

II CURSO Y IV REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LA SETS

Resúmenes de Ponencias

SITUACIÓN ACTUAL DEL CRIBADO POBLACIONAL EN ESPAÑA

Suárez-Hernández MJ

Servicio de Radiodiagnóstico, Diagnóstico Mamario. Hospital Galdakao-Usansolo y TSID. Unidad Digital de Intervencionismo Mamario. Estereoproma, S. L. Bilbao.

En Europa, el cáncer de mama (CM) es el tumor maligno que más afecta a la mujer y en el grupo de edad comprendido entre 45 y 55 años es la primera causa de mortalidad.

El principal objetivo de los programas de cribado o Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) es contribuir, junto con los avances terapéuticos, a reducir la tasa de mortalidad, detectando el cáncer en el estadio más precoz posible.

Ya, en el año 1978, la Constitución Española, en el artículo 138 decía textualmente: "Las diferencias entre los Estatutos de las distintas Comunidades Autónomas no podrá implicar, en ningún caso, privilegios económicos o sociales", y el 139: "Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado". Más recientemente, en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril se especificaba: "...el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectividad". Y más recientemente aún, en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud podía leerse como objetivo principal: "...garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud".

Por todo lo anteriormente descrito podríamos afirmar que el objetivo de los programas de cribado de mama en España ha de llevarse a cabo garantizando el acceso a un diagnóstico y tratamiento en adecuadas condiciones de calidad y equidad para todas las mujeres del Estado Español.

Sin embargo, el inicio de los Programas de Cribado Poblacional no ha sido simultáneo, no sólo en todas las Comunidades Autónomas (CC. AA.), sino incluso dentro de cada una de ellas. En el año 1990, fue la Comunidad Foral de Navarra la debutante, y ha debido transcurrir casi una década para que se le unieran las restantes CC. AA. del Estado. Por otro lado, y en CC. AA. como la de Euskadi, la puesta en marcha del PDPCM ocurrió de manera desigual.

El modelo organizativo resulta también variable en algunos aspectos, por ejemplo, en la edad de las mujeres invitadas a participar, probablemente uno de los aspectos más polémicos. Así, y aunque diversas Sociedades Científicas (SS. CC.) directamente implicadas en el proceso asistencial del cáncer de mama recomiendan el inicio del cribado mamográfico rutinario a los 40 años de edad, el hecho es que dichas recomendaciones no son seguidas en el Estado Español, en donde lo habitual es iniciarlo a los 50 años. Tan sólo algunas CC. AA. (seis) lo inician a los 45 años.

Pasados ya varios años del inicio de los PDPCM, se constata que al menos el 60% de los diagnósticos de CM se realizan fuera de las actividades de los PDPCM (sobre mujeres de 50-64 años).

Uno de los aspectos relacionados con la edad, es establecer el tipo de población a quien va dirigido el objetivo principal de los PDPCM, la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de mama. Si tenemos en cuenta que el CM es un importante problema sociosanitario que incide en el sexo femenino, en general, que los actuales PDPCM se centran preferentemente en las mujeres de 50 a 64 años, y que el 60% de casos de CM se diagnostica al margen de las actividades de los PDPCM, resulta poco probable alcanzar una reducción significativa de las tasas de mortalidad entre la mujer (en general), mientras no se amplíen los intervalos de edad, tal y como recomiendan algunas SSCC.

Otro factor, no totalmente homogéneo en los PDPCM en España, es el número de proyecciones mamográficas a realizar, especialmente en las rondas sucesivas. Incluso a fecha de hoy, con los datos disponibles, no se ha extendido a todas las CC. AA. la realización de doble proyección.

Con respecto a la dotación de recursos humanos, nos encontramos con otra polémica situación. No existen suficientes médicos radiólogos en España para realizar la lectura de todas las mamografías de los PDPCM y en muchos casos nos encontramos con médicos no radiólogos e incluso se plantea la posibilidad de utilizar técnicos en radiología para que realicen la primera lectura.

En 11 CC. AA. no se exige ni tan siquiera un mínimo de experiencia para poder considerarse un radiólogo lector de mamografías. Todavía hay CC. AA. que van más allá y exigen un mínimo de lecturas anuales para poder seguir ejerciendo como radiólogo lector de mamografías.

El tipo de lectura, simple o doble, es también variable: el 50% de las CC. AA. hace lectura simple de las mamografías y el otro 50% lectura doble.

Y en la dotación de recursos técnicos cabe resaltar otro factor variable: mientras que en algunas CC. AA. se realizan las mamografías con tecnología digital, en otras se siguen realizando con tecnología analógica. E incluso dentro de una misma Comunidad, existen mujeres a las que se les realizan las mamografías con técnicas diferentes. Teniendo en cuenta la probada superioridad de la tecnología digital sobre la analógica para la detección de tumores, en mujeres con mamas densas, la realidad es que algunas mujeres se benefician de dichas ventajas, mientras que otras no lo hacen.

El hecho incuestionable es que, en el Estado Español, no se están cumpliendo las premisas exigidas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ni tampoco

co se atiende a las recomendaciones de algunas SS. CC., como la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de la Mama (SEDIM) en el año 2002, en las que se proponía la Regulación Institucional de la práctica de la Mamografía en el Estado Español, y en las que sugería que los programas de cribado de mama sean considerados planes integrales de salud a todos los efectos.

EL PAPEL DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Arnedillo S

Hospital Virgen de Valme. Sevilla

El cáncer es una enfermedad de gran trascendencia en salud pública, por su alta mortalidad. El concepto de “control del cáncer” se ha creado para atacar el problema desde los distintos puntos de su evolución, con el objetivo de reducir el sufrimiento y las muertes relacionadas con ella, contando para ello con distintas estrategias (1).

El informe de Salud Mundial de la OMS 1998 estimaba que el sufrir cáncer seguirá aumentando en los países en desarrollo y permanecerá estable en los países desarrollados, hasta el 2025, probablemente porque los esfuerzos preventivos han sido insuficientes (2). En términos relativos existe la necesidad de dedicar mayor atención a las estrategias de prevención y control de la enfermedad (3).

La OMS calcula que se puede prevenir como mínimo una tercera parte de todos los casos de cáncer y que la prevención ofrece la estrategia a largo plazo más rentable para el control del cáncer. La evidencia de que el cáncer es evitable es cierta, como demuestran los estudios epidemiológicos. Pero la realidad es que sólo una media del 3% del presupuesto total de los países de la OCDE dedicado a la salud se gasta en la prevención frente al 97 que se gasta en atención sanitaria y tratamiento (4).

La prevención primaria del cáncer se basa en cambios bien definidos de estilos de vida, actividades habituales y costumbres, con una exposición muy alta en la población. Las estrategias de prevención pasan por cambios de conducta individual y colectiva.

La prevención primaria es la estrategia preferente porque el objetivo más deseable de la salud pública es que la enfermedad no aparezca teniendo como pilares: el conocimiento de los factores de riesgo, la legislación y la educación para la salud (3).

En la Unión Europea, en el año 2000, se diagnosticaron 244.500 casos nuevos de cáncer de mama (CM en adelante) con 91.000 muertes. Siendo en España la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres (5.663 defunciones. Tasa ajustada 20,87 por 105) (1). El aumento generalizado en la proporción de mujeres diagnosticadas de CM, el acceso todavía inadecuado a su *screening* y el alto coste de su tratamiento son importantes argumentos para centrarnos más aún en su prevención.

La lactancia materna (LM en adelante) es la manera ideal para alimentar al recién nacido y una base biológica y emocional única para el desarrollo del niño (5). Las investiga-

ciones han puesto de manifiesto las ventajas de la LM para los lactantes, madres, familias y la sociedad en general, considerando no sólo aspectos como la salud, el estado nutricional, e inmunológico, sino también, el desarrollo psicológico, social, económico y ambiental. Se asocia la LM a una reducción de la mortalidad infantil, morbilidad de enfermedades infecciosas, riesgo de padecer enfermedades mediadas inmunológicamente como el Crohn o la diabetes mellitus, y a un mejor desarrollo cognitivo, asociándose positivamente la duración de la LM y la inteligencia (6-9).

La LM también aporta beneficios para la salud física y psicológica de la mujer: disminución del sangrado postparto, mejor recuperación de la anemia del embarazo y a largo plazo menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis en la postmenopausia y más importante disminución del riesgo de cáncer de mama y ovario (10-13).

La reducción en el cáncer de mama vendría dada por dos mecanismos:

- Diferenciación del tejido mamario.
- Reducción en el número de ciclos ovulatorios.

De estos estudios merece la pena mencionar uno (12) publicado en el año 2002 que analiza datos de 47 estudios epidemiológicos en 30 países. Encontrando una disminución en el riesgo de padecer CM hasta en un 4,3% por cada 12 meses de LM, a la que se sumaría un 7,0% por cada nacimiento. Siendo esta relación significativa y consistente para mujeres de países desarrollados y en vías de desarrollo, de diferentes edades, origen étnico, diferentes patrones de crianza y otras características.

En los países industrializados, el riesgo de CM es mayor, por la baja tasa de fertilidad y los cortos periodos de amamantamiento, pudiéndose evitar en ellos cada año unos 50.000 casos de CM por cada 12 meses de aumento en la duración media de la LM (14).

Existen muchos estudios asociando la LM y el CM, de ellos se desprende que:

—La LM es un factor protector frente al cáncer de mama (15-17).

—La LM tiene un factor protector dosis-dependiente contra el cáncer de mama, encontrando distintos niveles de protección según los estudios (12).

- 54% por cada 12 m comparado con una duración de 1 a 4 meses (18).

- 7% por cada 12 meses de LM en mujeres nigerianas (19).

Una revisión sistemática reciente afirma que no existe consenso sobre la relación entre la LM y el cáncer de mama, por lo que se debería seguir investigando (20).

Algunos estudios revisan la asociación entre el amamantamiento en la infancia y la incidencia y mortalidad por cáncer en la edad adulta (21), no encontrando asociación con la incidencia de todos los tipos de cáncer, pero sí una disminución en el riesgo de CM premenopáusico en mujeres que habían sido amamantadas.

La evidencia por lo tanto nos sugiere que la promoción de la lactancia materna es una potente herramienta que permitiría disminuir la incidencia del cáncer de mama.

La OMS insiste en que las bajas tasas de lactancia materna y el abandono son una constante en países desarrollados

y en vías de desarrollo. En España, según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, alrededor del 60% de las madres lactaba a las 6 semanas del nacimiento y el 23% continuaba a los 6 meses (22).

Son necesarias por lo tanto estrategias de promoción y mantenimiento de la LM. A nivel normativo, institucional y de los Servicios de Salud entre las propuestas destaca la de Asociación Española de Pediatría (23):

1. *Detección de barreras y problemas que influyen negativamente en la instauración y mantenimiento de la LM.*

—Barreras para el inicio.

• La alimentación con biberón como norma en los medios de comunicación.

- Determinados mitos sociales.
- Bajo nivel cultural y determinados grupos sociales.
- Condiciones laborales precarias.
- Separación madre-hijo en periodo perinatal.
- Dificultades con lactancias anteriores.

—Barreras para mantener la lactancia.

—Barreras sociales.

• Falta de cultura del amamantamiento.
• Prácticas publicitarias agresivas.
• Escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado.

• Desconocimiento de los riesgos de la nutrición con sucedáneos.

- Determinados problemas culturales y sociales.

—Barreras en el propio sistema sanitario.

- Actitudes pasivas o neutrales en momentos críticos.

• Utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos.

• Falta de formación teórica y práctica de los profesionales.

- Prácticas inadecuadas.

2. *Actividades de promoción.*

—Dirigidas a los profesionales.

- Formación en lactancia materna.

- Conocer las evidencias.

- Tener formación no solo teórica sino práctica.

- Conocer técnicas de investigación en lactancia.

—Dirigidas a las madres y familias

- Educación prenatal.

- En la maternidad.

- Transformar la atención al parto en un proceso más natural evitando complicaciones innecesarias y favoreciendo el vínculo madre-hijo.

- Iniciativas para la recuperación de la LM siguiendo las recomendaciones de la IHAN. Basada en 10 pasos hacia una lactancia materna feliz.

- En los ingresos de madre, recién nacido o lactante.

- Evitando separaciones innecesarias.

- Defendiendo los derechos del niño y la iniciativa CARE en los hospitales.

- Tras el alta de la maternidad.

- Apoyo continuado y estrecho de los profesionales de la salud.

- Coordinación estrecha Maternidad-Primaria.

- Instauración de programas de apoyo a la lactancia materna.

- Iniciativa Centro de Salud Amigo de los Niños que pretende transformar los centros de salud mediante la aplicación de 7 pasos siguiendo el modelo de la IHAN.

- Consultas de lactancia.

- Programas de apoyo madre-a-madre.

- Establecer un sistema de evaluación de los distintos programas.

- Considerar la lactancia materna un campo potencial de investigación.

“Si una nueva vacuna estuviera disponible para prevenir un millón de muertes de niños, y de madres, y además fuera barata, segura, administrada oralmente, y no necesitara de una cadena de frío, se convertiría inmediatamente en un imperativo de salud pública. La LM puede hacer todo eso y más, pero necesita de una cadena caliente de ayuda, es decir de un cuidado adecuado para que las madres refuercen su confianza, para demostrarles cómo hacerlo y evitar prácticas nocivas. Si esta cadena se ha perdido, o es inexistente, entonces debe encargarse de ello a los servicios de salud” (24).

El papel de las enfermeras y matronas en todos los cuidados relacionados con el fomento y promoción de la lactancia materna es fundamental. Desde todos los ámbitos, sea atención primaria o especializada, nuestra cercanía y cuidados a la mujer y la familia nos hacen una piedra angular del gran reto de recuperar la cultura de la lactancia materna. Es todo un desafío para nuestra profesión que conlleva el esfuerzo de formarnos e investigar mejores maneras de prestar unos cuidados más eficientes, sin olvidar que dar de mamar a un hijo es un acto único y natural. Contar con un profesional cercano y comprensivo que asesore y motive a la madre hará que esta inicie la lactancia con eficacia y la prolongue en el tiempo. La lactancia materna es una herencia que nos otorga la vida, hagamos que perdure.

Bibliografía

1. Prevención del cáncer. Plan Integral de Oncología 2007-2010. Consejería de Salud Junta de Andalucía.
2. Informe de Salud Mundial. OMS; 1998.
3. Piédrola G, et al. Medicina Preventiva y Salud pública. 10ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
4. Resolución del Parlamento Europeo sobre la lucha contra el cáncer en la Unión Europea ampliada. B6-0000/2007.
5. OMS-UNICEF. Protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS/UNICEF; 1989.
6. Lawrence MG, et al. Lactancia materna y utilización de la leche humana. Pediatrics 1997; 100: 442-5.
7. Bennet PN. Drugs and human lactation. Amsterdam: Elsevier; 1988.
8. Mortensen EI, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. JAMA 2002 8; 287(18): 2365-71.
9. Medicamentos y Lactancia. Boletín terapéutico Andaluz. nº 19, 1º semestre 2001.
10. Labbock M. Health sequelae of breastfeeding for the mother. Clin Perinatol 1999; 26(2): 491-503.
11. Labbock M. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am 2001; 48: 143-58.
12. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Lancet 2002; 360.
13. Tung KH, Goodman MT, Wu Ah, et al. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case control study. Am J Epidemiol 2003; 158: 629-38.

14. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, organización Panamericana de la Salud 2002 <http://www.ibfan-alc.org/doc/BOBspanish.pdf>.
15. Shema L, Ore L, Ben-Shachar M, et al. The association between breastfeeding and breastcancer occurrence among Israeli Jewish women: a Case control study. *J Cancer Res Clin Oncol* 2007; 133(11): 903.
16. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess* 2007; (153): 1-186.
17. Lord SJ, Bernstein L, Johnson KA, et al. Breast cancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age of first birth, and breastfeeding: a case control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17(7): 1723-30.
18. Kim Y, Choi JY, Lee KM, et al. Dose-dependent protective effect of breastfeeding against breast cancer among ever-lactated women in Korea. *Eur J Cancer Prev* 2007; 16(2): 124-9.
19. Huo D, Adebamowo CA, Ogundiran TO, et al. Parity and breastfeeding are protective against breast cancer in Nigerian women. *Br J Cancer* 2008; 98(5): 992-6.
20. Yang L, Jacobsen KH. A systematic review of the association between breastfeeding and breast cancer. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17(10): 1635-45.
21. Martín RM, Middleton N, Gunnell D, et al. Breast feeding and cancer: the Body Orr cohort and a systematic review with meta analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(19): 1446-57.
22. Instituto de Información Sanitaria. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud; 2001.
23. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana; 2008.
24. World Health Organization, Family and reproductive Health, Division of Child Health and development: Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Publication # WHO/chd/98.9. Geneva: WHO; 1998.

