivas con los clientes*, es decir, activar permanentemente la respuesta empática y las dimensiones de la alianza de ayuda. Se trata, resumiendo, de trabajar bien, conscientemente bien. También apuntan a cubrir las necesidades del profesional tales como la satisfacción por la relación prestada o el reconocimiento de los colegas.
- b. *Autocuidado inespecífico* relacionado con el mantenimiento de estándares reconocidos de autocuidado que definen el estilo de vida (descansar, dormir y comer bien, mantener relaciones y redes, aficiones, etc.). En necesario monitorizar frecuentemente el cumplimiento del plan (consciente) de auto-cuidado y actualizarlo periódicamente.
- c. *Autocuidado intencional* vinculado a la permanente revisión de la práctica profesional y su impacto sobre sí mismo, recurriendo a la supervisión, revisión de la práctica, participación en foros profesionales, estudio, equilibrio biofísico (alimentación, ejercicio, descanso y placer).
- d. *Estrategias de manejo del estrés* mediante el cuidado y desarrollo de aficiones, relajación, yoga, meditación consciente (mindfulness), expresiones artísticas, escritura terapéutica, etc.

Hasta el 2017 destacaron fundamentalmente dos estudios primarios que abordaron las estrategias para la prevención de la FC; Aycock y Boyle, y Potter et al.³

Los primeros de estos autores realizaron un estudio sobre las intervenciones y estrategias que se llevaban a cabo para la prevención de la FC entre las enfermeras del área de Oncología. En este estudio un 23% de las enfermeras de Oncología manifestaron tener disponible el apoyo de un psicólogo para el personal, sin embargo, la utilización de este servicio contaba con la dificultad derivada de un extenso tiempo de espera entre la solicitud del servicio y la cita. También describieron la existencia de otras figuras de apoyo como psiquiatras, enfermeras especialistas en salud mental, o trabajadores sociales con formación postgraduada en Oncología. Únicamente un 17% indicaron que no disponían de apoyo profesional en relación al abordaje de la FC.

Respecto a los programas educativos, este mismo estudio, demostró que un 45% de los participantes no habían recibido ninguna formación para el conocimiento y desarrollo de habilidades de afrontamiento, adaptación y autocuidado para la prevención y afrontamiento de la FC. Un 30% la recibieron de forma esporádica. Ninguno de los participantes había recibido formación del programa de educación para Enfermería al final de la vida, siendo únicamente un 17% quien recibió otra formación alternativa en relación a ese aspecto.

Por otro lado, los participantes manifestaron que los retiros para hacer frente a la carga psicológica derivada del cuidado y la renovación emocional raramente se realizaban. Aquellos que sí habían accedido a estos programas de retiro calificaron esta experiencia como positiva. Un 10% dispusieron de un retiro anual, un 6% indicó disponer de retiros episódicos y un 3% una retirada anual obligatoria. Aquellas enfermeras que disfrutaron del retiro lo valoraron inmensamente.

Estos retiros se realizaron en la montaña, playa, en centros de conferencias, templos... organizándose en ellos actividades creativas para el trabajo en equipo, ponencias sobre motivación e inspiración, masajes y actividades al aire libre.

Otros aspectos que Aycock y Boyle identificaron como favorecedores de la prevención de la FC fueron los exámenes de salud y la dotación adecuada de personal, así como otros aspectos positivamente valorados tales como la discusión de situaciones difíciles de pacientes entre el equipo multidisciplinar, reuniones abiertas donde se comentan cuestiones relacionadas con el final de vida, sentimientos experimentados en diferentes situaciones clínicas, y reuniones de memoria del paciente.

En el estudio realizado por Potter et al. se focalizó en la población enfermera que desarrollaba su actividad laboral de forma directa con el paciente en un centro de infusión de quimioterapia. El programa de resiliencia implementado fue ideado con el objetivo de educar a los participantes sobre la FC, sus factores de riesgo y los efectos que provoca, como el estrés crónico derivado de ella. Las intervenciones del programa fueron diseñadas para promover la resiliencia del personal de Enfermería a través de la autorregulación, la intencionalidad, la autovalidación, conexión y autocuidado. Se realizó a través de diferentes actividades que abordaban dichos aspectos. Previamente a la realización de la intervención, el nivel de Burnout y estrés por trauma secundario era de alto riesgo. Respecto al Burnout, la comparación entre la medida pre y post no reflejó significación estadística, sin embargo, la puntuación de cansancio emocional sí mostró mejoría, así como la de realización personal. El nivel de estrés por trauma secundario se redujo después del programa y se mantuvo durante los 6 meses posteriores, siendo la diferencia entre el pre y post significativa ($p = 0,044$) para un intervalo de confianza del 95%. Las puntuaciones de la Escala revisada de impacto de eventos mejoraron significativamente tanto inmediatamente tras la finalización del programa, como a los 6 meses.

Respecto a las subescalas de la Escala de satisfacción laboral enfermera (calidad del cuidado, disfrute, tiempo para realizar el trabajo y labores requeridas), obtuvieron mejoría tras la intervención, sin embargo, no fue estadísticamente significativo. Los participantes calificaron positivamente la intervención para la mejora de su resiliencia y técnicas de control en el ámbito laboral, y valoraron especialmente en la experiencia de la FC³.

Así pues, para poder afrontar el día a día asistencial y la gestión de las emociones relacionadas con estas situaciones de elevada tensión, resulta necesaria la utilización de es-

trategias de afrontamiento. En este sentido, el afrontamiento es definido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas específicas tanto externas como internas que pueden verse como impuestas, o ser superiores a los recursos propios de la persona. Según Lazarus y Folkman, se identifican dos tipos de afrontamiento: aquél que alivia la angustia emocional, y aquel que gestiona o cambia el problema que causa la angustia. Esto, a su vez, permite diferenciar entre dos tipos de medidas: aquellas que se centran en la emoción, y aquellas que se enfocan en el afrontamiento de los problemas. En este contexto Borrell et al., en una muestra de profesionales de Enfermería, define la autoeficacia, como el grado de capacidad que la enfermera se atribuye a sí misma para resolver el éxito en la provisión de cuidados de calidad en situaciones al final de la vida⁷.

Dentro del abordaje y prevención de este fenómeno, hay un término que resulta interesante incluir, y es el de “perspicacia empática” (Empathic discernment, Radey & Figley, 2007). Se entiende por perspicacia empática la capacidad del profesional para reconocer y reducir a tiempo la FC y aumentar la SC mediante el equilibrio e incremento de tres factores: el afecto positivo, el autocuidado y los recursos internos.

El afecto positivo se refiere a las características de la relación que son fundamento esencial para entrar en contacto con las necesidades de los clientes: respuesta empática y relación de ayuda. Además, también hace referencia a la satisfacción de las necesidades del profesional de la mediación tales como la satisfacción por el servicio prestado y el aprecio de los demás.

El autocuidado incluye seguir estándares reconocidos para cuidar de uno mismo (descansar, dormir, comer bien, hacer ejercicio físico moderado asiduamente, etc.). Un pobre autocuidado puede tener consecuencias negativas como reducir el nivel de SC, dañar la salud del profesional de ayuda y de sus relaciones, así como dañar a los clientes¹. En este sentido es importante destacar la importancia del bienestar físico y psicológico del profesional de Enfermería, ya que una alteración en cualquiera de estos ámbitos, repercute en la totalidad de la persona; por lo que, a mayor bienestar de la persona, menor será el impacto negativo sobre esta en situaciones adversas⁷.

Por último, los recursos personales y sistémicos son las estrategias de afrontamiento de las que disponen y hacen uso las enfermeras para hacer frente a su trabajo diario en situaciones al final de la vida. Incluyen distintos tipos: recursos intelectuales (formación, el saber hacer que da la experiencia...), de salud (buena nutrición, ejercicio físico), sociales (amigos, compañeros de trabajo, supervisores)¹ (anexo 6.3).

Las principales actitudes de afrontamiento que se pueden observar en el personal de Enfermería son⁷:

- *La desconexión o disociación emocional:* Consiste en actuar de forma irreflexiva para evitar la implicación emocional en la práctica profesional y evitar efectos sobre su bienestar emocional.
- *El distanciamiento emocional:* Consiste en evitar la creación de relaciones afectivas con los pacientes para evitar que la muerte de estos les afecte. Al evitar la implicación

emocional con los pacientes, disminuye el riesgo de FC, ya que no se crea ningún vínculo emocional con los mismos.

- *El distanciamiento de la situación:* Consiste en el intento de apartarse del dolor y el sufrimiento vividos por la muerte de los pacientes evitando pensar en ello. En otras palabras, el profesional se concentra en otros aspectos que no tengan relación con la experiencia de la muerte vivida.
- *La aceptación de la muerte como parte de la vida, y de su presencia en el ámbito laboral:* La persona acepta que la muerte forma parte del proceso vital y que tarde o temprano llegará a ocurrir, tanto a las personas que le rodean como a uno mismo⁷.

Entre las estrategias recopiladas que las propias enfermeras explican como de uso propio y recomiendan como efectivas, se destacan⁵:

- *Estrategias para el manejo del estrés:* son un buen instrumento para mejorar la perspicacia empática de la que ya se ha hablado, e incluyen diversas técnicas tales como: respiración, relajación, conversación con uno mismo, movimiento físico, meditación consciente o mindfulness, visualización, arteterapia, músico-terapia, llevar un diario, tener un hobby o actividad de tiempo libre... Y en general la mayoría de tratamientos para la ansiedad son también relevantes para la FC¹. De hecho, la puesta en práctica de estas medidas fue sugerida por los propios profesionales de la salud en el afrontamiento de este fenómeno en el estudio de Maytum, Heiman y Garwick.
- *Apoyo social:* Recurriendo a otras personas para que les ayude, ya sea informando y comprendiendo o permitiéndole compartir su experiencia⁷. En el estudio de Yoder ya citado las enfermeras participantes afirmaron que explicar las situaciones estresantes a sus compañeros o a los profesionales cualificados, como psicólogos, también ayuda a disminuir la probabilidad de aparición de la FC.
- *Resolución de problemas de forma planificada:* La efectividad de esta medida radica en que al centrarse en un solo problema y resolverlo por partes, reduce en cierta forma y estrés que generaría tener más de un problema o el problema completo. Para ello, se debe analizar el problema, comprenderlo, realizar un plan para resolverlo, aplicar el plan a la práctica, y comprobar si se ha resuelto el problema.
- *Cambiar de unidad, de turno, cambiar el tiempo completo a media jornada, coger los días extra para descansar, y tomar un descanso en el trabajo:* Como también aconsejaron las enfermeras del estudio de Yoder.

Por lo tanto, es fácil entender que el desarrollo de la Inteligencia Emocional es fundamental para poder aplicar las medidas de afrontamiento. La utilización de competencias socioemocionales no solo previene o minimiza los signos tanto de la FC como del Burnout, sino que también permite regular las emociones y mejorar el bienestar psicológico⁵.

Tampoco es de extrañar, que las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud suelen ser nombradas por el personal de Enfermería como una de las principales necesidades de formación continua, con su consiguiente probado efecto positivo sobre el desgaste emocional en las unidades de Oncología y similares⁸.

Con respecto a cuáles de estas son las estrategias más efectivas y adecuadas, según Payne son aquellas que previenen el agotamiento emocional mientras que, la evitación del afrontamiento solo aumenta el desgaste generando actitudes desadaptativas (como las ya citadas disociación social o distanciamiento). Este mismo autor explica que “el mejor afrontamiento es una persona que utiliza la mejor estrategia de afrontamiento en cada situación determinada⁵.”

2.8. Estudios cualitativos sobre la experiencia de la FC

En las revisiones de la literatura científica sobre este tema, también se citaban algunos estudios que abordaron la FC mediante estudios cualitativos³.

Melvin realizó un estudio basado en entrevistas a 6 enfermeras de hospitales y cuidados paliativos. Todas ellas mujeres, empleadas en el noroeste de EEUU y entre 11 y 33 años de experiencia. El análisis de las entrevistas identificó tres temas principales: el riesgo de FC derivada de la exposición a muertes repetidas durante un largo periodo de tiempo, el coste emocional y físico de proporcionar cuidados en unidades paliativas y las estrategias de salud y establecimiento de límites. Las enfermeras entrevistadas explicaron la necesidad de poner en perspectiva la experiencia de la muerte para que esta no les consuma. Asimismo, los participantes identificaron también los síntomas físicos y emocionales asociados al cuidado que proporcionaban. Cada una de las entrevistadas indicó la necesidad de establecer límites en la atención profesional para mantener la habilidad de proporcionar cuidados al final de la vida, así como estrategias de afrontamiento.

Otros participantes indicaron la necesidad de cambio de roles periódicamente como medida de prevención, así como que en ocasiones las enfermeras, a pesar del dolor y de las repercusiones físicas y emocionales, continúan proporcionando cuidados a los pacientes sin que este sufrimiento sea visible para la gente de su alrededor.

Perry et al. realizaron un estudio cualitativo basado en entrevistas realizadas a enfermeras trabajadoras en el área de Oncología que permitió identificar cinco temas principales: la definición del concepto de FC, las causas, factores agravantes, atenuantes y consecuencias. Los participantes dieron varios ejemplos de experiencias que definieron como FC, otros no sabían si lo habían experimentado, y otros expresaron no saber exactamente su significado y sus diferencias respecto a otros fenómenos como el Burnout.

Respecto a los factores que propician el desarrollo de la FC, se señalaron la falta de apoyo por parte de compañeros y administración a lo largo del tiempo y la falta de conocimiento sobre la FC: “No ha sido hasta hace poco cuando he oído hablar de la FC” “Necesitamos saber más sobre la FC para poder protegernos a nosotras mismas”.

Esta situación hace que cuando en ocasiones los profesionales experimentan la FC, lo identifiquen como algo “natural”, continuando expuestos al sufrimiento de ajeno.

Otros aspectos identificados por los participantes entrevistados como causas de la FC fueron la falta de tiempo y la excesiva carga de trabajo al impedir el establecimiento de la mejor relación con pacientes y familias y, por tanto, también la excelente calidad de los cuidados brindados: “A veces lloro cuando salgo del trabajo porque siento que no he dado la calidad de cuidado que me gustaría dar”. De ahí, que uno de los factores descritos por las enfermeras en estas entrevistas como agravante de la FC fuera la sensación de incapacidad para eliminar el sufrimiento³.

2.9. Implicación en la práctica clínica y propuesta personal de mejora

Incrementar la capacidad para reconocer y minimizar el impacto del desgaste es una responsabilidad del profesional y de la organización en la cual trabaja. El conocimiento sobre la existencia de la FC permitirá a las enfermeras tomar conciencia de que podrían estar sufriendola. Los hallazgos de este estudio proporcional información sobre las causas y las fuentes de desgaste, los factores de riesgo y de protección relacionados, las variables claves asociadas a su desarrollo, sus signos, síntomas y consecuencias y repercusiones. Información que resultará imprescindible en la proposición de bases para profundizar en el conocimiento de este fenómeno y orientar la investigación futura.

En mi opinión es necesaria la creación de un programa de fortalecimiento para el personal de Enfermería que funcione a nivel estatal y permita mejorar las condiciones laborales en las que las enfermeras se encuentran actualmente. En concreto, sugeriría el establecimiento de áreas de descanso, la capacitación del personal a través de la implementación de cursos y talleres en los que se aborden temas como el manejo del estrés, la motivación y superación personal, la mejora y el cuidado de las relaciones interpersonales, del clima laboral y de la comunicación asertiva; el logro de un mayor reconocimiento por la labor que realizan, de apoyo psicológico y terapéutico y, finalmente, una mayor identificación institucional.

Por otro lado, considero que las investigaciones en Enfermería deben tratar también el desarrollo de sentimientos de satisfacción y realización con el trabajo entre el propio personal, puesto que ha quedado claramente demostrada la relación inversamente proporcional entre FC y SC, a su vez directamente relacionada con el bienestar personal y la calidad de vida profesional. Y, para ello, conocer lo que motiva o desmotiva a estos profesionales de la salud, puede garantizar que al poner en marcha acciones de salud, estos se adapten en lo posible a lo que los profesionales piensan y sienten, lo cual, sin duda, redundará en una mayor satisfacción de las enfermeras y de los propios enfermos.

Además, los resultados de los estudios realizados muestran que el trabajador logra una identificación armónica con sus superiores cuando percibe que sus criterios y opi-

niones son escuchados y puestos en práctica. De esta manera el trabajador se siente respetado y tomado en cuenta a la hora de tomar decisiones en su puesto laboral, lo que, a su vez, está demostrado que aumenta su motivación para la labor que realiza e incluso para la búsqueda de soluciones a problemas que constantemente pueden surgir. Por ello, la consecución de un marco laboral ameno y un espíritu de cooperación mutuo entre los compañeros de trabajo, juega un papel de elevada trascendencia al favorecer el bienestar del trabajador durante la jornada laboral y en la esfera de atención directa al paciente. Este elemento repercutirá, inevitablemente, en la satisfacción del enfermo, familiares y equipo de salud.

CONCLUSIONES

Las conclusiones están organizadas en base al objetivo general planteado en este trabajo: *Demostrar la trascendencia de la FC y la importancia de ampliar los estudios enfocados a entender este fenómeno, como medio para fomentar el desarrollo y la puesta en práctica de medidas efectivas de prevención y abordaje del mismo* y ha quedado totalmente resuelto a partir de las conclusiones extraídas de los 5 objetivos específicos. Éstas se describen a continuación.

En relación con el primer objetivo específico (*"Delimitar el concepto de FC"*), se concluye que el concepto de FC continúa, a día de hoy, siendo desconocido y confuso, como ha permitido observar la revisión bibliográfica efectuada de las publicaciones especializadas al respecto.

Este trabajo ha intentado deslindar el concepto de la FC de otras formas de desgaste profesional en el personal de Enfermería, enfatizando en su elemento más estructural: su desarrollo en todas aquellas actividades que se sustentan sobre la base de una relación de ayuda a terceras personas que están sufriendo; y centrándose en una de las situaciones más difíciles a las que estos profesionales se enfrentan, el cuidado de pacientes en la recta final de sus vidas.

Para ello, se determinó que a lo largo de los años la FC ha sido confundida con otros conceptos similares y, debido a ello, se proporcionó una definición de este fenómeno, describiendo su evolución desde sus orígenes en los años 90, así como las principales características que ayudan a identificarla. Especialmente en lo que a diferenciarla del Burnout se refiere, pues es la forma de desgaste más conocida y con la que más se tiende a la confusión teórico-conceptual.

Las principales diferencias entre ambos fenómenos las hallamos en las causas y el tiempo de aparición. Si bien la FC se relaciona directamente con el contagio emocional, y puede verse agravada por las características del entorno laboral, en el caso del Burnout, las fuentes del desgaste las encontramos principalmente en este último ámbito. Por otro lado, la FC puede aparecer como un proceso agudo, súbito e inmediato tras una relación de ayuda, al contrario del proceso progresivo y crónico que caracteriza al síndrome de Burnout.

Esta ambigüedad y este desconocimiento han facilitado la extensión de una única percepción del fenómeno del desgaste profesional en el contexto de las relaciones de ayuda. Sin embargo, la práctica clínica y la evidencia empírica

ponen de manifiesto el hecho de que esta visión tan amplia y genérica del desgaste no es la única posible ni, en determinados contextos de actividad profesional, la más adecuada.

La FC puede definirse como un estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y relacional, resultado de la exposición inmediata o prolongada al estrés por compasión, y como el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con clientes o pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés. Además, el mantenimiento de este desgaste puede derivar en cuadros severos típicos de traumatización secundaria o en el inicio del síndrome de Burnout.

El desarrollo de las relaciones de ayuda con las personas con las que se trabaja implica el desarrollo de competencias y capacidades ligadas al manejo de nuestra capacidad empática y de la alianza de ayuda que forjemos con el agente receptor de nuestros servicios. Es por ello, por el hecho de trabajar con nuestras capacidades de escucha, vinculándonos a personas que sufren psíquica, física y/o emocionalmente, por lo que se paga un precio conocido: desgaste físico, desgaste emocional y agotamiento de las capacidades y competencias profesionales. Comprender lo que les sucede a las personas a las que se cuida, entender los significados de sus situaciones y vincularse a su malestar, genera irremediablemente dolor en el profesional.

Esta revisión sistemática muestra que el fenómeno de la FC visibiliza una realidad que afecta especialmente a los profesionales de Enfermería que trabajan con el objetivo de aliviar el sufrimiento en la vida de las personas a las que atienden, y que representa un riesgo para el completo bienestar físico y psicosocial del personal sanitario que desempeña su labor asistencial en el ámbito de los cuidados paliativos.

En cuanto al segundo objetivo específico, *"Definir los aspectos más importantes de este fenómeno: causas, signos, síntomas y consecuencias, factores relacionados y variables asociadas, evaluación y medida, y estudios y datos epidemiológicos existentes"*, este trabajo ha pretendido reunir toda la información posible y más actualizada al respecto como medio para conocer y entender el fenómeno de la FC, su impacto en el personal de Enfermería y sobre la calidad del cuidado que proporciona al paciente, así como la que este y sus familiares perciben; y las repercusiones que tiene en el correcto funcionamiento de la institución.

Causas

Para entender las fuentes del malestar profesional se ha puesto de manifiesto el fenómeno del desgaste profesional desde el punto de vista relacional. Sabemos que una relación de ayuda eficaz requiere del desarrollo de una relación de confianza entre profesional y paciente. Esta relación se construye mediante el despliegue de dos factores: la capacidad de empatizar con la persona a la que atendemos, y el desarrollo de una alianza y un compromiso para el logro de objetivos comunes con la misma.

Así, empatía y alianza son las generadoras de tres significativas fuentes de desgaste:

1. *La necesidad de contrarrestar el reflejo empático espontáneo* (irreflexivo e inconsciente). Esto requiere un esfuerzo consciente para evitar una escucha desequilibrada y la tendencia a escuchar y empatizar, preferentemente, con aquel o aquella historia en la que percibimos resonancias personales, ideológicas culturales, o de género.
2. *El desarrollo de la actitud empática consciente que la escucha activa y la empatía requieren.* Esto supone una predisposición voluntaria para comprender al otro, su posición, su discurso, y el significado que le da al mismo en función de sus emociones y vivencias. Para que esto sea posible los profesionales deben percibir y experimentar parte del dolor del otro, lo que inevitablemente genera desgaste.
3. *La necesidad de distanciarse emocionalmente por la tensión entre empatía y ecpatía.* La ecpatía nos protege de la inundación afectiva y del dejarnos llevar por las emociones de los pacientes mediante una forma de control intencional de la subjetividad interpersonal; algo que también requiere un esfuerzo continuo y erosionante para mantener el equilibrio.

Signos, síntomas y consecuencias

Las manifestaciones sintomáticas de la FC han sido resumidas por diversos autores desde el 2000 hasta el 2014, y pueden estructurarse en cuatro dimensiones:

1. *Psicológica.* Pérdida de entusiasmo y apatía, desensibilización, ira o irritabilidad intensa, deseo de abandonar, desbordamiento emocional, sentimientos de falta de gozo en actividades cotidianas, sensación de vacío y/o desesperanza hacia el futuro, estado de depresión o tristeza la mayor parte del tiempo, miedo y ansiedad ante eventos, sentimientos de paralización, falta de motivación.
2. *Conductual.* Compulsiones como beber, comer y gastar en exceso, aburrimiento y desinterés hacia los pacientes, desorganización, atención disminuida, menor capacidad de concentración.
3. *Relacional.* Insensibilidad e indiferencia, incapacidad para abordar o paliar el sufrimiento, ausencia de disfrute con las actividades de ocio, aislamiento social de familiares y amigos, irritabilidad, desconfianza.
4. *Somática.* Agotamiento y pérdida de fuerza, falta de energía, cambios de peso corporal, recuperación física lenta y más costosa, aumento de quejas físicas, insomnio, dolores de cabeza, tensiones musculares y aceleración del ritmo cardíaco.

Factores relacionados y variables asociadas

Entre los factores relacionados encontramos cuatro grandes grupos que influyen:

1. *Factores personales.* Entre los que destacan como factores de riesgo la experiencia laboral y aspectos de la salud física y psicológica del trabajador (padecer depresión, an-

siedad, estrés...); y como factores protectores la autoconcienciación y el autocuidado.

2. *Factores laborales.* De riesgo, principalmente la duración de la jornada (mayor riesgo en jornadas completas que en medias jornadas) y el lugar de trabajo (mayores niveles de desgaste en unidades de Cuidados Paliativos y Oncología). Protectores, como el contrato fijo, trabajar de día y el ambiente laboral.
3. *Factores psicológicos.* Fundamentalmente el estrés.
4. *Factores de soporte.* Encaminados a disminuir los niveles de FC. Son conocimientos psicoeducativos, programas de apoyo, etc.

Respecto a las variables asociadas al fenómeno de estudio, las tres principales han demostrado ser:

1. *El grado de satisfacción del personal de Enfermería.* Asegura un mejor desempeño del trabajo y el equilibrio de su actividad enfermera. Está relacionado con el interés y la motivación del trabajador hacia la labor que realiza, y determina el bienestar y la calidad de vida de los profesionales.

Las escalas Ryff han demostrado ser fiables y viables para su aplicación en la práctica enfermera, excepto en la dimensión de la autonomía.

2. *Afrontamiento de la muerte.* Determina el bienestar de los profesionales de Enfermería. Una actitud intolerante frente a la muerte propia y ajena genera sentimientos de vulnerabilidad y descontrol, lo que se traduce en un distanciamiento del paciente que, a su vez, entorpece la relación con el mismo al deteriorar la conexión y comunicación entre ambos.

La clave para un mejor afrontamiento de la muerte la encontramos en el manejo emocional, directamente relacionada con el concepto de inteligencia emocional y que precisa de habilidades y competencias socioemocionales en las que es recomendable formar a las enfermeras.

3. *Autocuidado y autoconcienciación.* Ambas demostraron, en un estudio reciente llevado a cabo en miembros de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), ser predictores positivos de la SC y negativos de la FC; además de métodos eficaces en la mejora de las competencias en el afrontamiento de la muerte.

Es importante también señalar la íntima relación existente entre ambos constructos, entendiendo la autoconcienciación como una combinación entre autoconcienciación y empatía que permite el desarrollo de ambas habilidades aplicadas, simultáneamente, en la satisfacción de las necesidades del paciente a su cargo, y en la de las suyas propias.

Evaluación de la FC

Los instrumentos de medida de la FC son escasos, poco específicos para las distintas poblaciones y no unificados ni estandarizados. Por ello resulta complicada la comparación de los resultados de las distintas investigaciones.

La principal herramienta empleada es la Professional Quality Life Scale, ProQOL-V (Stamp 1997). Revisada en 2002 por Samm, Larsen y Davis y traducida al español en el 2006. Esta es muy completa, pues incluye la medida de tres subescalas: satisfacción por compasión, fatiga por compasión y Burnout.

Por otro lado, existe también un Modelo General de Resiliencia a la FC descrito por Figley entre los años 1995 y 2014 para estimar el nivel de resiliencia que los profesionales tienen a dicho fenómeno.

Se compone de una serie de factores y de la singular relación entre ellos, y busca el establecimiento de un modelo de interpretación de la FC que permita determinar cuáles son las variables de las que depende esa capacidad resiliente frente a sus efectos. Dichos factores son: exposición al cliente que sufre, habilidad empática, SC y apoyo, respuesta terapéutica, autorregulación y resiliencia a la FC (exposición prolongada, manejo efectivo de los recuerdos traumáticos y nuevos tesoros de la vida).

Por último, los avances más recientes en la evaluación de la FC los encontramos en el desarrollo del Inventario del Desgaste por Empatía en el año 2009 (IDE), que consta de 27 ítems organizados en tres dimensiones (involucración personal, cuidado personal y grado de vulnerabilidad) que, a su vez, permiten identificar cuatro perfiles de funcionamiento empático.

- *Perfil I:* Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de FC.
- *Perfil II:* Funcionamiento empático normal, sin riesgo de FC.
- *Perfil III:* Funcionamiento empático normal, con riesgo de FC.
- *Perfil IV:* Funcionamiento empático disfuncional.

La gran ventaja de esta herramienta de evaluación frente a la Escala ProQOL, es que aumenta el conocimiento del fenómeno en sus diferentes dimensiones, y permite apuntar a las dificultades específicas detectadas en cada una de ellas a la hora de buscar las medidas concretas de prevención y abordaje más eficaces.

Respecto al tercer objetivo específico, *“Argumentar la importancia de profundizar en el estudio de este y otros trastornos relacionados”*; se concluye que es de vital importancia proporcionar a los profesionales de Enfermería las medidas de soporte adecuadas para poder combatir este fenómeno; porque tienen a su cargo vidas humanas, y su bienestar influye mucho en la calidad del cuidado que proporcionan. La FC tiene un precio, no sólo en el cuidado de la salud, sino también en el trabajo, causando disminución de la productividad, más días de enfermedad y una mayor rotación. Además, se necesitan más estudios para profundizar en la identificación de la prevalencia de este trastorno, la fase del padecimiento en la que se encuentran las enfermeras de estos y otros servicios, los factores de riesgo y protectores para centrar más el estado actual de la cuestión en dichas unidades y favorecer la elaboración de perfiles de riesgo y el establecimiento de programas preventivos.

Cualquier avance en este campo ayudará a mejorar la salud de los profesionales y podría generar en un futuro un me-

jor ambiente laboral para las enfermeras, lo que en última instancia mejoraría la calidad de la atención y el cuidado de los pacientes. Por ello es muy importante conocer más a fondo este fenómeno y realizar más trabajos de investigación que contengan información empírica, sobre todas las variables relacionadas con el mismo, para poder pasar a realizar revisiones cuantitativas y meta-analíticas sobre el tema.

Otra de las cuestiones que es necesario averiguar es hasta qué punto el propio personal de Enfermería tiene conocimiento sobre este concepto, y en caso contrario realizar una educación pertinente previa al fomento de las estrategias de afrontamiento más efectivas conocidas y por desarrollar.

En definitiva, el impacto emocional que produce el sufrimiento, dolor y la muerte de los pacientes en Enfermería es un tema de gran interés que requiere más estudios encaminados a la detección de las necesidades formativas en este ámbito. Aunque en algunas universidades se imparten asignaturas que trabajan estos aspectos, es necesario ampliar esta formación en los profesionales de Enfermería en activo que están cotidianamente en contacto con situaciones de muerte que producen un gran impacto emocional.

El cuarto objetivo (*Recopilar las medidas preventivas y de abordaje ya contempladas en la literatura científica existente al respecto*) también se ha visto alcanzado mediante la revisión de la literatura científica actualizada existente sobre este tema.

En primer lugar, se han descubierto los matices que el concepto de prevención tiene en este caso. Como fenómeno inherente a todo proceso de ayuda, la FC no puede ser prevenible como tal, pues es el principal indicador del establecimiento de una buena relación con el paciente y, por ende, del éxito y la calidad del trabajo a desempeñar. Como ya dijeron Campos y Cardona (2017) *vincularse duele y si no, no hay vínculo; y sin vínculo no hay relación de ayuda*.

Ahora bien, lo que sí es posible es regularlo, manejarlo y minimizar sus efectos negativos, pues no podemos olvidar la vertiente positiva de la FC, la SC.

La SC está relacionada con la percepción subjetiva del trabajo bien hecho, la conexión emocionalmente significativa con el paciente, y la satisfacción de las necesidades psicoemocionales del propio profesional.

Una correcta “prevención” y abordaje de la FC consiste en contrabalancear el desequilibrio natural entre SC y FC; lo que según Campos y Cardona (2017) se consigue mediante el desarrollo de cuatro áreas: desarrollo de relaciones positivas con los pacientes, autocuidado inespecífico relacionado con un estilo de vida saludable, autocuidado intencional a través de la supervisión constante del impacto que la práctica clínica tiene sobre uno mismo, y estrategias para el manejo del estrés.

Además, mediante la revisión de la literatura científica que versa sobre estos temas, se ha puesto de manifiesto la escasez de recursos disponibles para los profesionales con

riesgo de sufrir esta y otras formas de desgaste. Los estudios muestran que, aunque se cuenta con figuras de apoyo, no se facilita el acceso y la disponibilidad de las mismas.

La formación oportuna para el manejo de estas situaciones, por su parte, no es impartida, se hace de manera esporádica, sin programar un seguimiento que permita a los profesionales entrenar sus habilidades de afrontamiento, adaptación y autocuidado para la prevención de la FC; o es poco específica y no se adecúa a los temas que se deberían tratar para realizar un abordaje eficaz del desgaste profesional en enfermeras en contacto directo y continuo con la muerte de sus pacientes.

Por otro lado, cuando mediante un estudio piloto se han implementado intervenciones educativas, estas no solo han demostrado reducir los niveles de FC, sino que también han sido valoradas positivamente por los participantes y, por tanto, han repercutido en su bienestar y satisfacción personal y con el trabajo realizado.

Otras medidas eficaces que han sido explicadas por las propias enfermeras son:

- Intervención para la mejora de la resiliencia y técnicas de control en el ámbito laboral.
- Discusión de situaciones difíciles de pacientes entre el equipo multidisciplinar.
- Reuniones abiertas donde se comentan cuestiones relacionadas con el final de la vida.
- Resolución de conflictos de forma planificada, problema a problema y por partes, para reducir el volumen de estrés generado por cada uno de ellos.
- Rotación de unidad, media jornada y días de descanso.

Los estudios descriptivos de las situaciones de afrontamiento que se dan, muestran que la evitación, distanciamiento y desconexión emocional son técnicas desarrolladas por muchos trabajadores afectados por la FC o con un elevado de riesgo de padecerla. Como dice el autor Payne, la evitación del afrontamiento solo aumenta el desgaste al generar actitudes desadaptativas.

Por último, es importante resaltar la importancia de tres factores que, bien entrenados, permiten a los profesionales disminuir a tiempo la FC y aumentar la SC, capacidad que se conoce como perspicacia empática y que cobra una considerable relevancia en este campo. Dichos factores son:

1. *Afecto positivo*. Consiste en conectar con las necesidades del paciente mediante una respuesta empática y el establecimiento de una relación de ayuda. Sin olvidar cubrir las propias necesidades y fomentar la satisfacción por el servicio prestado, la gratitud y el aprecio a los demás.
2. *Autocuidado*. Implica el desarrollo de un estilo de vida saludable como factor indispensable para un bienestar íntegro del profesional; necesario, a su vez, para garantizar la calidad de las labores de cuidado que proporciona.
3. *Recursos internos*. De tipo intelectual, relacional y de salud.

La perspicacia empática se relaciona con el concepto de la inteligencia emocional (IE), necesaria para poner en marcha las medidas de afrontamiento y las habilidades sociales y de comunicación identificadas como necesidades de formación continua por las propias enfermeras.

Para terminar, del último objetivo específico planteado: "Conocer las estrategias que las enfermeras explican como ayuda en su afrontamiento de situaciones al final de la vida" se llega a la conclusión de que los estudios cualitativos existentes realizados sobre la propia población diana de nuestro estudio, nos proporcionan una herramienta clave que permitirá avanzar en la construcción de instrumentos de autoevaluación: conocer de primera mano cuáles son los procedimientos de autocuidado específicos e inespecíficos que las enfermeras activan para contrarrestar el desgaste, cuál es su nivel de conocimiento sobre la FC, como describen los sentimientos que este fenómeno les produce, y si son o no capaces de detectarlo e identificarlo mediante la autoconcienciación.

Asimismo, el análisis de esta clase de estudios ha permitido corroborar el desconocimiento existente al respecto de este fenómeno, su trascendencia, y la necesidad de aumentar los estudios encaminados a entenderlo y paliarlo, que era el objetivo principal que se planteó desde un principio.

ANEXOS

Anexo 6.1¹⁴.

Tabla 1. Características y signos de la fatiga por compasión.

Hiperactivación	Evitación	Reexperimentación
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de sueño • Irritabilidad • Estallidos de ira • Hipervigilancia • Incremento de ansiedad • Impulsividad • Reactividad • Aumento de percepción de exigencias y de amenazas • Aumento de la frustración 	<ul style="list-style-type: none"> • "No querer volver ahí otra vez" • Deseo de evitar los pensamientos • Evitación de sentimientos • Evitación de conversaciones asociadas al dolor del cliente • Evitación a la exposición del material traumático del cliente • Pérdida de energía • Evitación de salidas extra-laborales con los compañeros • Auto-medicación y/o adicciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos intrusivos • Sueños intrusivos • Distrés psicológico y/o fisiológico • Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas de los clientes • Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial

Fuente: Campos Méndez, 2015.

Anexo 6.2¹⁴.



Figura 1. Modelo general de resiliencia a la fatiga por compasión. Fuente: Figley 2014.

Anexo 6.3¹.

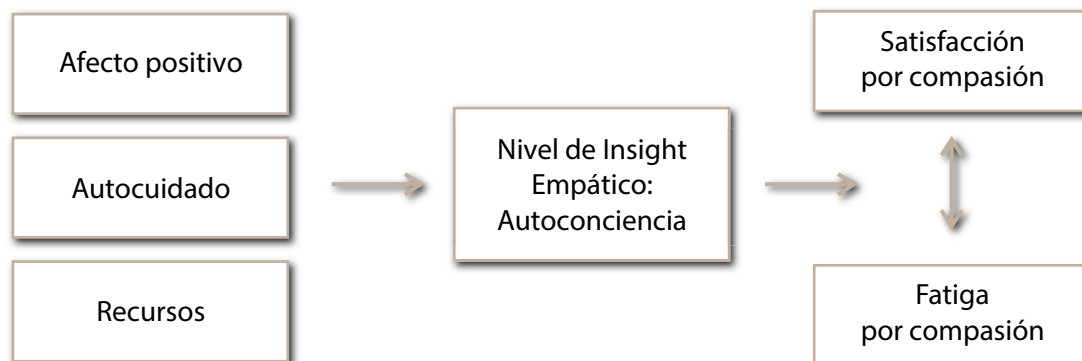


Figura III. Modelo general de resiliencia a la fatiga por compasión. Fuente: Radey & Figley 2007.

Anexo 6.4⁷.

Tabla 2. Guía de preguntas planteadas para la entrevista.

- ¿Qué sentimientos y emociones experimentaste ante la muerte de un paciente?
- ¿Estas emociones, cambian según la situación, paciente, tipos de muerte? ¿En qué?
- Después de la muerte de un paciente: ¿tienes dificultades para seguir trabajando? ¿Qué es lo que más te cuesta? ¿Qué es lo que más te ayuda?
- Cómo manejas los sentimientos y emociones que surgen durante estas vivencias relacionados con la muerte de los pacientes durante su jornada laboral? ¿Qué sueles hacer?
- ¿Es frecuente que “te lleves a casa” pensamientos o sensaciones relacionados con pacientes o familias en situación de final de vida? ¿A qué piensas que es debido? ¿Qué haces en estas situaciones?
- ¿Has experimentado en alguna ocasión síntomas relacionados con dificultad para dormir, agravamiento de síntomas dolorosos, depresión, malestar general, u otros? ¿Podrías hablarme sobre ello? ¿Con qué lo relacionas?
- ¿Has pensado alguna vez que tu trabajo no tiene demasiado sentido? ¿Qué no te sientes realizado?
- ¿Qué piensas que te podría ayudar a mejorar tu práctica asistencial en relación a estos temas?

BIBLIOGRAFÍA

1. Campos JF, Cardona J, Bolaños I, Cuartero E. En: La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar. Hipótesis para una investigación. Research Gate [Internet]. 2014 [citado 26 Feb 2018]; comunicación presentada en el X Congreso Mundial de Mediación. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Campos_Vidal/publication/279288785_La_Fatiga_por_Compasion_en_la_Practica_de_la_Mediacion_Familiar_Hipotesis_para_una_investigacion/links/55917abe08aed6ec4bf83b86.pdf
2. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pacual A, Sinclair S, Benito E. Among Awareness, Self-Care, Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping with Death. JPSM [Internet]. 2015 [citado 26 Feb 2018]; 50(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25701688>
3. Hernández García MC. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. Psicooncología [Internet]. 2017 [citado 27 Feb 2018]; 14(1):53-70. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/55811/50595>
4. Gómez Martínez S, Gil Juliá B, Castro Calvo J, Ruiz Palomino E, Ballester Arnal R. Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. AgoraSalut [Internet]. 2015 [citado 26 Feb 2018]; 15(16): 209-220. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/118482/17%20Sandra%20Go%CC%81mez,%20Beatriz%20Gil,%20Jesus%CC%81s%20Castro.pdf?sequence=1>
5. Olha Myezyentseva. Fatiga por Compasión en los profesionales de Enfermería. TecnoCampus Mataró-Maresme [Internet]. 2014 [citado 29 Feb 2018]. Trabajo de fin de grado. Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25371/Myezyentseva_Olha_2014.pdf?sequence=3
6. Campos Vidal JF, Cuartero Castañer ME, Riera Androver JA, Cardona Cardona J. Cuidado profesional y mecanismos paliativos del desgaste por empatía. Universidad de las Islas Baleares [Internet], España. 2016 [citado 1 Mar 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304352738_Cuidado_profesional_y_mecanismos_paliativos_del_Desgaste_por_Empatia
7. Simón Rincón C. El impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la "Fatiga por Compasión". Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat. 2014-2015 [citado 26 Feb 2018]; Trabajo Final de Grado [Internet]. Disponible en: <http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/257/EI%20impacto%20emocional%20de%20la%20muerte%20de%20los%20pacientes%20en%20la%20pr%C3%A1ctica%20asistencial%20enfermera%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20Burnout%20y%20la%20E2%80%9CFatiga%20por%20Compasi%C3%B3n%20E2%80%9D.pdf?sequence=1&i-sAllowed=y>
8. Gómez Urquiza JL. Prevalencia e identificación de factores de riesgo de síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería en servicios de Oncología. Universidad de Granada. 2017 [citado 29 Feb 2018]; Tesis Doctoral. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/46523/1/2647959x.pdf>
9. Infante Ochoa I, Moret Montano A, Curbelo Heredia I. Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. Rev. Cubana Salud Pública [Inter-

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)

1.550€
ONLINE750
HORAS30
ECTS

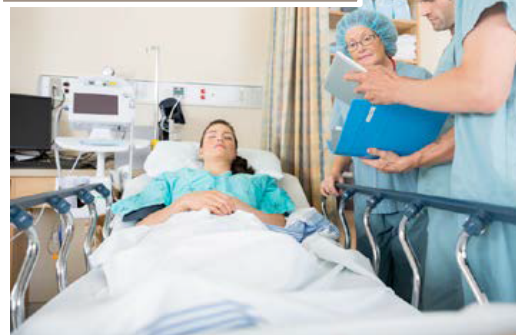
Experto Universitario en urgencias en atención primaria

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 100 Preguntas tipo test,
24 Supuestos y Tesina de investigación

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)

1.550€
ONLINE750
HORAS30
ECTS

Experto Universitario en cuidados perioperatorios

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 265 Preguntas tipo test,
11 Supuestos y Tesina de investigación

- net].2013 [29 Feb 2018]; 33(3): 1-15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n3/spu11307.pdf>
10. Rodríguez López N. Cuidados paliativos en personal de enfermería. Multimed [Internet]. 2018 [citado 1 Mar 2018]; (1): 91-103. Disponible en: <https://www.google.es/search?q=Cuidados+paliativos+en+personal+de+enfermer%C3%ADa.+Multimed+%5BInternet%5D&oq=Cuidados+paliativos+en+personal+de+enfermer%C3%ADa.+Multimed+%5BInternet%5D&aqs=chrome..69i57.811j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
 11. Mencía Seco VR, Díez Cagigal RA. MANEJO DEL ENFERMO TERMINAL EN SU DOMICILIO. Actitudes y Aptitudes ante la enfermedad, la agonía y la muerte. Formación Alcalá. Universidad de San Jorge.
 12. Oliver A, Sansó N, Galiana L, Tomás JM, Benito E. Evaluación psicométrica en profesionales de enfermería de cuidados paliativos. Aquichan [Internet].2017 [citado 1 Mar 2018]; 17(2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6300/4624>.
 13. Racionero Torre C. Estrategias de intervención en profesionales de Enfermería con Síndrome de Burnout. Universidad de Valladolid. Facultad de Soria [Internet].2016 [citado 29 Feb 2018]; Trabajo Fin de Grado. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/19293/1/TFG-O%20843.pdf>
 14. Campos-Vidal JF, Cardona Cardona J, Cuartero Castañer ME. AFRONTAR EL DESGASTE: CUIDADO Y MECANISMOS PALIATIVOS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN. ALTERN [Internet].2017 [citado 22 Mar 2018]; 24(7): 119-136. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/72150>
 15. Lozano Gomariz MA. Niveles de Burnout en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos. Una revisión sistemática de la literatura. UNIVERSITAS Miguel Hernández [Internet].2016 [citado 29 Feb 2018]; Trabajo Fin del Master Universitario en Prevención de Riesgos Laborales. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3322/1/Lozano%20Gomariz,%20Adoraci%C3%B3n%20TFM.pdf%20Hecho.pdf>
 16. Abendroth A, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2015;8(6):346-56. Disponible en: http://www.compassionstrengths.com/uploads/Compassion_fatigue_nursing.pdf
 17. Pérez-Vega ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial de las enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. Rev. Cuid [Internet]. 2016 [citado 22 Mar 2018]; 7(1): 1210-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3595/359543375009/>
 18. Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. Oncol Nurs Forum [Internet]. 2013 [citado 26 Feb 2018]; 40: 180-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448743>
 19. Mealer M, Jones J. Posttraumatic stress disorder in the nursing population: a concept analysis. Nurs Forum. 2013 (citado 27 Feb 2018); 48(4): 279-88. Disponible en:<https://www.deepdyve.com/lp/wiley/posttraumatic-stress-disorder-in-the-nursing-population-a-concept-VoACRRAEvv>
 20. Muñoz Pino I.P. Experiencia de estudiantes de enfermería ante su primer encuentro de cuidado con enfermos terminales. Invest Educ Enferm. 2014 [Internet]; 32(1): 87-96. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100010&lng=es
 21. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R. La afectación emocional de profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. Rev. FSL [Internet].2015 [citado 1 Mar 2018]; Opinión. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/134374/2014_66052.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 22. Aycocock N, Boyle D. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs [Internet] 2015; 13: 183-91. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.8452&rep=rep1&type=pdf>.

+ **Publicación Tesina**

(Incluido en el precio)



1.550 €
ONLINE

750
HORAS

30
ECTS

Experto universitario en salud pública y educación para la salud

Edición: 7ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 235 Preguntas tipo test,
10 Supuestos y Tesina de investigación



4. Cuidados paliativos en el paciente oncológico: cuestiones legales

Marta Díaz San Miguel

Graduada en Enfermería. Asturias.

Paula García Álvarez

Graduada en Enfermería. Asturias.

Raquel García Álvarez

Graduada en Enfermería. Asturias.

Beatriz García Menéndez

Graduada en Enfermería. Asturias.

1. INTRODUCCIÓN: BREVE HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El término “cuidar” deriva del latín “cogitare” que significa pensar y reflexionar respecto a una preocupación por un problema pasado, presente o futuro.

Por otra parte, el término “paliar” deriva del latín “palliatum” que significa cubierto con una capa y denota la acción de encubrir o disimular¹.

Por ello, se puede deducir que los cuidados paliativos hacen referencia a una forma de acción terapéutica que mitiga las molestias de una enfermedad, pero que no se consigue con ella la curación.

La historia de los cuidados paliativos comienza en Londres y tienen su origen de la palabra “hospice” que en castellano significa “hospicio”. Son un tipo especial de cuidados que proporcionan bienestar, confort y soporte al paciente y su familia en las fases terminales de su enfermedad. En estos Hospice de Londres, trabajó Cicely Saunders, quién fundó el “ST. Christopher’s Hospice” que es considerado como el inicio de los Cuidados Paliativos y del Movimiento Hospice.

En Lyon, en el año 1842, Jeanne Garnier funda las “Damas del Calvario”. Posteriormente, en 1975, en Montreal, aparece la Unidad de Cuidados Paliativos del Roy Victoria Hospital, fundada por Balfour Mount.

En España, el inicio de los cuidados paliativos tuvo lugar en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander en el año 1982, posteriormente en el año 1987, se crean en Cataluña las unidades de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa Creu de Vic y la del Hospital Arnau de Villanova de Lleida en 1989, en ese mismo año, en mayo se pone en marcha la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital El Sabinal de las Palmas de Gran Canaria, y en 1990, la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en Madrid.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1990, define los Cuidados Paliativos (CP) como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan

a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, sociales, psicológicos y espirituales”.

La OMS establece una serie de objetivos en los cuidados paliativos como son: el alivio del dolor y otros síntomas, no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible y dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo².

Los CP no son antagónicos a los cuidados curativos. Los CP pueden comenzar en las primeras fases de la enfermedad simultáneamente a los cuidados curativos, y no por estar en las últimas fases de la enfermedad significa que no pueda haber hueco para un intento a las medidas curativas³.

Para que una enfermedad sea considerada “enfermedad terminal” tienen que darse las siguientes características⁴:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva que se encamina hacia la muerte en un tiempo corto.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.
- Escasa probabilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos.

En el año 1992, se funda la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en Madrid y en 1993 se recogen en una monografía del Ministerio de Sanidad y Consumo las primeras recomendaciones en cuidados paliativos de la SECPAL.

En el año 2001, se elaboró el Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

En el inicio de los cuidados paliativos, éstos eran dirigidos exclusivamente a personas afectadas de cáncer en situación terminal, actualmente estos pacientes sólo suponen una tercera parte, ya que hoy en día, el término “Cuidados Paliativos” abarca mucho más, debido en parte a los cambios socio-demográficos y el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas, también se benefician de ellos otras patologías, como son:

- Patologías no neoplásicas crónicas, progresivas e infecciosas:
 - » Insuficiencia cardiaca en fase terminal.
 - » Insuficiencia respiratoria crónica.
 - » Insuficiencia renal crónica.

- » Cirrosis hepática.
- » V.I.H. en fase final.
- Patologías neurológicas degenerativas:
 - » Demencias.
 - » Tuberculosis fármaco-resistente.
 - » Esclerosis lateral amiotrófica.
 - » Esclerosis en placas.

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y los cambios en los estilos de vida conllevan un incremento de las patologías crónicas; y hace que la propia evolución de la enfermedad llegue un momento en el que no haya respuesta al tratamiento y por consiguiente, se produzca un aumento de la cantidad e intensidad de los síntomas. La cronicidad de la enfermedad y la poca respuesta al tratamiento de ésta, hace que estos pacientes demanden una atención especial, en consonancia con su estado físico, mental y emocional^{4,5}.

Se calcula que anualmente, cuarenta millones de personas necesitan cuidados paliativos; y que de éstas el 78% viven en países de ingreso bajo e ingreso medio. Actualmente, a nivel mundial, tan sólo el 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben⁴.

En España, aproximadamente un 30% de las personas que fallecen, precisarían cuidados paliativos. En relación a los síntomas y la utilización de los recursos, un 60% fallecen por cáncer y un 30% por causas no oncológicas quienes precisarían de atención paliativa⁴.

Además de una sólida base legislativa también es importante y fundamental la implicación de los profesionales y seguir unos principios bioéticos básicos comunes que permitan tomar decisiones importantes en la incertidumbre de los nuevos tiempos en los que nos encontramos. Tener estos principios es necesario para tomar las decisiones objetivamente en situaciones tan difíciles como son las del final de la vida, ya que se plantean problemas muy específicos y con un complejo entramado de valores, creencias y preferencias.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Este documento ofrece una revisión bibliográfica sobre los Cuidados Paliativos y las cuestiones éticas de estos cuidados, ya que se trata de un tema que tiene un amplio campo de estudio. Es realizado desde el punto de vista de enfermería y los cuidados integrales de calidad que este colectivo de la salud proporciona a los pacientes en fases terminales de su enfermedad. Tiene como objetivo concienciar y hacer reflexionar a la población y a los sanitarios sobre los cuidados de enfermería en Cuidados Paliativos, describiendo y analizando las competencias e intervenciones que se deben llevar a cabo, ya que la falta de formación y concienciación son un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a estos cuidados. A nivel mundial, esta necesidad de los cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia del envejecimiento de la población y de la creciente carga que presentan las enfermedades no

transmisibles. Además, una asistencia temprana con estos cuidados reduce el número de ingresos hospitalarios y el uso innecesario de los servicios de salud.

El desarrollo de nuevos modelos de atención paliativa, se han convertido en una prioridad de salud pública mundial.

3. RESULTADOS

3.1. Estado actual de los cuidados paliativos

Al ser la muerte un tema tabú para la población en general, los términos que la definen o la caracterizan son desconocidos y confundidos por la gente de a pié, generando así falsos miedos e inseguridades que también condicionan el proceso de muerte e incluso el de envejecimiento.

En el siglo XXI, las enfermedades infecciosas que habían sido las protagonistas en la primera mitad del siglo XX, dejaron paso a las enfermedades neurodegenerativas y crónicas. Son éstas, las que actualmente constituyen la principal causa de mortalidad en el mundo.

Por otra parte, el cáncer representa uno de los problemas de salud a nivel mundial, y el 50% de las personas diagnosticadas fallecen por él.

Es prioritario instar a todos los países del mundo a que incluyan los cuidados paliativos en sus sistemas de salud. La atención paliativa debe ser un componente esencial y alcanzar la cobertura sanitaria universal.⁶⁻⁸

La protocolización de cuidados en la asistencia a estos pacientes sirve para detectar necesidades y establecer un plan conjunto interdisciplinar.

En España

En España, la esperanza de vida se ha incrementado considerablemente. Esto refleja las condiciones de salud y el nivel de desarrollo de la población que se estudia. De este dato concreto se deduce que la población es más longeva y por tanto, más susceptible de sufrir enfermedades asociadas al envejecimiento. Por tanto, los profesionales sanitarios se enfrentan a un gran número de pacientes con enfermedades incurables. Surge entonces la necesidad de delimitar los esfuerzos por curar y continuar con el cuidado. A esta acción se le ha atribuido el término de "limitación del esfuerzo terapéutico". Este concepto no es sinónimo de abandono, y se corresponde con el buen hacer profesional⁹, sin embargo para aquellas personas implicadas emocionalmente (familiares, amigos...) estas medidas no se aceptan como tal y surge la idea errónea de que limitación del esfuerzo terapéutico y eutanasia son sinónimos.

En nuestro país, actualmente, está vigente la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. El objetivo principal de esta estrategia es la mejora de la atención que reciben los pacientes y sus familias en fases avanzadas de la enfermedad, incluyendo tanto enfermedades oncológicas como no oncológicas. Esta estrategia fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de marzo del año 2007. Y es en mayo del 2010, cuando se llevó a cabo la primera evaluación por parte del

Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE) que fue creado para tal fin⁴.

España en comparación con el entorno mundial y europeo, tiene una buena posición en proporcionar cuidados paliativos a aquellas personas que padecen enfermedad oncológica grave o terminal, o cualquier otra enfermedad que sea considerada terminal.

Teniendo en cuenta a las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) se encuentran diversas diferencias entre unas y otras, en cuanto a dispersión geográfica, distribución y tipología de equipos¹⁰.

Los recursos mínimos necesarios para formar una unidad básica de cuidados paliativos (UCP) lo constituyen los profesionales de medicina y enfermería y el ratio mínimo por habitantes sería una unidad básica por cada 80000 habitantes. Teniendo en cuenta estos datos, hay quince comunidades autónomas que necesitan aumentar el número de recursos para llegar a cumplir con el ratio mínimo necesario¹⁰.

La gestión óptima de los recursos sanitarios en cuidados paliativos junto con un aumento de los cuidados domiciliarios podría disminuir el gasto sanitario y aumentar la calidad en los cuidados paliativos por las siguientes razones:

- Evita la administración innecesaria de medicación.
- Reduce la estancia media hospitalaria.
- Disminuye el coste por atención en los servicios de urgencias.
- Reduce el número de pruebas protocolizadas, en muchos casos, innecesarias.
- Aumenta la atención en el entorno del paciente.

El índice de envejecimiento poblacional elaborado por Instituto Nacional de Estadística (INE) refleja el aumento del número de personas mayores en España en los últimos años. En el año 1975 la tasa de envejecimiento era del 35.9%, situándose en el año 2014 en un 112%. Esto quiere decir, que el índice de envejecimiento en los últimos cuarenta años se ha triplicado, y es debido en parte a dos motivos: los avances de la medicina que prolongan la esperanza de vida, y la fuerte caída de la tasa de natalidad^{11,12}.

Aproximadamente, al año mueren 400000 personas, de ellas, un 30% lo hacen por causa oncológica^{11,12}.

3.2. La enfermedad terminal

Se entiende por enfermedad terminal aquella que se encuentra en un estadio avanzado, que es incurable y progresiva, y que se encamina hacia la muerte en un tiempo corto pues no reacciona al tratamiento específico curativo.

Enfermedad terminal oncológica

Es una enfermedad terminal en la cual se ha comprobado por histología y se tiene diagnóstico de enfermedad neoplásica, en la cual nuevos tratamientos no tendrán efecto en la supervivencia del paciente.

Teóricamente, se distinguen tres etapas:

- *Etapa terminal:* cuyo pronóstico de vida es de meses. En esta etapa los signos y síntomas no son intensos, el sufrimiento es bajo y no hay dependencia.
- *Etapa preagónica:* el pronóstico de vida es de semanas. En esta etapa los signos y síntomas son acentuados, si hay sufrimiento y si hay dependencia.
- *Etapa agónica:* el pronóstico de vida es de días. En esta etapa los signos y síntomas son intensos, y hay sufrimiento y dependencia.