APLICACIONES DE LA MEDICINA NUCLEAR EN EL CÁNCER DE MAMA

Alarcón L

Unidad Gestión Diagnóstica de Medicina Nuclear. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Medios diagnósticos en Medicina Nuclear

Los procedimientos de Medicina Nuclear tienen como objeto obtener información diagnóstica, por medio de la observación y registro de la distribución en el organismo de radiotrazadores específicos administrados al paciente y detectados mediante equipos especiales. Algunos de estos radiofármacos, aplicados en dosis altas, son utilizados con fines terapéuticos para determinadas patologías.

Los procedimientos diagnósticos en Medicina Nuclear son poco invasivos y generalmente bien tolerados, debido a que los radiotrazadores carecen de efectos farmacológicos y que desde el punto de vista de protección radiológica los riesgos derivados de su aplicación son prácticamente despreciables.

Las exploraciones diagnósticas del servicio de Medicina Nuclear se dividen en 4 grandes áreas: gammagrafía (estática y/o dinámica), tomografía de fotón único (SPECT), densitometría y tomografía por emisión de positrones (PET).

En los últimos años se han incorporado los equipos híbridos SPECT-TAC y PET-TAC, que permiten obtener explo-

raciones en las que la información metabólica de las imágenes gammagráficas se ve enriquecida por la información anatómica del TAC.

Atención de un paciente en un Servicio de Medicina Nuclear

Es de gran importancia el papel que juega el personal técnico para la obtención de un buen estudio, y por lo tanto en un diagnóstico preciso.

Una correcta atención al paciente nos permitirá conseguir que disminuya la aprensión y ansiedad que siente ante este tipo de exploraciones diagnósticas y facilitará que acuda con una adecuada información y preparación. Se deben generar situaciones de normalidad, orientación y comprensión del paciente para poder realizar un estudio con éxito.

El técnico en Medicina Nuclear

El profesional que desempeña actividades en un Servicio de Medicina Nuclear debe poseer una formación académica teórico-práctica de acuerdo al campo de actuación, a las responsabilidades que debe asumir y a la cartera de servicios a prestar que a su vez garanticen la seguridad y efectividad de la manipulación de radiaciones ionizantes con fines médicos.

Estas funciones que realiza el técnico especialista en medicina nuclear (TEMN) o técnico superior en imágenes para el diagnóstico (TSID) se deben realizar bajo supervisión y dirección facultativa.

Los servicios de Medicina Nuclear están clasificados como Instalaciones Radiactivas de 2ª Categoría, por lo que es necesario para poder trabajar en ellos la obtención de una acreditación o licencia concedida por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN). Esta licencia nos permite operar en una instalación radiactiva ya que se considera un elemento fundamental para conseguir que el funcionamiento de las instalaciones radiactivas se realice en condiciones de seguridad adecuadas, que garantice la protección de los trabajadores de las propias instalaciones y de los miembros del público.

Estudio del sistema musculoesquelético: gammagrafía ósea

La gammagrafía ósea es una técnica diagnóstica de Medicina Nuclear que permite estudiar el sistema musculoesquelético. Es una exploración sencilla que se realiza en régimen ambulatorio. Podemos obtener imágenes del esqueleto óseo gracias a la utilización de una sustancia radiactiva llamado *radiofármaco* que se fija selectivamente en el hueso. Los radiofármacos generalmente utilizados para la gammagrafía ósea son los difosfonatos marcados con ^{99m}Tc, que se fijan en la matriz mineral del esqueleto.

El ^{99m}Tc es un isótopo obtenido mediante un generador molibdeno-tecnecio, que posee un semiperiodo de 6,02 horas y una energía de 140 KeV.

Es una exploración que tiene alta sensibilidad respecto a otras técnicas de imagen pudiendo diagnosticar lesiones osteoarticulares antes de que se produzcan alteraciones en la morfología ósea, tanto en el campo de la oncología como en la patología osteoarticular benigna. Por tanto, es una técnica que nos proporciona una doble información: morfológica viendo la distribución del trazador inyectado, y por otra parte funcional permitiendo imágenes correspondientes al mecanismo fisiopatológico.

Indicaciones

Esta exploración está indicada en la detección de alteraciones ósea metabólicas, traumáticas, infecciosas o tumorales: neoplasias (primarias o metástasis), osteomielitis, necrosis avasculares, distrofias simpático-reflejas, infartos óseos, fracturas, artritis, viabilidad de injertos óseos, seguimiento de prótesis ortopédicas.

Ventajas respecto a otras técnicas de imagen

Ayuda a determinar la naturaleza de las lesiones visibles radiológicamente al obtener datos adicionales sobre su actividad metabólica, siendo especialmente sensible para localizar las lesiones osteoblásticas. Determina y localiza si la lesión dolorosa corresponde a un tumor óseo (no visible radiológicamente). Localiza si la lesión ósea es única o múltiple.

- Elevada fiabilidad, sensibilidad, precisión y especificidad.
- Permite la exploración simultánea de todo el esqueleto.
- Valoración de la respuesta al tratamiento.
- Rapidez en la obtención del resultado.
- Dosis de irradiación baja.
- Permite estudiar *in vivo* y de forma incruenta diversos aspectos de la morfología ósea.

Instrumentación

Las gammacámaras dotadas de una cabeza detectora son muy manejables. Proporcionan imágenes bidimensionales de la anatomía.

Si la cabeza detectora posee un mecanismo de rotación que permita girar alrededor del paciente, podemos efectuar una reconstrucción tomogramográfica tridimensional desde diversos ángulos o SPECT (*single photon emission computed tomography*).

Las gammacámaras dotadas de dispositivo *body scan*, con dos cabezas detectoras, permiten analizar el cuerpo entero, por lo que son ideales a la hora de estudiar patologías con afectación ósea multifocal. Debido al movimiento de traslación de la camilla, se obtienen simultáneamente imágenes del cuerpo entero en proyecciones anterior y posterior.

Metodología

Cuando el paciente llega a nuestro Servicio se le informa del tipo de prueba que se le va a realizar (gammagrafía ósea), su duración (2-4 horas) y la preparación que se debe hacer previamente (no es necesario venir en ayunas). En caso de realización durante la lactancia se sustituirá la lactancia natural por fórmula maternizada durante 2 días.

El día de la prueba el paciente deberá vaciar la vejiga inmediatamente antes de iniciar la exploración (la eliminación del radiofármaco a través de vía urinaria artefacta el estudio de la pelvis).

Radiofármaco

- *Radiofármaco*: ^{99m}Tc -hidroximetilendifosfonato (HDP).
- *Dosis*: la actividad administrada es de 20-22 mCi. En niños, cálculo según peso y superficie corporal.
- *Técnica de administración*: intravenosa.

Estudio de la función ventricular con radionúclidos

El estudio de la función ventricular con isótopos radiactivos es una exploración que se caracteriza por ser no invasiva, fácilmente reproducible y cómoda para el paciente. Además, ofrece información muy exacta del funcionamiento cardíaco. En los pacientes con cáncer de mama es la prueba más idónea para evaluar los efectos cardiotoxicos de la quimioterapia, que condicionan en gran manera su supervivencia y su calidad de vida.

Para la realización de la ventriculografía isotópica (VI) se pueden utilizar dos procedimientos:

- Ventriculografía de primer paso.
- Ventriculografía en equilibrio.

Puesto que esta última es el procedimiento habitual realizado a las pacientes con cáncer de mama, vamos a desarrollarlo.

En la ventriculografía en equilibrio se utiliza un trazador radiactivo que permanece en el lecho vascular (habitualmente hematíes marcados con $\text{Tc}^{99\text{m}}$) y se obtiene una gammagrafía cardíaca sincronizada con la onda R del ECG. Se recogen datos de aproximadamente 500-600 ciclos cardíacos y se genera una serie de imágenes (16-24) que representan un ciclo cardíaco promedio, que permite el estudio de la función sistólica y diastólica de los ventrículos, aunque es más exacta la del ventrículo izquierdo. El fundamento es que cuando el trazador vascular se encuentra diluido de manera homogénea en la sangre, las variaciones de la actividad detectada traducen cambios de volúmenes que ocurren en el interior de las cámaras cardíacas.

El paciente se sitúa en posición decúbito supino, obteniendo una proyección oblicua anterior izquierda (OAI) 45° aproximadamente, buscando la orientación que separe mejor ambos ventrículos (proyección mejor septal).

Procedimiento

No se requiere ninguna preparación especial para la VI en equilibrio.

Radiofármaco: habitualmente se utilizan hematíes marcados con Tc99m, mediante el procedimiento de marcaje *in vitro*. Para ello se inyecta una solución de pirofosfato de estaño, seguida a los 15 minutos de la extracción de 5 ml de sangre en una jeringa que contenga ACD y el Tc99m. A los 10 minutos de incubación, se reinyecta esta sangre.

En los pacientes adultos se administra una actividad de 20-25 mCi.

Los parámetros que se obtienen de la VI de equilibrio son los siguientes: fracción de eyección global, tiempo en el que se produce la máxima velocidad de llenado (TPFR), fracción de eyección regional, movimiento parietal.

Estudio de la PET-TAC

La pomografía por emisión de positrones (PET) es una exploración no invasiva de Medicina Nuclear que se caracteriza por la obtención de imágenes tomográficas del organismo tras la administración de un trazador radiactivo emisor de positrones.

Por su enorme riqueza radioquímica, los isótopos emisores de positrones, pueden marcar todo tipo de sustancias como glucosa, aminoácidos, ácidos grasos, neurotransmisores, etc.

Así, como la PET se obtienen imágenes que nos permiten conocer el metabolismo glucídico, proteico, de ácidos grasos, densidad de neurotransmisores.

La PET-TAC es un equipo híbrido que combina las dos técnicas PET y TAC en un único equipo: estos equipos híbridos PET-TAC permiten fusionar las imágenes del PET con las de la TAC, lo que mejora la capacidad de detección del PET al aportar a la imagen funcional del PET la imagen morfológica o anatómica del TAC, así como disminuir el tiempo de adquisición de esta exploración.

Esta exploración se emplea principalmente para el diagnóstico de enfermedades oncológicas, cardiológicas y neurológicas.

Para realizar esta prueba es necesario administrar una pequeña cantidad de una sustancia radiactiva llamado radiofármaco. El radiofármaco más utilizado es la F18-2 fluoro-2-Deoxy-D-glucosa (18-FDG), un análogo de la glucosa marcado con F18 que evalúa el metabolismo glicolítico, relacionado con la proliferación celular y por tanto con la malignidad de las lesiones.

Todo esto, hace que la PET-TAC sea una técnica con un potencial de aplicación clínica en la detección y diferenciación de las lesiones primarias de mama, estadificación tumoral (al detectar afectación ganglionar o metástasis a distancia), detectar enfermedad residual, monitorización de la respuesta al tratamiento, etc. de forma no invasiva.

Indicaciones clínicas generales en Oncología

Las aplicaciones de la PET-TAC en Oncología están experimentando en los últimos años un enorme crecimiento.

Las principales indicaciones son:

—Estadificación prequirúrgica.

• Diferenciación entre benignidad o malignidad de lesiones detectadas por otras técnicas.

—Diferenciación entre lesión cicatrizal o actividad tumoral en tumores tratados previamente con cirugía, radioterapia o quimioterapia.

—Detección precoz de recidiva.

—Evaluación de la respuesta terapéutica.

—Valor pronóstico.

Recomendaciones generales para todas las exploraciones

—Al llegar a casa, ducharse; la ropa que haya estado en contacto con la piel depositarla en el cesto de la ropa.

—Beber abundante líquido.

—Al orinar, tirar 2 veces de la cisterna y lavarse bien las manos.

—Evitar el contacto con niños pequeños y mujeres embarazadas en un periodo de 24 horas.

—En caso de administración durante la lactancia se sustituirá la lactancia natural por fórmula maternizada durante 2 días.

—Su uso en embarazadas está sometido a estricto análisis riesgo/beneficio.

Conclusiones

En los últimos años han surgido en el campo de la Medicina Nuclear exploraciones diagnósticas de gran utilidad en el manejo del cáncer de mama, tanto en el diagnóstico, seguimiento, como en implicaciones terapéuticas.

Queremos reseñar que la Medicina Nuclear, debido al continuo desarrollo de nuevos radiotrazadores y mejoras en los sistemas de imagen, se encuentra en continuo avance y es uno de los campos de mayor investigación en el momento actual en el cáncer de mama; esto hace prever un futuro prometedor.

EL PAPEL DEL TÉCNICO Y DEL CITOTÉCNICO EN PATOLOGÍA MAMARIA

Fernández-Cid C

Instituto Dexeus. Barcelona

El diagnóstico de cualquier patología mamaria implica a múltiples disciplinas, ya sean clínicas, de imagen o morfológicas. La citología es una técnica diagnóstica en íntima relación con la clínica y los medios de diagnóstico por la imagen, principalmente la ecografía.

El estudio citológico consiste en el examen microscópico de extensiones en las que se analiza el fondo, los distintos tipos celulares, su disposición y las características nucleares. En patología mamaria, estas células se obtienen por punción aspiración con aguja fina, guiada por el clínico o por ecografía. Se recogen las secreciones por pezón o mediante improntas en las que se incluyen las lesiones de piel como eczemas o úlceras.

Independientemente de la procedencia de la muestra, cuando esta llega al Servicio de Citología sigue un proceso: identificación de la muestra, la tinción y el montaje. La observación de la misma mediante el microscopio y el diagnóstico que se transcribirá en un informe se remitirá al clínico para integrar la información con otras pruebas diagnósticas y determinar la conducta a seguir.

La recepción de las muestras se acompaña de una petición donde consta la filiación, tipo de lesión, localización de la misma, y si hay sospecha clínica o ecográfica. Estas solicitudes, en nuestro centro, pueden hacerse por escrito o de forma informatizada. En cualquier caso todas se introducen en el sistema informático del servicio generándose una etiqueta con código de barras que identifica la muestra.

Las muestras pueden ser extensiones en portaobjetos ya fijadas (laca, alcohol,...) o en la misma jeringa en la que se ha obtenido, en cuyo caso el material es líquido, por lo que deberá centrifugarse para concentrar todo el material en un círculo del portaobjetos consiguiéndose una capa fina y homogénea de células que posteriormente se fijarán.

Una vez las muestras están fijadas se teñirán. Para ello se utiliza la técnica de Papanicolau, mediante una teñidora automática, que consta de 23 pasos dispuestos de forma lineal, en los que el portaobjetos es sumergido en distintos colorantes para finalizar en un proceso de deshidratación y montaje del cubreobjetos.

Una vez terminado este proceso la lámina está lista para su observación microscópica. Esta se llevará a cabo minuciosamente, examinando toda su extensión, para llegar a una conclusión diagnóstica.

Las muestras citológicas recibidas corresponden a lesiones mamarias, ya sean benignas o malignas. Las lesiones benignas más frecuentes son quistes, mastopatía fibroquística, fibroadenoma, hiperplasia, secreciones, eczemas. Y las malignas que se diagnostican de sospechosas o de adenocarcinoma. En el caso de los adenocarcinomas puede establecerse grado de malignidad según las características de atipia celular.

También es importante la implicación de la citología en el diagnóstico del estatus ganglionar en aquellas pacientes con cáncer de mama. Si la ecografía muestra imágenes alteradas en algún ganglio linfático, este puede punccionarse y si se detectan células epiteliales malignas, el tratamiento implicará una linfadenectomía axilar en lugar de una biopsia selectiva del ganglio centinela.

En nuestra experiencia hemos estudiado 47.721 muestras citológicas en 30 años. Un 89% han sido patología benigna, destacando un 46% de series quísticas, un 18,9 % fibroadenomas y 3,4% mastopatías fibroquísticas. La patología maligna constituye un 10% de nuestros casos, de los cuales un 19% se diagnosticaron como sospechosos.

El citotécnico contribuye de forma relevante en el proceso diagnóstico de la patología mamaria con una información morfológica basada en detalles celulares. Para ello es de vital importancia que todo el proceso esté cuidadosamente controlado y protocolizado. Una mala identificación de la muestra, una mala extensión, fijación o tinción, puede impedir o dificultar un diagnóstico. Para evitar errores, el citotécnico debe ser extremadamente meticuloso, controlar todos y

cada uno de los pasos que llevarán al diagnóstico, desde el motivo de consulta, la exploración clínica, tipos de toma y la observación microscópica, pues el diagnóstico conlleva, en la mayoría de ocasiones, a una actitud terapéutica. El resultado histopatológico de la pieza extirpada debe tener una buena correlación con los hallazgos citológicos para corroborar la excelencia del Servicio de Citología.

Bibliografía recomendada

1. Bibo M. Comprehensive cytopathology. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997.
2. Fernández-Cid A. Mastología. Masson: Barcelona; 2000.
3. Fernández-Cid A, López Marín L. Citopatología ginecológica y mamaria. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
4. Zakhour H, Wells C. Diagnostic Cytopathology of the Breast. London: Churchill Livingstone; 1999.

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN LA ECOGRAFÍA

Ordóñez-Gil FJ

Departamento Diagnóstico por la Imagen. Hospital Quirón. Madrid

Introducción

Desde finales de los años ochenta, la sociedad viene exigiendo un sistema sanitario que ofrezca respuestas rápidas y eficientes. Todas las profesiones sanitarias, facultativos y no facultativos, hemos cogido el testigo sin titubear, haciendo que estos dos conceptos constituyan parte fundamental de nuestros incentivos. Pero, como en todos los terrenos, la sociedad, (profesionales y usuarios), nos situamos por delante de las administraciones, pertenezcan al ámbito nacional o autonómico. Es por ello que el continuo reciclaje técnico-científico ha venido asociado a un incremento exponencial en nuestras funciones, sin que este incremento venga avalado por una legislación tanto en el terreno académico (Ministerio de Educación y Ciencia), como profesional (Ministerio de Sanidad).

Centrándonos en el título de la exposición, "El papel del Técnico en la ecografía", en el momento actual se constata que existen las dos vertientes claramente antagónicas que a continuación:

El técnico como colaborador-auxiliar del facultativo

En función de la materia curricular que exige el MEC según BOE (*Boletín Oficial del Estado*), del 12 de junio de 1995.

A este primer punto se le puede denominar "El técnico como observador", es decir, el profesional no se implica en los procedimientos a realizar, ya que académicamente carece de la formación necesaria para realizar exploraciones ecográficas.

El facultativo ocupa el total de su tiempo asistencial en realizar los estudios e informes clínicos ecográficos; el técnico se encarga de la logística.

Este método de trabajo resulta funcional siempre que las listas de espera se mantengan contenidas. Pero:

—¿Qué sucede cuando los periodos de demora se dilatan?

—¿Qué soluciones podemos aportar para cumplir con los requisitos expuestos anteriormente de rapidez y eficacia?

La ecografía es un método de diagnóstico por imagen rápido, inocuo y eficaz, lo que deriva en un número de peticiones tan abrumador que es imposible asumir. En el caso particular de la ecografía mamaria la demora lleva añadido el estrés causado por la sensibilización de las pacientes ante una posible patología tumoral. En estos casos, en Diagnóstico por Imagen se debería proceder con similar táctica que una CAR (Consulta de Alta Resolución): la paciente ha de salir con una categoría BI-RADS distinta de cero (más adelante González-Casado nos hablará de las categorías BI-RADS).

La CAR sólo se conseguirá involucrando al TER en la realización de estas exploraciones. Este argumento no es sólo especulativo, la praxis en algunos centros hospitalarios, (Hospital Quirón Madrid; Hospital de Fuenlabrada), ha permitido que pasemos a una realidad tangible. La paciente es sometida a una mamografía, y si lo requiere se realiza estudio ecográfico: el especialista valora la mamografía y el mismo técnico que realiza este estudio, efectúa la ecografía, así el radiólogo puede estar operativo en la sección (Unidad de Mama), y no en un solo equipo a modo de compartimento estanco.

Repito: si bien es cierto que la formación académica es pésima, con una amplia formación postitulación guiada por personal entrenado tanto facultativo como no facultativo, se obtendrán resultados muy positivos, no sólo en la reducción de listas de espera sino también en el grado de implicación del personal técnico. Esta sería la segunda vertiente de la que hablamos anteriormente.

El técnico como ecografista

El radiólogo delega en el TER la realización de estudios ecográficos bajo su tutela. Mamografía y ecografía son realizadas por el mismo TER.

¿Qué datos debe dominar el TER para poder realizar una ecografía mamaria?

—*Anatomía ecográfica*: diferenciar y valorar tejido celular subcutáneo; tejido glandular; tejido graso; ligamentos de Cooper; conductos galactóforos.

—*La ecografía como método de cribado*: estudio Kopans.

La finalidad de este trabajo consistió en detectar precozmente cáncer mamario en pacientes asintomáticas. Kopans analizó 94 mujeres con Mx y exploración normal, pero con lesiones sospechosas en ecografía. Tras tres años de estudio el número de tumores detectados fue 0. Las conclusiones obtenidas fueron categóricas: la ecografía no podía ser empleada como método de cribado.

—*La ecografía como método diagnóstico*: es en este terreno donde la ecografía mamaria se aplicará sistemáticamente. Indicaciones:

- Densidad focal asimétrica observada en Mx.
- Masa palpable o detectada por mamografía.
- Masa palpable con Mx negativa.
- Paciente menor de 30-35 años con masa palpable.
- Dolor mamario localizado y/o sensibilidad.
- Guía aspiración de quistes y/o PAAF.
- Lesión sólo vista en una proyección de la Mx.
- Sospecha de fractura de prótesis.

—*Protocolo de trabajo*: SEUS (Sociedad Española de Ultrasonidos). Técnica exploratoria:

- Axila.
- CSE- prolongación de Spencer.
- CSI.
- CII.
- CIE.

Realizando barridos radiales y antirradiales (Profesor Stavros).

—*Descriptor ecográficos*: AIUM (Instituto Americano de Ultrasonografía Médica) y ACR (Colegio Americano de Radiología).

- Mama a estudiar: derecha-izquierda.
- Localizar la lesión siguiendo el sentido horario.
- Abreviatura de la distancia al pezón:

- AX: Axila.

- SA: pezón-areola.

- 1-2-3: anillos de anchura similar que se extienden desde el margen areolar al borde de la mama.

• Profundidad de la lesión: se divide la mama en tercios en profundidad. Se indica con las letras: A, B y C.

Estos son los datos básicos que manejaremos. En otra ocasión hablaremos de los parámetros técnicos de la ecografía mamaria.

SISTEMA DE NOMENCLATURA BI-RADS (*BREAST IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM*)

González-Casado B

Unidad Intervencionismo Mamario. Estereoproma. Clínica Guzmán. Bilbao

El sistema de nomenclatura BI-RADS es un método necesario tanto para utilizar un mismo lenguaje radiológico, como para que la paciente y su médico de cabecera entiendan los informes y por consiguiente tengan una orientación sobre lo que se puede o se debe hacer.

El BI-RADS es un Sistema de Informes y Registros de Datos de Imagen de Mama (traducción al español), que fue creado por el ACR (*American College of Radiology*) este sistema es una herramienta que ayuda al control de calidad para la estandarización de los informes radiológicos, por lo tanto se espera que todos los que se dediquen al diagnóstico por la imagen de mama adopten esta terminología, de manera que los informes sean claros y concisos.

Así pues, podemos clasificar las lesiones según la categoría, como se muestra en la figura 1.

CATEGORÍA	SIGNIFICADO / RECOMENDACIÓN	V.P.P.*
Categoría 0	Evaluación incompleta: Se necesitan pruebas adicionales de imagen / comparación estudios previos	-
Categoría 1	Negativo	0 %
Categoría 2	Hallazgo/s Benigno/s	0 %
Categoría 3	Hallazgo/s probablemente benigno/s: Seguimiento periódico	2 %
Categoría 4a,b, c	Anomalia sospechosa : debe considerarse realizar una biopsia	25-50 %**
Categoría 5	Altamente sugestivo de malignidad : debe realizarse la acción más apropiada (maligno casi con seguridad)	>95 %
Categoría 6	Biopsia conocida. Malignidad comprobada. Debe realizarse la conducta terapéutica más adecuada	100 %

* V.P.P. = Valor Predictivo Positivo para malignidad
** 25-50 % = valor promedio

Fig. 1.

También podemos clasificar el patrón mamográfico de fondo como se observa en la figura 2:

Patrón mamográfico de fondo

- **Categoría 1** mama grasa (muy grasa)
- **Categoría 2** presencia discreta de tejido glandular
- **Categoría 3** presencia moderada idem
- **Categoría 4** presencia acusada idem (muy densa)

Fig. 2.

Y podemos realizar una descripción de la morfología de la lesión (Fig. 3):

Descripción de la morfología lesional

- Round
- Oval
- Lobular
- Irregular
- Circumscribed
- Microlobulated
- Obscured
- Indistinct, ill-defined
- Spiculated

Fig. 3.

Cuando se realizan varias exploraciones, la asignación final de la categoría BI-RADS estará en función de la información suministrada por todas ellas, y el Informe Radiológico ha de integrar toda la información. Por ejemplo, una masa mamográficamente clasificada como BI-RADS 2, tras la ecografía, puede pasar a BI-RADS 3 o 4, y en el informe, habrá que utilizar la información última.

Nos hemos encontrado dentro de este sistema estandarizado de nomenclatura con dos inconvenientes que son: la variabilidad interobservador, sobre todo en lesiones de categorías 2 y 3 y en las discrepancias en las propuestas de actuación, esto último referido sobre todo en lesiones de categoría 3.

Por lo tanto hay que tener un especial cuidado cuando nos encontramos ante lesiones BI-RADS 3 ya que se puede actuar de dos formas diferentes ante este tipo de lesiones, como es realizar un seguimiento radiológico, que sería la propuesta oficial, realizar una biopsia percutánea.

Tanto una decisión como otra deben ser conocidas por la paciente, y es la paciente la que debe conocer las alternativas que tiene y colaborar en tomar las decisiones oportunas.

El sistema de nomenclatura BI-RADS puede utilizarse tanto para mamografía, como en ecografía mamaria y RM mamaria. Y tanto en pacientes asintomáticas como sintomáticas. El significado pronóstico de las categorías BI-RADS es el mismo en las tres exploraciones citadas, aunque los términos descriptivos de las lesiones varían.

ESTUDIO DE RIESGOS GENÉTICOS EN CÁNCER DE MAMA

Blanco I

Programa de Consejo Genético en Cáncer. Instituto Catalán de Oncología

El cáncer de mama es una enfermedad compleja determinada por la combinación de diferentes factores ambientales y genéticos. Durante las dos últimas décadas se han producido enormes avances en el conocimiento de las bases moleculares y genéticas del cáncer de mama. La identificación de genes de alta penetrancia de predisposición hereditaria al cáncer de mama (genes BRCA1 y BRCA2) ha permitido definir a un grupo de pacientes y familias con un riesgo de desarrollar cáncer de mama y/o ovario muy superior a la población general, quienes pueden beneficiarse de protocolos de cribado exhaustivos para reducir la incidencia y mortalidad del cáncer. Además, ha hecho posible ofrecer consejo genético en predisposición hereditaria al cáncer de mama. El consejo genético en cáncer es el proceso de comunicación no-directiva que atiende a las necesidades y preocupaciones individuales y familiares relacionadas con el desarrollo y/o transmisión del cáncer. Este proceso incluye la intervención de uno o más profesionales, correctamente formados, para ayudar a un individuo o familia a: a) comprender los hechos médicos, incluyendo el diagnóstico, evolución probable de la enfermedad, y las opciones de manejo clínico disponibles; b) comprender de qué manera la herencia contribuye en la enfermedad y las posibilidades de aparición de la misma en otros miembros de la familia; c) en-

tender las alternativas disponibles para el manejo del riesgo de aparición del cáncer colorrectal, es decir, medidas de prevención primaria y secundaria disponibles, incluyendo el test genético predictivo; d) elegir las acciones más apropiadas a llevar a cabo acordes con el riesgo personal, las expectativas de la familia, y las convicciones éticas y religiosas propias del individuo, y actuar en consecuencia y concordancia con dicha decisión; y, por último, e) ofrecer el soporte necesario al individuo y la familia para el afrontamiento de la enfermedad.

INTERVERCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CITODIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA

Martín-Díaz C

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer. La citología de mama contribuye junto con el examen clínico y las demás pruebas al diagnóstico precoz y la reducción de la mortalidad en el cáncer de mama.

Objetivo: Comunicar que en este momento la enfermería cubre una parcela fundamental en la toma de muestras y el diagnóstico citológico.

Material y métodos: Tareas que enfermería realiza en obtención de material citológico de mama: PAAF, (punción-aspiración con aguja fina), impronta y secreción.

- Atención al paciente.
- Consulta de PAAF.
- Datos estadísticos 2008.
- Cómo se realiza la prueba.
- Qué complicaciones tiene.
- Aplicaciones clínicas.

Revisión de la patología mamaria y su correlación palpación-toma de muestra-estudio microscópico.

Procesos benignos de la glándula mamaria: a) patrón citológico benigno; b) procesos benignos no tumorales; c) procesos inflamatorios; d) tumoraciones benignas; y e) pseudotumoraciones. **Procesos malignos de la glándula mamaria:** a) patrón citológico maligno; y b) clasificación de carcinomas y su patrón citológico. Citología en: a) metástasis axilares; b) diagnóstico intraoperatorio; c) inmunocitoquímica; y d) quimioterapia y radioterapia.

Conclusión: La enfermería contribuye al diagnóstico de la patología mamaria aportando colaboración, conocimientos y experiencia desde los Servicios de Anatomía Patológica.

RADIOTERAPIA CON CONTROL ACTIVO DE RESPIRACIÓN

Iglesias P

Servicio de Oncología Radioterápica. USP-Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

La radioterapia es junto con la cirugía y los tratamientos sistémicos una de las tres principales armas terapéuticas en la lucha contra el cáncer de mama.

El papel que tiene hoy en día la radioterapia en cáncer de mama viene dada por los estudios llevados a cabo en la década de los noventa, en que se constató que la cirugía conservadora seguida de radioterapia se equiparaba, en cuanto a supervivencia y control local de la enfermedad, a la mastectomía radical.

Este hecho junto con el uso de esquemas de quimioterapia neoadyuvante (es decir, previa a la cirugía), que empezó a implementarse más tarde; ha permitido disminuir drásticamente el número de mastectomías realizadas, lo que hace que en la actualidad la gran mayoría de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama precisen en algún momento de la radioterapia.

La radioterapia al igual que otras especialidades médicas ha experimentado grandes avances tecnológicos en las últimas décadas, fruto de los cuales se ha conseguido disminuir considerablemente la toxicidad de los tratamientos.

La irradiación de la mama (o de la pared torácica) presenta una serie de órganos de riesgo en los que se ha de limitar la dosis tanto como sea posible, con el fin de disminuir los efectos secundarios a largo plazo. Los principales son: pulmón, piel, mama contralateral y corazón.

Una de las complicaciones derivadas de la irradiación de la mama es la cardiotoxicidad, que puede ser incrementada por los tratamientos sistémicos (antraciclina, anticuerpos monoclonales como trastuzumab, hormonoterapia...), sobre todo en pacientes jóvenes.

Con el objetivo de disminuir al máximo la dosis de radiación en corazón se han desarrollado diversas técnicas, la mayoría de las cuales se basan en eliminar el movimiento respiratorio del tórax durante el tratamiento para conseguir optimizar la distribución de la dosis.

Una de las técnicas desarrolladas es la del control activo de la respiración (*active breathing control*, ABC). Esta técnica utiliza un aparato que puede suspender la respiración en un punto determinado del ciclo respiratorio, normalmente en una inspiración moderada o profunda. El dispositivo consiste en un espirómetro digital que mide el flujo respiratorio, el cual está conectado a una válvula de tipo balón. En un procedimiento ABC, la paciente respira normalmente a través del aparato. La señal obtenida es procesada de manera que indique los cambios de volumen del pulmón en tiempo real. Una vez que el patrón de respiración de la paciente se vuelve estable el operador activa el sistema ABC en una fase preseleccionada del ciclo respiratorio, que aparece en el monitor de vídeo que se encuentra al lado de la paciente, en la que se cerrará la válvula. Por lo tanto, la paciente es instruida previamente para alcanzar ese volumen determinado de pulmón, manteniéndolo durante el tiempo que le sea más cómodo. La duración de la contención de la respiración es paciente dependiente y los valores típicos son entre 15 y 30 segundos, siendo perfectamente tolerable para una repetición continuada de este proceso sin producir ningún estrés sobre la paciente. En el monitor de vídeo aparece también el tiempo restante de mantenimiento de la respiración (Fig. 1).

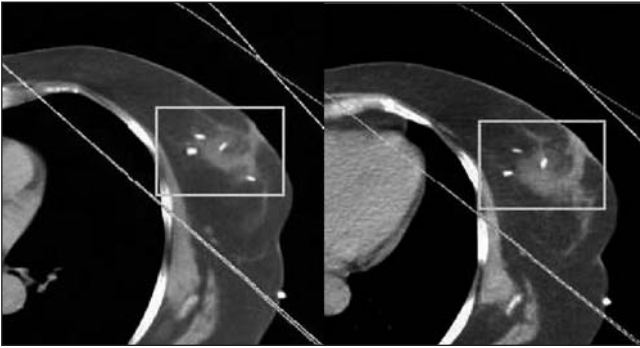


Fig. 1. En la imagen de la izquierda podemos ver un corte de TAC en el que se representan los haces de irradiación en un tratamiento con respiración libre, parte del corazón queda incluida dentro del área de irradiación. En la imagen de la derecha la misma paciente con dispositivo ABC, al bloquear el movimiento respiratorio en inspiración forzada logramos separar el corazón de la pared costal.