En el año 2004, Menten, enumeró unos signos diagnósticos para el reconocimiento de la agonía que fueron los siguientes¹³:

- Nariz fría o pálida.
- Frialdad en extremidades.
- Livideces.
- Cianosis en labios.
- Estertores de agonía.
- Pausas de apnea (mayores a 15 s/min).
- Anuria (inferior a 300 ml/24 h).
- Somnolencia (mayor de 15 h sueño/24 h).

Es importante que el equipo asistencial identifique estos signos en el paciente agónico. No deben confundirse con una agudización de los síntomas o con reacciones adversas a fármacos que se le estén administrando al paciente, como pueden ser los opioides o los psicotrópicos.

Si cumple entre uno y tres criterios se habla de situación preagónica. Cuando un paciente cumple al menos cuatro signos, se predice éxitus en un plazo de cuatro días, en el 90% de los casos. Alrededor del 8% de los éxitus se producen de una manera rápida y repentina. Un signo de muerte inminente es la pérdida gradual de reflejos y la respiración de Cheyne-Stokes¹³.

El objetivo de los cuidados de enfermería es conseguir el máximo confort para el paciente y para su familia en este trance.

Cuidados de enfermería ante la sintomatología más frecuente en un enfermo terminal oncológico

Las prestaciones básicas que hay que realizar al paciente oncológico en situación terminal son los cuidados de confort, que incluyen tanto los cuidados espirituales como los emocionales y las necesidades fisiológicas que se van presentando, estos síntomas son múltiples, intensos y largos, multifactoriales y cambiantes, pero tienen posibilidad de control. Por ello, hay que evaluarlos antes de tratarlos y explicar sus causas al paciente y a su familia. El tratamiento tiene que ser individualizado.

Los principios de los cuidados paliativos según la OMS, son:

- *Vertiente psicológica:*
 - » Apoyo psicológico.
 - » Alivio del sufrimiento.
 - » Calidad de vida.
- *Vertiente espiritual:*
 - » Apoyo espiritual.
- *Vertiente social:*
 - » No alargar ni acortar la vida.
 - » Apoyo social.
 - » La muerte como fin de la vida.
 - » Apoyar a la familia en la enfermedad y el duelo.
- *Vertiente física:*
 - » Alivio del dolor y otros síntomas.
 - » Vida activa.

3.3. Atención integral, integrada y multidisciplinar

El objetivo de los cuidados paliativos es prestar una atención integral a las personas en el último tramo de su vida. En concepto de "cuidado" en sí mismo connota el interés por la persona a la que estamos prestando atención, así como la premisa de satisfacer sus necesidades.

El equipo multidisciplinar está encaminado hacia la consecución de unos objetivos, que han sido redactados por la OMS¹⁴⁻¹⁶:

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

Es imprescindible una gestión adecuada de estos componentes para un cuidado integral, integrado y multidisciplinar.

Integral

Incluye los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Fue Cicely Saunders quien definió el concepto de "dolor total". Más tarde fue adoptado por la OMS, por ser considerado el mejor modelo para la atención. Es importante hacer una evaluación del enfermo, sin olvidarnos el cuidador principal y la familia.

Integrada

Es necesaria una continua comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, ya que los pacientes que padecen estas enfermedades están presentes en las diferentes unidades de atención sanitaria.

Las características y composición de los Equipos de Atención de Cuidados Paliativos (EACP), son¹⁷:

- Cada EACP está formado por un médico y una enfermera. Disponen de psicólogo, trabajador social y auxiliar administrativo, que pueden pertenecer a otros dispositivos del Servicio de Salud.
- Los profesionales deben poseer formación específica en CP.
- Han de contar con los medios necesarios para prestar asistencia a los pacientes y soporte a los profesionales de los distintos niveles asistenciales.
- Intervienen siempre a petición de los profesionales responsables del paciente, tanto de AP como AE. Esto es así para evitar que funcionen como una asistencia paralela y asegurar la correcta utilización de los servicios.
- En el caso de gerencia única, dependen administrativa y funcionalmente de la gerencia del área. En el resto de las áreas, dependerán de la de AP.

Equipo multidisciplinar

Ayudar a la persona en el proceso final de su vida es una tarea difícil que requiere más habilidades y conocimientos profesionales que los que un individuo pueda poseer, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinar. Los profesionales que forman parte de estos equipos son médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre otros.

Los profesionales de enfermería tienen un contacto estrecho y directo con estos pacientes, entre las actividades que desempeñan destacan¹⁸:

- Elaborar diagnósticos de enfermería.
- Identificar las necesidades tanto del paciente terminal como de su familia.
- Planificar el plan de cuidados enfermeros.
- Evaluar y reevaluar el plan de cuidados de enfermería.
- Favorecer la comunicación.
- Desempeñar la función de docente, investigadora y de gestora de casos.

3.4. Bases éticas de los cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos son la asistencia total y activa de aquellos pacientes que padecen una enfermedad que no responde al tratamiento curativo. Se orientan a controlar su dolor, otros síntomas molestos y sus problemas psicológicos, sociales y espirituales. Su objetivo es procurar

conseguir una mejor calidad de vida para los enfermos y sus familiares y se sitúan en un marco ético de notable calidad e incluso de excelencia moral: la solidaridad con el enfermo que sufre, poniendo la Medicina a la búsqueda de su bienestar hasta el final, sin que ello suponga alargar ni acortar la vida.

Los principios de la Bioética que regulan la relación sanitaria se originan en una ética civil, pluralista y racional basada en tradiciones morales y médicas descritas por Aristóteles, Hipócrates, Galeno, Maimónides, Paracelso, Kant, Osler, entre otros. Se aplican a los Cuidados Paliativos al tomar en consideración algunos hechos que no siempre han sido reconocidos en la relación médico paciente como:

- La legitimidad moral de todos los sujetos que intervienen en ella a conocer y participar en su tratamiento.
- La propia evolución de la profesión médica.
- Las características de la asistencia sanitaria actual.
- La exigencia ética de que todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y respeto.
- Conseguir, si es posible, la tolerancia "cero" al sufrimiento.

Importancia de los cuidados paliativos y aspectos éticos y legales relacionados

Un estudio del Instituto Catalán de Oncología (ICO) y la Universidad de Vic expone que medio millón de personas residentes en España no obtienen los CP cuando realmente los necesitan¹⁹. A su vez, estos pacientes que no reciben dichos cuidados, está demostrado científicamente que la calidad de los cuidados recibidos es muy mala, y en cuanto al control de síntomas es inadecuado (muchos refieren dolor en la última fase), poca implicación en la toma de decisiones, y con ello, mayor utilización de medidas agresivas y fútiles para el aumento de la perduración, o lo que es lo mismo, la obstinación terapéutica²⁰.

Entre las razones para las dificultades de acceso a las Unidades de CP se han hallado varias como por ejemplo: la escasez en la formación en CP, la falta de apoyo del equipo de CP y la estructura organizativa de un hospital de agudos inapropiada, ya que no se cuentan con espacios suficientes para una muerte digna, entre otros²¹.

Para una valoración más exhaustiva sobre la enfermedad terminal es necesaria una herramienta que pueda identificar a los pacientes que necesitan recibir CP.

Un reciente estudio sugiere mediante un instrumento llamado NECPAL CCOMS-ICOC, la identificación de personas que padecen enfermedades crónicas en un estado avanzado que puedan requerir algún tipo de CP. Para ello, en el instrumento se presentan las principales enfermedades: enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca crónica, enfermedades neurológicas crónicas (Accidente Vascular Cerebral (AVC), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y Enfermedades de Motoneurona, Esclerosis Múltiple y Parkinson), enfermedad hepática crónica grave, enfermedad renal crónica grave y demencia. Con ello, se podrá facilitar la cobertura a los pacientes de estas características²².

En cuanto a los aspectos éticos y legales, uno de los más preocupantes es el respeto de la autonomía del paciente que viene regulada en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²³.

En muchas ocasiones no se respeta la autonomía del paciente y se instauran procedimientos terapéuticos sin consultar directamente con él. Además, por lo general se esconde o incluso se tiende a disfrazar la enfermedad que padece y no se informa adecuadamente, tanto al paciente como a la familia, sobre todo si se encuentra próximo a la muerte²⁴.

Lo anterior mencionado se expone en el capítulo II del derecho a la información sanitaria del artículo 4 del derecho a la información asistencial: "Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias."

3.5. Sedación paliativa y agonía

Se denomina sedación paliativa a la disminución del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de fármacos específicos con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios.

Por otro lado, nos referimos a sedación paliativa en la agonía a aquella que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar el sufrimiento intenso. En este caso, la sedación es continua y tan profunda como sea necesaria para aliviar dicho sufrimiento.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) denomina a la sedación paliativa como la "administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con una enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios"²⁵.

El 60-80% de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor moderado-severo, la prevalencia del dolor va aumentando a medida que progresa la enfermedad y es uno de los factores que más afectan a la calidad de vida de la persona²⁶.

La agonía es aquella situación que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que el deterioro físico es intenso, la debilidad extrema, hay alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, hay dificultad en la relación y en la ingesta de alimentos y el pronóstico de vida es limitado a horas o días.

Indicaciones de la sedación paliativa

No es aceptable la sedación ante síntomas difíciles de controlar cuando éstos no han demostrado ser refractarios.

Desde el contexto ético-profesional, para evaluar si está justificada la sedación paliativa, es necesario considerar los criterios siguientes:

1. Comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:
 - a. Que existe sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios.
 - b. Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa.
 - c. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.
2. En el caso de la sedación en la agonía se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Para evaluar el nivel de sedación, se utiliza la escala de Ramsay, en la que se diferencian seis niveles²⁷:

- *Nivel I*: agitado, angustiado.
- *Nivel II*: tranquilo, orientado y colaborador.
- *Nivel III*: respuesta a estímulos verbales.
- *Nivel IV*: respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos.
- *Nivel V*: respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos.
- *Nivel VI*: no respuesta.

La clara diferencia entre sedación paliativa y eutanasia desde la perspectiva de la Ética y la Deontología es la intención, en el procedimiento empleado y en el resultado. Por un lado, en la sedación se busca disminuir el nivel de conciencia con la dosis mínima necesaria de fármacos para evitar el síntoma refractario; y por otro lado, en la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

Consideraciones éticas de la sedación paliativa²⁸

Un paciente cuando se encuentra en el tramo final de su vida, el objetivo prioritario es la preservación de la calidad de vida de esa vida que todavía le queda.

La falta de comprensión lleva en ocasiones a la denominada obstinación terapéutica, con un gran sufrimiento del paciente y de su familia, ya veces a un razonable rechazo social que sin duda ha contribuido a crear el estado de opinión propicio para que algunos soliciten la legalización de la eutanasia.

Cuando un paciente ya se encuentra en situación de enfermedad avanzada y terminal es francamente maleficiente permitir el sufrimiento del enfermero por el miedo de que se pueda adelantar la muerte al buscar el alivio del sufrimiento.

El principio de doble efecto puede aplicarse en el caso de la sedación, entendiendo que el efecto deseado es el alivio

del sufrimiento y el efecto indeseado la privación de la conciencia. La responsabilidad moral de los profesionales sanitarios recae sobre el proceso de toma de decisiones para aliviar el sufrimiento y no tanto sobre el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Desde el punto de vista ético y terapéutico, la sedación paliativa está dirigida a aliviar el sufrimiento del paciente terminal y no el dolor, pena o aflicción de la familia o del equipo sanitario.

La presencia de un intenso sufrimiento en la familia requiere un mayor grado de dedicación por parte de los profesionales sanitarios. Y debería considerarse como una indicación en una unidad específica en cuidados paliativos.

Actitudes éticas de la sedación paliativa

Siempre se tiene que obtener el consentimiento informado para proceder a una sedación y, cuando sea posible, éste debe ser explícito.

En estas situaciones, nos encontramos ante pacientes emocional y físicamente muy frágiles y una alta proporción presentan delirium o depresión en los últimos momentos de su vida.

El consentimiento para la sedación paliativa puede obtenerse de forma delegada o queda implícita en los valores y deseos que habitualmente ha manifestado el paciente a la familia o al equipo asistencial.

Lo más importante en estos casos es que el equipo haya explorado estos valores y deseos y que se hayan reflejados en la historia clínica del paciente.

Desde el punto de vista ético, la mejor forma de garantizar una buena toma de decisiones respecto a la sedación, es que se cumpla lo siguiente, y que ello queda reflejado con claridad en la historia clínica:

- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados que justifiquen la refractariedad del síntoma. En caso de que algunos procedimientos no puedan o deban ser utilizados, ha de indicarse la razón de ello.
- Obtención del consentimiento. No se recomienda el uso de un documento específico, ni hacer firmar al paciente o a la familia. El hecho de que se registre en la historia clínica es requisito suficiente y necesario.
- Descripción, en la historia clínica, del proceso de ajuste de la sedación, con valoración de parámetros de respuesta, tales como el nivel de conciencia y ansiedad.

3.6. Consideraciones éticas y legales de los cuidados paliativos

Derechos fundamentales

En la Declaración Universal de los Derechos del Hombre del 10 de diciembre de 1948, reconocidos en las leyes internacionales y nacionales de todos los países, quedan recogidos los derechos humanos básicos. En relación a los cuidados paliativos, estos derechos incluyen²⁹:

- El alivio del dolor.
- El control de los síntomas físicos y psicológicos.
- Los medicamentos esenciales para los cuidados paliativos.
- La atención espiritual y el proceso de duelo.
- La atención centrada en la familia.
- La atención por profesionales entrenados en cuidados paliativos.
- La atención domiciliaria para morir en el hogar a quién lo desee.
- El tratamiento de la enfermedad, o a detenerlo o retirarlo cuando ya no se pueda hacer nada más.
- La información sobre el diagnóstico y los servicios de cuidados paliativos.
- El nombramiento de un apoderado para decidir sobre la atención de la salud.

No se tiene que privar de cuidados paliativos por la edad, género, estatus socioeconómico, ubicación geográfica o por el estatus nacional.

Ética

"El objetivo de la medicina es disminuir la violencia de las enfermedades y evitar el sufrimiento de los enfermos, absteniéndose de tocar a aquellos en quienes el mal es más fuerte y están situados más allá en los recursos del arte".

Hipócrates

Esta reflexión de Hipócrates, considerado el "padre de la medicina", no resulta acorde a la práctica clínica actual. Los médicos clásicos, cuando consideraban que no estaba en sus manos el hacer nada por el paciente, se retiraban. Dejaban que la persona permaneciera en su casa, junto a sus seres queridos, y esperara la muerte como la evolución natural de la enfermedad. A día de hoy, no hay consenso sobre qué hacer exactamente con el paciente en fase terminal. La mayoría de ellos fallecen con una intervención médica que alarga la enfermedad, aun a sabiendas de que hay poco o nada que hacer para posponer el final. Los médicos contemporáneos consideran que el objetivo de la medicina es curar. El análisis retrospectivo de la evolución del pensamiento en el campo de la medicina resulta muy interesante. Östlund U. et al (2012)³⁰ afirma que un factor muy importante a tener en cuenta, en la situación de últimos días, es el respeto hacia la voluntad del paciente capaz y competente o, si no se dieran las condiciones necesarias, a la de su familia.

La ética es una disciplina práctica: siempre tiene por objeto hacer, tomar decisiones. Se puede definir como el estudio filosófico de la moral.

Cabe distinguir entre:

- *Ética formal*: investiga un componente de la conducta humana; como puede ser por ejemplo, la conducta responsable.

- *Ética material*: analiza los principios y reglas que regulan el comportamiento humano. Denominada también, "ética normativa".

En la historia de la ética, se diferenciar dos etapas:

1. Hasta el siglo XVII, cuya finalidad era buscar la felicidad de las personas. Sin embargo, la dificultad de encontrar un elemento común a esa felicidad que fuese válido para todos, dio lugar a una segunda etapa, más "normativista".
2. En esta etapa más "normativista" se indicaba cómo debería ser el comportamiento para conseguir ser "éticos" en el actuar, cuestión sobre la que es más fácil llegar a un acuerdo social.

Cabe destacar de esta ética normativa a Immanuel Kant (1724-1804) filósofo que dejó un legado de cómo actuar de manera ética, en su obra "Fundamentación para la metafísica de las costumbres (1785)" se habla de la necesidad de no mentir, no para evitar que otros lo hagan con nosotros, sino porque no está bien en sí mismo. Este filósofo también afirma, que la actuación concreta no tiene que ser sólo buena para uno mismo, sino también para los demás.

Antiguamente, los médicos clásicos cuando consideraban que no estaba en sus manos hacer nada, se retiraban. Dejaban que la persona permaneciera en su entorno junto con sus seres queridos, y esperara la muerte como la evolución natural de la enfermedad. Hoy en día, no existe consenso de qué hacer cuando se llega a estas situaciones, la mayoría fallecen con una intervención médica que alarga la enfermedad, teniendo en cuenta, de que hay poco que hacer para posponer el final²⁸.

Un factor importante que se debe tener en cuenta en la situación de últimos días, es el respeto hacia la voluntad del paciente capaz y competente o, si no se dieran estas condiciones, a la de su familia.

Ética aplicada al campo sanitario

Bioética

En 1971, un oncólogo estadounidense, Rensselaer Potter, publicó la obra "Bioethics: bridge to the future" en la que se acuñaba el término conocido actualmente como "bioética".

Ese mismo año, André Hellegers, fundó el instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad de Georgetown, Washington.

Fruto del avance de las ciencias médicas, fue la elaboración del Informe Belmont, que vio la luz el 18 de abril de 1979 en Estados Unidos.

En el año 2004, la Asociación Internacional de Bioética, definió "bioética" como "el estudio de los temas éticos, sociales, legales, filosóficos y otros relacionados, que surgen en el cuidado de la salud y en las ciencias biológicas. Las características de la bioética son las siguientes:

- *Multidisciplinar*: filósofos, juristas, médicos, enfermeros y trabajadores sociales, entre otros profesionales.
- *Civil*: no adopta decisiones confesionales.
- *Pluralista*: acepta una multitud de enfoques.
- *Racional*: la razón es el medio para elaborar los principios y normas.

No se puede excluir al paciente en la toma de sus decisiones, para ello, es preciso que los profesionales sanitarios actúen teniendo en cuenta los cuatro principios fundamentales que definen la práctica clínica. Vienen descritos en el Código de Ética y Deontología Médica Colegial de España:

- *1. Principio de beneficencia*: criterio que compromete a proporcionar el bien a otros y supone la obligación ética principal de proporcionar beneficios eliminando los prejuicios. Define la actuación del profesional sanitario. Desde una perspectiva ética de la atención sanitaria, el bien interno de la sanidad es el bien del paciente. Este bien interno del paciente, puede llevar en ocasiones a decidir por él, y es lo que se conoce como paternalismo médico.
- *2. Principio de no maleficencia*: obliga a no perjudicar a los otros. "Primum non nocere". En aquellos casos en los que hacer el bien no es posible, el profesional sanitario debe preocuparse por no hacer el mal. Es un principio primordial para todos y la justicia obliga a su cumplimiento en todos los ámbitos de la sociedad y no sólo en el bio-sanitario.
- *3. Principio de autonomía*: es el principio de respeto a las personas. Confiere al enfermo el derecho que se le respete como persona, a él y a sus convicciones, opciones y elecciones. Define la postura del enfermo. Su manifestación es el consentimiento informado. Se entiende por consentimiento informado "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud". En las situaciones al final de la vida no se recomienda, sin embargo, la firma de un consentimiento a la sedación paliativa por parte del enfermo, aunque es preceptivo que el proceso de toma de decisiones se haga con el máximo detalle en la historia clínica del paciente.
- *4. Principio de justicia*: los recursos sanitarios deben repartirse de manera equitativa, de tal manera que ante casos iguales se den tratamientos iguales, sin discriminaciones. Este principio define la institución sanitaria.

Los principios éticos son criterios normativos de conducta, que introducen la garantía de una racionalidad argumentativa en la toma de decisiones, pero por sí solos son insuficientes. Los conflictos que surgen en el final de la vida, para Beauchamp y Childress, autores de la teoría de los cuatro principios, pueden resolverse con la prudencia o *phronesis*, que la consideran como el concepto central en los Cuidados Paliativos e incluso en toda la asistencia sanitaria.

Al administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables, puede excluir a otros más necesitados, con lo que se les estaría privando de este derecho.

Cuando estos valores no entran en conflicto entre ellos, obligan moralmente; pero en caso de conflicto entre ellos, habrá que priorizar valores dependiendo de cada situación en concreto.

Por tanto, las funciones de los comités de ética son; analizar los dilemas priorizando valores de forma consultiva y no decisiva, es decir, el comité media en los conflictos éticos y ayuda a la toma de decisiones en que se les pide ayuda, pero la responsabilidad recae sobre el sanitario responsable del paciente que es el que en última instancia toma la decisión final.

La ética debe respetar y proporcionar la dignidad de la persona; así existen los siguientes conceptos:

- *Dignidad ontológica*: la que pertenece a todo ser humano por el hecho simplemente de serlo y se halla indisolublemente unida a su naturaleza racional y libre.
- *Dignidad añadida*: derivada del carácter libre del ser humano y de la capacidad de perfeccionamiento que posee.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge el denominado "encarnizamiento terapéutico", que se define como la utilización de medios de contención, ya que muchas veces, está presente la obsesión por vencer a la muerte.

En cuidados paliativos, el arte de la medicina está en "saber retirarse a tiempo" y ¡no poner impedimentos a la muerte".

Otro concepto es la denominada "obstinación terapéutica" que se define como "el tratamiento médico que consiste en utilizar procesos terapéuticos cuyo efecto es más nocivo que los efectos del mal a curar, o inútil, porque la cura es imposible y el beneficio esperado es menor que los inconvenientes previsibles.

Áreas objeto de conflicto bioético en los cuidados paliativos

Algunos de los conflictos éticos importantes en los Cuidados Paliativos son:

- ¿Está el enfermo en la fase terminal?
- ¿Tiene capacidad para rechazar o no un tratamiento?
- ¿Qué hacer ante la negativa del paciente a recibir hidratación o alimentación parenteral?
- ¿Debe permitirse a los médicos citar la futilidad médica como justificación para interrumpir de forma unilateral el tratamiento de soporte vital?
- ¿Cómo actuar con el paciente crítico y evitar el encarnizamiento terapéutico?
- ¿Cuándo estaría indicada la sedación?
- ¿Puede el principio del doble efecto defender de forma suficiente la provisión de sedación en el paciente cuya muerte es inminente?
- ¿Qué puede ayudar el proceso de toma de decisiones en los Cuidados Paliativos?

- ¿Qué hacer ante la petición de suicidio asistido por el médico o la eutanasia activa voluntaria?

Ética del trabajo en equipo

Los cuidados paliativos son cuidados holísticos de la persona, esto hace que sea necesario que intervengan diferentes profesionales sanitarios como pueden ser médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos o fisioterapeutas.

Las distintas necesidades de cada paciente hacen que se necesite un equipo de trabajo multidisciplinar donde cada uno de los miembros tiene un papel fundamental.

Es importante cohesionar los distintos puntos de vista de cada integrante del equipo multidisciplinar para que el objetivo y los límites sean comunes para todos los miembros, y para que todos actúen en la misma línea y no existan contradicciones entre el equipo, para ello es necesario deliberar las diferencias y consensuar estrategias aceptadas por todos.

Los equipos Especializados de Atención Paliativa (EDAP) son equipos multidisciplinarios específicos en los cuidados paliativos. Las funciones que tienen son las siguientes:

- Apoyo en el proceso asistencial a equipos de Atención Primaria.
- Resolución puntual de problemas.
- Consultas telefónicas.
- Visitas domiciliarias conjuntas con los profesionales de Atención Primaria.
- Preparación de la familia de cara al alta hospitalaria.
- Apoyo psicoemocional al paciente y a su familia.
- Interconsultas hospitalarias.
- Atención al paciente ingresado.
- Actividades programadas en el hospital de día.
- Consulta externa orientada a pacientes complejos.
- Coordinación de recursos.
- Participación y soporte en la formación.
- Sesiones docentes y de apoyo.
- Entre otras.

Papel del personal de enfermería en los cuidados paliativos

El papel de la enfermería en cuidados paliativos es muy importante por dos motivos: porque enfermería es la encargada de aplicar cuidados y porque son generalmente, y sobre todo en el hospital, el personal sanitario que más tiempo pasan con los pacientes. Es imprescindible tener muy claro el rol del personal de enfermería en el cuidado de pacientes en la última fase de su vida para actuar de forma correcta y beneficiosa para los enfermeros.

Aunque hayan pasado 20 años desde la incorporación de los cuidados paliativos como área específica de atención especializada en España, diferentes factores contribuyen a plantear nuevos retos a los profesionales de enfermería: la rápida innovación tecnológica, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, el aumento de la esperanza de vida de los pacientes, aumento de la información y aumento de las expectativas de los pacientes³¹.

La enfermería está muy condicionada por los cambios sociales en las organizaciones sanitarias por lo que tiene que tener capacidad para adaptarse a las nuevas demandas de las personas de forma competente y eficaz y conseguir prestar cuidados de calidad³¹.

Para el desarrollo de esta profesión en cuidados paliativos es necesario tener conocimientos sobre las tecnologías sanitarias, sobre ética clínica, relaciones interpersonales y el trabajo en equipo. Y los cuidados que se proporcionan deben ser individualizados, continuos, flexibles y de fácil acceso para las personas que los requieran.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Valoración inicial del paciente, entorno y medios físicos, entre otros.
2. Detección de necesidades mediante diagnósticos de enfermería, complicaciones potenciales, problemas de colaboración y de autonomía.
3. Planificación de cuidados.
4. Ejecución del plan enfermero, es decir, puesta en marcha de las actuaciones planificadas.
5. Evaluación de los cuidados prestados: de cómo se realizan, reevaluar continuamente el resultado obtenido con el resultado esperado y realizar los cambios que sean necesarios para adaptarse mejor a las necesidades cambiantes del paciente.

Las actividades de enfermería específicas de cuidados paliativos son, entre otras:

- Proporcionar atención global al paciente de forma activa y positiva.
- Priorizar la comunicación y el soporte emocional.
- Manejar los síntomas comunes de las enfermedades terminales como el dolor o la depresión.
- Tratar a la familia y al paciente como una única unidad.
- Dar máxima importancia a los valores y preferencias que tenga el paciente.
- Evitar el aislamiento de los pacientes a través de la consideración de las necesidades globales.
- Apoyar al cuidador principal mediante servicios de soporte.
- Trabajar para la implantación del cuidado domiciliario.
- Promover acciones para que el paciente tenga una muerte digna.

- Apoyar a la familia en el duelo
- Ofrecer asesoría ético-legal.
- Crear estructuras institucionales que apoyen los modelos de cuidados paliativos.

Asimismo, la enfermería tiene las labores de estimular las actividades de ocio, promover encuentros con familiares y amigos, ayudar a planificar tareas de la vida cotidiana y tener una escucha activa con los pacientes teniendo claro que no siempre podemos dar respuestas y soluciones a sus problemas.

Gran parte del trabajo que realiza enfermería no es observable, esta dimensión invisible abarca la esencia del acompañamiento, la capacidad de captar el sufrimiento del paciente y de crear juicios clínico para adoptar en estas situaciones complejas.

El reto del personal de enfermería está en el control de los síntomas asegurando la autonomía y los derechos básicos de cada persona, ofreciendo acompañamiento respetando sus valores y persiguiendo una alta calidad de vida en sus últimos momentos. Este objetivo sólo es posible con un dominio de las competencias propias y de la investigación basada en la evidencia científica que dé pie a una práctica de enfermería de calidad en cuidados paliativos.

La dificultad para la definición del rol en cuidados paliativos es la misma que en otra área de enfermería ya que depende más del estado joven de la evolución de la profesionalización de la disciplina que de problemas propios de esta especialización.

La relevancia de los cuidados paliativos crece en nuestro país y a pesar de que no es una "novedad" ya que consiste en acciones inherentes al "quehacer" de la enfermería, el movimiento pro-cuidados paliativos está viviendo un momento muy importante en los últimos tiempos.

Deberes éticos de los profesionales sanitarios

Los deberes éticos de los profesionales sanitarios son los siguientes:

- Realizar un buen diagnóstico (principio de no maleficencia).
- Obligación de no hacer daño (principio de no maleficencia).
- Respetar la autonomía del paciente y realizar los actos en beneficio de él y en ausencia de coacción interna o externa.
- Utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados en cada momento.
- Utilizar los recursos humanos, profesionales y técnicos de la mejor manera posible.
- Prevenir con tiempo suficiente las situaciones más difíciles y conflictivas.
- Deber de no abandono.