Durante el bloqueo controlado de la respiración se administra la sesión de radioterapia. De esta forma se trata el volumen de interés exactamente en la misma posición en que fue diseñado el tratamiento, eliminando la incertidumbre que nos da el movimiento respiratorio (Fig. 2).

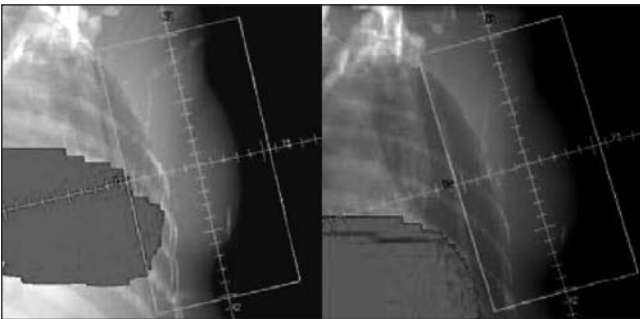


Fig. 2. En la imagen de la izquierda podemos ver una reconstrucción digital del campo de irradiación y del corazón en un tratamiento con respiración libre. En la imagen de la derecha la misma paciente con dispositivo ABC, podemos observar cómo el área de irradiación no incluye el corazón.

Actualmente esta técnica se emplea en el Institut Universitari Dexeus en los tratamientos de mama izquierda, ya que en estos el volumen de corazón afectado por la radioterapia es mayor, y los beneficios que ofrece el tratamiento son más acusados.

El protocolo que estamos utilizando se divide en dos fases. Una primera fase es la de entrenamiento y familiarización con el dispositivo por parte de las pacientes, ya que la paciente es parte activa del mismo. La razón es que ha de conseguir llegar a unos determinados volúmenes de capacidad torácica y nos ha de indicar mediante un pulsador cuando está preparada para realizar la irradiación. En esta fase de entrenamiento determinaremos cuál es la capacidad pulmonar de la paciente y el tiempo de apnea.

Una vez superada esta fase de entrenamiento se realiza el estudio dosimétrico mediante la adquisición de dos series de imágenes de TAC, una en respiración libre y otra con el dispositivo ABC, en la que programamos el cierre de la válvula al 80% de la capacidad pulmonar y un tiempo de apnea cómodo para la paciente.

Estas imágenes se exportan al planificador donde se realizan dos dosimetrías una en fase de respiración libre, y la otra con el dispositivo ABC. Comparando los histogramas (representación gráfica de la dosis que reciben los órganos de riesgo y los volúmenes a tratar) valoramos si obtenemos una mejora de la dosis en corazón que justifique la utilización del dispositivo a lo largo de todas las sesiones del tratamiento.

El criterio que se tiene en consideración para su uso es el siguiente: volumen de corazón afectado (dosis igual o superior a 30 Gy), en la fase de respiración libre, es superior al 3%.

Aproximadamente el 75% de las pacientes estudiadas han sido candidatas a tratarse con este dispositivo.

Pese a la complejidad que puede presentar que las pacientes tengan que realizar el tratamiento con el tubo de inhalación y que deben de estar pendientes de cuando han de realizar la inhalación forzada, es una técnica que es muy bien aceptada y no recomendamos establecer criterios de exclusión por edad, ya que en pocas sesiones se familiarizan y se consigue realizar el tratamiento con bastante celeridad.

La desventaja que supone la utilización del dispositivo ABC es el mayor tiempo de ocupación del acelerador respecto a un tratamiento convencional, si bien a medida que la paciente se familiariza con el dispositivo y el personal de la unidad esta acostumbrado a montarlo se consigue realizar todo el proceso en aproximadamente 20 minutos.

El aumento del coste del tratamiento y del tiempo de ocupación del acelerador no debería ser un obstáculo para que las pacientes puedan beneficiarse de esta técnica.

INDICADORES DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE ANATOMOPATOLÓGICO

García-Lozano A

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción

Se entiende por calidad de un producto o servicio el grado de aproximación de cada una de sus características a las de su prototipo. Para ello se debe establecer un prototipo que contemple los aspectos técnicos, sociales y ambientales de la asistencia médica.

El Servicio de Anatomía Patológica forma parte de la unidad multidisciplinar de patología mamaria en el centro hospitalario junto con los Servicios de Cirugía, Ginecología, Radiología y Oncología.

Realizamos las funciones propias de la unidad y debemos garantizar circuitos de comunicación fluidos con quirófanos y radiodiagnóstico.

Análisis de capacidad

- Equipo técnico suficiente y adecuado: médico, técnicos especialistas y administrativos.
- Actividades.
 - Recepción, identificación y registro de especímenes (citología, biopsias, estudios intraoperatorios, piezas quirúrgicas).
 - Elaboración de informes.

Sesión de citopatología

- Espacio físico adecuado y dotado para la realización de punciones con aguja fina (PAAF) en nódulos palpables.
- Programación y coordinación de la actividad. Dos días de consulta semanales.
- Dispositivo para realización de PAAF.
- Laboratorio de citología.
- Material fungible adecuado.

- Tinciones y anticuerpos inmunohistoquímicos.
- Protocolización de estudio citológico.

Sesión de patología quirúrgica

- Sala de tallado de biopsias, piezas quirúrgicas y biopsias intraoperatorias.
- Laboratorio general para la inclusión en parafina, realización de cortes y tinciones para estudio histológico con microscopio óptico.
- Laboratorio de inmunohistoquímica para la realización de técnicas específicas con anticuerpos monoclonales.
- Aparataje adecuado (el habitualmente utilizado).
- Material fungible.
- Elaboración de informes.

Personal

TSAP, citotécnicos, anatomopatólogos, administrativos y celadores.

Cómo lo hacemos

- Recepción y registro de especímenes, citología o biopsias (manual e informático)
- Descripción macroscópica, tamaño del tumor y de la pieza e inclusión para su estudio histológico (en su totalidad en tumores < 2 cm) en las primeras 24 h de su llegada, según protocolo.
- Procesado del tejido en el laboratorio general (el día de su llegada o 24 h después, según protocolo).
- Realización de bloques, cortes y tinción a las 24 h de su procesado.
- Realización de técnicas especiales (al día siguiente de su procesado).

- Diagnóstico y realización del informe (el día de la recepción de los cortes y las técnicas).
- Trascripción del informe, el mismo día que el patólogo entrega el informe (personal administrativo).
- Distribución de informes. El mismo día que el patólogo lo firma, bien manualmente (celador) o informáticamente.

Biopsias intraoperatorias

- Recepción de muestras en fresco procedentes de quirófanos.
- Descripción macroscópica de la pieza y realización de cortes por congelación.
- Tinción rápida con HE y realización de diagnóstico microscópico.
- Realización de informe escrito, adjunto al diagnóstico definitivo en parafina.

Criterios de calidad

- Cumplir criterios de aceptación y rechazo de estudios.
- Cumplir normas de registro (formulario solicitud de estudio. Circular 5/2000 servicios centrales SAS).
- Seguimiento de protocolos de estudio macroscópico y tallado (tamaño tumoral, tinción de márgenes, tallado e inclusión total en tumores < 2 cm).
- Realización de técnicas especiales e inmunohistoquímicas (receptores estrogénicos, receptores de progesterona, CerbB2, Ki 67, P63, Cadherina E, CK5.6). Si CerbB2 = 2+, ó 1+ (intenso) se realiza la técnica de SISH para la detección de amplificación del gen Her2-neu.
- Estudio microscópico y elaboración de informes anatómopatológicos de acuerdo con los protocolos o guías establecidos (protocolo de PDPCM).
- Aplicar estrategias de mantenimiento programado e inversiones de renovación en el aparataje habitual utilizado.

Dificultades en su realización

- Gran número de estudios (tanto hospitalarios como extra-hospitalarios) tendrían que ser rechazados, ante la ausencia de los mínimos criterios de aceptación:
 - Falta de datos identificativos del paciente.
 - Falta de datos en la localización del espécimen.
 - Ausencia casi completa de datos clínicos.
 - Especímenes lisiados o en malas condiciones (ausencia de formol).
 - Tamaño tumoral y márgenes, pueden llegar a ser imposibles de determinar dado que muchos especímenes llegan troceados y no identificados sus bordes o planos de resección.
 - Técnicas inmunohistoquímicas escasamente valorables por la mala fijación con las que el tejido nos llega.

Indicadores

- Actividad: número de citologías, PAAF, biopsias intraoperatorias, biopsias, piezas quirúrgicas.
- Calidad:
 - Prediagnóstica.

- Análisis de errores en la identificación y registro de especímenes.
- Análisis de pérdidas durante el transporte.
 - Diagnóstica.
- Análisis pérdidas de muestras durante el procesado.
- Análisis cumplimiento de protocolos de descripción macroscópica y tallado.
- Análisis de concordancia diagnóstica entre citología/biopsia, pieza quirúrgica, biopsia intraoperatoria/pieza quirúrgica.
- Análisis diagnósticos diferidos en biopsias intraoperatorias.
- Análisis variabilidad diagnóstica y control de calidad externa en inmunohistoquímica.
 - Postdiagnóstica.
- Análisis tiempo de respuesta.
- Análisis rendimiento y validez de estudios.
- Análisis cumplimiento de protocolos de informes.
- Análisis solicitudes de revisión de diagnósticos.
- Análisis de las reclamaciones.

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

Bachiller J

Servicio de Urología. Comisión de Seguridad. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla

El término *seguridad de paciente* hace referencia a las acciones realizadas por los individuos y organizaciones para proteger a quienes reciben cuidados de salud, de los efectos perjudiciales de los mismos.

Una práctica de seguridad sería aquella cuya realización reduce la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Algunas definiciones:

—*Evento adverso*: injuria o complicación no intencional (accidental) consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud (y no de la enfermedad misma del paciente).

—*Error*: fallo en completar una acción planeada como era la intención, o uso de un plan incorrecto para alcanzar el objetivo.

—*Evento adverso por error sanitario*: evento adverso prevenible utilizando medios habituales o disponibles

La seguridad de paciente es considerada actualmente como una dimensión más de la calidad asistencial, cobrando un mayor protagonismo e importancia a raíz de la publicación en el año 2000 por parte del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) del informe “Errar es humano”, donde se aceptaba que entre 44.000 y 98.000 pacientes morían cada año en los hospitales de Estado Unidos, como consecuencia de los daños ocasionados por la propia asistencia sanitaria y no de la enfermedad propia del paciente. En dicho informe se constataba que a su vez, la asistencia sanitaria se consideraba en relación a los números anteriores la octava causa de muerte en Estado Unidos dejando casi un millón de lesiones permanentes con las implicaciones económicas que esto conlleva.

A raíz de esta publicación las organizaciones sanitarias toman buena nota del problema y se desarrollan en cascada diferentes actuaciones a nivel mundial de forma coordinada que desembocan en la 57 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la creación de la Alianza Mundial por la seguridad de pacientes (AMSP). Dicha alianza tiene como objetivo liderar a nivel internacional una estrategia entre los países, organismos internacionales y otras instituciones relacionadas con la salud, que permitiera desarrollar programas para mejorar la seguridad de la atención sanitaria en el mundo.

España, desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo viene trabajando desde hace unos años como colaborador activo tanto en los programas de la Alianza Mundial como con la red europea para la seguridad de paciente.

Dentro de un ámbito más cercano, la consejería de Salud de Andalucía lanzó en el año 2006 la estrategia para la seguridad de pacientes donde se daban las directrices de actuación en el marco de la seguridad de pacientes en el panorama sanitario andaluz.

Ya existía un campo labrado en cierta forma en este ámbito con la elaboración de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) para el tratamiento de diversas patologías.

En el caso de la patología mamaria se ha creado el proceso asistencial integrado “Cáncer de mama. Detección precoz del cáncer de mama”. Este proceso cuenta con una definición funcional: “Conjunto de actividades destinadas a la confirmación diagnóstica, tratamiento integral quirúrgico, médico y de apoyo del cáncer de mama en pacientes que presentan signos/síntomas clínicos y/o hallazgos en prueba diagnóstica con técnica de imagen sospechosa de malignidad, procedentes de cualquier nivel asistencial (Atención Primaria, Especializada, Centros periféricos de Especialidades, Hospitalización, Consultas Externas, Urgencias) o del Programa de Detección del Cáncer de Mama”.

El nuevo reto ante el que nos encontramos es el refundir este nivel de coordinación asistencial interniveles con las líneas estratégicas actuales puestas en marcha en materia de seguridad por la Consejería de Salud Andaluza.

Estas líneas estratégicas abordan los problemas relacionados con la identificación del paciente (incluidas muestras biológicas y pruebas radiológicas), la seguridad del paciente que va a ser intervenido, el uso de *check-lists* preventivos, la higiene de manos, el uso seguro del medicamento, la hemovigilancia, la bacteriemia, la transferencia de información y cuidados interniveles, el abordaje de la urgencias en el ámbito extrahospitalario.

La intención de la ponencia es la de sensibilizar a los profesionales que trabajan diariamente en el manejo y tratamiento de la patología mamaria, para que sean concientes de la importancia que tiene la incorporación de las prácticas seguras en su actividad profesional.

No conseguiremos nuestro objetivo de minimizar los eventos adversos prevenibles en el ámbito de la asistencia sanitaria hasta que consigamos que los profesionales sanitarios sean concientes del problema y sean capaces de modificar su modo de actuar en pro de un concepto: “Ante todo, no hacer daño”.

Bibliografía recomendada

1. Terol García E, Agra Valera Y. Seguridad y calidad. La seguridad clínica: una dimensión esencial en la calidad asistencial. La perspectiva internacional de la seguridad de los pacientes. En: Aranaz Andrés JM, et al, editores. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Cap. 34. Díaz de Santos Ediciones; 2008. p. 229-34.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS (Institute of medicine). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
3. Aranaz JM, Aibar C, Agra Y, Terol E. Seguridad del paciente y práctica clínica. Medicina preventiva 2007; 12: 7-11.
4. Proceso asistencial integrado cáncer de mama. Detección precoz del cáncer de mama. 2ª ed. Consejería de Salud de Andalucía; 2005.

FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS

Paneque I

Bloque de Gestión Clínica de Cuidados. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Para abordar el tema que me ocupa, “factores críticos de éxito para la gestión de cuidados”, parece oportuno comenzar reflexionando sobre qué son, qué representan, eso que llamamos *Cuidados*. Los Cuidados que consideramos la aportación específica y concreta de las enfermeras al conjunto sanitario. Los Cuidados como el eje vertebrador de la profesión enfermera. Los Cuidados como nuestra aportación única, indispensable e insustituible. Intentaré profundizar en la comprensión del significado y alcance de los mismos. De esta reflexión ya surgirán dos primeros factores críticos de éxito para el avance y desarrollo de los cuidados.

El cuidado de la salud de las personas es el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera. Definición que en la práctica engloba no poca dificultad para llegar a un consenso real sobre el significado y el alcance del cuidado. Los cuidados son una profesión para enfermería pero los cuidados forman parte de la vida, por ello, es difícil su definición, reconocimiento y valoración. Es función del médico hacer un diagnóstico del estado del paciente y prescribir el mejor tratamiento con el fin de curar la dolencia, mientras que la enfermera ha de esmerarse en hacer una serie de cosas, mucho más complejas y dirigidas a la persona, que resumimos con la palabra *Cuidado*. La imagen mental de la profesión es a veces tan confusa que no puede ser entendida ni comunicada a otros, y esto se refleja en la práctica. Es necesario clarificar conceptos, a menudo borrosos, de los cuidados y la profesión enfermera.

En los últimos años, las enfermeras hemos avanzado considerablemente en el desarrollo científico y profesional. Las prácticas basadas en la rutina y la ejecución de tareas delegadas que complementan la intervención médica están dando paso a un cuidado enfermero centrado en la persona y su entorno; llevando a cabo la valoración del estado de necesidades de la persona, sus respuestas humanas, el nivel de cuidados que precisa, e interviniendo facilitando la comunicación, la educación, etcétera. Por ello, un primer factor crítico de éxito, es sin duda, conservar e impulsar el valor del cuidado, como eje vertebrador de la profesión enfermera, así como nuestra mirada y nuestra visión.