Los dos principios cardinales del tratamiento según la OMS son hacer el bien y minimizar el daño, lo que significa buscar un equilibrio aceptable entre las ventajas y los beneficios del tratamiento y sus aspectos negativos.

Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de comprender los conceptos éticos básicos, de ser competentes para valorar el estado de la enfermedad, de informar al paciente de lo que se puede hacer, de tratar adecuadamente los síntomas molestos, en particular los que representen para el paciente una amenaza para su existencia, de estar disponibles para el enfermo y la familia para darles la información que requieran y ayudarles en la toma de decisiones.

3.7. Aplicación de la bioética a los pacientes terminales

En el Convenio de Oviedo, relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, del 4 de abril de 1997, que consta de un Preámbulo y 38 artículos, se aprueba un importante instrumento sustentado en principios que la justicia comparte con la bioética, como son la dignidad e identidad humana, la no discriminación, el respeto de la integridad de las personas por encima del interés de la sociedad o de la ciencia.

Esta convención responde a una creciente interrelación entre ética y derecho que recibe el nombre de "tesis de la vinculación" y que afirma que "la ética y el derecho son dos sistemas normativos de los que dispone toda sociedad occidental siendo imposible prescindir de una o de otro" ya que ambas poseen el método común de la deliberación y el derecho es el resultado de los sistemas de valores coexistentes en la sociedad.

Legislación

Legislación a nivel europeo

En 1961, se aprobó en Turín la Carta Social Europea ratificada en España en 1980.

En enero del año 1976 la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo crea dos comisiones:

1. Para el tratamiento de los moribundos.
2. Para los casos de mala praxis profesional para armonizar los criterios relativos a los derechos de los enfermeros.

A pesar de que la puesta en marcha de programas de salud es competencia de los Estados miembro, y no del Consejo de Europa, este organismo establece recomendaciones que habitualmente son tenidas en cuenta por los Estados.

Finalmente, en 1999 en la Recomendación 1418, ha abordado el derecho a recibir atención al final de la vida y en el año 2003 en la Recomendación 24 queda reflejada la recomendación a los Estados de adopción de políticas nacionales sobre los cuidados paliativos¹⁰.

En cuanto al marco legislativo, la mayoría de los planes autonómicos de cuidados paliativos no están actualizados ni alienados con el marco de referencia de la Estrategia del

Sistema Nacional de Salud, encontrándose en las CCAA objetivos inferiores¹⁰.

En la actualidad, 10 CCAA cuentan con planes estratégicos específicos, 5 CCAA están en fase de aprobación y 2 CCAA no disponen de planes específicos¹⁰.

Marco normativo a nivel estatal

El Consejo de Europa, realiza recomendaciones que habitualmente son tenidas en cuenta por los Estados miembro. El derecho a recibir información al final de la vida ha sido abordado en resoluciones y recomendaciones europeas. Entre ellas, cabe destacar:

- Resolución 613 (1976) sobre los derechos de los enfermos y moribundos.
- Recomendación 779 (1976) que considera que el médico debe hacer todos los esfuerzos para aliviar el sufrimiento al paciente.
- Resolución sobre el respeto a los derechos humanos (1995) que solicitaba a los Estados que concedieran preferencia a la creación de establecimientos de cuidados paliativos.

El paciente terminal tiene derecho a:

1. Mantener hasta el final de sus días la misma dignidad y autonomía a las que ha tenido derecho en la vida.
2. Obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico.
3. Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
4. Ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.
5. No se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas o desproporcionadas.
6. Obtener alivio efectivo a su dolor, aunque esas medidas reduzcan el tiempo de vida.
7. Las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidas en cuenta antes y después de la muerte.
8. Recibir asistencia espiritual siempre que lo pida.
9. Conocer y recibir explicaciones sobre los costos de los servicios recibidos.
10. A morir con dignidad y confortable.

– *Código de ética y deontología médica colegial de España (OMC, 2011)*

El artículo 28.2 del Código de Ética y Deontología Médica Colegial de España hace referencia al respeto a la vida y a la dignidad de la persona. Refiere que en caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar

los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo dentro de lo posible, la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza e inútiles. Expone que asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre.

Además de contar con un Código de Ética y Deontología, en España hay diversas leyes que hacen referencia a la atención de los pacientes por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

– *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*

En el artículo 12, en los apartados 2 y 3, establece que tanto la Atención Primaria como la Atención Especializada realizan “atención paliativa a enfermos terminales”.

– *Ley 3/2005, de 23 de mayo o ley de Instrucciones Previas*

Esta ley establece que a través de las Instrucciones Previas “una persona mayor de edad capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”.

Así pues, las Instrucciones Previas:

- Este documento debe hacerlo una persona mayor de edad, libre y capaz.
- Por escrito.
- No se aplican si atentan contra el ordenamiento jurídico, no se corresponden con el supuesto de hecho previsto por el interesado en el momento de manifestarlas o van en contra de la *lex artis*.
- Se pueden revocar en cualquier momento, dejando constancia de ello por escrito.

– *Real Decreto 1030/2006, de 16 de septiembre*

Este decreto tiene un apartado específico que contempla las prestaciones a ofertar en la población, en cuanto a cuidados paliativos tanto en Atención Primaria como en la Atención Especializada.

– *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274)*¹⁷

Un paciente mayor de edad (más de 18 años), consciente, orientado y capaz, los profesionales sanitarios se ven en la obligación de respetar tal voluntad del paciente, es decir, de respetar su autonomía.

Artículo 2. En él se reflejan los Principios Básicos en el Sistema Sanitario:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 11. Incluye la actuación a seguir con respecto a las instrucciones previas:

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis", ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado hay previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Las instituciones sanitarias deben garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente. En el caso de que el profesional ejerza su derecho a la objeción de conciencia, el centro debe buscar un sustituto. El apoyo y la asistencia a la familia son también una prioridad cuando se trata de los derechos del enfermo terminal.

Cabe señalar en la CCAA de Andalucía la ley denominada "*ley del buen morir de Andalucía: ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*". (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) nº 88 de 07/05/2010)³².

En el artículo 2 del título 1 de dicha ley se exponen los fines de la misma:

- Proteger la dignidad de la persona en el proceso de su muerte.
- Asegurar la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte, incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante el testamento vital.

El objetivo de esta normativa legal es garantizar una atención adecuada durante la situación de últimos días en el enfermo terminal. Garantiza el acceso a los cuidados paliativos y al tratamiento del dolor, estableciendo el derecho a la atención sanitaria en el domicilio en la etapa final. Además prohíbe la obstinación terapéutica y actualiza la normativa que regula la voluntad vital anticipada, regulando la aplicación de la toma de decisiones de los pacientes.

La ley obliga a respetar la decisión del paciente para rechazar o interrumpir cualquier tratamiento o intervención, a pesar de que ello pueda poner en peligro su vida. Una novedad de esta ley, es que los pacientes en situación de últimos días, que tengan que ser hospitalizados, tendrán derecho a una habitación individual durante su estancia, además de la posibilidad de estar acompañados por su familia durante el proceso de agonía y muerte.

También hace referencia a los profesionales sanitarios y establece una serie de obligaciones que deben de cumplir respecto al paciente:

- Informar al paciente sobre su situación y respetar las decisiones que éste tome sin imponer sus opiniones personales, morales, religiosas o fisiológicas.
- Transmitir información sobre el derecho a formular la declaración de voluntad vital anticipada, así como a consultar el registro.

- Limitar las medidas de soporte vital cuando lo estimen necesario para evitar la obstinación terapéutica.
- Ofrecer al paciente todas las intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y comodidad.

Las instituciones sanitarias deben garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente. En el caso de que el profesional ejerza su derecho a 24 la objeción de conciencia, el centro debe buscar un sustituto. El apoyo y la asistencia a la familia son también una prioridad cuando se trata de los derechos del enfermo terminal.

Marco normativo en el principado de Asturias

Destacan los siguientes planes:

- *Libro blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos*

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, a través de su Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios, elaboró un Libro Blanco sobre los recursos del Principado que pudiera ser empleado, una vez concluido y elevado al Parlamento Autonómico, como una poderosa ayuda en la mesa negociadora de las transferencias. En el Libro Blanco se refleja la atención de cuidados paliativos dentro del ámbito sociosanitario.

- *Estrategia de calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias 2003-2007*

Las Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria es una iniciativa de la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. El modelo organizativo para implantar las estrategias gira alrededor de tres ejes:

1. Los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI).
2. Las áreas de monitorización para la mejora.
3. La gestión de la calidad y la evaluación externa.

Dentro de los PCAIs relacionados con el cáncer destacan medidas para el control de síntomas.

- *Plan de Salud para Asturias 2004-2007*

El Plan de Salud se estructura en cuatro grandes áreas estratégicas:

1. Avanzando en equidad.
2. Sumando esfuerzos.
3. Ganando salud.
4. Mejorando la calidad de la Atención Sanitaria.

Las áreas estratégicas se desdoblaron en 18 líneas de actuación, que dan lugar a 64 iniciativas. En muchas de las iniciativas se reflejan los cuidados paliativos y/o los enfermos en situación avanzada.

- *Programa de atención al cáncer 2005-2007 del Principado de Asturias*

Recoge entre sus objetivos “implantar un programa de cuidados paliativos que debe estar completo al final del cuatrienio”. El II Programa de Atención al Cáncer también contempla los cuidados paliativos como un eje preferente de actuación.

- *Decreto 4/2008, de organización y funcionamiento del registro de instrucciones previas en el ámbito sanitario del Principado de Asturias*

(BOPA n.º 31 de 7 de febrero de 2008) desarrollado por la Resolución de 29 de abril de 2008.

3.8. Ética de la medicina paliativa

La Medicina Paliativa es la herramienta de rescate de lo humano del enfermo, sin embargo sigue sin estar al alcance de todos. El Instituto Nacional de Estadística (INE) describe junto con las Recomendaciones del Ministerio de Sanidad, la muerte en los hospitales de un 5% de personas no identificadas como pacientes paliativos³³.

Los motivos se fundamentan principalmente en la dificultad a la hora de clasificar a un paciente como terminal o de determinar la cercanía en la que se encuentra la muerte, en base a diagnósticos objetivos o variaciones en parámetros orgánicos. Esta distinción es considerada por el profesional, por la familia y por el propio usuario, como una sentencia que acaba con toda esperanza de recuperación.

Como el propio SECPAL afirma, los CP se relacionan directamente con el cáncer, por ser la enfermedad más susceptible de los mismos. Sin embargo, aludiendo al aumento de la esperanza de vida ya comentado, la incidencia de enfermedades crónicas en edades avanzadas, hace necesaria la implementación de este tipo de cuidados de forma más habitual³⁴. El programa NECPAL, es un ejemplo de herramienta de identificación de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no terminales, y por tanto susceptibles de recibir CP, lo cual permite planificar las decisiones futuras, prestar una atención integral, preventiva y personalizada y en resumen, mejorar la calidad de vida del paciente.

Tratamiento apropiado al paciente terminal³⁴

Existe una responsabilidad dual: preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Sin embargo, hacia el final de la vida el alivio del sufrimiento adquiere una importancia mayor en la medida en que la preservación de la vida se hace progresivamente imposible. Parte del arte de la medicina es decidir cuándo el soporte vital es esencialmente inútil y, por tanto, cuándo se debe permitir que sobrevenga la muerte sin mayores impedimentos. Un médico no está obligado ni legal ni éticamente a preservar la vida “a toda costa”. La vida debe ser sostenida cuando desde el punto de vista biológico es sostenible.

De este modo, la pregunta no es si “tratar o no tratar”, sino “cuál es el tratamiento más apropiado”, de acuerdo a las

perspectivas biológicas del paciente y a sus circunstancias personales y sociales.

Las sondas nasogástricas, las infusiones intravenosas, los antibióticos, la resucitación cardiopulmonar y la respiración artificial son medidas de soporte que deben ser utilizadas en enfermedades agudas o agudas sobre crónicas para asistir al paciente a través de la crisis inicial hacia la recuperación de la salud. Usar esas medidas en pacientes que están próximos a la muerte y sin expectativas de recuperar la salud es habitualmente inapropiado.

La atención médica es un continuo que va desde la curación completa, por un lado, hasta el alivio sintomático, por el otro. Muchos tipos de tratamientos abarcan el espectro completo, como es el caso de la radioterapia y, en menor medida, de la quimioterapia y de la cirugía. Por tanto, es importante tener claramente presente el objetivo de la terapia al emplear cualquier forma de tratamiento. Los puntos clave que se deben tener en cuenta para decidir qué es apropiado, son:

- Las perspectivas biológicas del paciente.
- El propósito terapéutico y los beneficios de cada tratamiento.
- Los efectos adversos del tratamiento.
- La necesidad de no prescribir una prolongación de la muerte.

Vías de administración de medicamentos en el paciente terminal

La vía de administración de elección en los cuidados paliativos es la vía oral. La mayoría de los pacientes en fase terminal conservan esta vía hasta días antes del fallecimiento y, por lo tanto, no es necesario utilizar otra. En el caso de que no se pueda utilizar, es necesario buscar otras alternativas, como la subcutánea, endovenosa, intramuscular, etc.³⁵

En paciente domiciliarios se utilizará la subcutánea ya que, por su sencillez, comodidad y facilidad de manejo, la convierten en una técnica efectiva y rentable. Ésta permite, con mínimo riesgo para el paciente, la asistencia integral en el domicilio hasta el fallecimiento. Proporciona un buen control de síntomas, permite mantener la autonomía y que la persona permanezca en su entorno familiar habitual. La educación a la familia en la administración de fármacos a través de esta vía es una práctica habitual. Esto supone una garantía en la continuidad de los cuidados y permite un descanso relativo, al encontrarse en su entorno habitual^{31,35}.

Otras vías que podrían ser útiles, como la rectal o la sublingual, presentan limitaciones en cuanto a la inexistencia de esas presentaciones en la mayoría de los fármacos esenciales en CP. La vía intramuscular no se utiliza prácticamente, debido a que la absorción del medicamento es muy irregular y existe mucha variación en el inicio, intensidad y duración de la acción. En cuanto a la vía intravenosa, tampoco es adecuada para su uso domiciliario, ya que precisa de profesionales adiestrados y se utiliza en el ámbito hospitalario. Hay que tener en cuenta que es una vía cuya utilización es dolorosa ya que en muchos casos las venas son poco accesibles y canalizar un catéter es una tarea complicada. Las complicaciones,

como la extravasación de la medicación, obstrucción de la vía o salidas accidentales del catéter, son frecuentes^{34,35}. Es imprescindible el uso fármacos de eficacia demostrada, a dosis adecuadas y que tengan unas pautas de administración sencillas. Se deben utilizar aquellos que producen efectos terapéuticos inmediatos, como los analgésicos o los antieméticos, y retirar los que no tienen eficacia inmediata. Hay que procurar el máximo bienestar del paciente, a través de un buen control de los síntomas. Esto no sólo se consigue con los fármacos. Existen cuidados no farmacológicos que tienen un gran protagonismo en los CP^{31,35}.

En paciente domiciliarios se utilizará la subcutánea ya que, por su sencillez, comodidad y facilidad de manejo, la convierten en una técnica efectiva y rentable. Ésta permite, con mínimo riesgo para el paciente, la asistencia integral en el domicilio hasta el fallecimiento. Proporciona un buen control de síntomas, permite mantener la autonomía y que la persona permanezca en su entorno familiar habitual. La educación a la familia en la administración de fármacos a través de esta vía es una práctica habitual. Esto supone una garantía en la continuidad de los cuidados y permite un descanso relativo, al encontrarse en su entorno habitual^{31,35}.

Otras vías que podrían ser útiles, como la rectal o la sublingual, presentan limitaciones en cuanto a la inexistencia de esas presentaciones en la mayoría de los fármacos esenciales en CP. La vía intramuscular no se utiliza prácticamente, debido a que la absorción del medicamento es muy irregular y existe mucha variación en el inicio, intensidad y duración de la acción. En cuanto a la vía intravenosa, tampoco es adecuada para su uso domiciliario, ya que precisa de profesionales adiestrados y se utiliza en el ámbito hospitalario. Hay que tener en cuenta que es una vía cuya utilización es dolorosa ya que en muchos casos las venas son poco accesibles y canalizar un catéter es una tarea complicada. Las complicaciones, como la extravasación de la medicación, obstrucción de la vía o salidas accidentales del catéter, son frecuentes (34,35). Es imprescindible el uso fármacos de eficacia demostrada, a dosis adecuadas y que tengan unas pautas de administración sencillas. Se deben utilizar aquellos que producen efectos terapéuticos inmediatos, como los analgésicos o los antieméticos, y retirar los que no tienen eficacia inmediata. Hay que procurar el máximo bienestar del paciente, a través de un buen control de los síntomas. Esto no sólo se consigue con los fármacos. Existen cuidados no farmacológicos que tienen un gran protagonismo en los CP^{31,35}.

Nutrición adecuada al paciente terminal

El mantenimiento del peso y del apetito son sinónimos de salud para el paciente. La comida es una forma de cuidar al ser querido por parte de la familia. Es labor del equipo hacerles entender que, en la fase final de la vida, el enfermo pierde el interés por la comida. Los pacientes padecen anorexia y saciedad temprana. La pérdida de peso no está relacionada con el déficit de nutrientes, sino con la evolución propia de la enfermedad. Las necesidades de alimentación e ingesta de líquidos disminuyen en situaciones de deshidratación, desnutrición, deterioro del metabolismo y turgencia de la piel³⁶.

El objetivo principal referente a la alimentación, en este tipo de pacientes, es que el paciente disfrute con la comida y no una óptima nutrición. Los consejos nutricionales han de variar en función de la fase de la enfermedad. Hay que tener en cuenta, en todo momento, los gustos personales: "Lo que le guste, cuando le apetezca, poco y a menudo". Otros objetivos serán: mejora de la tolerancia al tratamiento, disminución del riesgo de complicaciones o mejora del estado inmunológico y psicológico. Es importante preparar el ambiente, respetar los gustos y preferencias del paciente y ofrecer una buena presentación de los alimentos. Algunas de las recomendaciones que se proponen son^{31,35}:

- Distribuir la dieta en 6-7 tomas diarias presentándolas en platos pequeños y que contengan poco alimento.
- La cantidad de cada ingesta se debe adaptar al paciente, sin presionarlo a que coma y reforzándolo positivamente en cada toma.
- Hay que preparar la comida de forma atractiva para el paciente: bebidas con colores vivos, alimentos condimentados adecuadamente. Es importante hacer uso de una dieta con la que el paciente se sienta familiarizado.
- Es importante incluir una cantidad moderada de fibra para prevenir el estreñimiento.

El uso de sonda nasogástrica u otras formas intervencionistas sólo está recomendado en situaciones derivadas de problemas obstructivos. Suelen producirse en la parte alta del tubo digestivo, en la orofaringe o en el esófago, y explican la desnutrición, debilidad y anorexia. Cuando estas complicaciones aparecen a consecuencia del síndrome sistémico producido por la propia enfermedad, la sonda no tiene sentido. Los problemas obstructivos como disfagia, odinofagia, fístulas o disfunciones epiglóticas son algunos de los casos en los que sí estaría indicada. Cuando el paciente llega a la fase final de la enfermedad, denominada "fase agónica", la dieta se debe limitar a pequeñas ingestas de líquidos. Los cuidados de la boca, llegados a este momento, son fundamentales. Hidratación y/o nutrición parenterales no suponen una mejoría en su estado^{14,35}.

Hidratación adecuada al paciente terminal

Muchos pacientes moribundos reciben automáticamente fluidos endovenosos cuando no son capaces de mantener un balance hídrico normal. La principal razón de ello es que parece existir la creencia que la deshidratación causaría angustia en una persona cercana a la muerte.

Se puede afirmar que con la deshidratación el volumen urinario disminuye, existiendo menos necesidad de orinar o cateterizar la vía urinaria y menos episodios de "cama mojada".

La reducción de las secreciones pulmonares disminuiría la tos, las sensaciones de asfixia y ahogo y la necesidad de aspiraciones de la vía aérea.

Además, la disminución de las secreciones gastrointestinales resulta en menos episodios de vómitos en pacientes con obstrucción intestinal.

El dolor también puede disminuir a causa de una reducción del edema que rodea las masas tumorales.

La hidratación endovenosa también tiene efectos psicosociales negativos, pues la infusión actúa como una barrera entre el paciente y su familia. Es más difícil abrazar al cónyuge que está conectado a un tubo plástico, y los médicos y enfermeras tienden a distraerse de los aspectos más humanos de la atención por controlar el balance de fluidos y la química sanguínea. Con frecuencia, la familia se angustia cuando los pacientes próximos a la muerte disminuyen drásticamente su ingesta oral. Hay que establecer, entonces, cuáles son sus sentimientos hacia la terapia endovenosa y el significado que le atribuyen, para explicarles la racionalidad de discontinuar esa terapia. La decisión acerca de la conveniencia de rehidratar debe centrarse más en el confort del paciente que en el objetivo de proveer una óptima nutrición e hidratación.

Por otro lado hay quienes afirman que la administración de fluidos por vía hipodérmica (500-1500 ml/24 hrs.) evita muchas de las objeciones que se hacen a los otros métodos de hidratación. Sin embargo, hasta la fecha no hay evidencia de que la rehidratación logre que los pacientes estén generalmente más confortables. Se ha reportado que los fluidos hipodérmicos podrían aliviar el delirio en algunos pacientes moribundos. Por otro lado, también se ha reportado una mejoría cognitiva después de retirar la hidratación.

Entre las indicaciones para rehidratar estaría que el paciente sienta sequedad de boca a pesar de un buen cuidado oral. La sequedad oral es común en los pacientes con cáncer y no se relaciona sólo con la deshidratación, sino también con otras causas como las drogas, las infecciones orales, la radioterapia local, la oxigenoterapia y la respiración bucal. Por tanto, es improbable que la sola hidratación artificial resuelva el síntoma de sequedad bucal en la mayoría de los pacientes. Por otro lado, la sequedad de boca puede ser aliviada en gran medida por una higiene oral cuidadosa y con la administración de 1-2 ml. de agua mediante una pipeta o jeringa en la cavidad oral cada 30 a 60 minutos.

Tabla 1. Adecuación ética de los tratamientos a las fases en la trayectoria de las enfermedades.

Fases	Curativa	Paliativa	Agónica
Prioridad	Supervivencia	Calidad de vida	Calidad de muerte
Supervivencia prevista	Prolongada	Limitada	Ninguna
Tolerancia a la agresividad terapéutica	Puede ser elevada	Baja	Nula
Medicinas de apoyo	Sí	Posible (calidad de vida)	No
Hidratación/alimentación artificial	Sí	Posible (calidad de vida)	No

Obstinación terapéutica

La obstinación terapéutica está relacionada con los términos distanasia o encarnizamiento terapéutico. El término encarnizamiento terapéutico es una expresión coloquial de distanasia, ésta se define como la utilización en el proceso de morir de tratamientos sin más sentido que la prolongación irracional de la vida biológica del paciente. Sin embargo, el encarnizamiento terapéutico implica intencionalidad o conciencia de que se trata de algo inmoral, que no corresponde en la mayoría de los casos con la intención del médico. Se considera más adecuado hablar de obstinación terapéutica, que engloba sin mentar intencionalidad maliciosa en los actos, estancias hospitalarias y efectos indeseados que merman significativamente la calidad de vida del paciente, sin que sus posibilidades pronosticas lo justifiquen³⁷.

Los avances tecnológicos en las ciencias de la salud hacen que los pacientes en situaciones graves o terminales vivan más tiempo en condiciones nada óptimas y que durante ese tiempo se prolongue innecesariamente la agonía y el sufrimiento del enfermo y su entorno familiar³⁸.

La persona encargada de definir un tratamiento como desproporcionado o no es el médico responsable del paciente, y para ellos se debe considerar los siguientes aspectos que se enumeran a continuación³⁸:

- Condiciones físicas, psicológicas y espirituales del paciente.
- Certeza diagnóstica y pronóstica de la enfermedad.
- Resultado esperado del tratamiento.
- Tipo de terapia, posibilidad real de aplicarla y grado de dificultad.
- Los riesgos del tratamiento.
- Los costes económicos, físicos y psicológicos.
- La calidad de vida posterior a tratamiento.

Esta valoración es siempre subjetiva porque depende en gran parte de los propios valores del profesional que atiende al paciente, por lo que es necesario fijarse en otros aspectos como pueden ser: la duración de la terapia, el efecto terapéutico esperado, complicaciones potenciales y efectos directos y colaterales.

A veces no hay que centrarse en salvar vidas a toda costa sino en hacer que la muerte de la persona sea digna, es decir, centrarse en proporcionar unos cuidados paliativos que llenen de calidad de vida sus últimos momentos y los de sus familiares y no generar falsas expectativas y dolor innecesario.

Obstinación terapéutica y enfermería

Los profesionales de enfermería, sanitarios activos en este proceso, describen una serie de problemas respecto de la responsabilidad del cuidado principal, ya que en muchas ocasiones no se es capaz de determinar el momento exacto de la muerte, lo que implica que el paciente pueda morir sólo y sin el apoyo de sus familiares.

Esta situación, es uno de los muchos ejemplos en los que los profesionales de enfermería reivindican un mayor reconocimiento de su percepción. En el caso concreto de la toma de decisiones respecto de la muerte y todo lo que conlleva, el poder queda restringido a los facultativos médicos, lo cual puede derivar en tres problemas más comunes de lo previsible, para la enfermera: sufrimiento moral, incertidumbre moral y dilemas morales.

La obstinación terapéutica es uno de los ejemplos más destacables de este fallo en la relación entre profesionales, pues aunque las enfermeras reconocen conocer el concepto y el tipo de situaciones en las que se produce, es habitual la práctica de medidas distanásicas por su parte, generadas por la falta de pensamiento crítico o las reticencias a la hora de “enfrentarse” al médico.

El sufrimiento moral está íntimamente relacionado con el Burnout en situaciones de obstinación terapéutica y éste se define como el: “Desequilibrio psicológico causado por sentimientos dolorosos que aparecen cuando las enfermeras no pueden desarrollar acciones moralmente apropiadas acordes con su conciencia o conocimiento³⁹.”

La negación del papel de los profesionales de enfermería como abogado del paciente, la subvaloración de los conocimientos de este colectivo y los sentimientos, ya comentados, de falta de reconocimiento, generan en los profesionales un agotamiento emocional que cursa normalmente con sentimientos de ira y tristeza³⁹, derivan en despersonalización y fomentan la aparición del Burnout⁴⁰. Todo esto se traduce en un “distanciamiento afectivo como estrategia adaptativa” ante la imposibilidad de cambiar la decisión médica y la consecuente aplicación de medidas fútiles e innecesarias que afectarán, principalmente, al bienestar y calidad de vida del paciente.

Devos et al.⁴⁰ relacionan en su artículo el sufrimiento moral con la frecuencia e intensidad del mismo en distintas situaciones mediante una escala de Likert (puntuación de 0 a 6), el resultado de esta consulta es muy significativo, al obtener la obstinación terapéutica respecto de la intensidad un 3,60 y respecto de la frecuencia un 2,26. Asimismo se ha analizado un segundo artículo, que complementa a este, al relacionar el Burnout con la distanasia, afirmando una correlación positiva entre ambos y una correlación negativa entre realización profesional y sufrimiento moral respectivamente⁴¹.

Es interesante recalcar varios conceptos, entre ellos, el de “poder pastoral” y “poder disciplinar”⁴¹. El primero hace referencia a “las acciones que se guían predominantemente en la obediencia, resignación y negación de sí” y el segundo “presenta como objetivo la formación de cuerpos dóciles y útiles”. Se trata de elementos complementarios que se aplican al colectivo enfermero y que lo anulan como grupo profesional autónomo. De la lectura de los artículos se deduce una falta de formación humanista respecto del tratamiento de los pacientes en estados terminales^{42,43} y la necesidad por tanto de ampliar dichos conocimientos.

Los profesionales de enfermería deben hacerse notar y además formar parte de los ya nombrados Comités de

Bioética, con el fin de aportar y de incrementar su poder como colectivo, aumentando así su realización profesional⁴¹.

El Proceso de Atención de Enfermería y los diagnósticos enfermeros correspondientes, harán visible la función del colectivo. El buen desempeño de las funciones de Enfermería pasa por un concepto de Cuidado que incluya tanto el significado técnico como el trascendental, tiempo y recursos materiales; un ejercicio asentado en las virtudes de: empatía, prudencia, compasión, afecto, coherencia y escucha activa^{39,44}. El establecimiento de protocolos de actuación sin embargo, no está claramente definido como algo ventajoso.

Por un lado en algunos artículos^{33,44} se afirma que al aplicar este tipo de programas, la especificidad respecto del cuidado individual se pierde. De forma opuesta, Velarde⁴³ declara la necesidad de crearlos a fin de facilitar la toma de decisiones complejas y la actuación de los profesionales implicados. Como afirma da Silva et al.⁴⁵ en su estudio, la ortotanasia y los CP son tomados como sinónimos respecto de la forma de atención. Los profesionales son concededores de la realidad distanásica del ámbito sanitario y pese a ello, afirman seguir practicándolo, especialmente en el entorno que se define como "sede" de obstinación terapéutica: las unidades de cuidados intensivos.

Limitación del esfuerzo terapéutico

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es la decisión sobre la no implementación o retirada de terapias médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente. Actualmente, se conoce también por el término "adecuación del esfuerzo terapéutico". Su uso se acota según el estado del paciente, su calidad de vida, su evolución y su pronóstico^{36,37}.

La LET permite la muerte en el sentido de que no la impide pero tampoco la produce o la causa, a diferencia de la eutanasia que es "una acción u omisión que por su naturaleza o en sus intenciones, procura la muerte del paciente con el fin de eliminar todo el dolor", en su definición está implícito que la muerte sea solicitada por el paciente de forma clara³⁸.

Ambos términos no son lo mismo, pues la eutanasia es provocar deliberadamente la muerte de una persona y la LET es un recurso que no provoca la muerte y que vela por aplicar medidas adecuadas y proporcionales evitando la obstinación terapéutica y el abandono por un lado y el acortamiento y alargamiento innecesario de la vida por otro³⁶.

Conspiración del silencio

En España todavía existe la creencia que "decir verdad" a los pacientes terminales les perjudica creándoles ansiedad por lo que los familiares, amigos y profesionales del paciente optan por ocultar gran parte de la información sobre su estado de salud³⁴.

Esta situación es la denominada "conspiración del silencio" o "pacto de silencio" que viene a ser el acuerdo implícito o explícito, de las personas cercanas al paciente de modificar la información dada al paciente para ocultarle su diagnóstico, pronóstico y/o gravedad de la situación^{46,47}.

La comunicación en la última etapa de la vida varía según la cultura en la que nos encontremos, un estudio compara la situación de Estados Unidos donde la mayoría de los médicos optan por una comunicación franca y Hungría donde un 44% de los médicos consideran que la verdad perjudica al paciente en muchos sentidos.

Una de las causas de la conspiración del silencio es la potencialización de la sintomatología ansiosa o depresiva del paciente debido a sentimientos de incomunicación, no comprensión o engaño⁴⁶.

Límites de la verdad tolerable

La verdad tolerable (VT) es un objetivo de la medicina de la actualidad y se refiere al modo adecuado de transmitir la información al paciente sin que le cause más problemas psicológicos o somáticos, es decir, dando la información que tolere de forma adecuada⁴⁷.

Este término favorece la autonomía del paciente en la toma de decisiones y es un concepto dinámico y personal ya que la VT hay que adaptarla a cada persona, a cada momento y a cada lugar.

Eutanasia

Aspectos legales en España

Código Penal

Artículo 143

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con las penas de prisión de 4 a 8 años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE de 15 de noviembre de 2002)

Artículo 2: Principios Básicos

- Debemos mostrar respeto hacia el paciente y asegurar la dignidad, y la intimidad de la persona.
- Dar información adecuada y obtener el consentimiento de los pacientes para toda actuación sanitaria.

- El derecho del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y a negarse al tratamiento.
- La obligación de todo profesional al cumplimiento de los deberes de información y de elaboración de la documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Artículo 11: Instrucciones Previas

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud (...).
2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas (...).
4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

Objeción de conciencia

“La enfermera tiene en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia, que deberá ser explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna enfermera pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de este derecho”.

4. COMENTARIOS

Los cuidados paliativos han existido desde épocas primitivas y han ido evolucionando a lo largo de la historia. Se prevé que su demanda aumentara en el futuro debido a cambios sociodemográficos aunque se mantendrá el objetivo fundamental que ha existido siempre en los cuidados paliativos: mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales y de sus familias.

La legislación sobre este tipo de cuidados es numerosa y en los últimos años va en alza mediante programas promovidos por entidades europeas.

La bioética se trata de una ciencia reciente y que está sirviendo de base para resolver problemas de la práctica sanitaria. Principalmente se sigue el modelo de Beauchamp Childress de sus 4 principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) aunque existen otros modelos. Este modelo sirve como herramienta a los Comités de Bioética para analizar situaciones complejas y ayudar a tomar decisiones aunque este sistema de valores no puede solucionar a priori los problemas morales.

Existen grandes diferencias con respecto a la implantación de los Cuidados Paliativos en los Sistemas Sanitarios en el mundo a día de hoy. Éstas aumentan significativamente

cuando se analiza la situación de las naciones más pobres, donde a veces, estos cuidados ni siquiera se ha asumido implantarlos. La falta de formación, los escasos recursos de que disponen y otros problemas ajenos a la sanidad hacen que sea un problema de difícil solución. En Europa, destaca el Reino Unido, donde Cicely Saunders fue la pionera del “Movimiento Hospice”. España, se han propuesto ampliar las coberturas e incluirlos como uno de los objetivos prioritarios en salud.

El envejecimiento de la población ha sido un hecho constante en los últimos años. Si se añade a esto el aumento de casos de patologías crónicas, se deduce el motivo del gran interés generado en la comunidad científica sobre la atención a los enfermos terminales. La OMS define los CP por primera vez en 1990, y, en años posteriores, también lo hace con los objetivos hacia los que deben ir dirigidos y con los conceptos de enfermedad terminal, paciente terminal, etc. Estas definiciones son adoptadas por las diferentes organizaciones españolas: asociaciones de CP, entre las que se incluyen la SECPAL; la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Radio-terapia Oncológica y por las asociaciones de AP, como por ejemplo La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la SemFYC.

Los CP deben ser entendidos como una atención enfocada hacia la calidad de vida del paciente terminal. No tratan de curar, sino de cuidar. Las organizaciones sanitarias son las encargadas de definir las funciones a desempeñar y la capacitación con la que deben de contar los distintos niveles de prestación de servicios en la atención paliativa¹⁶. Otra de sus funciones es la de garantizar la coordinación entre los distintos servicios y ámbitos asistenciales y la continuidad de los cuidados. Es preciso que el paciente terminal tenga el apoyo sanitario y familiar adecuado. La mayoría de los pacientes prefieren ser atendidos en el domicilio, lo cual tiene un gran interés para la planificación de la oferta de servicios. La atención debe ser integral, integrada y multidisciplinar, independientemente de donde sea dispensada.

La formación específica de los profesionales es fundamental. Deben disponer de las habilidades necesarias para una comunicación eficaz con los pacientes y estar basadas en la empatía, la escucha activa y la aceptación. Los objetivos del equipo de atención se basan en mantener la mejor calidad de vida posible del paciente, fomentar su autonomía y conservar su dignidad hasta el final. El personal de enfermería constituye el nexo entre paciente/familia y el resto del equipo asistencial. Se trata de un elemento clave en el proceso de la toma de decisiones, controla que el entorno del paciente sea adecuado y presta atención directa a la familia del paciente.

Los profesionales tienen también responsabilidades en cuanto a la información que se debe proporcionar. Las noticias relevantes, como el diagnóstico, no deben retrasarse, respetando de forma individual los deseos de cada paciente. Hay que tener en cuenta el deseo de no ser informado, si se diera el caso. La información debe ser veraz, clara y exponerse con cierta sensibilidad. Es importante facilitar el tiempo necesario al paciente y a la familia para la reflexión, permitiéndoles expresar sus dudas, para que

luego puedan llevar a cabo de forma adecuada la toma de decisiones. La atención incluye inexorablemente la ayuda al individuo y a la familia para afrontar eficazmente el momento de la muerte y la pérdida que ésta supone. El término "duelo" hace referencia a las conductas, reacciones, sentimientos y pensamientos que preceden y siguen a la pérdida de un ser querido.

Reconocer, evaluar y tratar los síntomas que inciden en el bienestar de los pacientes y las familias es fundamental. Se trata de un objetivo prioritario para proporcionar una atención individualizada y eficaz, basada en la valoración integral previa. Los síntomas principales son: dolor, disnea, delirio, ansiedad y hemorragia. El dolor es considerado como una experiencia desagradable, que incapacita y angustia enormemente al paciente. Se tratan mediante la administración de un tratamiento farmacológico y la aplicación de los cuidados de confort. Estos últimos se basan en buscar la mayor comodidad para el enfermo en sus últimos días⁴⁷.

En el tratamiento farmacológico la vía de elección es la oral. En caso de que falle, se utiliza la subcutánea, por su sencillez y comodidad. En los pacientes terminales los fármacos se utilizan para el control de síntomas. No buscan la curación, sino la mayor confortabilidad posible. Los más destacados son la morfina y el midazolam.

Los síntomas refractarios serán indicaciones para la sedación paliativa. Los que tienen mayor prevalencia son: delirio hiperactivo o agitación, disnea, dolor, sufrimiento psicológico o angustia vital y la hemorragia.

ANEXO 1: CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DE CUIDADOS PALIATIVOS (CMBD-CP)

- Número de historia clínica (hasta que se disponga de historia unificada sería conveniente que figuraran los de Atención Primaria y Especializada).
- Equipo de Atención Primaria de referencia.
- Filiación.
- Domicilio.
- Sexo.
- Edad.
- Nivel de estudios.
- Situación laboral y profesional.
- Características de la vivienda.
- Número de convivientes.
- Identificación del cuidador principal (filiación, edad, sexo y parentesco).
- Origen de la inclusión en el proceso (Atención Primaria, Atención Especializada, Equipo de Apoyo en Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos).
- Fecha de inclusión en el proceso.

- Motivo de inclusión (codificado según clasificación pertinente).
- Síntomas y signos.
- Técnicas aplicadas.
- Medicamentos prescritos.
- Visitas realizadas especificadas por profesional.
- Fecha de exclusión del proceso.
- Motivo de exclusión:
 - » Éxitus en hospital/institución cerrada; en domicilio.
 - » Cambio de domicilio.
 - » Negativa del paciente o cuidador primario a seguir en el proceso.

ANEXO 2: GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- CP: Cuidados Paliativos.
- SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- CSE: Comité de Seguimiento y Evaluación.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- UCP: Unidad de Cuidados Paliativos.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- EACP: Equipos de Atención de Cuidados Paliativos.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- PCAIs: Programas Clave de Atención Interdisciplinar.
- LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico.
- VT: Verdad Tolerable.
- SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.
- SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siles González J, Solano Ruiz MC. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Rev esc enferm USP*. 2012; 46 (4): 1015-1022.
2. Fuentes Terrazas E, Allende Pérez S, Verastegui Avilés E. Introducción a los cuidados Paliativos. En: Allende Pérez S, Verastegui Avilés E, editors. *El ABC en Medicina Paliativa*. 1a edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos [internet]. Madrid: SECPAL; 2014. Disponible en: <http://secpal.com/2-algunos-precedentes-históricos>.

4. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. "Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Actualización 2010-2014)" Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad: Centro de Publicaciones; 2014.
5. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Gobierno del Principado de Asturias. "Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias". Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2017.
6. Asociación Europea de Cuidados Paliativos. Definition of Palliative Care and Aims of the EAPC [Internet]. 2017 [consultado el 13/02/2018]. Disponible en: <http://www.eapcnet.eu/corporate/abouttheeapc/definitionandaims.aspx>.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). "Atlas of Palliative Care at the End of Life" (Atlas Mundial de Cuidados Paliativos al Final de la Vida). Ginebra/Londres; Enero 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care20140128/es/> Consultado el 10/01/2018.
8. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Ba-barro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, Bellido-Pérez M, Breibart W, Centeno C, Cuervo MA, Materstvedt LJ, Nabal M, Rodin G, Rosenfeld B, Schroeffer T, Tomás-Sábado J, Trelis J, Villavicencio-Chávez C, Voltz R.. An international Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PLoS One*. 2016 Jan 4; 11 (1): e0146184.
9. Bárcenas Villegas D. Autonomía en pacientes de UCI: limitación del esfuerzo terapéutico y donación de órganos. *Revista Metas de Enfermería*. 2016. 19(5): 16-20.
10. Asociación Española Contra el Cáncer. Informe de la situación actual en cuidados paliativos [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documentos/CP_FactSheet.pdf.
11. Stephen N, Skirton H, Woodward V, Prigmore S, Endacott R. End-of-life care discussions with nonmalignant respiratory disease patients: a systematic review. *J Palliat Med*. 2013 May; 16 (5): 555-65.
12. Glaudemans JJ, Moll van Charante EP, Willems DL. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Fam Pract*. 2015 Feb; 32(1): 16-26.
13. Alpízar Rodríguez D, Muñoz Murillo JP. Diagnóstico del paciente en situación de los últimos días. *Med leg Costa Rica*. 2016 ; 33(1): 57-62.
14. Strömberg A, Luttik ML. Burden of caring: risks and consequences imposed on caregivers of those living and dying with advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015 Mar; 9(1): 26-30.
15. Aoun SM, Bentley B, Funk L, Teye C, Grande G, Stajduhar KJ. A 10year literature review of family caregiving for motor neurone disease: moving from caregiver burden studies to palliative care interventions. *Palliat Med*. 2013 May; 27(5): 437-46.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer: Objetivos de los Cuidados Paliativos. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>. Consultado el 15/01/2018.
17. Portal de Salud del Principado de Asturias (Astursalud). Directorio de recursos: Dispositivos específicos de Cuidados Paliativos. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vg-nextoid=af9736a5472f3310VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnextchannel=fa02a89180fe3310VgnVCM10000097030a0aRCRD>. Consultado el 2/02/2018.
18. Costa V. The Determinants of Place of Death: An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2014 Dec 1; 14(16): 1-78.
19. Reventós L. Medio millón de españoles, sin cuidados paliativos especializados. *El País*. Martes 22 de enero de 2013; Sociedad: Enfermedades crónicas.
20. Alonso FJ, González L, Iráizoz I. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014.
21. García E. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. *Cuad Bioet*. 2012; 23(77): 135-150.
22. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. (2013). Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. *Med Clin*. 2013; 140(6): 241-245.
23. Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*.
24. García E. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. *Cuad Bioet*. 2012; 23(77): 135-150.
25. Comité de Ética de la SECPAL. Aspectos Éticos de la Sedación en Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://www.unav.es/cdb/secpal4.html>
26. Leite Nogueira F, Kimiko Sakata R. Sedación Paliativa del Paciente Terminal. *Rev Bras Anestesiología*. 2012; 62(4): 1-7.
27. Celis Rodríguez E. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina intensiva*. 2013; 37(8): 519-574.
28. Petersen CL, Breakwell S, Callahan M. Palliative and end-of-life care: precepts and ethics for the orthopaedic population. *Orthop Nurs*. 2014 May-Jun; 33(3): 127-34. Quiz 135-6.

29. McCabe MS, Coyle N. Ethical and legal issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs*. 2014 Nov; 30(4): 287-95.
30. Östlund U, Brown H, Johnston B. Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review. *Eur J Oncol Nurs*. 2012 ; 16(4): 353-67.
31. Bruce A, Boston P. Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice. *J Adv Nurs*. 2011 Dec; 67(12): 2732-40.
32. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA).
33. Bátiz, J. Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. Artículo especial. *Gac. Med. Bilbao*. 2014; 111(3): 57-62.
34. Gallardo Avilés R. y Gamboa Antiñolo F. Monografía SECPAL "Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos". Madrid; Octubre 2013. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cmonografia_secpal_04.pdf. Consultado el 31/05/2017.
35. Gómez Sancho M. y Ojeda Martín M. "Cuidados Paliativos: Control de síntomas". Unidad de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria; 2014 (6ª Edición).
36. Herreros B, Palacios G, Pachó E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española*. 2012; 212(3): 134-140.
37. Hooft P. Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz. La autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la Ley de Muerte Digna. *Rev Bioethikos*. 2013; 7(1): 91-111.
38. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería en unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioethica*. 2012; 18(2): 163-171.
39. Gallo Reynoso, M.; Rodríguez Weber, F.L.; Ramírez Arias, J.L. Una línea muy delgada en la atención del paciente grave o es fase terminal (consideraciones bioéticas). *Acta Médica Grupo Ángeles*. Volumen 13, nº 2. Abril-Junio de 2015.
40. Devos Barlem, E.L.; Lerch Lunardi, V.I.; Lerch Lunardi, G.; De Lima Dalmolin, G.; Geri Tomaschewski, J. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev Esc Enferm. USP*. 2012; 46(3): 678-685.
41. De Lima Dalmolin, G.; Lerch Lunardi, V.; Lerch Lunardi, G.; Devos Barlem, E.L.; Da Silveira, R.S.; Sufriamiento moral y síndrome de Burnout. ¿Están relacionados estos dos fenómenos en los trabajadores de enfermería? *Revista Latinoamericana. Enfermagem*. Ene-Feb.2014. 22(1).
42. Bárcenas Villegas, D.; Autonomía en pacientes de UCI: limitación del esfuerzo terapéutico y donación de órganos. *Revista Metas de Enfermería*. Junio de 2016. 19(5): 16-20.
43. De Lecuona, I. La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica. Universitat de Barcelona. Barcelona. *Revista de Bioética y Derecho*. 2015: 83-92.
44. García Moyano, L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioethica*. 2015; 21(2): 311-317.
45. Souza da Silva, R.; De Souza Evangelista, C.L.; Duarte dos Santos, R.; Do Nascimento Paixao, G.P.; Alencar Marinho, C.L.; Grudka Lira, G.; Percepción de las enfermeras intensivistas de un hospital regional sobre distanasia, eutanasia y ortotanasia. *Revista Bioética*. 2016. 24(3): 579- 589.
46. Cejudo López A, López López B, Duarte Rodríguez M, Crespo Serván MP, Coronado Illescas C, de la Fuente Rodríguez C. El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*. 2015; 25(3): 124-132.
47. De la Rica Escuin M, Enciso Angulo MP, Torrubia Atienza MP, Moreno Mateo R, Velasco Laiseca I, Craver Marquina L et al. Comunicación con el enfermo terminal. *Revista Rol de Enfermería*. 2014; 37(12): 850-854.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.550 €
ONLINE

750
HORAS

30
ECTS

Experto universitario en urgencias en salud mental

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 100 Preguntas tipo test,
20 Supuestos y Tesina de investigación

UEMC
Universidad Europea
Miguel de Cervantes

5. La sexualidad en el paciente oncológico

Carla Martínez Fernández

Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo

1. RESUMEN

La sexualidad representa una parte fundamental en la vida normal de todo ser humano, es un aspecto que junto a la psicología y fisiología complementan el bienestar y el pleno desarrollo humano.

La vivencia y satisfacción de la sexualidad constituye una preocupación real y vigente para el paciente oncológico debido a los problemas ocasionados a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan.

La sexualidad en el paciente oncológico incluye aspectos generales de dimensiones físicas, biológicas, reproductivas, psicológicas, como imagen corporal o autoconcepto y dimensión social como rol de pareja.

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja.

El manejo y tratamiento de estos problemas deberá ser consecuente con los resultados de una evaluación cautelosa y bien orientada, combinando diferentes métodos.

2. DESARROLLO

2.1. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud define la sexualidad como: "el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan el sexo de cada individuo".

Por tanto la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Incluye al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioculturales, políticos, éticos y religiosos.

2.1.1. Generalidades sobre la sexualidad humana

La expresión de la sexualidad comprende la sensualidad, a través del disfrute de otros elementos como los abrazos, los besos, el contacto piel a piel, las caricias, la cercanía en

la relación, el autoerotismo, que adquieren un espacio nuevo, más allá de la estricta genitalidad, tan altamente cotizada en otros tiempos.

La vivencia y práctica de la sexualidad, a partir de la mediana edad, está condicionada por algunos elementos clave, como el significado cultural otorgado a la menopausia, la calidad de la relación de pareja, la asunción de un único modelo de belleza, la libertad interior y las prácticas de autoerotismo, entre otras.

Según Giraldo, la sexualidad está compuesta por múltiples factores cuyo origen y desarrollo son diferentes, y se caracteriza por:

- *Mecanismos*: abarca la respuesta sexual fisiológica y las reacciones principalmente involuntarias como: erección, lubricación y orgasmo.
- *El papel del género*: corresponde al grado de conformidad con las pautas de comportamiento culturalmente definidas como masculinas o femeninas.
- *La identidad sexual*: sentimiento íntimo y personal de pertenencia a uno de los sexos o de ambivalencia.
- *La orientación*: se refiere a la capacidad duradera de ser eróticamente atraído por personas de unas características o de otras.
- *El apetito sexual o libido*: es el grado de urgencia o inclinación a buscar una descarga o actividad sexual que, potencialmente, implica el uso de los órganos genitales en un momento o período dado, pero que se ve afectado por diversos factores, que se complementan o se compensan según las circunstancias.

2.1.2. Antecedentes de la salud sexual

En las últimas tres décadas, el concepto de salud sexual ha involucrado diferentes contextos políticos, sociales e históricos, entre ellos, las secuelas de la Revolución sexual, la continua lucha por los derechos y la libertad sexual, las preocupaciones por la sobrepoblación o el devastador impacto internacional del VIH/SIDA.

Estos desafíos en salud pública necesitaron de gran número de consultas técnicas y publicaciones, que evolucionaron la definición de salud sexual. Sin embargo, en esta definición tiene gran influencia del concepto de salud en general desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) después de la segunda guerra mundial, en 1946.

Según la OMS la salud se define como "el estado de bienestar físico, emocional, mental, social. No es meramente ausencia de enfermedad, disfunción".

De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como "Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia".

Por tanto podemos definir la salud sexual como “la capacidad de una persona para disfrutar y expresar su sexualidad libre de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación”. Las experiencias saludables mejoran la calidad de vida, el placer, las relaciones personales, la comunicación y la expresión de la propia identidad.

2.1.3. Desarrollo psicosexual

Existe la idea generalizada “de que la sexualidad se manifiesta exclusivamente en la pubertad o en el inicio de la vida adulta, pues si bien se reconoce que los seres humanos nacen y viven con un sexo, son asumidos por lo general como asexuados durante la infancia” (Kader, Raquel y Pacheco, Gilda, 1994).

Desde la perspectiva del Psicoanálisis, con Freud como principal representante, se plantea que la sexualidad aparece desde el nacimiento y que durante las sucesivas etapas de la infancia diferentes zonas corporales proporcionan gratificaciones especiales al individuo, pues están dotadas de una energía que busca placer, la libido.

Para el psicoanálisis la libido es la energía sexual que realza con placeres específicos algunas funciones vitales como el comer, la regulación intestinal y el movimiento corporal.

Dentro de esta rama también destaca el psicoanalista Eric Erikson que afirma que “Sólo después de haber resultado exitosamente una cierta secuencia de los usos pregenitales de la libido, la sexualidad del niño alcanza una breve genitalidad infantil, que de inmediato se vuelve cada vez más latente, transformada y desviada, pues la maquinaria genital sigue siendo inmadura y los primeros objetos del deseo sexual inmaduro están prohibidos para siempre por el tabú universal del incesto” (Erikson, Eric, 1993).

Todo ser humano pasa por las diferentes fases del desarrollo de la sexualidad, por lo que en la edad adulta se encuentran conductas que son vestigios y evidencias del paso por cada una de éstas.

El crecimiento, los cambios físicos y emocionales en el transcurso de la vida, afectan directamente la forma de afrontar y tomar decisiones en los aspectos diarios y aún más cuando es diagnosticado el cáncer y está recibiendo tratamiento, pues es una etapa difícil en la que el individuo se siente en crisis existencial y en la que coexiste sentimientos agregados que estresan la vida del paciente.

De acuerdo con las etapas de desarrollo psicosexuales a lo largo de la vida, se encuentran tareas sexuales específicas de acuerdo al ciclo vital (Erickson, Eric, 1993) (tabla 1).

2.1.4. Etapas de la respuesta sexual

La respuesta sexual humana es el conjunto de cambios físicos y hormonales que experimentan los seres humanos ante el estímulo sexual.

Fue estudiada por William Masters, ginecólogo, y Virginia Johnson, sexóloga, que describieron 4 fases a las que nombraron excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Tabla 1. *Etapas del desarrollo psicosexual.*

ETAPA	Tareas psicosociales básicas	Tareas sexuales
<i>Infancia 0-2 años</i>	Adquirir confianza básica, aprender a caminar y hablar.	Identidad de género
<i>Niñez 2-12 años</i>	Adquirir un sentido de autonomía frente a la vergüenza y la duda; comienzo de la escolaridad y adaptación escolar.	Placer y dolor con los órganos sexuales y la eliminación. Características sexuales secundarias evidentes.
<i>Adolescencia 13-20 años</i>	Adquirir un sentido de identidad frente a la confusión de los roles.	Dominio en el control de los impulsos, manejo de nuevas funciones fisiológicas.
<i>Edad adulta joven (20-45 años)</i>	Adquirir un sentido de identidad frente al aislamiento; eficacia vocacional, seguridad interpersonal.	Idoneidad y cumplimiento sexual, preocupaciones relacionadas con la fertilidad e inquietudes relacionadas con la crianza.
<i>Edad adulta media (50-70 años)</i>	Adquirir un sentido de autoestima frente a la desesperación; adaptarse a la disminución de la energía y la competencia. Adaptarse a los cambios del envejecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mujeres:</i> Menopausia (con los cambios fisiológicos que conlleva) • <i>Hombres:</i> Erección lenta e incompleta. Prostatitis.
<i>Vejez</i>	Adaptarse a la pérdida de los amigos, familiares, a las confrontaciones con el envejecimiento y la muerte y al estigma social de “viejo”.	Reducción de la vitalidad, miedo a la incompetencia o la lesión, falta de pareja (viudez), capacidad física reducida.

La estimulación de los impulsos sexuales es diferente para cada sexo, aunque comparte el origen psíquico para activar la respuesta sexual.

1. *Excitación:* La excitación puede desencadenarse por una enorme variedad de estímulos: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, olores, la pronunciación o audición de ciertas palabras etc. Aún no hay evidencia sobre un estímulo capaz de excitar específicamente a

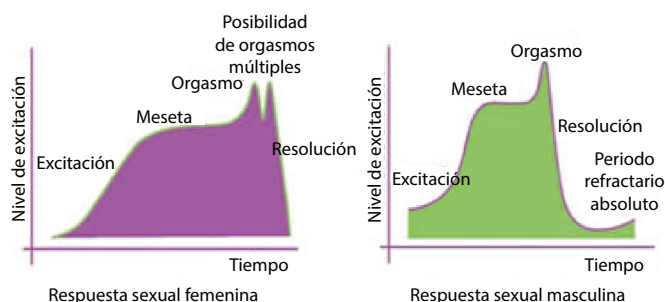


Gráfico 1. Fases de la respuesta sexual de Master y Johnson.

hombres o mujeres, pero la idea convencional atribuye al varón el ámbito de lo visual y a la mujer un espectro sensorial más amplio (tacto, mirada, palabra, gestos), aunque faltan pruebas concluyentes que confirmen la creencia popular.

- II. **Meseta:** En esta etapa la respiración está entrecortada, el pulso cardíaco aumenta y todos los efectos de la excitación se desarrollan. También aparece el rubor sexual (enrojecimiento notorio en el área del pecho y rostro). La tensión muscular aumenta. Al aproximarse el orgasmo (inmediatamente posterior a la fase de meseta) es habitual una sensación de apremio por descargar la tensión sexual acumulada.
- III. **Orgasmo:** Las pulsaciones cardíacas y la respiración llegan a su máxima frecuencia e intensidad. Se produce una gran tensión muscular y contracciones involuntarias del miembro viril, de los músculos vaginales y del esfínter anal. En el varón habitualmente se produce la eyacuación. Se produce dilatación pupilar fugaz. Además de la respuesta física, se produce una respuesta emocional muy variada y específica de cada individuo como manifestación de placer, aunque también puede haber orgasmo sin manifestaciones emocionales elocuentes.
- IV. **Resolución:** Es el restablecimiento paulatino de la normalidad física y psíquica, tras haber alcanzado el orgasmo.

2.1.5. Salud sexual y cáncer

La salud sexual es un componente integral de la personalidad del ser humano. Se puede hallar en todas las interacciones y contextos, y hace parte de su experiencia; se relaciona directamente con el bienestar y experiencias del ser sexual, lo que demuestra que esta parte no puede ser considerada separadamente de la salud

Existen tres fases de la experiencia del cáncer, asociadas con los cambios en el funcionamiento sexual e intimidad:

1. **En el pretratamiento:** el deseo sexual frecuentemente disminuye, porque tanto el paciente como su pareja están preocupados por la supervivencia.
2. **En el tratamiento:** los efectos del tratamiento incluyen pérdida del deseo, dolor, sentimientos de no ser atractivo sexualmente por la pérdida del cabello o una parte del cuerpo, náuseas y pérdida o ganancia de peso; además, se experimenta menopausia prematura, disfunción eréctil, infecciones, oleadas de calor, resequeidad vaginal que puede interferir con el funcionamiento sexual, etc.