Factor fundamental si tenemos presente la mayor cualificación enfermera a través del grado, que va a suponer la convergencia europea, y que va a derivar en el crecimiento del marco competencial de la enfermería. Se vislumbran nuevas funciones en relación a la prescripción enfermera, la indicación y realización de determinadas pruebas diagnósticas o terapéuticas o la libre derivación a especialistas u otros profesionales. Son nuevas funciones y nuevas titulaciones que sin lugar a dudas, se constituyen en magníficas oportunidades de mejora para el avance en nuestra profesión. El manejo de ciertos fármacos nos va a permitir que las enfermeras podamos desarrollar de forma más eficiente algunas de nuestras actividades profesionales. Pero insisto ante estas nuevas funciones, las enfermeras no podemos descuidar el compromiso con la adopción del “cuidar” como objetivo último de la profesión enfermera.

Pero intentando delimitar aún más el concepto del cuidado, inevitablemente este posee un valor añadido, el cual, por otra parte, es imprescindible si hablamos de cuidado, me refiero al cuidado como actitud. Cuidado como actitud que se deriva de ser algo intrínseco al ser humano. No encuentro mejor manera de referirme a este que a través de las palabras escritas por José Antonio Marina, filósofo y escritor: “quisiera reivindicar el cuidado como el núcleo profundo de ser persona... el cuidado es una actitud respetuosa y perspicaz, que capta lo valioso, lo protege, que anima a la acción, que refuerza los vínculos entre las personas, que se toma en serio las cosas serias”.

Dentro del contexto sanitario las enfermeras nos caracterizamos por ofrecer una atención cercana y constante. Nuestro valor fundamental estriba en la calidad de nuestros cuidados, pero también en la calidad de nuestra actitud cuidadora. La proximidad y la constancia en la atención al paciente hacen que seamos las más capacitadas para captar y atender las más sutiles y diversas peticiones de ayuda ofreciendo esa actitud cuidadora que se traduce en el gesto respetuoso, la palabra amable, la mirada afectuosa, la escucha atenta, las manos delicadas, la eficacia, la sonrisa, la calma, la diligencia.

Pero este cuidado que tiene que ver con las relaciones humanas inexorablemente ha de superar los límites de las disciplinas, trascendiendo las profesiones. Así el cuidado no constituye una práctica exclusiva de los profesionales de enfermería, aunque sí característico de la profesión enfermera. El cuidado, aun cuando, en muchos casos, pueda suponer una mayor dedicación de tiempo por las enfermeras es, por su naturaleza, un valor social, y su implementación necesariamente posee un carácter interdisciplinar. Es necesario establecer la corresponsabilidad en el cuidado que permita la aportación de cada grupo profesional.

De esta necesaria reflexión sobre qué son y qué representan los cuidados se desprenden ya a mi modo de ver, dos factores críticos de éxito para el desarrollo de los cuidados: el compromiso con la adopción del “Cuidar” como objetivo último de la profesión enfermera y el liderazgo compartido que en relación a los cuidados nosotras hemos de empezar a promover.

Para seguir avanzando en el planteamiento de factores críticos de éxito para la gestión de cuidados es necesaria otra refle-

xión y análisis, esta vez de nuestra sociedad actual. Es sabido que una condición irrenunciable para que las organizaciones y las profesiones se desarrollen y mantengan su valor en la estructura social en la que se encuentran, es evolucionar al ritmo y en la dirección hacia donde se dirige la sociedad.

El envejecimiento de la sociedad, la discapacidad la epidemia de cronicidad asolan nuestros servicios de salud. Pero, el aumento en la frecuentación no es exclusivamente atribuible a razones de carácter demográfico, sino fundamentalmente al aumento de expectativas y al aumento de prestaciones. Paralelamente a los cambios en la demanda de los servicios de salud se han producido cambios que fundamentalmente tienen que ver con dos aspectos: la innovación y el desarrollo del conocimiento y la evolución en la oferta de servicios.

Todos esos progresos, sin embargo, sólo alcanzan su máxima expresión cuando actúan en consonancia con otro cambio que se ha ido también gestando y que se impone, cada vez con más fuerza, en la conciencia social: una concepción integral de la salud y la persona. Estamos siendo testigos de un cambio cultural sin precedentes en cuanto a la salud en nuestra sociedad. Los valores respecto al concepto o bien "salud" han pasado en pocos años de estar focalizados hacia la enfermedad o la muerte, a centrarse hoy en la salud y la vida, consolidando un nuevo objetivo social que es el derecho al importante elemento cualitativo de "calidad de vida o de muerte" o "derecho a vivir y morir bien".

Nuestra sociedad nos está pidiendo un modelo "centrado en la persona". La atención centrada en la persona constituye una de las respuestas fundamentales a las expectativas y demandas de la ciudadanía en su relación con los servicios de salud. La atención centrada en la persona exige hacer cambios en los modelos de práctica profesional, la organización de los servicios y en los valores y la cultura que guían la toma de decisiones. Se han de garantizar la personalización, la continuidad, y elementos esenciales como la intimidad o el confort. Igualmente, la comunicación y los estilos de relación entre profesionales y pacientes se erigen en elementos seminales para converger hacia este modelo de atención. En este sentido, ya me he referido a la actitud cuidadora necesaria en todos los profesionales sanitarios. Por último, lógicamente un modelo de atención centrada en la persona no puede concebirse individualmente desde cada disciplina profesional, inexorablemente precisa integrar áreas de conocimiento y una visión multidisciplinar, proporcionada por un equipo sanitario integrado por profesionales de distintas disciplinas.

De este análisis surgen otros factores críticos de éxito para el avance y desarrollo de los cuidados: la personalización, la continuidad de los cuidados y el trabajo en equipo.

A modo de conclusión

Comencé intentando profundizar en la comprensión del significado y alcance de los cuidados, los cuidados como nuestra aportación única, indispensable e insustituible y que intrínsecamente llevan aparejada la actitud cuidadora. Esta, por su naturaleza es un valor social, y su implementación necesariamente posee un carácter interdisciplinar. Este planteamiento lleva aparejado dos factores críticos de éxito para

el desarrollo de los cuidados: avanzar en el compromiso con la adopción del "cuidar" como objetivo último de la profesión enfermera y el liderazgo compartido que en relación a los cuidados nosotras hemos de empezar a promover.

A continuación he planteado otros tres factores, a mi modo de ver fundamentales y que derivan, como no puede ser de otra forma, de los condicionantes de nuestra actual sociedad que demanda una atención centrada en la persona que ha de garantizar, entre otros, la personalización de la atención, la continuidad de la asistencia y el trabajo en equipo.

Resumiendo, deben ser factores críticos de éxito para la gestión de cuidados incorporar la perspectiva de cuidar desde la convicción de la posición central de la persona en el Sistema Sanitario y desde la necesidad de ofrecer una respuesta asistencial personalizada, única y continua, lo que exige la implicación y el compromiso de la totalidad de los profesionales dentro de una visión colaborativa del trabajo en equipo.

ATENCIÓN FISIOTERÁPICA POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES SOMETIDAS A INTERVENCIONES DE CÁNCER DE MAMA

Mallafré M

Servicio de Patología Mamaria y Linfovenosa. USP-Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Introducción

La fisioterapeuta forma parte de un *equipo multidisciplinar*.

Un buen mantenimiento y un tratamiento de fisioterapia precoz ayudarán a mejorar la autonomía y la calidad de vida del paciente.

Se harán diferentes terapias *antes, durante y después* del tratamiento oncológico, siempre respetando el estado anímico de la persona afectada.

Dependerá del tipo de cirugía, ya sea conservadora o radical con o sin linfadenectomía axilar y con o sin reconstrucción mamaria.

Es importante la presencia del fisioterapeuta en el postoperatorio inmediato, y en cirugías conservadoras sin resección ganglionar pasadas 8 horas.

En cirugías conservadoras con resección ganglionar y cirugías radicales con o sin resección ganglionar el fisioterapeuta interviene pasadas 24 h.

Pasada una semana, cuando le sean retirados los puntos de la mama y/o de la axila, se cita a la paciente en consulta para hacer una valoración de fisioterapia y así prevenir y/o tratar los diferentes efectos secundarios.

Complicaciones más frecuentes de la cirugía

Aparición de seroma o linfocele

¿Qué es?

Linfa acumulada en zona axilar e/o infraclavicular. Puede aparecer cuando se retiran los drenajes a la paciente.

Tratamiento

En la visita a planta se inician ejercicios para aumentar el drenaje con la ayuda de la actividad muscular.

Cuando la paciente reciba el alta hospitalaria, se insistirá en la prevención del seroma, recomendado la inmovilización del brazo durante 24 horas. No actividad muscular.

Si al retirar los puntos existe seroma trataremos a la paciente con drenaje linfático manual, vendajes compresivos de algodón y kinesiotape.

Si el seroma no desaparece y está encapsulado, será el cirujano quien procederá a puncionar la zona para extraer el líquido acumulado.

Es muy importante drenar el seroma antes de que la paciente inicie la radioterapia.

Aparición de trombosis linfática

¿Qué es?

Obstrucción linfática, algunos de los vasos linfáticos del brazo dejan de ser útiles, la paciente nota cordones en zona axilar y flexura del codo, algunas veces son palpables, aumenta la tirantez y el dolor agudo en codo y hombro al forzar la extensión de codo con la extensión y rotación externa de hombro.

Aparece a las 4-6 semanas de la cirugía axilar.

Tratamiento

Estiramientos suaves, masoterapia y drenaje linfático manual en zona afecta.

Aparición de trombosis venosa. Síndrome de Mondor

¿Qué es?

Puede aparecer tras la cirugía mamaria es una tromboflebitis de las venas superficiales de la mama (venas toracoepigástricas) El primer síntoma que suelen manifestar las pacientes, aproximadamente a los dos o tres semanas de la cirugía, son molestias o dolor en el tórax; en este momento el cordón fibroso que caracteriza a la enfermedad de Mondor, suele ser ya fácilmente palpable.

Las molestias pueden aumentar, siendo más evidentes cuando se tensa el cordón (al elevar los brazos). El máximo de molestia se suele alcanzar entre el mes y medio y los dos meses, después poco a poco desaparece.

Tratamiento

Masoterapia transversal en la zona dolorosa y drenaje linfático manual.

Cicatrices adheridas y dolorosas en mama o axila

¿Qué es?

Podemos encontrar cicatrices en una tumorectomía, en la prueba del ganglio centinela, en una mastectomía simple o radical modificada y en una linfadenectomía axilar.

Tratamiento

- Prevenir adherencias: estas son barreras para la linfa.
- Una vez retiradas las suturas se le enseña a la paciente o a un familiar como tratar sus cicatrices.
- Las cicatrices se tratan sin crema porque interesa mover la piel adherida.
- Debemos tener cuidado en no irritar la piel.

Hombro doloroso y limitación de la movilidad

¿Qué es?

Es frecuente que exista la pérdida de movilidad y dolor a la flexión, rotación externa y abducción del miembro homolateral.

El dolor puede aparecer por la excesiva inmovilización del hombro con el cabestrillo, por miedo a mover la extremidad afecta o por la propia cirugía de la mama o axilar.

Tratamiento

El tratamiento se inicia en planta a las 24 horas de la intervención con movilizaciones autoasistidas, posteriormente en consulta se tomarán medidas antiálgicas, se harán movilizaciones pasivas y activas de la extremidad afecta.

Es importante que la paciente esté cómoda a 100° de abducción y flexión de la extremidad homolateral para el tratamiento de radioterapia.

Hombro o mama fantasma

¿Qué es?

Lesión de los nervios presentes en la zona axilar.

- Escápula alada (daño en el nervio torácico largo), poco frecuente.
- Síndrome del intercostobraquial (por lesión del nervio que tiene el mismo nombre y que se traduce en parestesias en la cara interna del brazo) o lesión del nervio toracodorsal. Muy frecuente.
- También puede aparecer dolor tras el tratamiento de radioterapia por la aparición de fibrosis en la zona afecta.

Tratamiento

El fisioterapeuta movilizará la extremidad afectada.

La paciente debe saber que la zona axilar siempre quedará anestesiada; debe tener cuidado con las depilaciones en esa zona.

Aparición del temido linfedema secundario a linfadenectomía axilar

¿Qué es?

Aumento anormal de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial debido a una alteración de la capacidad de transporte del sistema linfático por una resección ganglionar de la axila.

Se manifiesta por un incremento del tamaño o hinchazón de la extremidad homolateral.

El linfedema es el edema de mayor importancia clínica; es uno de los trastornos más olvidados por la Medicina en general a lo largo de los tiempos.

Tratamiento

Una vez establecido el linfedema, no existe un tratamiento curativo, por lo que los objetivos se centran en disminuir el volumen, reducir los síntomas y evitar la progresión y las complicaciones.

Es importante que todas las pacientes reciban la información relativa de desarrollar un linfedema en el miembro homolateral y que sean advertidas de las normas de prevención y cuidados que han de mantener de por vida, así como los ejercicios que han de realizar una o dos veces al día.

Está demostrado que el cumplimiento de las medidas de prevención y rehabilitación reducen significativamente la aparición del linfedema.

Prevención

La prevención comprende los siguientes puntos:

—Medidas posturales en el postoperatorio inmediato: posición de declive de 45°.

—Medidas de higiene personal y cuidados: se le explica a la paciente y se le entrega una hoja con las recomendaciones a seguir.

—Fisioterapia: se le explica a la paciente los diferentes ejercicios recomendados para la prevención del linfedema y se le entrega un esquema gráfico de los mismos.

Terapia descongestiva compleja

Este tratamiento se inicia cuando la paciente no tiene ningún evento a la vista.

Los vendajes son incómodos y muy aparatosos es recomendable no iniciar el tratamiento en verano (Tabla I).

El *drenaje linfático manual* no es un masaje, es una técnica que se hace sin crema y sirve para movilizar la linfa estancada. Existen diferentes técnicas de drenaje, la técnica la tiene que llevar a cabo un fisioterapeuta especializado y el tratamiento dura entre 30 y 45 minutos aproximadamente.

Las *vendajes compresivos o vendajes multicapas* deben llevarse 24 horas, son molestos, muy eficaces y no se recomienda ponerlos en verano.

Las *mangas compresivas* sirven para mantener los resultados obtenidos en la fase intensiva del tratamiento, debe es-

Tabla I. Terapia descongestiva compleja

1. Fase intensiva (4 semanas)
Drenaje linfático manual
Ejercicios específicos
Vendajes
Medidas higiénico-dietéticas
2. Fase mantenimiento asistido (4 semanas)
Drenaje linfático manual
Ejercicios específicos
Vendajes o manga
Medidas higiénico-dietéticas
3. Fase de mantenimiento personal (tiempo indefinido)
Drenaje linfático manual
Ejercicios específicos
Manga
Medidas higiénico-dietéticas

tar hecha a medida, se renueva cada 6 meses ya que pierda elasticidad y sólo debe ponerse durante el día.

Se recomienda *practicar ejercicio* con la manga y el vendaje colocado correctamente.

Se recomienda una *dieta hipocalórica e hiperproteica*.

Está *desaconsejado* utilizar los *diuréticos* y la *presoterapia* como único tratamiento para el linfedema.

Bibliografía recomendada

1. Claude Ferrández J. El Sistema linfático. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.
2. Fernández-Cid A, et al. Protocolos de Mastología del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona: Masson; 2002.
3. Schingale FJ. Linfedema lipoedema. Hannover: Schlütersche; 2003.

ALIMENTACIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS GENERALES EN LA QUIMIOTERAPIA

Anguera M

EUIFN Blanquerna de la Universitat Ramon Llull. Barcelona

Introducción

—Cuáles son los problemas relacionados con la nutrición en los pacientes que reciben quimioterapia.

—Cómo podemos ayudar a la prevención.

—Qué soluciones podemos ofrecer a los enfermos.

La nutrición no solamente tiene un papel importante en la prevención del cáncer, también tienen un papel fundamental en el tratamiento oncológico.

Los pacientes que reciben quimioterapia presentan problemas relacionados con su nutrición.

La quimioterapia induce, por un lado, toda una serie de alteraciones digestivas como:

—Alteraciones del gusto y el olfato.

—Alteraciones del aparato digestivo: sequedad de boca, estreñimiento, diarrea, gases, náuseas y vómitos, pirosis, etc.

—Dificultades digestivas para digerir determinados alimentos o sustancias como proteínas, grasas y lactosa.

Por otro lado induce inapetencia, con un rechazo de determinados alimentos, sobre todo los de origen animal y ricos en proteínas, como la carne.

Su consecuencia es una menor ingesta de alimentos. Una dieta hipocalórica provoca que las proteínas tisulares sean catabolizadas para obtener energía, causando una disminución de la concentración de enzimas que participan en el metabolismo, y una disminución de aminoácidos y péptidos como el glutatión. Todo ello provoca una menor biotransformación de los medicamentos y por lo tanto un mayor peligro de toxicidad.