3. **En el postratamiento:** se caracteriza por la dificultad para llegar a la excitación, el orgasmo y la lubricación, e insatisfacción con los niveles de actividad sexual, lo que corrobora que el funcionamiento sexual declina con el tiempo; en los primeros meses posteriores al tratamiento, o incluso hasta dos a cinco años postratamiento, se evidencian problemas con persistencia de moderada a severa.

2.2. El paciente oncológico. Abordaje psicosocial

El diagnóstico de un cáncer puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente y en su familia, dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, de sus sistemas de apoyo, del momento evolutivo en el que se diagnostica, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido, etc. Por tanto, la experiencia con el cáncer difiere en cada paciente y en cada familia.

Los continuos avances en el tratamiento y las mejoras en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes con cáncer no han sido capaces de desterrar la asociación de esta enfermedad con sentimientos de desesperación, dolor, miedo y muerte.

En el momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en todos los periodos evolutivos de la enfermedad, el paciente sufre un estrés psicológico prolongado como consecuencia de los síntomas, el conocimiento y el pronóstico del cáncer, así como de su estigmatización.

El diagnóstico no causa el mismo impacto emocional en todos los individuos, sino que cada uno de los pacientes atraviesa una situación única que viene marcada por experiencias personales anteriores de su vida. Tanto el paciente como la familia experimentan algún grado de sufrimiento emocional y/o espiritual durante el proceso de la enfermedad que puede generar conflictos.

El diagnóstico desencadena una reacción psicológica de crisis vital en la que surgen conflictos interpersonales, se deteriora la capacidad de relación y la seguridad en uno mismo y se dificulta la toma de decisiones; en definitiva, hay una transición de rol. Si el paciente percibe su situación como "amenazante", surgirá una reacción de ansiedad cuya intensidad y duración dependerá de los recursos de los que dispone para afrontar los acontecimientos negativos que se prevé que lleve consigo la enfermedad.

Si por el contrario valora la situación como una "pérdida importante", aparecerán sentimientos de desánimo o tristeza que pueden desembocar en estados depresivos. Ambas situaciones pueden derivar en diversas patologías, como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

El miedo puede considerarse una constante en las distintas etapas de la enfermedad. Tiene carácter universal e influye en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad, lo que les genera una situación de estrés importante. Sentimiento de miedo:

- A la muerte.

- A la posible dependencia del cuidador, la familia, el médico, el ámbito sanitario, etc.
- Ante alteraciones de la imagen corporal.
- A no poder realizar las actividades cotidianas.
- Ante la posible alteración de las relaciones personales y sociales.
- Una vez ha finalizado el tratamiento aparece el miedo ante la reincorporación a la vida cotidiana, el trabajo, los estudios o la vida familiar.
- A posibles recaídas, lo que crea cierta dependencia del equipo médico que atiende al paciente.
- Al dolor y a otras secuelas que acompañan a la enfermedad en estadios avanzados.

2.2.1. Factores que condicionan el afrontamiento del cáncer

El estudio y evaluación de las reacciones psicológicas y de adaptación resulta muy complejo y hace difícil establecer los límites entre una situación de adaptación psicológica y la psicopatología. Son varios los factores de los que va a depender el afrontamiento:

I. Relacionados con la enfermedad

- Los diferentes tipos de cáncer, el estadio, la localización, el tratamiento y el pronóstico, etc., que marcarán diferencias significativas.
- La necesidad de cambiar el modo de vida para adaptarlo a las exigencias de la nueva situación: visitas al hospital, posibles ingresos, tratamientos, etc.
- Los síntomas derivados de la enfermedad y de su tratamiento, el dolor, la discapacidad, las alteraciones de la imagen corporal, etc.

II. Relativos a la situación sociofamiliar

- Características sociodemográficas, sexo, edad, etc., relacionadas con la amenaza que supone el cáncer frente a los objetivos previos fijados en la vida del paciente. Es necesario tener en cuenta también la influencia que la edad y las diferentes etapas de la vida ejercen sobre la percepción, comprensión y aceptación de la enfermedad (por ejemplo, niños en edad escolar, universitarios, personas que desempeñan una actividad laboral, personas en edad fértil, padres de familia con hijos pequeños, ancianos, etc.).
- Apoyo afectivo familiar y social, que influirá positiva o negativamente en la aceptación de la enfermedad por el paciente.
- Actitudes culturales y religiosas, que pueden servir de consuelo en situaciones críticas.

III. Relacionados con el paciente

- Capacidad de adaptación, que el individuo manifestó en situaciones de estrés previas al diagnóstico de cáncer.

- Capacidad de rehabilitación, tanto física como psicológica, del individuo.
- Capacidad actual de adaptación, desarrollo de la personalidad y estilo personal de afrontamiento.

2.2.2. Alteraciones emocionales

La enfermedad se entiende como un proceso biológico, que supone una alteración estructural o funcional, uno psicológico, que genera sufrimiento y dolor, y uno social, que supone una invalidez. El paciente se enfrenta a un mundo hasta entonces desconocido y negado en el que experimenta una serie de alteraciones emocionales. Existen múltiples factores que intervienen en estas reacciones, como la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad y el apoyo social.

Los pacientes experimentan un número importante de alteraciones emocionales, antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad (producida por miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), de depresión, o problemas de adaptación (trastornos de la autoestima y autoimagen corporal). Lo más común es el miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo, a la pérdida de autonomía o muerte.

1. Estado de ánimo

Abarca un conjunto de sentimientos, de naturaleza efímera, que varían en intensidad y duración; usualmente, involucran más de una emoción. Se considera que el ánimo cuenta con un componente cognitivo, como resultado de que los sentimientos son percibidos como placenteros o displacenteros, y un componente de activación, caracterizado por los diferentes grados de actividad.

El estado de ánimo se considera como un periodo prolongado de emotividad que se especifica por ser temporal, dado que fluctúa de acuerdo a las circunstancias e involucra alteraciones emocionales graves y duraderas, que van desde el júbilo hasta la depresión.

Existen diferentes estados de ánimo, como tensión, depresión, hostilidad, vigor, fatiga y confusión.

2. Ansiedad

Consiste en una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque, en realidad, pueden no valorarse como tales; esta manera de reaccionar de forma no adaptativa hace que sea nociva, por excesiva y frecuente. Por ello, en la actualidad, es considerada como un trastorno mental prevalente, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, su carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes cognitivos, conductuales y psicofisiológicos.

3. Depresión

Es un trastorno emocional común que se caracteriza por presentar pérdida de interés o placer, sentimientos de cul-

pa o autovaloración baja, sueño o apetito desequilibrado, baja energía, y concentración pobre. Estos problemas pueden hacerse crónicos o recurrentes, y conducir a daños sustanciales en la capacidad para realizar las responsabilidades diarias.

4. Imagen corporal

Las transformaciones o cambios que se producen como consecuencia del cáncer provocan pérdidas corporales significativas que se manifiestan como reacciones de disminución en la autoestima y cambios en la sexualidad que afectan notablemente al paciente.

La adaptación a la pérdida y cambios en la autoimagen se puede considerar como un proceso continuo en el cual el paciente intenta dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados y obtener el dominio o control de los cambios producidos.

El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante la presencia del paciente son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen corporal y facilitan la reintegración social.

Las consecuencias en una persona y sus reacciones ante los cambios en su aspecto físico dependen de múltiples factores. (Tabla 2).

Tabla 2. Variables que influyen en el cambio de la imagen corporal.

<i>Tipo de cambio físico, localización y grado asociado de discapacidad</i>	Los enfermos con más riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales son aquéllos que presentan un mayor grado de deformidad y disfunción física.
<i>Reacción del entorno y apoyo social percibido</i>	La vergüenza y el temor al rechazo llevan a los pacientes a la evitación de las relaciones sociales y el aislamiento
<i>Disponibilidad y acceso a los recursos necesarios</i>	El uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada persona, el aprendizaje de nuevas formas de arreglo o cuidados, así como el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica, ayudaran a atenuar los cambios corporales y facilitaran que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada
<i>Valoración o significación personal</i>	Lo importante no es el cambio objetivo experimentado, sino el significado que la persona le atribuye

La probabilidad de que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, su vulnerabilidad biológica y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia. Estos factores incluyen: la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social.

Dentro de los eventos negativos, se destaca el desarrollo del cáncer y la prevalencia de depresión y trastornos del estado de ánimo en este grupo poblacional.

Esta patología puede ser una respuesta ante una pérdida y, en el caso de estos pacientes, enfrentan múltiples pérdidas: su rol familiar y laboral, funciones físicas, habilidades cognitivas y funcionamiento sexual, entre otras.

2.3. La sexualidad en el paciente oncológico

El diagnóstico de cáncer supone en los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana. La estructura psicológica y de personalidad del paciente; la preexistencia de psicopatologías previas a la aparición del cáncer; la historia oncológica del paciente, es decir, sus experiencias previas con la enfermedad, las enfermedades neoplásicas de sus familiares directos, amigos y conocidos, el desarrollo y desenlace de las mismas, influirán significativamente en la respuesta emocional tras el conocimiento, el diagnóstico y en su vivencia durante el proceso y tratamiento.

La sexualidad en el paciente oncológico se ha caracterizado por ser un tema poco estudiado y analizado, lo que dificulta realizar una labor eficaz y efectiva al momento de intervenir. La sexualidad se considera una de las necesidades fisiológicas que atañen a todo ser humano, si no está satisfecha no ofrece la posibilidad de sentir bienestar pleno.

Sin embargo hoy en día ha mejorado este concepto, de forma que los profesionales de la salud consideran de alguna manera la sexualidad como una necesidad real en el paciente oncológico, algunas de las posibles causas de este cambio es la mejora en la educación sobre la sexualidad humana, mayor exigencia en la temática, y mejora en la actitud del profesional, lo que ha incluido la rehabilitación sexual como parte del tratamiento; no obstante hace falta mayor énfasis o compromiso por parte de los profesionales a la hora de intervenir y satisfacer las necesidades existentes en el paciente oncológico.

De acuerdo a esto, la sexualidad en el paciente oncológico incluye aspectos generales de dimensiones físicas, biológicas, reproductivas, apariencia física, dimensiones psicológicas, como imagen corporal, autoconcepto y dimensión social como rol de pareja. A la par la sexualidad implica sentimientos sobre el propio cuerpo, comunicación de las necesidades sexuales con la pareja, y la capacidad de tener actividades sexuales satisfactorias, lo anterior evidencia que el cáncer ya sea en el momento del diagnóstico o tratamiento no excluye los sentimientos sexuales y de intimidad que bien podrían verse afectados en la mayoría de los tipos de cáncer.

Cabe resaltar que la sexualidad es un concepto amplio, que no solo representa el acto sexual y reproductivo, el placer físico y la satisfacción corporal sino que abarca un concepto mucho más extenso en el que el paciente o la persona se siente vivo, y en la que todos sus sentidos se conectan uniendo el placer físico con sentimientos de tranquilidad y espiritualidad.

Una vez que el paciente ya diagnosticado reconozca los diferentes efectos físicos y emocionales que aparecen con el proceso, los cuales pueden ser temporales o permanentes, tiende a adquirir habilidades en pro de su bienestar y afrontamiento del impacto en la sexualidad, y a aceptar en lo posible su condición mejorando así la calidad de vida en esa etapa tan difícil.

Habiendo superado el diagnóstico y encontrándose en la fase de recuperación la preocupación por la muerte y la gravedad de la situación pasa a un segundo plano, experimentando sentimientos diferentes que para el paciente pueden ser relevantes, como molestia, debilidad, falta de interés y capacidad sexual, baja autoestima; destacando que en algunos casos los pacientes fingen interés sexual por temor a un inadecuado desempeño e insatisfacción de la pareja.

Destacan una serie de factores que facilitan la adaptación y ayudan a prever los efectos del cáncer en la sexualidad para minimizar las alteraciones o el impacto mediante la preparación emocional y psicológica.

De acuerdo a lo anterior el sentido de idoneidad planteado por Judith a Shell, representa una parte fundamental en la adaptación del paciente oncológico, el cual en muchas ocasiones se siente avergonzado y atemorizado por preguntar las diferentes cuestiones que surgen en su condición, en parte por el concepto de "enfermos" que la sociedad ha impuesto, lo que dificulta la aclaración y adaptación del paciente a los cambios que se prevén, por tanto el paciente no se siente preparado para aceptar las alteraciones que se adquieren, por lo que el impacto emocional y psicológico supera al físico afectando no solo su vida sexual y de pareja, sino su bienestar y calidad de vida; en este sentido se ve afectada el proceso de la respuesta sexual normal del hombre y la mujer en cuanto a desempeño y autoimagen corporal.

Siguiendo el mismo orden, el sentido de autoestima constituye una herramienta básica para afrontar y adaptarse a los cambios físicos y de imagen corporal que pueden aparecer por efectos drásticos y devastadores de terapias mutilantes, por lo tanto el paciente que los padece debe contar con una red de apoyo social, familiar y de pareja que contribuya a fortalecer emocionalmente al paciente incrementando su sentido de bienestar y de interés por la vida. También pueden aparecer sentimientos de aislamientos, dependencia, frustración, temor al abandono y a la disfunción sexual.

Por último la gratificación y el cumplimiento también hacen parte de la recuperación y adaptación del paciente oncológico a situaciones de alteraciones sexuales durante su tratamiento, en las que el paciente se siente con necesidad de cariño por parte de su pareja más que el acto sexual como tal, lo que indica una necesidad que en algunos casos no se expresa por el concepto de enfermo y de tratamiento en el que la pareja da por hecho que el paciente no siente deseos o sentimientos de cariño o sexualidad.

2.3.1. Los trastornos sexuales en el paciente oncológico

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana (anteriormente citado). Cada una de sus fases está caracterizada por la experiencia subjetiva, eventos objetivos

que pueden ser medidos y por sistemas fisiológicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran.

El proceso oncológico puede dañar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar emociones, componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, el sistema vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal.

1. Deseo y excitación sexual

La mayoría de los problemas de deseo sexual en los pacientes crónicamente enfermos tienen que ver con la pérdida global de interés en el sexo. Es raro ver un aumento del deseo sexual como un problema, a menos que el paciente tenga un episodio maníaco o quizás haya tenido un daño cerebral que le provoca en consecuencia una desinhibición de la conducta sexual. Algunos pacientes con cáncer, especialmente mujeres, desarrollan aversión a la actividad sexual con elementos fóbicos.

El poco deseo sexual es quizás la más compleja de todas las disfunciones sexuales. Las causas físicas en pacientes con cáncer incluyen: depresión del sistema nervioso central debido a dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante. Algunos medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina y ello disminuye el deseo sexual.

La hormona que mayor influencia tiene en la respuesta sexual humana es la testosterona, llamada hormona de la libido y también, erróneamente, hormona masculina. De igual forma que el estrógeno, está presente tanto en hombres como en mujeres, aunque en proporciones diferentes. En las mujeres es producida por las glándulas suprarrenales y los ovarios, siendo esta última la fuente más frecuente. Las situaciones que conllevan una disminución de los niveles de testosterona pueden provocar una disminución del deseo sexual, entre ellas: pacientes con tratamiento hormonal por cáncer de próstata metastásico, enfermos jóvenes tratados por cáncer de testículo o linfomas y mujeres ooforectomizadas. Cuando se extirpa una glándula suprarrenal o los ovarios, las mujeres reportan una reducción drástica en el interés sexual, la sensación y la frecuencia del orgasmo. Algunos de estos pacientes se pueden beneficiar con terapia hormonal sustitutiva (THS).

Los trastornos afectivos aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con cáncer, y constituyen causa frecuente de pérdida del deseo sexual en éstos.

La pérdida situacional del deseo usualmente indica conflicto marital. Varios estudios sugieren que el diagnóstico del cáncer no produce trastornos maritales en las parejas felices, pero puede exacerbar conflictos ya existentes. A veces la pareja pierde el deseo por el paciente a causa de que la intimidad del sexo es dolorosa.

El cáncer puede ser experimentado como una violación de la integridad corporal; también se ha visto aversión en pacientes o su pareja que consideran que el cáncer es contagioso a través del contacto sexual.

a) Alteraciones de la excitación sexual en el hombre:

- **Disfunción eréctil:** Es el problema relacionado con el logro o el mantenimiento de las erecciones, y constituye la causa más común de la búsqueda de atención o asesoría. Los tratamientos contra el cáncer, desafortunadamente, pueden dañar el reflejo de erección a través de una serie de mecanismos. Las causas hormonales de poco deseo sexual, señaladas anteriormente, constituyen dificultades para que estos pacientes logren la erección. Algunos sin embargo, aquéllos por debajo de los 50 años de edad, pueden lograr erecciones normales aún con niveles insuficientes de testosterona. La insuficiencia vascular se considera una causa común de disfunción eréctil, en pacientes añosos. Ésta puede estar provocada por el tumor en sí, así como por el tratamiento específico (especialmente la radioterapia sobre la pelvis). La causa neurológica más común de disfunción eréctil en el tratamiento del cáncer es el daño al plexo prostático durante la cirugía pélvica radical (cistectomía y prostatectomía radical, resección abdominoperineal del recto, linfadenectomía retroperitoneal por tumores testiculares).

Después de la resección abdominoperineal las tasas de disfunción eréctil oscilan entre un 15-80%. El estadio en que está el tumor no predice la recuperación de la erección, pero como sucede con otras operaciones radicales pélvicas, los hombres jóvenes tienen más probabilidades de recuperarse completamente. Los que fueron sometidos a una resección anterior baja tienen una baja incidencia de disfunción eréctil posoperatoria que aquéllos que recibieron una resección abdominoperineal.

Otras causas de disfunción eréctil neurogénica en pacientes con cáncer incluyen neuropatía autonómica, por ejemplo tras quimioterapia e inmunoterapia. Por supuesto, el cáncer que involucra la médula espinal tiene el potencial de dañar los centros nerviosos que controlan la erección. La enfermedad cardiovascular y los tratamientos antihipertensivos son fuertes predictores de disfunción eréctil.

No obstante, la mayoría de los problemas de erección en pacientes con cáncer tienen una base psicológica. Los conflictos maritales, el sentirse estigmatizado por el cáncer y la ansiedad por la relación sexual, son antecedentes comunes de disfunción eréctil psicógena.

b) Alteraciones de la excitación sexual en la mujer:

- **Falta de excitación y deseo:** La falta de excitación sexual subjetiva y de placer está a veces ligada a problemas físicos tales como: menor expansión vaginal y capacidad reducida de lubricación de la vagina. Las dos mayores causas fisiológicas de problemas de excitación en las mujeres con cáncer son: menopausia prematura e irradiación pélvica.
- **Menopausia prematura:** Algunos tratamientos llevan a la menopausia prematura, entre ellos la radioterapia y la quimioterapia. Constituye un factor pronóstico importante la edad de la mujer; las más jóvenes generalmente

resisten dosis más altas de radioterapia o de citostáticos sin que se afecte la función ovárica. El grado de daño ovárico depende, además, de las drogas específicas usadas, así como de la dosis.

Los síntomas de fallo ovárico prematuro y abrupto son más severos que los de la menopausia natural y esto, obviamente afecta el bienestar de la mujer, al provocar una disminución del deseo sexual.

II. Orgasmo

Los problemas relacionados con el orgasmo constituyen otro tipo de trastorno observado, aunque con menor frecuencia. En la actualidad está demostrado que la respuesta orgásmica es más resistente al daño que la fase excitatoria, quizás porque el orgasmo depende de los nervios pudendos, más protegidos que los nervios que constituyen el plexo autonómico pélvico, que es el encargado de las funciones de la fase excitatoria. Aun cuando un hombre sufra una amputación total del pene por cáncer peneal o uretral, el orgasmo puede aún ocurrir con eyaculación de semen a través de la uretostomía. En las mujeres se ha reportado orgasmos luego de vulvectomía radical o exenteración pélvica.

a) Alteraciones en la fase de orgasmo en el hombre:

- **Disminución de la intensidad del orgasmo:** Los hombres reportan con frecuencia que el orgasmo ocurre con menos fuerza y placer cuando el tratamiento del cáncer ha reducido el volumen de semen o ha impedido la erección.

Aunque la calidad disminuida del orgasmo es una queja frecuente en los hombres tratados por cáncer, la imposibilidad total de alcanzar éste es rara, más bien está matizado por factores psicológicos y sociales que impiden alcanzarlo. Los tratamientos del cáncer raramente constituyen una causa de eyaculación precoz.

- **Eyaculación retrograda:** El proceso oncológico puede interferir con la eyaculación al dañar los nervios que controlan la próstata, las vesículas seminales y la abertura de la vejiga.

El orgasmo masculino consta de 2 fases: emisión, mediada por neuronas adrenérgicas cortas, y eyaculación, mediada por el nervio pudendo. Muy pocos tratamientos contra el cáncer dañan la fase de eyaculación, pero los nervios simpáticos que controlan la emisión son más vulnerables. Los hombres que se convierten en hipogonádicos después del tratamiento o que reciben irradiación pélvica, frecuentemente reportan una reducción en el volumen de semen que puede aproximarse a un orgasmo totalmente seco. El orgasmo seco puede producirse también luego de una quimioterapia con agentes neurotóxicos. Por supuesto, los hombres también experimentan un orgasmo seco después de cistectomía o prostatectomía radical, operaciones en las cuales la próstata y las vesículas seminales resultan removidas.

b) Alteraciones en la fase de orgasmo en la mujer:

- **Dificultad para alcanzar el orgasmo:** Entre el 33 y el 46% de las mujeres tienen dificultad en lograr excitación y orgasmo, luego de una histerectomía sola o con ooforectomía. Los mecanismos involucrados pueden ser varios: por pérdida de algunas sensaciones especiales antes y durante el orgasmo debidas a contracciones uterinas y estimulación del peritoneo pelviano, producidas por la presión del pene empujando el cuello y los dos tercios superiores de la vagina, por reducción del nivel sérico de andrógenos ante la ooforectomía o por compromiso vascular de los ovarios a causa de una histerectomía, por reducción de la lubricación al disminuir los estrógenos luego de una ooforectomía y por problemas derivados de efectos locales de la cirugía como el acortamiento de la vagina, tejido cicatrizal en la pelvis o en la cúpula vaginal.

En general, las mujeres tratadas por cáncer reportan con frecuencia que a pesar de poder alcanzar el orgasmo necesitan más estimulación que antes. Algunas investigaciones en mujeres después de haber sido sometidas a histerectomía radical, cistectomía radical y exenteración pélvica total, muestran que ellas mantienen la habilidad para tener orgasmo durante el coito, aun cuando la mayor parte de la vagina haya sido removida o reconstruida en su totalidad. Incluso, hay mujeres que sufrieron de coitos dolorosos toda su vida por enfermedades genito-urinarias, y que luego de una histerectomía, notan una mejoría notable en sus relaciones sexuales. En esto, tienen mucho que ver variables psicosociales y socioculturales.

- **Dispareunia:** La cirugía, la quimioterapia, la terapia hormonal, la radioterapia o algunos medicamentos puede causar cambios que producen sequedad vaginal, estrechez, úlceras o infecciones. Esto ocasiona dolor durante el coito. Una experiencia de dolor puede desencadenar temor al mismo y conducir a tensión.
- **Falta de lubricación y atrofia vaginal:** El síntoma de la esfera sexual más sobresaliente es la reducida lubricación y expansión vaginal, con un coito seco y doloroso. Con frecuencia la mujer presenta lesiones en la región vaginal y vulvar después de la actividad sexual. La atrofia vaginal puede ser también un factor que provoque irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia. Estos síntomas son comunes en la práctica clínica, por ejemplo, en las mujeres jóvenes que reciben tratamiento con quimioterapia por cáncer de mama o enfermedad de Hodgkin. Las mujeres con cáncer de mama tratadas con antiestrógenos pueden tener una atrofia vaginal particularmente severa.

Es criterio convencional que la mujer necesita usar un lubricante vaginal para tener un coito confortable después de haber recibido irradiación pélvica. Sin embargo, se ha demostrado al comparar mujeres sometidas a histerectomía radical vs mujeres con terapia radiante por cáncer cervical, que solamente la cuarta parte de cada grupo necesitó lubricación extra durante 1 año de seguimiento.

Además de los trastornos de las diferentes fases de la respuesta sexual en hombres y mujeres, también se deben valorar los siguientes trastornos asociados:

Trastornos de la imagen corporal

La imagen corporal es el dibujo mental que tenemos de nuestra propia apariencia. Cuando hay un cambio en la imagen corporal de modo rápido y dramático la persona se siente anormal, sexualmente menos atractiva.

Existen cambios que pueden ser ocultados bajo la ropa como la colostomía, urostomía o la mastectomía. Es frecuente que la persona reaccione intentando ocultar los cambios físicos para el observador casual, pero esto es imposible para la pareja sexual. Ocultan el cambio, evitan mirarlo y lo ocultan de los demás.

En estos casos se prioriza la intervención cognitiva mediante la psicoterapia, cuyo objetivo es ayudar al paciente a explorar sus preocupaciones, temores y sentimientos, facilitar el proceso de aceptación del nuevo aspecto físico y de las limitaciones funcionales, buscar modos adaptados para resolver las dificultades derivadas de la deformidad y la disfunción, facilitar la comunicación conyugal y familiar, promover el contacto y la reintegración social y facilitar el duelo por las pérdidas sufridas, entre otros.

Los problemas sociales primordiales en la rehabilitación son los miedos a la socialización con los demás, las dificultades en la adaptación y la disfunción, los cuales aparentemente se ven alterados. La rehabilitación debe iniciarse antes de la cirugía con cuidados preoperatorios, el asentamiento psicológico y una planeación para asegurar la continuidad. El objetivo de la rehabilitación consiste en asegurar el máximo trabajo y rehabilitación social para la optimización de los cuidados personales, la funcionalidad y la capacidad para la recuperación psicológica.

Alteración de roles y relaciones

El cáncer cambia el rol de la persona en la familia ya que puede perderse la energía física para hacer todos los trabajos que se hacían antes. Por ejemplo, la expresión del afecto no sexual disminuye mucho en las parejas en las que la mujer tiene cáncer. Cuando el hombre es el que lo padece, la pérdida de la función sexual y de la capacidad de ingreso económico son dos elementos que, frecuentemente, se consideran como pérdida simbólica de masculinidad.

Si se está buscando pareja, puede ser difícil decidir que contar sobre la enfermedad y cuando.

Las diferencias de género en relación al desempeño sexual y la recuperación involucran expectativas de roles, autoconfianza, pasividad/actividad y control, y dependen, en gran medida, de la edad de los pacientes y los tratamientos oncológicos realizados.

Embarazo, contracepción e infertilidad

Se recomienda no utilizar la píldora como método anti-conceptivo ya que los vómitos y la diarrea la hacen menos efectiva, son mejores los métodos de barrera.

En mujeres jóvenes, la infertilidad no sólo es fuente de angustia, sino que también algunas pueden llegar a evitar las relaciones sexuales por temor de que un embarazo provoque la recidiva del cáncer, especialmente después de un cáncer de mama sensible a hormonas. La evidencia actual indica, sin embargo, que el embarazo en el momento del diagnóstico de cáncer de mama en estadio precoz o después del tratamiento local exitoso, no afecta la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con ganglios negativos.

La cirugía, la radioterapia, la quimioterapia o la hormonoterapia pueden causar infertilidad.

No existe una forma mejor o peor de reaccionar pero se debe dar información y discutir las opciones (incluyendo a la pareja) con el equipo médico, psicólogos y Unidad de Reproducción. Se aconseja realizar seminogramas y criopreservación.

Dolor

El dolor puede interferir y constituir un distractor de los sentimientos placenteros durante la actividad sexual. La medicación analgésica con opioides puede reducir además el deseo sexual por varias vías. El dolor genital específico que se exacerba por la actividad sexual ocurre raramente en hombres con cáncer, pero es el problema sexual más común en las mujeres. La mayor parte de las dispareunias en las mujeres luego de un tratamiento oncológico tienen una causa física; sin embargo, los factores emocionales pueden complicar o mantener el problema, aun cuando las causas del dolor hayan sido mejoradas.

En todos los casos de interferencia de la función sexual, los problemas orgánicos están indisolublemente ligados a problemas psicológicos. Una cuidadosa evaluación y la consideración de la reducción del dolor, la ansiedad y el disconfort, para hacer decrecer esta interferencia, son premisas básicas del manejo de este problema.