Una dieta hipoproteica produce una disminución de la inmunidad, con una linfopenia de los linfocitos T y una depresión del timo.

Por estos motivos podemos observar que a menudo los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia y no reciben un soporte nutricional, presentan con frecuencia desnutrición y bajada de la inmunidad.

La desnutrición es un problema común en los pacientes neoplásicos. La incidencia de malnutrición oscila entre 15 y 40% en el momento del diagnóstico de cáncer. Estas cifras aumentan hasta un 80% en los casos de enfermedad avanzada.

¿Cómo ayudar a la prevención?

En primer lugar es necesario concienciar a todos de la realidad.

Sabiendo que la quimioterapia puede producir alteraciones del gusto y del olfato, anorexia, náuseas y vómitos, xerostomía, pirosis, diarrea, estreñimiento e inmunodepresión, se hace imprescindible planificar unas pautas alimentarias que eviten o disminuyan dichos problemas.

El equipo de Oncología debe plantearse la necesidad de pautar a todo paciente una dieta personalizada antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia, sabiendo que los pacientes que están bien nutridos, cuya situación nutricional es correcta al inicio de la terapia, así como a lo largo de la misma, son a menudo los que tienen mayor probabilidad de responder positivamente al tratamiento.

El tratamiento de los pacientes con cáncer es complejo y experimenta cambios constantes. La identificación y evaluación del riesgo nutricional, y poner en práctica un plan de intervención nutricional simultáneamente con el tratamiento específico para el cáncer, pueden ayudar a mejorar la probabilidad de una respuesta positiva a la terapia y, en última instancia, a contribuir a la sensación general de bienestar.

¿Qué soluciones podemos ofrecer a los pacientes?

Es por este motivo que debemos plantear la necesidad de un correcto soporte nutricional en el paciente oncológico, con el fin de mejorar la tolerancia a los tratamientos y conseguir una mejor calidad de vida.

Planificar y llevar a cabo un buen soporte nutricional, de una manera particularizada en cada paciente y en cada una de las etapas de la enfermedad comportará un gran número de beneficios, entre ellos:

—Una disminución de las molestias digestivas que conllevan los tratamientos oncológicos, como la quimioterapia.

—El mantenimiento de un buen estado nutricional. Debido a las molestias digestivas que se presentan, los pacientes disminuyen mucho su ingesta de alimentos o incluso llegan a ayunos involuntarios, por ello caen fácilmente en un estado de desnutrición.

La dieta se debe adaptar a los problemas del paciente. No se adapta el paciente a la dieta.

Dar un soporte nutricional supone dar un soporte psicológico.

El impacto emocional que supone esta enfermedad tanto en los pacientes como en sus seres próximos, es importantísimo, y hace que se produzcan una serie de alteraciones físicas, muchas de ellas se manifiestan en el comportamiento alimentario: anorexia, inapetencia por determinados alimentos etc., a la vez tanto los enfermos como sus familiares se plantean muchas cuestiones, un gran número de ellas relacionadas con la alimentación, y deben encontrar respuestas adecuadas. No debemos olvidar que todo enfermo tiene derecho y obligación de hacer todo lo que está a su alcance para recuperar su salud, y a través de su alimentación encuentra un campo de actividad muy positiva para sentirse “activo”, es decir, dejar de ser “paciente”.

El tratamiento de los pacientes oncológicos es complejo y experimenta cambios constantes. La identificación y evaluación del riesgo nutricional, y poner en práctica un plan de intervención nutricional simultáneo al tratamiento específico del cáncer, puede ayudar a:

—Minimizar las complicaciones digestivas.

—Conseguir mantener un buen nivel de defensas permitiendo cumplir el tratamiento en el periodo establecido (mejorar la respuesta positiva a la terapia).

—Mejorar la calidad de vida.

Para realizar un correcto apoyo nutricional es necesario conocer previamente al paciente. Se debe empezar realizando siempre una recogida sistemática de datos objetivos y subjetivos:

—Valoración nutricional, historia nutricional y estado actual de nutrición.

—Alteraciones de la ingesta y sus causas.

—Datos psicológicos del paciente, su entorno y su incidencia en la nutrición.

—Recogida de datos analíticos.

Con toda esta información podemos empezar a planificar su alimentación.

Diferenciaremos dos periodos muy significativos:

—El día o días del tratamiento quimioterápico y los días próximos a dicho tratamiento (Periodo A).

—Los periodos de tiempo entre las sesiones de quimioterapia (que son variables) (Periodo B).

Periodo A

Para evitar al máximo los problemas digestivos es muy aconsejable durante un periodo de tiempo prudencial (que empieza 1 ó 2 días antes del tratamiento, durante el día o los días del tratamiento de quimioterapia y hasta que desapare-

cen las molestias digestivas), realizar una alimentación basada en los alimentos que nombraremos a continuación.

Todos estos alimentos por su composición y los sistemas de cocinado que se recomiendan son de fácil digestión, por lo que la dieta que con ellos se consigue resulta una dieta de protección gástrica, hepática y pancreática.

Alimentos aconsejados

Hay nutrientes que la alimentación diaria debe contener en las dosis adecuadas.

—Es imprescindible una alimentación que cubra las importantes necesidades de proteína con alimentos de fácil digestión gástrica como el pescado blanco: merluza, lenguado, perca, maira, gallo, bacalao, dorada etc., clara de huevo cocida, queso fundido desnatado, gelatinas y concentrado de proteína en polvo, así como alimentos tan apetecibles como jamón curado, colas de gambas o langostinos que a la vez tienen un aporte importante de minerales.

—Es necesario consumir alimentos que cubran las necesidades de hidratos de carbono: patata, arroz, espaguetis, pasta de sopa y especialmente el pan tostado, que es de muy fácil digestión pancreática puesto que el almidón está dextrinado.

—Las verduras más aconsejadas son: judía verde, zanahoria, calabaza, calabacín y cebolla, por su suave sabor y por no ser alimentos muy flatulentos a pesar de su contenido en fibra

—Frutas: las más aconsejables son manzana y pera por su bajo contenido en ácidos orgánicos, que resultan especialmente fáciles de digerir cocidas al horno o en compota y el dulce de membrillo.

—La grasa absolutamente necesaria la obtendremos del aceite de oliva virgen de baja acidez (0,2-0,4°). Es aconsejable consumirla en abundancia puesto que es un buen aporte de calorías, vitaminas, antioxidantes y ácidos grasos esenciales, a la vez que tiene un positivo efecto beneficioso sobre todo el aparato digestivo.

—Es necesario beber una cantidad importante de líquido. Son muy bien tolerados los licuados y zumos de hortalizas como la zanahoria y frutas como la pera o la manzana. Es recomendable la bebida se soja por su alto valor nutritivo, y otras bebidas vegetales como la de avena, arroz y almendras. Igualmente se toleran bien infusiones de suaves como la tila.

—Las vitaminas y los minerales quedan asegurados con el consumo de todos estos alimentos.

Alimentos a evitar

Hay una serie de alimentos que siendo saludables y aconsejables para una alimentación equilibrada es conveniente evitarlos cuando aparecen problemas digestivos durante el tratamiento; estos alimentos son:

—Alimentos como cordero, buey, ternera, cerdo, embutidos, patés, sobrasadas, quesos grasos, nata y mantequilla, al

ser ricos en grasa, provocan una digestión más lenta y difícil.

—La leche, puesto que en muchos casos su digestión se ve alterada como efecto secundario del tratamiento quimioterápico, pudiéndose producir una intolerancia a la lactosa temporal, mientras dura el tratamiento.

—Los alimentos con un alto contenido de ácidos orgánicos, como tomate, naranja, mandarina, kiwi, limón, pomelo, etc., no son bien tolerados por la mucosa gástrica durante el tratamiento.

—Las bebidas alcohólicas, café, y picantes, que son irritativas para la mucosa digestiva.

Para evitar al máximo los problemas digestivos es muy aconsejable durante un periodo de tiempo prudencial (que empieza uno o dos días antes del tratamiento, durante el día o los días del tratamiento de quimioterapia y hasta que desaparecen las molestias digestivas) eliminar totalmente de la dieta estos alimentos. Hay casos que incluso se recomienda evitar estos alimentos durante todo el periodo que dura la quimioterapia.

Consejos

—Para conseguir que la preparación de los alimentos facilite la digestión, evite pérdidas nutricionales y no origine alteración de los nutrientes, las formas de cocción más adecuadas son hervidos, vapor, papillota, horno a temperatura suave y microondas.

—Es necesario evitar la cocción a la plancha a una temperatura muy elevada, los fritos y los sofritos.

—Es importante lavar correctamente las verduras y hortalizas antes de su preparación.

—Los alimentos congelados son recomendables por su buena calidad nutritiva, alto nivel higiénico, buena conservación y fácil manipulación y preparación.

—Es aconsejable comer poca cantidad y repartir la comida diaria en varias tomas, consiguiendo a lo largo del día consumir todos los grupos de alimentos aconsejados.

—Durante este periodo, es necesario aumentar el consumo de líquidos (para ayudar a la mejor eliminación de la toxicidad, producida por el tratamiento quimioterápico), en forma de agua, infusiones, licuados, caldos vegetales y bebida de soja, avena, arroz y almendras.

Se recomienda tomarlos a temperatura ambiente, ni muy calientes ni muy fríos.

—Evitar los alimentos y sistemas de cocinado que desprendan fuertes olores que pueden resultar desagradables.

—En caso de necesidad de aumentar el valor nutritivo de la comida, se puede recurrir a concentrados de proteínas en polvo o alimentos con un alto contenido proteico, vitamínico y mineral, como levadura de cerveza, germen de trigo y polen.

Una manera de repartir estos alimentos durante un día podría ser:

—*Desayuno:*

- Un vaso de bebida de soja enriquecida con calcio.
- Tostadas de pan con aceite de oliva virgen.
- Jamón curado o queso fundido bajo en grasa.

—*Media mañana:*

- Licuado preparado con: 2 ó 3 zanahorias, 3 ó 4 ramas de perejil, 1 manzana o 1 pera.

—*Almuerzo:*

- Espaguetis con aceite de oliva, zanahoria cocida y colas de gambas o langostinos.
- Pera hervida o en compota.

—*Merienda:*

- Pan tostado con dulce de membrillo.
- Infusión.

—*Cena:*

- Crema de calabacín.
 - Bacalao hervido con patata y cebolla aliñado con aceite de oliva.
 - Compota de manzana.
- Antes de acostarse:*
- Un vaso de bebida de soja.

Periodo B

Entre una sesión de quimioterapia y la siguiente, si el paciente no presenta ninguna alteración digestiva, se puede variar la alimentación introduciendo otros alimentos como las legumbres, la fruta, otras verduras, ensaladas, lácteos, huevo entero, carne magra, etc.

Si aparecen efectos colaterales de la quimioterapia como anorexia, náuseas y vómitos, sensación de plenitud gástrica, alteraciones del gusto y el olfato, xerostomía, mucositis, esofagitis, inmunodepresión, pirosis, diarrea o estreñimiento, se pueden planificar una serie de pautas para cada situación.

—*Anorexia:*

- Poca cantidad de comida y más frecuente.
 - Preparación y presentación atractiva, respetando los gustos particulares.
 - Buena compañía, buen ambiente.
 - Administración de líquidos después de las comidas.
 - Alimentación de gran densidad de nutrientes.
- Náuseas y vómitos, plenitud gástrica:*
- Alimentos de textura suave y fría, evitar el caliente.
 - Vigilar el contenido graso de la dieta, así como la calidad de las grasas.

- Se tolera mejor la alimentación seca: pan, arroz, etc.
- Evitar los alimentos flatulentos: legumbres, col, etc.

—*Alteraciones del gusto y del olfato:*

- Alimentos de gustos suaves.
- Maceración de las carnes y los pescados, con limón y hierbas aromáticas.
- Evitar las carnes rojas: ternera, buey, cordero, caballo, etc.
- Evitar la leche y los alimentos que produzcan sensación de pastosidad en la boca.

—*Xerostomía:*

- Alimentación líquida.
- Presencia abundante del aceite en la dieta: ayuda a deglutir.

—*Mucositis, esofagitis:*

- Comida suave, líquida o semilíquida (textura del yogurt).

- Alimentos fríos y helados.
- Evitar los alimentos que produzcan sensación de pastosidad.

—*Inmunodepresión.*

- Cocinar en olla exprés o esterilizar en potes de vidrio.
- Dieta alta en proteínas y minerales.

—*Pirosis:*

- Cocinar todos los alimentos hervidos.
- Evitar los tostados de la plancha y el pan demasiado tostado (ennegrecido).

• Evitar las carnes.

• Evitar alimentos ácidos y picantes.

• Evitar la leche.

• Utilizar exclusivamente aceite de oliva virgen.

• Evitar el café y las infusiones de menta.

—*Diarrea:*

• Suprimir la leche.

• Vigilar el tipo de fibra que se introduce en la dieta.

• Evitar las naranjas y las espinacas.

• Alimentación rica en minerales y oligoelementos, especialmente en potasio: patata.

• Dieta a base de arroz, zanahoria, manzana, membrillo, yogurt y aceite de oliva.

—*Estreñimiento:*

• Abundancia de líquidos: agua, infusiones, zumos de frutas y hortalizas, caldos, etc.

• Consumo de yogures con bífido bacterias

• Fibra no fermentativa: gomas y mucílagos.

• Abundancia de aceite de oliva.

Con todas estas pautas se toleran mejor los efectos secundarios que se pueden derivar del tratamiento de quimioterapia, se consigue que el paciente pueda comer, se mejora su estado nutricional y por consiguiente su calidad de vida.

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA. PROGRAMA “RECUPÉRATE DE UN CÁNCER DE MAMA”**Fierro G**

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Resumen

Para la población en general el diagnóstico de cáncer sigue siendo sinónimo de muerte y una de las enfermedades que más asustan al ser diagnosticadas. El diagnóstico de cáncer de mama puede llevar a la mujer a experimentar emociones tan diversas como el miedo, la depresión, ansiedad, enojo, incertidumbre, por lo que vendrá incapacidad para comprender lo que está pasando... Por este motivo el programa “*Recupérate de un cáncer de mama*” está pensado para ayudar a las mujeres con esta enfermedad y a sus familiares a superar los problemas físicos y psicológicos producidos por la angustia del diagnóstico y los efectos secundarios de los tratamientos.

Objetivo

Ofrecer una asistencia multidisciplinaria con una visión integral e integradora. Integral porque atiende todos los as-

pectos de la persona, integradora porque este enfoque multidisciplinar quiere conseguir que la paciente preserve todos sus roles y mantenga una adecuada calidad de vida.

Método

El impacto psicológico que el diagnóstico provoque en la mujer dependerá de muchos factores, pero en todos los casos las mujeres afectadas refieren diferentes momentos críticos para ellas.

Fase de diagnóstico

Es la fase prediagnóstica que abarca las diferentes pruebas por las que la mujer ha de pasar hasta llegar al diagnóstico definitivo: Mx, ecografía, CORE/ ETX, biopsia axilar...

Fase de negación

Se corresponde con el momento que el facultativo confirma a la mujer el diagnóstico definitivo. Previamente la historia clínica de la paciente habrá pasado por el Comité Terapéutico compuesto por todo el equipo multidisciplinar de la unidad para decidir en cada caso la acción terapéutica a seguir: intervención quirúrgica vs. tratamiento neoadyuvante.

Después de ser informada por el facultativo se le entrega el libro *Recupérate de un cáncer de mama*, primer eslabón de todo el programa.

Intervención quirúrgica

Dependiendo del tipo de intervención y lugar de residencia de la paciente (radio de 60 km del hospital) pueden seguir dos circuitos diferentes:

—Cirugía ambulatoria sin ingreso hospitalario: patología benigna, cirugía reconstructiva menor, ampliación márgenes tumorectomía, biopsia GC, cirugía conservadora con o sin biopsia GC.

Cuando la biopsia intraoperatoria del GC es positiva y hay que realizar una linfadenectomía axilar la paciente queda ingresada 24 h.

—Las intervenciones de cirugía radical, cirugía reconstructora y linfadenectomías axilares permanecen ingresadas 24-72 h dependiendo del tipo de intervención.

Después de la cirugía y antes de que la paciente acuda nuevamente a la visita médica para ser informada de los resultados histopatológicos definitivos su historia clínica vuelve a pasar por el comité terapéutico para decidir los tratamientos adyuvantes a seguir.

En este modelo de unidad tiene un papel relevante la consulta de enfermería, que actúa como vehículo agilizador del alta hospitalaria y la continuidad del proceso asistencial. Funciones de la consulta de enfermería:

—Educación sanitaria previa a la intervención quirúrgica.