2.3.2. Tipología de cáncer y repercusión sobre la sexualidad

Cualquier tipo de cáncer puede producir, por sus síntomas y su impacto psicoemocional y social, cambios en los patrones de funcionamiento sexual, al originar nuevos problemas o exacerbar los preexistentes. No obstante, las localizaciones tumorales que afectan de manera significativa la esfera sexual en el hombre son la próstata, el pene y los testículos; en la mujer, la mama y el cáncer ginecológico (cervical, ovárico y vulvar). En ambos sexos traen asociados dificultades de orden sexual, el cáncer de vejiga, el colorrectal y los linfomas y leucemias.

Otros cánceres, como los de cabeza y cuello y el de pulmón pueden afectar considerablemente el funcionamiento sexual, al generar una amplia gama de dificultades como la fatiga, la disnea, las alteraciones de la imagen corporal y la autoestima, depresión, etc.

I. Cáncer de cabeza y cuello

En el tratamiento quirúrgico de este cáncer, la resección total o parcial del área facial y estructuras orales como la la-

ringectomía y la radioterapia genera marcas o cicatrices que pueden ser molestas e incómodas para el paciente. Se producen cambios funcionales como: disfagia, cambios en la textura de la saliva, alteraciones del gusto, alteraciones cutáneas, pérdida de la voz y algunos mecanismos para la respiración que antes eran normales.

El Impacto potencial en la sexualidad ante el tratamiento por cáncer de cabeza y cuello puede ser particularmente devastador, ya que los efectos que ocasionan se reconocen de inmediato. El paciente se siente totalmente faltó de atractivo, con frecuencia tiene dificultad con las necesidades más básicas de la vida como hablar, comer e incluso respirar. Estos pacientes necesariamente enfrentan alteraciones estéticas y funcionales lo que influye en su imagen corporal y su sexualidad.

II. Cáncer de pulmón

En España se diagnostican unos 20.000 nuevos casos de cáncer de pulmón cada año, siendo uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad, siendo el principal tipo de cáncer en el hombre.

El paciente puede experimentar dolor, fatiga, disnea, neuropatía periférica, malestar general, esterilidad, anemia, alopecia, pérdida de peso, y anorexia. Además, mantener el estado nutricional de los pacientes puede ser un gran desafío. Por ello puede tener importantes efectos en los pacientes que influyen en la actividad sexual y la satisfacción.

III. Sarcomas óseos y de tejidos blandos

Por lo general el cuidado de los pacientes que han sido sometidos a una amputación de alguna extremidad por sarcomas óseos o de tejidos blandos se enfatiza en su rehabilitación después de colocar una prótesis. La amputación de una extremidad crea grandes problemas en la autopercepción y en la aceptación. Según sean las creencias del paciente puede pensar que la amputación es un castigo, como también la pueden relacionar con el nivel de "hombria" o "virilidad".

Algunos de los problemas sexuales propiamente dichos, en estos pacientes, incluyen los mecanismos simples de la posición corporal durante el acto sexual, la inmovilidad debido a la amputación, el fetichismo de la persona afectada, enfermedades asociadas que pueden alterar la función sexual y el dolor fantasma.

IV. Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican alrededor de 25.000 nuevos cánceres de mama al año.

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía.

El tratamiento sistémico utilizado en pacientes con cáncer de mama afecta a los ovarios, lo que produce una insuficiencia ovárica. El epitelio vaginal se reseca, causando síntomas similares a la menopausia, tales como los sofocos y dolor durante las relaciones sexuales. Otros efectos a tener en cuenta que pueden afectar o intervenir en la sexualidad son las cicatrices, los cambios en el color, textura y sensación en los tejidos del seno, infertilidad permanente o temporal, náuseas, vómitos, alopecia, vaginitis atrófica, aumento de peso y fatiga.

V. Cáncer de cérvix, útero y vagina

Estos tipos de cáncer ginecológico afectan intensamente todos los componentes de la respuesta erótica femenina, tanto por los problemas derivados de la propia sintomatología ocasionada por la enfermedad (inapetencia, pérdida de peso, sangrado vaginal profuso, flujos fétidos, etc.) así como de los tratamientos realizados.

Al igual que el cáncer de mama, la cirugía que puede requerir la paciente, afecta directamente la sexualidad, y al verse amenazada su capacidad de ser físicamente sexual, puede perder su sentido de feminidad. Es normal que a medida que evoluciona el tratamiento, se presenten fluctuaciones en la autoestima y la imagen corporal, y es probable que el ciclo de respuesta sexual se vea alterado si el tratamiento afecta la estructura e inervación del clítoris o la vagina. Las mujeres que se enfrentan a este tipo de intervenciones tienen muchos temores, entre ellos: Amenaza a la vida, pérdida de la feminidad, inquietudes de cómo se verá externamente, la capacidad para tener relaciones sexuales y si estas van a ser dolorosas, temor a que además de la fertilidad, se pierda también la vitalidad y el potencial del organismo y temor a la disminución de la libido y la pérdida de la lubricación vaginal.

VI. Cáncer de próstata, pene y testículos

Al igual que las mujeres, los hombres tienen funciones estereotipadas, que la sociedad espera que desempeñen. La masculinidad se iguala con la actividad y la productividad, y como es de esperarse "un hombre nunca debe admitir que tiene algún problema físico y siempre debe estar en el control de las cosas".

Cuando el paciente tiene un tumor maligno en la pelvis o el área genital toda su imagen se ve amenazada y si el cáncer afecta la próstata, el testículo o el pene, adicionalmente se produce una alteración temporal o permanente en la erección, emisión y la eyaculación, por lo general, el orgasmo no afecta al hombre y puede experimentarlo incluso aun cuando pierde la función genital.

En el cáncer de próstata de acuerdo a la extensión de la cirugía se pueden presentar diferentes complicaciones como una eyaculación escasa o impotencia eréctil. Cuando se involucra la radiación pueden presentarse problemas como la fibrosis de las arterias pélvicas llevando a una impotencia eréctil. El tratamiento endocrino con frecuencia ocasiona problemas vergonzosos para el paciente como la ginecomastia, atrofia del pene, y pérdida de la libido, que viene acompañado de depresión, debilidad física, ansiedad y dolor que notoriamente disminuyen el deseo sexual.

El cáncer testicular, suele afectar a población joven entre 15 y 34 años, por lo cual el tratamiento produce problemas orgánicos y ansiedad sexual que generan disfunción. En estos casos es indispensable educar a la pareja para evitar perder el deseo sexual, y utilizar técnicas para aumentar la eyaculación y la intensidad del orgasmo. Cuando el problema es el cáncer de pene, aunque es poco común, casi siempre el tratamiento es una penectomía parcial o total, lo que resulta bastante traumático para el paciente y su pareja, ya que la cirugía es mutilante.

2.3.3. Alteraciones sexuales derivadas del tratamiento

Las alteraciones en la función sexual del paciente que recibe tratamiento para el cáncer son muy variables dependiendo el tipo de cáncer y el tipo de tratamiento.

1. Quimioterapia

Las principales alteraciones sexuales desencadenadas por la quimioterapia se agrupan en las de aspecto físico seguidas de las emocionales, es así como los problemas de funcionalidad, desempeño y satisfacción se ven alterados principalmente; dentro de los aspectos biológicos, como la fase del deseo sexual, de la excitación sexual y del orgasmo.

Los aspectos psicológicos que se refieren a la autoimagen sexual también adquieren gran relevancia así como la presencia de problemas relacionados a los aspectos sociales y psicológicos que están marcados por el sufrimiento constante, el miedo y la preocupación debido a la enfermedad y el tratamiento.

Así mismo, los problemas de lubricación vaginal pueden ser resultado de la reducción en los niveles hormonales de estrógenos, también debido a la quimioterapia, cuya manifestación clínica es la disminución de la humedad vaginal, rara vez, una reducción en el diámetro de la vagina.

Esta relación entre la quimioterapia y los efectos que se producen, se traduce a procesos químicos producidos en el cuerpo como producto de los componentes citotóxicos utilizados para su composición, entonces, si disminuye la lubricación vaginal esto explica la resequeidad y por ende se produce dolor coital lo que impide que la mujer goce de una relación sexual satisfactoria debido al dolor, y abandone el hacerlo.

Es reconocido que la quimioterapia produce toxicidad ovárica, trayendo como consecuencia la menopausia temprana, lo que produce infinidad de complicaciones en la vida sexual de la mujer cuando ésta se encuentra en una edad temprana; esto confirma que la administración de quimioterapia produce múltiples efectos secundarios comprobados en los pacientes que la reciben, además muchos autores coinciden con los principales efectos como la dispareunia, resequeidad vaginal, disminución de la libido, menopausia temprana, dichos efectos están reportados en la literatura como complicaciones estudiadas que muy seguramente aparecerán en el paciente.

Estos problemas pueden conducir a deficiencias en la fase de excitación, la libido y el orgasmo, la respuesta a la estimulación sexual, y la energía sexual y placer erótico.

La quimioterapia a menudo causa fatiga y se asocia con la pérdida del deseo sexual y la disminución de la frecuencia de relaciones sexuales.

También cabe destacar que uno de los más devastadores eventos para el paciente oncológico respecto al ámbito emocional es la pérdida del pelo, por la importancia que otorga la sociedad a la apariencia.

2. Radioterapia

Adicional a la quimioterapia es una modalidad de tratamiento bastante común en el cáncer de mama, recto, cérvix, próstata, pulmón, entre otros, que puede traer consecuencias graves en la función sexual, afectando principalmente al epitelio de la vagina, el cual puede verse destruido durante la fase de tratamiento, afectando la longitud y elasticidad de la misma y produciendo cambios en la lubricación vaginal con el consecuente dolor durante la penetración.

Adicionalmente, la radiación en esta zona implica cambios en la producción de hormonas por el ovario, lo cual altera conformemente la libido y la anatomía propia de la mujer. Así mismo afecta directamente órganos propiamente sexuales, se ve implicada en la radiación la vejiga y el intestino, que por los efectos de cistitis, dolor en la deposición, diarrea entre otros, puede disminuir el deseo sexual y aumentar el dolor en vejiga y recto durante la penetración, así mismo la radioterapia en la pelvis puede causar daño vascular o nervioso resultando en una activación retardada del orgasmo.

3. Cirugía

Este proceso conlleva a unas alteraciones sexuales específicas, en donde muestra la importancia y el impacto de las ostomias en la vida sexual de los pacientes, con alteraciones significativas en la función sexual, la vida social, la imagen corporal y morbilidad psicológica.

Otra alteración producida por la cirugía en la realización de la prostatectomía radical para paciente con cáncer de próstata, es el riesgo de sufrir incontinencia e impotencia.

También es de destacar que la sexualidad posterior a la mastectomía o la histerectomía a causa de cáncer de mama o de cérvix uterino está disminuida. Las intervenciones quirúrgicas en mama y útero degradan la configuración amable de la autoimagen, perturbando su sexualidad, en tanto que el componente imaginario de la identidad, e identidad de género, necesita estar ligado a determinados rasgos anatómicos que funcionan como semblantes.

2.3.4. Evaluación psicosexual del paciente oncológico

La evaluación de la función sexual en el paciente oncológico es un tema complejo que abarca diferentes aspectos. En primer lugar, porque muchas veces, la expresión de un desorden a través de la genitalidad es sólo un aspecto del problema, y generalmente detrás hay una desadaptación afectiva trascendente. Por otra parte, es difícil poder determinar líneas de base o de normalidad en la sexualidad humana y hay que recurrir a referencias biográficas de los sentimientos y conductas sexuales del paciente. En este caso, hay que te-

ner en cuenta que existe una clara tendencia por muchos pacientes a sobrevalorar las conductas anteriores.

Este aspecto está asociado a la consideración de que en el ser humano, lo individual, lo psicosocial y lo cultural juegan una enorme influencia mutua en la expresión de la sexualidad, por lo que será diferente para cada país y cada estrato socioeconómico, para cada paciente, y aún para cada profesional de la salud, en particular, que no es ajeno a su historia, su sociedad y su cultura.

Se estima que entre un 80 y un 90% de los pacientes se benefician de un breve consejo sexual y no necesitan de una consulta especializada.

Se pueden ofrecer algunas sugerencias generales para la evaluación de la sexualidad en los pacientes con cáncer.

- No dejar de preguntar sobre la sexualidad en el contexto general de la evaluación diagnóstica. El paciente habitualmente no toma la iniciativa porque ignora sus problemas, los niega o, simplemente, porque le avergüenza.
- Evaluar antes, durante y después de los tratamientos para la enfermedad.
- Explorar hábitos, conductas, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad y en relación con la enfermedad, incluyendo ganancias secundarias con la disminución de la frecuencia o de la iniciativa sexual.
- Evaluar en relación a la pareja, considerando también sus criterios.
- Ser respetuoso y delicado en el interrogatorio, considerando las ideas morales, la educación y la ética del enfermo. Avanzar en la medida que el paciente va dando señales de interés por el tema o manifiesta intenciones de seguir abordándolo.
- Considerar, al evaluar posibilidades de tratamiento, que a pesar de que, en general, la disfunción sexual es tratable, no siempre se conseguirá solución fácil y rehabilitación definitiva, y hay que enfocar esto con el enfermo de forma constructiva.
- Explorar mecanismos del paciente para canalizar su sexualidad afectada o infructuosamente tratada. Es imposible, utópico y altamente dañino para éste considerar, después de un tratamiento invalidante, que "aquí no ha pasado nada". Nada es ni será igual que antes de la enfermedad o el tratamiento, aun cuando se conserven intactas las funciones sexuales, en términos de genitalidad. Cuando se trata de mutilaciones totales o parciales y se evalúa la posibilidad de prótesis, de la cirugía reconstructiva y de otros progresos técnicos actuales, se debe recordar siempre que todo órgano logrado no deja de ser una caricatura de lo perdido, y que esto repercute psicológicamente y también en la esfera sexual.
- Investigar sobre efectos secundarios de medicamentos, frecuentemente obviados ante la valoración de la influencia de tratamientos como la cirugía y la radioterapia. Considerar siempre que el efecto de las drogas puede ser muy variable de un individuo a otro. Entre los medicamentos que pueden afectar en mayor medida

la función sexual, se encuentran: los quimioterápicos, las hormonas (testosterona y estrógenos), algunos antibióticos y antiparasitarios (metronidazol), los anticolinérgicos y antisecretorios H2 (cimetidina), los antidepresivos tricíclicos y del tipo IMAO, neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos, diuréticos y drogas antihipertensivas, especialmente betabloqueadoras (reserpina, digital, metildopa, hidroclorotiazida, espironolactona, clortalidona), anfetaminas, etc. Otros productos: el alcohol, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual en diferentes fases.

- Considerar las quejas principales, el status sexual, el status médico incluyendo las terapias antitumorales, el status psicológico y psiquiátrico, la historia familiar y psicosexual y las relaciones interpersonales en todo esquema evaluativo, en un todo coherente que conduzca a un resumen y a recomendaciones terapéuticas.

Al evaluar las disfunciones sexuales en el paciente con cáncer podrán utilizarse diferentes métodos: además del examen físico completo y exámenes complementarios, otros procedimientos como la entrevista breve focalizada y el uso de cuestionarios especiales.

Entrevista psicosexual

La realización de una entrevista completa, adecuada y precisa constituye un elemento de gran relevancia para detectar y tratar problemas de índole psicosexual. Esta entrevista facilita la conversación con el paciente, observando las características halladas durante la entrevista como lenguaje corporal, incluyendo postura y tono de voz, apariencia física, cambios emocionales como llanto y respuestas inadecuadas que pueden dificultar el dialogo iniciado.

En la entrevista breve de evaluación sexual es preciso conocer los problemas específicos que tiene el paciente, así como los factores etiológicos presentes, con el objetivo de planificar el tratamiento. Con frecuencia el paciente con cáncer tiene múltiples disfunciones sexuales con un rango de causas que interactúan para hacer los problemas más severos.

Se recomienda que la pareja participe en la entrevista, ya que de esta manera se facilita la discusión de algunos temas que son de mutua competencia; sin embargo, puede haber otros aspectos más difíciles de manejar en pareja. Si el tiempo lo permite se sugiere unos minutos más con cada integrante de la pareja por separado para tener una idea más completa en áreas sensibles.

Se debe interrogar sobre la frecuencia del sexo antes y después del diagnóstico de cáncer, en qué forma logran el orgasmo (en el coito o con las caricias manuales u orales), en qué medida el tratamiento contra la enfermedad ha afectado la sexualidad, la forma de aparición del trastorno sexual (si es brusca o gradual) y en qué situaciones de la vida aparece, entre muchos otros aspectos a tener en cuenta.

Se debe preguntar acerca de los factores emocionales en la historia del paciente, así como las estrategias actuales en la lucha contra el cáncer que puedan tener un impacto en la sexualidad.

Los principales *objetivos* son:

- Determinar el autoconcepto y sentimientos de imagen corporal que está presentando el paciente.
- Determinar el nivel de estrés que presenta el paciente por síntomas asociados al cáncer.
- Proporcionar oportunidad para iniciar discusión sobre el efecto del cáncer en la sexualidad.
- Facilitar la exploración de preocupaciones sobre sexualidad para aclarar las posibles dudas existentes y evitar incrementar el temor y la ansiedad en esta etapa.
- Obtener información específica sobre el interés sexual personalmente en cada paciente, que practica tiene y preocupaciones internas y de pareja.

Existen cuatro etapas para utilizar al momento de realizar una consejería exitosa con el paciente, estas son: consentimiento, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva. Para ello, se debe tener una capacitación específica sobre la temática, ya que se debe conocer en profundidad las diferentes alteraciones sexuales y por lo tanto las acciones e intervenciones específicas a realizar. Además de esto, se debe conocer qué tipo de estrategia es adecuada para cada paciente de acuerdo a su experiencia, conocimiento, habilidades y limitaciones.

Se destaca el modelo PLISSIT propuesto por Jack. S. Annon en 1976:

Etapas de consejería

1. *Consentimiento*. En este primer paso se crea un ambiente cálido y adecuado para que el paciente se sienta cómodo con el tema de la sexualidad y pueda expresar sus emociones, sentimientos y dudas, expresando así un ambiente de confort y permisivo para que el profesional pueda desempeñar tranquilamente su papel como consejero.
2. *Información limitada*. En esta segunda etapa de consejería se debe mostrar aún más conocimiento en temas de sexualidad, y de este modo aclarar las diferentes dudas e inquietudes específicas que surgen en los pacientes, además de brindar información y consejos específicos que beneficien la intimidad y sexualidad del paciente y de la pareja.
3. *Sugerencias específicas*. Es utilizado cuando la información limitada no es suficiente o adecuada en un paciente, por lo que se puntualiza en el proceso y desarrollo de las patologías, el origen de tumor, las alteraciones sexuales específicas que desencadena, ya sea de origen neurológico, endocrino, con alteración física o de autoestima, por lo tanto el profesional está en capacidad de proporcionar y transmitir consejos prácticos y pautas que mejoren su calidad de vida, su bienestar y desempeño sexual. Algunas posibles actividades o consejos implican, el uso de otras zonas erógenas, masturbación, literatura erótica, uso de juegos sexuales, cambios de posición, uso de lubricantes, entre otras opciones de acuerdo a su interés y alteración.

4. *Terapia intensiva.* En esta última etapa el paciente requiere y manifiesta unas necesidades sexuales complejas, por lo que el profesional lidera un proceso paralelo con expertos en sexología, sexólogos y psicólogos que apoyen la consejería.

En la realización de la consejería se deben considerar unos factores fundamentales que garantizan un resultado eficaz, dentro de los que encontramos:

- El uso adecuado del lenguaje hacia el paciente, mantener una conversación con palabras claras y entendibles para el paciente, evitando así confusiones y dudas no aclaradas.
- Es necesario recordar o tener en cuenta la edad del paciente, creencias, religión, actividad sexual previa, salud física y emocional.
- Tener en cuenta las condiciones específicas del paciente y las alteraciones sexuales presentes.
- Enfocarse en los aspectos positivos hallados durante la consejería realizada.
- Garantizar al paciente el manejo ético de su situación durante el proceso de intervención.

El uso de cuestionarios para ser rellenados por los pacientes puede a veces salvar un tiempo valioso. Cuando se utilizan los cuestionarios para tamizar un gran número de éstos, es posible identificar a aquéllos con altos niveles de estrés sexual o psicológico. Éstos pueden ser entonces sometidos a

una entrevista de evaluación más detallada. Aun así, los cuestionarios raramente pueden dotar de la línea base o curva de normalidad deseada para evaluar los cambios en el patrón de respuesta sexual.

Algunos cuestionarios que han resultado particularmente útiles son:

- El formato de historia sexual (sex history form), que mide la función sexual.
- El inventario de ajuste de la pareja (dyadic adjustment inventory), que explora la satisfacción marital.
- El inventario breve de síntomas (brief symptom inventory), que evalúa el estrés.
- La escala de ajuste psicológico a la enfermedad (psychological adjustment to illness scale), para el estrés relacionado con la enfermedad.
- El inventario para situaciones problemáticas del cáncer (cancer inventory of problem situations), que mide el ajuste al cáncer.

Finalmente el análisis de la conducta individual y el ambiente en que dicha conducta tiene lugar, como sugiere el modelo de aprendizaje conductual, es apropiado para entender las reacciones psicológicas ante las limitaciones físicas. En 1977, Moos y Tsu desarrollaron 6 factores asociados a una buena adaptación.

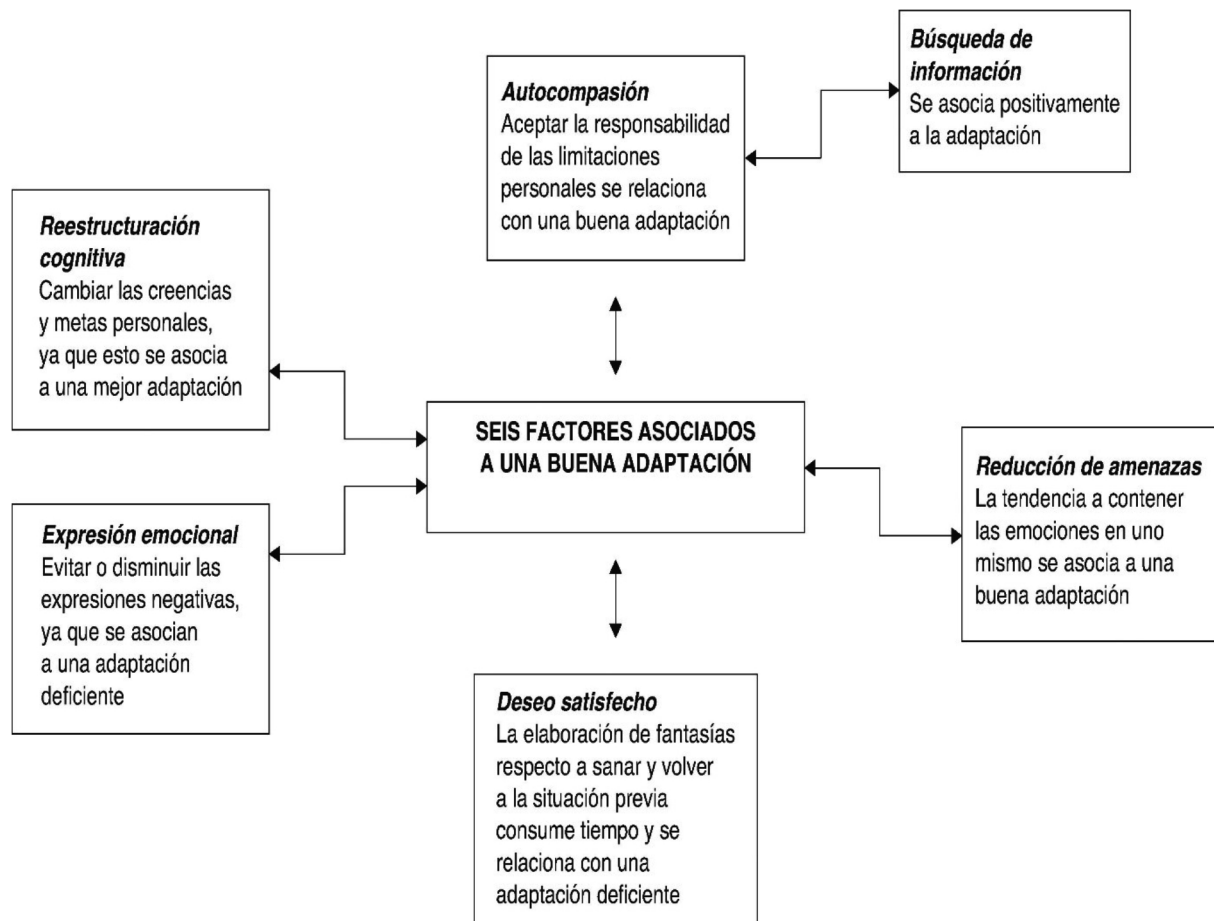


Gráfico 2. Los seis factores asociados a una buena adaptación de Moos y Tsu.

2.4. El tratamiento de los problemas sexuales en pacientes con cáncer

El tratamiento de los problemas sexuales en los pacientes con cáncer depende de los factores causales interactuantes, e incluye procedimientos como el consejo sexual breve, educación sexual, métodos para cambio de actitudes, consejos para recuperar el funcionamiento sexual con la pareja asociados a ejercicios, técnicas de minimización de las limitaciones físicas y de resolución de conflictos, terapia sexual intensiva bajo entrenamiento, etc.

El consejo sexual breve constituye la espina dorsal de la rehabilitación sexual. Incluye 5 componentes: educación sexual, cambio de actitudes maladaptativas, consejos para obtener un sexo agradable, minimización de las limitaciones físicas y resolución de conflictos maritales relacionados con el tratamiento del cáncer.

Las técnicas de educación sexual satisfacen las necesidades más apremiantes de los pacientes con cáncer: conocer cómo funcionan sus cuerpos y cómo el tratamiento del cáncer cambia esta función. En este sentido se han desarrollado varios modelos genitales tridimensionales que muestran la anatomía interna y externa y constituyen una valiosa herramienta educativa. Tanto hombres como mujeres pueden tener dificultades en la identificación de algunos de sus órganos sexuales, así como su función, por ello en determinados tipos de cáncer los pacientes manifiestan concepciones erróneas en relación a su enfermedad y la evolución. Incluso en tumores de órganos no genitales, el impacto sexual del tratamiento es mejor comprendido cuando se tiene una idea más clara de la anatomía y fisiología del órgano afectado.

Los métodos para cambio de actitudes son útiles porque los pacientes con frecuencia creen mitos con relación a la sexualidad y al cáncer. El temor al contagio de la enfermedad y el hecho de considerar que el orgasmo coital es el único tipo normal de conducta sexual son algunos de estos mitos. Deben respetarse las preferencias y las elecciones basadas en asuntos religiosos. La función terapéutica no es hacer labor proselitista o de predicar, sino sugerir alternativas.

La minimización de las limitaciones físicas es particularmente valiosa en el tratamiento de muchos pacientes que han sufrido la pérdida de una parte de su cuerpo, como la amputación de un miembro, una vulvectomía, penectomía o mastectomía. El dolor crónico, la fatiga, la falta de movilidad son secuelas comunes de la enfermedad avanzada o del tratamiento. En lugar de esperar a que la relación sexual ocurra espontáneamente, éstos tienen que planificarla para cuando se sientan más capaces, menos sintomáticos. La posición es un aspecto importante a tener en cuenta, si bien no existe una posición correcta para todos.

Un grupo de pacientes con necesidades especiales son los que padecen tumores de cabeza y cuello. Muchos tienen deformidades faciales que afectan la autoestima y la percepción por otros. Una laringectomía interfiere con la comunicación y presenta problemas de olores y descargas mucosas. Es necesario dedicar más esfuerzos al desarrollo de técnicas de rehabilitación sexual para aliviar estos problemas.

La resolución de conflictos maritales relacionados con el cáncer es una ayuda que se da a la pareja al hablar sobre áreas de conflicto y constituye un importante paso en la resolución de los problemas. Para que la relación continúe después de un diagnóstico de cáncer es necesario que ambos miembros de la pareja cambien, la relación se ve muy afectada si uno de los miembros de la pareja lo hace y el otro no. Por eso, ambos miembros de la pareja deben trabajar activamente en un crecimiento conjunto; si ello puede lograrse, sería la mejor solución. En el peor de los casos, es un tiempo empleado de forma interesante y estimulante. Lo más usual es que ambos miembros de la pareja acepten con facilidad el concepto de que el cónyuge es un valioso aliado en ayudar a la persona con cáncer a encontrar su propio camino; pero cuando el objetivo es que ambos crezcan espiritualmente, el concepto se hace todavía mucho más aceptable.

El sentido común ayuda a proponer soluciones, tales como sugerir a una pareja exhausta ir a dormir a su casa el fin de semana en lugar de hacerlo en la habitación del hospital.