- Contacto previo al alta hospitalaria.
- Curas postoperatorias y educación sanitaria secundaria a la intervención quirúrgica.
- Seguimiento, control y tratamiento del linfedema.
- Educación sanitaria previa al inicio de los tratamientos neoadyuvantes.
- Consultas derivadas de otras unidades de hospitalización, servicio de urgencias del hospital, servicio RTP.
- Docencia a las alumnas de enfermería y matronas.

Tratamiento sistémico

Es la fase del vivir día a día con la enfermedad. El programa “Recupérate de un cáncer de mama” incluye la asistencia voluntaria de la paciente a una serie de talleres:

- Gestión del estrés (3 sesiones).
- Creatividad curativa (6 sesiones).
- Acondicionamiento físico (8 sesiones).
- Musicoterapia (6 sesiones).
- Autoimagen (2 sesiones).

Objetivo del programa

Prevenir o atenuar la morbilidad psicológica relacionada con todo el proceso. Disminuir los posibles efectos secundarios al tratamiento. Mantener un estado de calma y paz interior. Reactivar la fuerza física de la mujer. Reactivar sus mecanismos de autocuración.

Para objetivar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en nuestra unidad las pacientes son evaluadas mediante el test de la ORTC (test C-30 y test B-23) consensuado a nivel nacional e internacional en diferentes fases del proceso en función del circuito de tratamiento a seguir en cada caso.

Fase crónica o de seguimiento

Se da cuando los tratamientos terminan. Los controles se espacian en el tiempo y la mujer se reincorpora a la rutina de su vida convertida en una “superviviente del cáncer”.

Resultados

Durante la primera fase del programa participaron de forma activa y continuada un total de 126 pacientes. Desde el inicio de esta segunda fase en el año 2008 se han incluido 27 pacientes.

Conclusiones

El programa “Recupérate de un cáncer de mama” significa una nueva perspectiva en el tratamiento de las mujeres con cáncer que pone a su alcance todos los elementos necesarios para reordenar y reconstruir su nueva vida.

APOYO EMOCIONAL A LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA. HABLEMOS DE *COUNSELLING*, UN INSTRUMENTO TERAPÉUTICO EN LA RELACIÓN DE AYUDA CON LAS PACIENTES ONCOLÓGICAS Y SUS FAMILIAS

Parejo M

AECC. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Cuando una persona comienza su andadura profesional en el campo de la salud, es inevitable que se pregunte por los aspectos prácticos a la hora de abordar temas trascendentales:

—“¿Cómo preguntar y acercarse a la paciente, cuando se tiene necesidad de huir?”

—“¿Cómo perder el miedo a hablar de la muerte y de sus consecuencias?”

—“¿Cómo implicarse en la problemática de la paciente sin sobre implicarse y correr el riesgo de “quemarse”?”

—“¿Cómo lo hago?, ¿qué hacer para no dar falsas esperanzas y/o ocultar ciertos aspectos relevantes y comprometedores para la paciente y su familia?, ¿cómo entablar y mantener una relación basada en el respeto y la confianza?, ¿qué hacer para que fluya la comunicación entre la paciente, su familia y el sanitario?, ¿cómo evitar hacer comentarios y dar consejos superficiales, intentando ir más allá de la simple palmadita detrás de la espalda?...”

Para hacer frente a estas cuestiones, en el ámbito de la salud en general es necesaria la adquisición y desarrollo de ciertos conocimientos, actitudes, habilidades y estrategias relacionales por parte de los profesionales sanitarios. Así pues, es fundamental formarse e informarse para poder entrar en el mundo interno del “otro” con delicadeza y entereza, así como prepararse para establecer una comunicación a nivel emocional; si no se está atento, transmitiendo y haciéndole ver al paciente con actos que se es sensible a su sufrimiento y a su forma de ser, que se está disponible para escucharle, que nos hacemos cargo de su problemática, difícilmente podremos cumplir con eficacia nuestro objetivo.

El *counselling* nos proporciona las actitudes, conocimientos y habilidades para facilitar una relación deliberativa con las pacientes, sus familias y el equipo, estas actitudes son validar, escuchar (mostrar empatía, antes de hablar), confrontar y reforzar, realizar preguntas abiertas focalizadas y “mensajes en yo” (“así son las cosas” vs. “así las veo yo”).

El *counselling* no es una estrategia, sino una forma de ver las relaciones humanas y vivir, en definitiva es relacionarse. Se trata del encuentro entre dos personas, no se trata del encuentro entre un profesional y una enfermedad. Tal y como dice Casell, “los que sufren no son los cuerpos, son las personas”.

Promover el uso adecuado de las habilidades de comunicación y de *counselling*, es, promover la escucha, la empatía, ofrecer consuelo o facilitar el desahogo emocional; supone ofrecer apoyo emocional, pero esto sólo es una parte del apoyo psicológico que el especialista en Psicooncología puede ofrecer a la paciente y a su familia.

Con demasiada frecuencia, las necesidades emocionales de la paciente y de la familia no reciben la atención profesional en el momento adecuado. El psicooncólogo/a tiene el importante papel de sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre las necesidades emocionales de sus pacientes y familias, educar, ofrecer criterios adecuados de derivación y formar en soporte emocional.

Por ello es muy importante clarificar lo que es apoyo emocional, que deben proporcionarlo todos los profesionales sanitarios y lo que es el apoyo psicológico. Creo que es importante que entiendan esta diferencia porque para muchos es lo mismo y piensan que puede darlo cualquier sanitario, sobre todo, las enfermeras, y que los psicólogos no son necesarios.

Como he dicho anteriormente, uno de los objetivos principales en el ámbito sanitario es proporcionar apoyo emocional a aquellas personas que lo necesitan, de tal forma que las pacientes puedan encontrar la mejor forma de adaptarse a la situación. Todos los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de saber facilitar unos mínimos de apoyo emocional. Es decir, entendemos como mínimos el respecto a la dignidad de la persona, a sus circunstancias vitales, a sus creencias y a su forma de percibir su enfermedad. Sin embargo es importante clarificar que existe una gran diferencia entre lo que es dar apoyo emocional, de lo que es el apoyo psicológico. Las pacientes y sus familiares y los propios profesionales sanitarios necesitan comprender que el apoyo psicológico, o la aplicación de la Psicología como ciencia que es, implica la utilización de unos conocimientos, metodología y técnicas adecuadas, cuyo ejercicio es una competencia específica del profesional adecuadamente formado para ello, el psicooncólogo/a o, en su caso, el psiquiatra que haya recibido formación adecuada.

Se entiende por apoyo emocional el establecimiento de una relación terapéutica en la que la paciente no se sienta juzgada, ni marginada, sino entendida, aceptada y ayudada para poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades. Se pueden plantear distintos niveles de profundidad en el apoyo emocional a las familias y pacientes, en función de la complejidad de las necesidades que vayan apareciendo. A mayor complejidad, se requerirá mayor nivel de especialización (Arranz, 2003).

El término *counselling* procede del inglés, pero también lo podemos encontrar con otras acepciones en español como: “asesoramiento”, “consejo asistido” y “relación de ayuda”. La Organización Mundial de la Salud define el *counselling* como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. Este proceso se sustenta en las habilidades de comunicación y las estrategias de autocontrol para facilitar la toma de decisiones y la solución de problemas.

En nuestro medio, el *counselling* es una herramienta poco conocida, sin embargo, ha demostrado su eficacia en problemas de salud como el cáncer y otras patologías crónicas. Su objetivo global es ayudar a que las personas vivan del modo más pleno y satisfactorio posible, que le va a permitir al profesional respetar los valores de sus pacientes, sus recursos personales y su capacidad de autodefinición.

Se fundamenta, principalmente, en el desarrollo de habilidades sociales dentro del marco de la comunicación asertiva. Utilizando la pregunta, no la aseveración, se consigue que el sujeto se proporcione respuestas a sí mismo generando cambios más estables.

En síntesis, podemos considerar al *counselling* como “el arte de hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas (diálogo socrático), de modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere más oportunas”.

El *counselling* basa su eficacia en una relación de ayuda entre sujetos autónomos, en la cual el profesional facilita y el paciente conduce. Como técnica relacional el *counselling* no sólo es un conjunto de conocimientos y habilidades, sino que también configura un conjunto de actitudes tan importantes como la empatía, la aceptación incondicional y la práctica de la congruencia/veracidad.

Los principios que lo sustentan son los de beneficencia no paternalista, el de autodeterminación y el de integración.

En el *counselling* se escucha más que se habla, se entiende más que se juzga, se pregunta más que se supone y se persuade más que se impone.

Para realizar *counselling* es importante *revisar la propia actitud*; para poder empatizar, hay que tener una disposición de acogida hacia el sufrimiento del otro y perder el miedo a hablar a nivel emocional. Las barreras y mecanismos defensivos que se suelen utilizar para protegerse del sufrimiento ajeno pueden alejar tanto a la persona, que hacen imposible que esta se sienta “entendida y aceptada”. Además es muy importante *no presuponer nada, sino preguntar*, es necesario explorar a través de las preguntas lo que necesita cada persona en vez de basarse en suposiciones basadas en lo que suele necesitar la mayoría o lo que uno necesitaría si estuviera en esa situación. Es importante *valorar las distintas necesidades de información*: lo que sabe y lo que quiere saber; sus necesidades emocionales e identificar sus principales preocupaciones, para ello una pregunta llave muy útil es “¿qué es lo que más le preocupa en estos momentos?”, “¿le molesta algo en estos momentos?”. La importancia que da la persona a cada síntoma es nuestra principal pista para conseguir el objetivo de bienestar. *Confrontar temores y abordarlos*: debemos centrarnos en lo que se puede hacer, en lo que depende de cada uno, en lugar de lamentarse en lo que no se puede hacer. Es importante facilitar información y claves terapéuticas que faciliten la disminución de percepción de amenaza y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Hacer *counselling* no es fácil ya que requiere de entrenamiento y esfuerzo. Tenemos miedo de sobreimplicarnos con la paciente y su familia, pero se sabe que es imprescindible un cierto grado de implicación en el vínculo con las personas. Probablemente, nos puede ayudar a tomar conciencia de que “si la comunicación puede ser dolorosa, la incomunicación lo es mucho más”. Trabajar cada día desde el respeto, a uno mismo y a los demás, da sentido a lo que hacemos.

Si decidimos desarrollar nuestra capacidad de escucha es importante no juzgar al otro, aceptar su forma de pensar, sentir y reaccionar, ningún comportamiento es “porque sí”.

A través del *counselling* se pretende actuar sobre aquellas variables que inciden en el curso de la enfermedad, como es la percepción de control que tenga la paciente sobre su salud

y el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas. Los objetivos del *counselling* son disminuir el sufrimiento de las pacientes y ayudarles a la adaptación del proceso, a la vez disminuir el sufrimiento de los profesionales: cuidarse para poder cuidar y mejorar el grado de satisfacción de los profesionales, las pacientes y sus familias.

El *counselling* se centra en el presente y en la experiencia y expresión de sentimientos desde una comunicación abierta, sincera y cercana.

Todavía nos encontramos con muchos profesionales del ámbito sanitario que piensan que si la paciente padece un momento de nervios, necesita un sedante; si tiene una crisis de llanto, necesita antidepresivos; o si muestra una expresión de enfado, está atacando personalmente al profesional. La familia se considera todavía en algunos ámbitos un factor de entorpecimiento de las tareas profesionales, más que una unidad a tratar. Es por ello que la “educación psicológica” es una tarea que nos concierne a todos y que tiene tanta o más relevancia que una intervención psicológica concreta.

Son varios los factores que intervienen en el proceso de adaptación emocional ante el diagnóstico de un cáncer, entre ellos hay que destacar la situación personal/familiar, aspectos culturales y el estilo de afrontamiento. Por esta razón, aunque el equipo sanitario puede sentirse inmerso en el tratamiento de las afecciones físicas de las pacientes, que es básico para su supervivencia, no hay que pasar por alto tal y como hemos visto antes, los aspectos emocionales.

Nuestro objetivo: “Todo paciente con malestar emocional debe ser reconocido y tratado, de la misma manera que todo paciente con dolor debe ser tratado”.

Para finalizar me gustaría dejar al margen el bagaje formativo y profesionalizado, para dar un mensaje más personal e íntimo, un mensaje de amor, solidaridad y respeto hacia el prójimo, más específicamente hacia los que sufren. Ante ellos, nuestro trabajo es más fácil y más efectivo si hablamos desde el corazón, desde el trato afectivo, sincero y cercano. Defiendo una formación óptima ante cualquier trabajo, pero los profesionales que lo hacemos con personas, debemos minimizar los errores posibles, siendo honestos con nuestros pacientes y con nosotros mismos. Podemos haber estudiado y leído mucho sobre *counselling*, pero nuestra valía como profesionales se pone a prueba cada día, con nuestro trato hacia los demás y nuestra calidad como personas. Debemos acercarnos al dolor del otro, no como expertos, sino como aprendices, de esta manera compartiremos desde nuestra humildad, historias y acontecimientos de incalculable valor. Debemos formarnos para ampliar y mejorar nuestras estrategias y habilidades terapéuticas.

Demos gracias por ello, pues son nuestros pacientes y sus circunstancias las que nos hacen mejores profesionales y personas.

Bibliografía recomendada

1. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Apoyo emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 3ª ed. Barcelona: Ariel; 2008.
2. Arranz P, Costa M. Técnicas de comunicación e información. Máster en Psicooncología 2008-2009. Madrid: Universidad Complutense.
3. Die Trill M. Manual Psico-Oncología. ADES Ediciones; 2003.

CUIDAR DESDE EL PRINCIPIO

Gata C

Consulta de Enfermería. Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

En nuestro hospital se intervienen cada año un gran número de pacientes de cirugía mamaria; en el 2008 fueron un total de 669 mujeres de las cuales 474, el 80% aproximadamente, de cáncer de mama

Hoy día los pronósticos de supervivencia son cada vez más favorables y empieza a hablarse de una enfermedad crónica, por tanto los cuidados que ofrecemos las enfermeras en el hospital, ya sea en el área policlínica, en planta o en servicios especiales, van a estar enmarcados al inicio de un proceso que se prevé largo: "Cuidamos al principio".

En esta primera etapa la mujer suele estar muy afectada por el impacto que supone un diagnóstico de cáncer, y frecuentemente alterna estados emocionales como la negación, la rabia, el aislamiento, la confusión, el miedo o la ansiedad.

En los pacientes oncológicos la enfermedad física va siempre acompañada de la enfermedad emocional; no cuidaremos bien sino abordamos ambos aspectos.

El primer contacto con la mujer se dará en la consulta de Enfermería, que aunque originariamente fue una consulta anexa al Servicio de Anestesia, evoluciona aumentando su contenido enfermero y haciéndose cada vez más autónoma.

Trabajamos en la actualidad con un plan de cuidados estandarizado que incluye una valoración focalizada a través de la cual intentamos identificar la presencia o ausencia de los dos diagnósticos que elegimos como prevalentes: "Ansiedad" y "Conocimientos deficientes".

Sería muy interesante desarrollar desde este tipo de consulta el papel de enfermero como defensor del paciente, algo que se ha desarrollado ya en otros países.

La paciente va a entrar en el mundo sanitario, que le resulta desconocido y donde muy frecuentemente se siente perdida. El papel del profesional enfermero en este sentido sería el de servir de guía a través del sistema sanitario, lo que podría incluir multitud de actividades, de las que podríamos mencionar como ejemplo:

- Ayudar al paciente a revisar y entender la información que tiene.
- Explicarle el papel de cada profesional y especialista que lo atenderá.
- Verificar con la paciente su situación socioeconómica por si fuera necesario derivarlo al profesional que puede tramitarle ayudas.
- Ayudarlo a pedir una segunda opinión, si este fuera su deseo.
- Asegurarse de que todas sus pruebas están centralizadas y revisadas por los médicos responsables.
- Alentarlo a que formule sus preocupaciones y dificultades.
- Ponerlo en contacto con cualquier otro miembro del equipo si fuera necesario.

Intentaremos definir el perfil profesional de la enfermera que trabaja con mujeres con cáncer de mama, describiendo los conocimientos, habilidades y actitudes idóneas para ofrecer unos cuidados de calidad.

Por último reflexionaremos sobre la comunicación como arma terapéutica en el tratamiento de la mujer con cáncer de mama. Esta comunicación no se reduce a dar o intercambiar información, sino que establece una manera de relacionarnos con ella, que será básica para llevar a cabo todos los otros cuidados. Será imprescindible desarrollar una actitud empática, así como una escucha activa y reflexiva para ser asertivos.

Una comunicación terapéutica eficaz nos servirá para favorecer la sensación de seguridad y la confianza de la paciente, nos ayudará a conocer mejor sus preocupaciones y necesidades y tendremos así oportunidad de ofrecer mejores cuidados.