Entre un 10 y un 20% de todos los pacientes padecen disfunción sexual severa que demanda habilidades especiales por parte de un terapeuta sexual entrenado y el uso de técnicas de terapia sexual intensiva. Las indicaciones más frecuentes para este tipo de tratamiento son los problemas sexuales que siguen al diagnóstico del cáncer y que constituyen una fuente de estrés, los problemas sexuales relacionados con conflictos maritales severos, un trastorno que no responda al consejo sexual breve, o un problema sexual que el paciente enfrente con pocos recursos psicológicos.

La terapéutica sexual formal incluye habitualmente intervenciones rápidas, dirigidas al control de síntomas, y en ella participa la pareja. En ella son asignadas determinadas tareas a los pacientes, que incluyen ejercicios de focalización sensorial y búsqueda de otras técnicas sexuales que resulten efectivas para revertir disfunciones específicas. El manejo de la comunicación marital y el bienestar psicológico individual constituyen a menudo parte importante del tratamiento. Las técnicas de terapia sexual, combinadas con técnicas cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en nuevas habilidades de afrontamiento, que han sido usadas en otras enfermedades crónicas, pueden ser útiles en el tratamiento de las disfunciones sexuales relacionadas con el cáncer, en función de los resultados de la rehabilitación médica o quirúrgica, como en las reconstrucciones mamarias o el tratamiento de disfunciones eréctiles con alto peso de los componentes orgánicos.

Otro asunto es el tratamiento de la disfunción eréctil de componentes orgánicos significativos. La mayoría de los pacientes con disfunción eréctil orgánica serán candidatos para dos formas de tratamiento como la inyección intracavernosa y la implantación de prótesis peneana.

En contraste con los tratamientos específicos para los problemas sexuales en los hombres, las intervenciones en las mujeres han estado más restringidas a terapias para cánceres específicos. Entre estas intervenciones cabe destacar la reconstrucción mamaria, la cirugía reconstructiva

vaginal ante la vulvectomía, tratamientos medicamentosos para quienes presentan menopausia prematura después de los tratamientos para el cáncer (especialmente terapias hormonales locales), supositorios lubricantes, etc. Un punto importante es atender a los aspectos psicológicos de la rehabilitación sexual tanto como a los físicos.

Especial atención se ha prestado a la mujer con cáncer de mama. En los primeros días luego del diagnóstico, una mujer necesitará más que nunca la atención de su pareja, también él tendrá que tratar con el cáncer un día tras otro.

Tras la mastectomía, la mujer y su cónyuge deben tratar de reducir sus inhibiciones sexuales, de hablar abiertamente sobre sus ansiedades. No puede darse un consejo único, ya que cada mujer es única y tiene una relación única con su pareja.

El consejo, la terapia de pareja, las técnicas de terapia sexual basadas en la focalización sensorial, y en general, la psicoterapia dirigida a la solución de conflictos vitales, familiares y matrimoniales, son recursos vitales para que el tratamiento integral de los problemas sexuales en la mujer con cáncer sea exitoso.

2.4.1. Tratamiento específico de los trastornos sexuales en el hombre

El principal problema destacado por los hombres en cuanto a la salud sexual tras un proceso oncológico es la disfunción eréctil. Existen diferentes tratamientos, entre los que destacan:

1. Tratamiento farmacológico

El sildenafil (Viagra), el vardenafil (Levitra), y el tadalafil (Cialis) son medicamentos que vienen en forma de pastillas. Todos estos medicamentos ayudan al hombre a conseguir y mantener una erección al hacer que mayor cantidad de sangre fluya hacia el pene.

Para los hombres que se han sometido a determinadas operaciones que afectan a los nervios responsables de generar las erecciones (como una prostatectomía), puede que al principio el uso de estas pastillas no sea de ayuda. Es frecuente que no resulten eficaces en lo absoluto los primeros meses después de la cirugía. Sin embargo, suelen ser más útiles a medida que pasa el tiempo, y a partir de los 18 o 24 meses tras la cirugía resultan eficaces para lograr una erección rígida.

A menudo se recomiendan usar uno de estos medicamentos para promover las erecciones semanas o meses después de la cirugía, lo cual puede ayudar a la recuperación de la función sexual. Sin embargo, si estas pastillas no logran producir una erección rígida durante los primeros meses tras la cirugía, es importante probar con otro tratamiento para ayudar a restaurar el flujo de la sangre en el pene.

Los efectos secundarios más comunes son dolor de cabeza, rubor, indigestión, sensibilidad a la luz y goteo o congestión nasal. En raras ocasiones puede que algunos hombres no consigan que su erección cese.

En muy pocos casos, puede que estos medicamentos obstruyan el flujo de sangre a los nervios ópticos en la parte trasera del ojo, lo cual puede causar ceguera.

2. Inyecciones de pene

Otra opción es inyectar en el pene directamente el medicamento. Una aguja muy delgada es usada para inyectar el medicamento en el costado del cuerpo del pene unos minutos antes de comenzar la actividad sexual. La combinación de la excitación sexual junto con el medicamento ayuda a producir una erección más rígida y de mayor duración.

Las inyecciones en el pene conforman el tratamiento más seguro de surtir efecto para la disfunción eréctil, siendo eficaz en alrededor del 80 al 90% de los hombres. Muchos hombres se muestran indecisos de probar con estas inyecciones debido a que temen que sean dolorosas. Sin embargo, la mayoría sienten poco o ningún dolor.

3. Píldoras uretrales

La píldora uretral ofrece otra alternativa útil. El hombre utiliza un aplicador para colocar en el interior de su uretra una pequeña cápsula (microsupositorio). Conforme la píldora se deshace, el medicamento es absorbido a través del recubrimiento de la uretra e ingresa al tejido esponjoso del pene. El hombre debe orinar antes de colocar la píldora para que el recubrimiento de la uretra esté húmedo. Una vez colocada la píldora, se debe dar masajes al pene para facilitar la absorción del medicamento.

Este sistema puede ser más fácil que las inyecciones, pero no siempre funciona tan bien y puede causar el mismo tipo de efectos secundarios. Puede que residuos de la píldora se introduzcan en la pareja durante el acto sexual, lo cual puede causarle ardor o picazón, entre otros malestares. Y al igual que las inyecciones, la cápsula podría causar una erección prolongada, la cual requiere de tratamiento médico inmediato.

4. Dispositivos de constricción por succión

Los dispositivos de constricción por succión (VED) son eficaces para algunos hombres. El hombre se coloca un cilindro plástico sobre el pene y bombea el aire para producir un vacío alrededor de la parte externa del pene. Esta succión hace que la sangre se concentre en el interior del pene, llenando el tejido esponjoso. Cuando el pene está rígido, el hombre retira el dispositivo del pene y coloca una banda elástica alrededor de la base del pene para que la sangre quede atrapada manteniendo el pene erecto. La banda puede dejarse en el pene hasta por media hora.

Algunos hombres emplean la bomba al inicio del acto sexual, mientras que otros consideran más conveniente hacerlo cuando se ha conseguido una erección parcial previa al coito. La erección que se consigue con el dispositivo por lo general es rígida, pero puede que pivotee en la base del pene, lo cual puede limitar las posturas cómodas en el coito.

5. *Implantes peneanos (prótesis)*

La cirugía para implantar una prótesis en el pene también es una opción a considerar. Durante las últimas décadas, muchas de estas operaciones han funcionado bastante bien para tratar problemas permanentes de erección. La mayoría de los hombres que se han sometido a una cirugía de implante quedan satisfechos con los resultados.

Existen dos tipos principales de implantes. El tipo más común es un implante inflable, el cual usa un sistema de bomba que está dentro del cuerpo del hombre. Para este tipo de implante, se colocan dos cilindros inflables y resistentes de silicona en el interior del pene.

El implante no inflable es un tipo de prótesis menos común que usa varillas semirrígidas que son implantadas en el pene. Cuando el hombre desea una erección, simplemente dobla la varilla hacia arriba; de lo contrario, la dobla hacia abajo. Este es un dispositivo más fácil de usar que un implante inflable, pero puede tener desventajas, incluyendo el que sea el menos parecido a una erección normal.

6. *Testosterona*

Si se trata de un desequilibrio hormonal, el empleo de testosterona puede restaurar el deseo sexual, así como su capacidad de erección. La mayoría de los hombres cuenta con suficiente testosterona, incluso después de los 50 o 60 años de edad. Sin embargo, un nivel bajo de testosterona puede resultar en falta de deseo sexual y dificultad para lograr una erección. Puede que también resulte en una sensación de falta de energía.

2.4.2. *Tratamiento específico de los trastornos sexuales en la mujer*

Las principales complicaciones o inconvenientes que experimenta la mujer derivados del proceso oncológico son la menopausia prematura, dispareunia y alteración de la autoimagen.

1. *Lubricantes*

Los tratamientos oncológicos a menudo reducen la capacidad lubricante que la vagina produce durante la excitación. Puede que se requiera de lubricación adicional para hacer que el sexo no resulte incómodo. En caso de utilizar un lubricante vaginal, se debe escoger un gel con base de agua sin fragancias, colores, espermicidas o sabores añadidos, ya que estos químicos podrían resultar irritantes en los tejidos delicados de la región genital.

Se debe tener en cuenta que algunos de los productos lubricantes más recientes incluyen extractos de hierbas (como aloe o lavanda), los cuales puede que sean irritantes o produzcan reacciones alérgicas en algunas personas. Además, los geles que hacen que la piel se caliente pueden producir ardor.

Las jaleas con base de petróleo (Vaselina), cremas comunes para la piel y otros lubricantes con base de aceite no son buenas alternativas para la lubricación vaginal. En algunas

mujeres, puede que estos productos incrementen el riesgo de infección vaginal.

2. *Humectantes vaginales*

Conforme la mujer envejece, la vagina puede perder naturalmente su humectación y elasticidad. Los tratamientos contra el cáncer, así como la cirugía que se realiza para reducir el riesgo de la enfermedad pueden acelerar estos cambios. Los humectantes vaginales son productos sin hormonas diseñados para usarse varias veces a la semana que mejoran la salud y comodidad vaginal en general.

Los humectantes vaginales están diseñados para ayudar a que la vagina se humedezca y mantenga un balance ácido. Se recomienda su aplicación nocturna para una mejor absorción durante las horas de sueño. No es inusual que una mujer que haya tenido cáncer requiera usar humectantes de 3 a 5 veces por semana. Los humectantes vaginales son distintos a los lubricantes, pues son de mayor duración y no están diseñados para la actividad sexual.

3. *Estrógenos vaginales*

La terapia tópica o sistémica de estrógenos conforma una opción de tratamiento para la mayoría de las mujeres post-menopáusicas que presentan atrofia vaginal; que también puede presentarse tras el proceso oncológico.

Estas hormonas son aplicadas y absorbidas en el área genital, en lugar de que se ingieran oralmente. Vienen en forma de geles, cremas, argollas o tabletas. La mayoría se introducen por la vagina, aunque algunas cremas pueden aplicarse en la región de la vulva. Estos métodos concentran pequeñas cantidades de hormonas sobre la vagina y en los tejidos alrededor, por lo que muy poco llega al torrente sanguíneo que pueda afectar al resto del organismo.

4. *Dilatador vaginal*

Un dilatador vaginal es un tubo de plástico o de goma que se usa para dilatar la vagina.

Los dilatadores vaginales a menudo se utilizan tras la radiación del área de la pelvis, cuello uterino o vagina. Pueden usarse varias veces a la semana para evitar que la vagina se ponga rígida debido al tejido cicatricial que puede desarrollarse.

5. *Reconstrucción y prótesis mamaria*

La reconstrucción mamaria moderna ha sido favorecida por varios avances: la tendencia a técnicas de mastectomía menos agresivas, que facilitan la cobertura cutánea; la introducción y progreso de los implantes mamarios de silicona; la colocación submuscular de implantes; la técnica de expansión tisular aplicada a la reconstrucción mamaria; y grandes avances en el conocimiento anatómico de los diversos colgajos disponibles, especialmente los musculocutáneos y los transferidos microquirúrgicamente.

- *Implantes:* Las prótesis mamarias de gel de silicona o de suero fisiológico son materiales aloplásticos esenciales

para la realización de numerosas técnicas estéticas y reconstructivas de la mama. La forma y volumen de las prótesis mamarias pueden ser muy variables, para satisfacer los requerimientos de la paciente, habiéndose diseñado prótesis discoideas o casi hemisféricas con unas bases redondas, cónicas u ovals, así como de perfil bajo, moderado o alto.

- *Reconstrucción autógena:* Se utiliza tejido (piel, grasa y, a veces, músculo) de otra parte del cuerpo para crear la forma de una mama. Este tejido generalmente se toma del abdomen, la espalda, las nalgas o la parte interna de los muslos para crear la mama reconstruida.
- *Reconstrucción de areola y pezón:* La reconstrucción de areola y pezón confiere a la nueva mama un aspecto más natural. Para la reconstrucción areolar se emplean injertos obtenidos de la areola contralateral, la cual proporciona la mejor zona donante en cuanto a color y textura. Para reconstruir el pezón se emplean injertos del contralateral, injertos de zonas distantes y colgajos locales. En otras ocasiones también se han empleado injertos obtenidos de zonas distantes, como el lóbulo de la oreja, el pulpejo de un dedo del pie o labio menor, pero con resultados menos satisfactorios que con los injertos de pezón contralateral.

2.5. El paciente terminal

La mayoría de los enfermos terminales, llegan a esta fase habiendo pasado por algunas otras como son el tratamiento para curar o paliar la enfermedad, es por ello que previamente han tenido un largo camino y este periodo permite la adaptación a la realidad de la enfermedad y a las posibilidades que en un futuro se pudieran producir, como es el caso de la muerte.

A pesar de esta posible adaptación, cuando se llega a la fase terminal, tanto la familia como el enfermo sufren un gran impacto emocional.

Por ello el equipo profesional debe centrarse en aliviar los problemas, proporcionar soporte emocional, facilitar los procesos adaptativos, contribuir a la comunicación paciente-familia y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los objetivos terapéuticos.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa.

- Importancia del ambiente. Una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

2.5.1. La sexualidad en el paciente terminal

La mayoría de los pacientes en estadio terminal han atravesado por un período más o menos largo en el cual se han manifestado cambios en su funcionamiento sexual, en cualquiera de las modalidades descritas. Todo lo expresado acerca de la valoración y el manejo del funcionamiento sexual es vigente también para el enfermo terminal. A pesar de lo que comúnmente pueda creerse, el estadio terminal por sí mismo no disminuye necesariamente el interés sexual; por el contrario, puede acrecentarse la necesidad de cercanía física y de ser reconocida su condición de ser humano sexualmente deseable, aun cuando sea totalmente imposible la realización del coito.

Es obvio que existen limitaciones reales a la satisfacción sexual: clima de tensión en la pareja, efectos secundarios de los tratamientos, problemas de privacidad, debilidad y deterioro creciente, temores de la pareja a hacerle daño o a solicitar algo indebido al paciente, etc.

Por otra parte, la declinación en la frecuencia o capacidad para el acto sexual no debe interpretarse directamente como un indicador negativo en la relación de pareja y en el funcionamiento sexual global. Es común que aparezcan espontáneamente reorientaciones de la sexualidad hacia otros modelos en la relación de pareja, con modalidades muy singulares de convivencia marital o de adaptación afectiva. La desaparición de iniciativas sexuales y la adopción de actitudes más pasivas, cuando no resulta factible el patrón de funcionamiento sexual precedente, puede ser un signo de ajuste, favorecedor del bienestar emocional, que engloba y desborda la sexualidad.

Ante la evaluación del funcionamiento sexual en el paciente terminal, además de las recomendaciones generales para explorar esta esfera en cualquier estadio del cáncer, es importante enfatizar que lo primario es reconocer los problemas desde una actitud realista, evitando propuestas o indicaciones que puedan ser no deseadas por el paciente o que contradigan los principios fundamentales de los cuidados paliativos. No podremos sobrecargar a este enfermo con cuestionarios y exámenes que podrían ser útiles en otras etapas de la enfermedad. El mejor marco de evaluación es el de las entrevistas que desarrollan con él los miembros del equipo de salud que lo atienden.

Al examinar los problemas del manejo de la sexualidad en esta etapa final de la vida es necesario tener en cuenta que la simple indicación de reanudar las relaciones sexuales, siquiera de afirmar categóricamente que no es dañina y si es posible, no siempre es psicoterapéutico. Esta indicación podría correr el riesgo de no ser realista, pero además, atrae la atención del paciente sobre una parte de su problema. Es más justificado incitar a un reconocimiento, revisión, reforzamiento o reafirmación de la vida afectiva del paciente, de la relación con su pareja. Lo sexual podrá surgir como consecuencia, aunque no siempre podrá solucionarse, total o parcialmente, y en función de múltiples

circunstancias. Tratar las disfunciones sexuales en estos enfermos puede ser muy difícil, si no intentamos comprenderlo a plenitud, integrarlo con su entorno psicosocial, especialmente familiar, apoyarlo y acompañarlo en el resto de sus sufrimientos y preocupaciones. Es importante identificar, reconocer y estimular conductas sexuales alternativas, que ofrezcan posibilidades placenteras, como la cercanía física no genital y variadas demostraciones de afecto. Sin duda, una prolongada mirada, una tierna caricia, una auténtica sonrisa de amor, pueden compensar la falta de una ejecución sexual en otros tiempos deseada. Hay que concebir aquí a la sexualidad en su más abierta y flexible expresión.

Una considerable cantidad de pacientes terminales, que aún no se encuentran en período preagónico, pueden desplegar juego y maniobras de obvio contenido sexual. Algunos programas dirigidos a personas ancianas con enfermedad avanzada enfatizan en la necesidad de involucrar determinados ejercicios, nutrición adecuada y autoestima, vinculadas a estrategias para facilitar la actividad sexual.

3. CONCLUSIONES

Las alteraciones sexuales producidas por los diferentes tipos de cáncer así como por los diferentes mecanismos o modos de tratamiento afectan de forma distinta a cada paciente, lo cual implica unas necesidades específicas que deben ser detectadas e individualizadas.

Las alteraciones sexuales más frecuentes incluyen: los cambios del autoconcepto y autoimagen, disminución del deseo e interés sexual, ansiedad y fatiga durante la relación sexual, insatisfacción sexual, falta de excitación y orgasmos, dispareunia y disminución de la lubricación vaginal, esterilidad temporal o permanente, disfunción eréctil e impotencia sexual.

Para la realización de una valoración efectiva del paciente oncológico en el ámbito de la sexualidad adquiere gran relevancia el uso de instrumentos de evaluación e identificación de las respectivas alteraciones sexuales, para la identificación de necesidades específicas del paciente oncológico así como del tratamiento más adecuado, en el campo de la sexualidad. Por tal motivo, la educación y orientación sexual debe ser considerado un pilar en el cuidado del paciente con cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abedi P, Afrazhe M, Javadifar N, Saki A. The relation between Stress and Sexual Function and Satisfaction in Reproductive-Age Women in Iran: A crossSectional Study. *Journal of Sex y Marital Therapy*. 2015; 41(4): 384-390.
2. Annon J.S. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Theraphy*. 1976; 2(2): 1-15.
3. Baiocchi A, Lugo E, Palomino N, Tam E. Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. *Revista Enfermería Herediana*. 2013; 6 (1): 18-24.
4. Bueno robles L.S. Salud sexual e impacto en mujeres sometidas a tratamientos por cáncer de mama y sus compañeros sexuales. Universidad nacional de Colombia. Bogotá; 2012.
5. Carreño luna M.L. Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con cáncer de cuello uterino. Universidad Católica de Perú. Lima; 2017.
6. Chavelas Hernández D, Olmeda García B, Alvarado Aguilar S, Ochoa-Carrillo F.J, González-Cardín V, Oñate-Ocaña L.F. Alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer de nariz sometidos a rinectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(1): 36-45.
7. Cruzado, J. Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. Ediciones Pirámide. Madrid; 2014.
8. Díaz Conejero E. Propuesta de intervención para la mejora de la sexualidad en pacientes oncohematológicos. *Revista Enfermería Docente*. 2016; 1(106): 278-280.
9. Díaz V.E. Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Revista Pensamiento Psicológico*. 2010; 7: 155-160
10. Erikson E. *Infancia y Sociedad*. Ediciones Horme-Paidós (12ª Edición). Buenos Aires, 1993.
11. Ferri P, Bernini C, Pisani M, Vaccari C, Lami N, Rovesti S. La sexualidad de las personas con estoma: encuesta sobre las vivencias del paciente ostomizado y la atención realizada por la enfermera especialista. *Agora de Enfermería*. 2012; 16(30): 69-74.
12. Figueroa-Varela M.R, Rivera-Heredia M.E, Navarro-Hernández M.R. «No importa»: sexualidad femenina y cáncer de mama. *Gaceta mexicana de Oncología*. 2016; 15(5): 278-284.
13. Finck C, Barradas S, Agudelo D, Moyan J. Cuando el cáncer de seno no significa insatisfacción sexual. Un estudio comparativo entre pacientes y un grupo de mujeres sanas en Colombia. *Psicooncología*. Colombia. 2012; 9(1): 41-64.
14. Galindo-Vázquez O, Álvarez-Avitia M.A, Alvarado-Aguilar S. Aspectos psicológicos de las afectaciones sexuales en el paciente con cáncer testicular. *Revista Mexicana de Urología*. 2012; 72(5): 256-263.
15. Galindo Vázquez O, Álvarez Avitia M.A, Alvarado Aguilar S. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*. 2013; 10(1): 69-78.

16. Hernández M, Cruzado J.A. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*. 2013; 24: 1-9.
17. Juárez García D.M, Landero Hernández R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia*. México. 2011; 7(4): 17-34.
18. Lozano A, Cupil A, Alvarado S, Granados M. Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *GAMO*. 2011; 10 (3): 156-161.
19. Lozano I.G, Ortiz Hernández A.L. Aspectos del cuidado a considerar en la intervención de enfermería ante las alteraciones sexuales del paciente oncológico durante su tratamiento. Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. Bogotá; 2010.
20. Martínez-Basurto A.E, Lozano-Arrozola A, Rodríguez-Velázquez A.L, Galindo-Vázquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(1): 53-58.
21. Masters W.H, Johnson V.E. *Human sexual response* Little, Brown, and Company. Boston; 1966.
22. Meloni Vieira E, Barsotti Santos D, Dos Santos M.A, Giam A. Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Brasil. 2014; 22(3): 408-414.
23. Muñoz A, Camacho P. A. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*. 2016; 81(3): 168-180.
24. Muñoz Zambrano C.L, Osorio Supler X. Significado de la sexualidad en adultos jóvenes sometidos a quimioterapia por neoplasia testicular. *Ciencia enfermera*. 2012; 18(2): 101- 110.
25. Narváz A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima y sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*. 2008; 5(1): 93-102
26. Olmeda-García B, Chavelas-Hernández D, Arzate-Mireles C.E, Alvarado Aguilar S. Desgenitalización, sexualidad y cáncer. *GAMO*. 2010; 9(5): 208-214.
27. Pintado S. Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*. 2016; 84(11): 679-683.
28. Sánchez Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percep-

ción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo*. 2015; 36(1): 62-73.

29. SEOM: Sociedad Española Contra el Cáncer. *Las cifras del cáncer en España*. Madrid; 2014.
30. Vega G, Florea P, Ávila J, Becerril A, Vega A, Camacho N, García P. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*. 2014; 79(2): 81-85.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



2.495 €
ON-LINE

1000
HORAS

40
ECTS

Máster en Urgencias Pediátricas

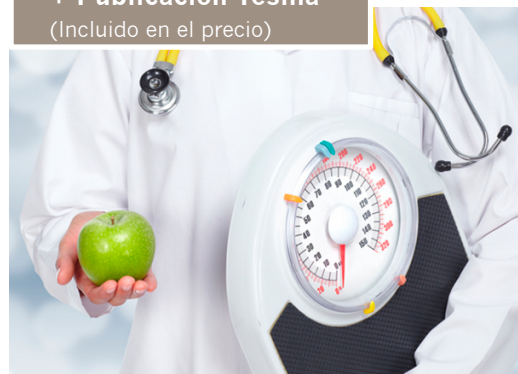
Edición: 5ª. TÍTULO PROPIO.

universidad
SANJORGE
GRUPO SANVALERO

Evaluación. 360 Preguntas tipo test, 40 Supuestos y Tesina de investigación

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



2.495 €
PDF

1500
HORAS

60
ECTS

Máster en Nutrición, Calidad y Seguridad Alimentaria

Edición: 13ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 495 Preguntas tipo test, 13 Supuestos y Tesina de investigación

UEMC
Universidad Europea
Miguel de Cervantes

Índice

1. Revisión del manejo nutricional en pacientes con cáncer de pulmón..... 4
2. Revisión del manejo nutricional de pacientes oncológicos en la farmacia comunitaria24
3. Fatiga por compasión entre el personal de enfermería en los cuidados al final de la vida49
4. Cuidados paliativos en el paciente oncológico: cuestiones legales.....70
5. La sexualidad en el paciente oncológico91

Díaz San Miguel, Marta - 70
 García Álvarez, Paula - 70
 García Álvarez, Raquel - 70
 García Menéndez, Beatriz - 70
 Jiménez García, Isabel E. - 4
 Jiménez García, M. Pilar - 24
 Martínez Fernández, Carla - 49, 91

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



2.495 €
PDF

1500
HORAS

60
ECTS

Máster en Nutrición, Calidad y Seguridad Alimentaria

Edición: 13ª. TÍTULO PROPIO.



Evaluación. 495 Preguntas tipo test, 13 Supuestos y Tesina de investigación

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.990 €
PDF

1000
HORAS

40
ECTS

Máster en Nutrición y Metabolismo Clínico

Edición: 5ª. TÍTULO PROPIO.



Evaluación. 600 Preguntas tipo test, 45 Supuestos y Tesina de investigación

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.270 €
ON-LINE

625
HORAS

25
ECTS

Experto Universitario en Prevención de la Obesidad y Trastornos de la Alimentación

Edición: 57ª. TÍTULO PROPIO.



Evaluación. 200 Preguntas tipo test, 20 Supuestos y Tesina de investigación

Solicita información y consulta todas nuestras categorías profesionales

formacionalcala • es

Formación Alcalá no tendrá responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Formación Alcalá tampoco asumirá responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico no mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Formación Alcalá a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de **NPunto** con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, sitio web: www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Protección de datos: Formación Alcalá declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Pedidos y atención al cliente:

Formación Alcalá S.L. C/ Leganitos 15-17. Edificio El Coloso.
28013 Madrid. ☎ 953 585 330. info@npunto.es

NPunto

Editada en Alcalá la Real (Jaén) por Formación Alcalá.

ISSN: 2603-9680

EDITOR: Rafael Ceballos Atienza

EMAIL: info@npunto.es

NPunto es una revista científica con revisión que constituye un instrumento útil y necesario para los profesionales de la salud en todos los ámbitos (asistencia, gestión, docencia e investigación) implicados en el cuidado de las personas, las familias y la comunidad. Es la única revista española de enfermería que publica prioritariamente investigación original. Sus objetivos son promover la difusión del conocimiento, potenciar el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuir a la integración de la investigación en la práctica clínica. Estos objetivos se corresponden con las diferentes secciones que integra la revista NPunto: Artículos Originales y Originales breves, Revisiones, Cuidados y Cartas al director. Así mismo, cuenta con la sección Libros recomendados, comentarios de artículos originales de especial interés realizados por expertos, artículos de síntesis de evidencia basadas en revisiones bibliográficas y noticias de interés para los profesionales de la salud.

Contactar

info@npunto.es



Formación Alcalá S.L.
C/ Leganitos 15-17 · Edificio El Coloso · 28013 Madrid
CIF B23432933
☎ 953 585 330

Publicación mensual.

NPunto se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la salud.

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR GENERAL

D. Rafael Ceballos Atienza

DIRECCIÓN EDITORIAL

D^a. Esther López Palomino
D^a. Nerea Morante Rodríguez
D^a. Sonia Baeza García

EDITORES

D^a. María del Carmen Lineros Palomo
D. Juan Manuel Espínola Espigares
D. Juan Ramón Ledesma Sola
D^a. Nuria García Enríquez
D. Raúl Martos García
D. Carlos Arámburu Iturbide (México)
D^a. Marta Zamora Pasadas
D. Francisco Javier Muñoz Vela

SECRETARIA DE REDACCIÓN

D^a Eva Belén García Morales

CONSEJO DE REDACCIÓN

DISÑO Y MAQUETACIÓN

D^a Silvia Collado Ceballos
D. Adrián Álvarez Cañete
D^a. Mercè Aicart Martínez

CALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

D^a Ana Belén Lorca Caba

COMUNICACIÓN SOCIAL

D. Francisco Javier Muñoz Moreno
D. Juan Manuel Ortega Mesa

REVISIÓN

D^a. Inmaculada González Funes
D^a. Andrea Melanie Milena Lucena

PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

D. Francisco Montes
D. José Jesús Cáliz Pulido