VIVENCIAS DE UNA PROFESIONAL EN SU PAPEL DE PACIENTE: VIVIR CON UN CÁNCER DE MAMA

Ejarque B

Servicio de Radiología. Programa de Cribado del Cáncer de Mama IDIMAS. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción

Vivir y luchar contra un cáncer me ha enseñado más lecciones que años de estudio y trabajo. Siempre había tenido la sensación de que esto le pasaba al resto de la gente, a mí no... y de pronto te encuentras dentro de una situación que has vivido como profesional pero en la que ahora eres tú el protagonista. Pasas de dar consejos y coger la mano a escuchar y que te acaricien, por cierto, no dejéis de hacerlo, eso nunca se olvida, os puedo describir la cara de todas las personas que alguna vez me cogieron la mano.

La cosa funciona así: al principio estás aterrado. En mi caso sabía demasiado. Siempre tienes la esperanza de librarte de algún tratamiento, eso como paciente, pero tienes la certeza de lo que hay que hacer como profesional.

El cáncer me quitó algunas cosas: un trocito de pecho, 25 ganglios axilares, el pelo y el sabor durante 6 meses. Eran cosas importantes para mí, pero con el tiempo la lista de pérdidas se hace más pequeña.

Al principio pensaba que el cáncer me estaba robando mi vida. Tienes que dejar tu trabajo, tu actividad diaria, tus vacaciones, tus fines de semana, algunos *hobbies*... Pero llega un día que te descubres riendo, disfrutando y saboreando como cuando eras niña y vivías las primeras experiencias. Eso me ha dado el cáncer: pasé de pensar que me quitaba un año de mi vida, a que simplemente lo aplazaba y vivía una experiencia mucho más interesante.

Seguiré por la lista de cosas que me ha dado el cáncer, os puedo decir que ahora sé quién soy, sé cómo es la gente que me quiere, sé qué cosas son importantes, sé mis límites, he vuelto a descubrir el sabor de las naranjas, sé ponerme un pañuelo, maquillarme, he descubierto el humor como válvula de escape, todo esto sin mencionar a la gente que he ganado.

El diagnóstico

Quiero hacer el repaso de toda esta etapa con vosotros. Ya os he hablado del principio. Cuesta mucho oír tu diagnóstico: para mi fue la peor fase, lo tienes que asimilar y explicar, no sabes hasta dónde llega tu enfermedad, y todavía no conoces tu resistencia.

Después de la eco, mamografía y biopsia, que como podéis imaginar, me hicieron con mucho cariño, decidí tratarme en otro hospital, ya que quería separar mi trabajo de mi enfermedad. De los hospitales de la ciudad, me asesoré y la decisión fue unánime: elegí el Hospital Clínic de Barcelona.

No os imagináis lo que es salir de la consulta del cirujano con 6 peticiones de pruebas en una mano y las peores expectativas de lo que te viene encima en la otra. En ese momento empezaba una peregrinación por un hospital de 839 camas y 3.971 trabajadores. Tenía que programar las pruebas necesarias para la operación y conocer la extensión de mi enfermedad.

En este momento estás en shock. Unas hojas con el teléfono de contacto, órdenes sencillas con los pasos a seguir, siempre con la indicación de dónde hay que ir, son de gran ayuda, además de la que te podría ofrecer una gestora de casos.

Empiezan las pruebas de extensión. En mi caso, me practicaron una resonancia magnética de mama. Sabes que de esta prueba depende el abordaje de la operación y que también puede hacer más agresivo el tratamiento. Te desnudas, entras en una sala helada, te pinchan, te “encajan” en la bobina (no siempre es fácil) y te dicen que tienes que estar muy quieta durante 20-30 minutos. En cuanto oyes que cierran la puerta empiezas a temblar, no sabes si es por frío o por miedo. Empiezan los ruidos. En el mejor de los casos te han avisado, pero si no, el susto hace que te muevas y en ese momento oyes la voz del técnico recordándote que te estés quieta. Intentas controlar los temblores y no puedes porque se sincronizan con el ruido. Por tu cabeza sólo pasan las palabras del técnico: “no te muevas durante 20-30 minutos.”

Tras pasar por esta experiencia se pueden obtener tres consejos:

1. *Tapad al paciente. Aunque sea sólo con una sábana, ya que la sensación de intimidad y de confort lo relajará lo suficiente para que no note el “frío” de la sala.*
2. *Explicad que hay movimientos naturales como la respiración y los temblores que no afectarán a la prueba.*
3. *Debe existir comunicación con el paciente entre cada secuencia para explicar que lo está haciendo bien.*

Al día siguiente me practicaron la gammagrafía osea. El segundo pinchazo. Esta vez no te tienes que quitar la ropa, y al principio lo agradeces, pero cuando la gammacámara se acerca al pecho notas un calor sofocante que llega a ser insostenible cuando la tienes en la cabeza. El examen acaba y compruebas que no te has derretido, le comentas al técnico el calor que desprende la máquina y se ríe: eres tú y la sensación de agobio.

El tercer día lo dediqué a la ventriculografía. Otro pinchazo. Esta vez llevaba tres noches sin dormir y me quedé dormida en la mesa de exploración.

Al día siguiente analítica (pinchazo), placa de tórax y electrocardiograma. En este tipo de pruebas te encuentras con profesionales que trabajan de forma automática, y a veces su trato no es el más adecuado (ellos no saben por qué te operan). La mayoría no entiende tu nerviosismo ni tu prisa. La presión asistencial les ahoga, pero es importante que no olviden que trabajan con personas, con historias, con vidas.

Una vez superadas las pruebas de diagnóstico y extensión sabes que el próximo paso es la intervención. Cuando llegas a este punto ya te manejas como uno más en el hospital, conoces el bar, bastantes servicios y muchos profesionales.

El día de la operación

El día antes de la intervención tuve que ir por la mañana para hacer el ganglio centinela. Ese día no hace falta que te quedes ingresada, puedes ir a comer fuera, pero el permiso no dura mucho. A las cuatro debes estar en tu habitación. Te toman la presión, la temperatura, te pesan y te realizan otra analítica.

Estrenas tu primer pijama abotonado por delante, pero sólo eso, estrenarlo, porque te piden que te pongas la bata blanca y nada más, mucho más práctico.

Llega la cena y con ella la noche. Te traen un tranquilizante si lo ha dejado pautado el anestesista y cuando estás cogiendo el sueño, llega una enfermera. Se presenta como tu enfermera de noche, al poco rato vuelve a entrar, te pone el termómetro y se va, para volver a recogerlo a los pocos minutos. A las 6 te despiertan, te tienes que duchar y ponerte el kit de quirófano, para volver a la cama a esperar al celador, que no llegará antes de las 8.

Y por fin llegas a quirófano, del que no tengo muchos recuerdos gracias a la anestesia.

Cuando vuelves a la habitación estás contenta, crees que ya has pasado lo peor.

Por fin duermes y te dejan descansar. Pero no te dan de comer ni te dejan levantar para ir al baño. Si insistes en que ya tomas agua, quizás te ganes un caldito y un flan para cenar. Llega la noche y otra enfermera de ese turno se presenta, zumo o leche, termómetro más tarde y sorpresa: a las 6 vienen a lavarte.

Llegados a este punto, también de esta experiencia se pueden plantear algunos interrogantes: sé que las plantas están desbordadas, pero no creo que haga falta seguir el mismo protocolo para todos. Si estudiáramos cada paciente por separado nos ahorraríamos mucho trabajo, ¿necesitamos realmente la temperatura cada 4 horas?

¿Todos los pacientes están incapacitados para lavarse?, ¿a todos les conviene un zumo a media noche? Si cada vez se utiliza más la cirugía ambulatoria en el cáncer de mama, deberíamos considerar más independientes a los pacientes que quedan ingresados.

En casa vas recuperando la fuerza a la vez que se va retrayendo el brazo. Empiezas la rehabilitación en el grupo de mama con cierto recelo. Pero poco a poco sientes que las otras personas de tu alrededor están en tu misma situación. Todo el mundo entiende tus sentimientos, compartes sensaciones, experiencias, consejos. Cada una encuentra lo que busca.

Por todo ello es importante que cada hospital busque la fórmula de poner en contacto a pacientes en la misma situación, ya sea con aulas de salud, clases de rehabilitación o grupos de autoayuda.

La quimioterapia

Llega la primera "quimio". Buscas a la enfermera que te pondrá el tratamiento y recorres un largo pasillo con todas las habitaciones abiertas, donde te ves reflejada en unas semanas. Lo que más impresiona la primera vez es sentarte en el sillón de tratamiento. Una vez finalizado el primer tratamiento te explican los efectos secundarios y te dan una hoja con la pauta de la medicación y un teléfono de contacto.

Ir al hospital de día no es muy divertido, tienes que estar allí horas, después de un día que ha empezado con la analítica a las 7:30 h. A veces tu compañero de habitación no es lo que necesitas, su estado no es como el tuyo, no siempre tienes ganas de hablar y sabes que el tema siempre es el mismo.

Las enfermeras del hospital de día son un puntal básico en este proceso. Son cariñosas, tienen habilidades comunicativas y en todo momento saben lo que necesitas, pero no todo depende de ellas. A veces, cambios de horarios de última hora pueden representar un problema. Aunque el paciente esté de baja, sus acompañantes no y hacen un gran esfuerzo por aunar horario laboral con los largos tratamientos.

El siguiente paso es prepararte para los efectos de la quimio: buscar una peluca, pañuelos, turbantes o sombreros. Os invito a ir a una tienda especializada.

Vivo en una ciudad con una gran oferta comercial y gracias a ello pude encontrar todo lo que necesitaba, sin tener que recurrir exclusivamente a centros especializados en cáncer de mama. Los pacientes en estos momentos están de baja y tienen que hacer frente a muchos gastos extra, durante lo menos varios meses.

Por eso quiero recordar que hay que tener cuidado con las recomendaciones. Antes de mencionar una marca, explicad lo que es realmente necesario, por ejemplo si necesitamos cremas hidratantes, el requisito es que no lleven alcohol y no hace falta que sea una crema de venta exclusiva en farmacias.

La radioterapia

Cuando empecé la radioterapia me aconsejaron usar sujetadores 100% algodón y sin aros (los que llevaba me apretaban demasiado), cremas de alta hidratación, dejar de usar desodorante y protección solar. En cada sesión de radioterapia me indicaban un tópico. Pero fue gracias a la experiencia de otras pacientes que supe que me podía poner una gasa de algodón entre la piel y el sujetador, utilizar aceite de oliva como hidratante o que la planta de aloe calmaba las irritaciones.

Y al final del camino, la braquiterapia

Y el tratamiento finalizó con la braquiterapia, cosa que me aterraba. Mi radioterapeuta me explicó que estaría dor-

mida y que no notaría dolor durante la colocación de las semillas, pero lo que a mi me asustaba era estar tres días sola en una habitación de hospital.

Una mañana durante las curas de radioterapia, la enfermera se dio cuenta de que la "braqui" me abrumaba. No le quitó importancia al tratamiento, sabía que era duro, pero le dio la vuelta, me dijo: "Tómatelo como una cura de sueño. En la habitación es muy difícil concentrarte, así que llévate lectura ligera, revistas y alguna maquinita de entretenimiento. Te pasará volando." Y así fue. Entre el teléfono, la televisión y las revistas no me dio tiempo a pensar.

Del consejo de la enfermera pude concluir que a veces nos obstinamos en explicar ciertas cualidades de un tratamiento y sin embargo las preocupaciones del paciente son otras.

Conclusiones

La Medicina y los profesionales están en constante evolución. Pero muchas veces se olvida que los pacientes también. Como pacientes cada vez estamos mejor informados, demandamos una atención más personalizada y queremos formar parte de la toma de decisiones. Como paciente y profesional tengo la sensación de que las cosas se hacen bien, pero creo que aún se pueden mejorar.

Muchas de las mejorías dependen de nuestros superiores y políticos. Los técnicos y enfermeras, por nuestra proximidad al paciente, podemos mejorar sutilezas que no dependen de agendas ni presupuestos y que los pacientes pueden vivir como una gran ayuda.

Uno de los consejos fundamentales es que deberíamos tener cuidado con nuestras expresiones. Aunque los pacientes estén en shock se acordarán de datos que nosotros decimos con la esperanza de animar.

Os invito a hablar de futuro. Es una etapa que se puede superar y hacer planes de futuro no sólo es bueno, sino necesario.

ROL DE LA ENFERMERA ANTE LA COMUNICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS GRAVES: UNA PALABRA, UN GESTO, UN SENTIMIENTO... ABIERTOS A LA ESPERANZA

Ligoiz M

Neuróloga. Barcelona

En Australia se creó una ley para prohibir una costumbre tribal en la que si alguien levanta un cuerno de animal a otra persona, esta sabe que morirá sin remedio; es una sentencia de muerte en la que la persona morirá sin que nadie intervenga directamente en nada. Debido a muertes producidas tras estos hechos sin causa aparente se dictó dicha ley para evitar estos acontecimientos. Con esta ley en un mundo que adora la racionalidad se muestra que, pese a todos los razonamientos, hay procesos mentales que provocan reacciones importantes en el cuerpo, incluida la muerte.

En 1997, en una penitenciaría de St. Luois, se experimentó con un condenado a muerte: a J. W. L. se le dio a elegir entre la silla eléctrica o morir sin dolor en una camilla, se le harían dos pequeños cortes en las muñecas y se desangraría, se iría desvaneciendo sin dolor. El recluso eligió esta segunda opción. Con los ojos vendados se le hicieron pequeños cortes con un bisturí sin profundidad, pero se le hizo resbalar lentamente por sus manos un hilo de agua templada, por lo que creía que era su propia sangre. El recluso murió creyendo estar desangrándose sin haber perdido una sola gota de sangre.

La palabra *cáncer* tiene un componente emocional intenso que a lo largo del tiempo y tras existir técnicas de diagnóstico precoz y nuevos tratamientos cada día más efectivos, no ha perdido el poder de sumir en la tragedia a quien la recibe. El personal sanitario sigue a menudo teniendo la misma concepción. Parece que levantásemos “el cuerno” a alguien, anunciándole su muerte cuando pronunciamos la palabra *cáncer*. Aparece entonces a gran velocidad la película de acontecimientos esperados y aprendidos de unos a otros.

¿Cómo interviene nuestro cerebro en el proceso de enfermedad o recuperación? ¿Cómo influyen nuestros gestos, palabras y creencias sobre las personas enfermas? ¿Cómo nos influimos mutuamente el personal sanitario para vivir y transmitir la esperanza o desesperanza?

Las palabras, gestos, silencios o disimulos muestran nuestras propias creencias de lo que puede esperar una persona ante el diagnóstico. Los profesionales de la salud mostramos expresiones inmediatas a quien nos observa, que irá escudriñando los más mínimos movimientos para leer el mensaje emocional, siendo este el que más le interesa y el que más le impactará.

¿Qué creencias tenemos arraigadas con respecto al cáncer el personal sanitario? ¿Creemos en su recuperación definitiva? ¿Qué niveles de esperanza podremos transmitir para activar mecanismos cerebrales que ayuden en el proceso, sea cual sea su final?

¿Cómo vivimos la comunicación con las personas enfermas? ¿Hemos aprendido a afrontar la vida y la muerte?

Diferentes culturas reaccionan de forma muy distinta ante el hecho de la muerte, unas como un proceso natural para cuidarlo y preparar a la persona ante un paso importante lleno de dignidad, comunicación y sosiego, otras como un trágico fracaso, lleno de resistencias, silencios y disimulos que impiden una ayuda hacia una muerte más respetuosa y serena.

La enfermedad no tiene por qué ser un fracaso o una desesperación, muchas personas ante ella cambian profundamente su escala de valores y reaccionan ante lo que sin ella no se hubiesen atrevido a hacer. La situación nos enfrenta, no sólo a la enfermedad o al dolor, sino también al sentido de la existencia, a las elecciones que hemos hecho o las posibilidades que hemos dejado pasar.

Hay muchas personas que agradecen a su enfermedad de lo que les hizo ser consciente y los cambios generados en sus vidas, mejorando sus relaciones, su sentido vital y sus acciones. Incluso ante la muerte cercana la persona encuentra los cambios internos que le llevan a concluir temas pen-

dientes y a resolver crisis internas que le ayudan a vivir la muerte de manera muy diferente. La sanación no siempre implica evitar la muerte o prolongar la vida, ya que puede ir mucho más allá de los síntomas.

A menudo vivimos muchas experiencias en la vida para las que no tenemos desarrolladas habilidades y recursos personales para canalizarlas con armonía y salud, ello genera un estado fisiológico y emocional general alterado, con sus consecuencias a corto y largo plazo, tanto en nuestra vida cotidiana como en el deterioro progresivo de la salud, afectando a puntos débiles personales o favoreciendo el desarrollo de diferentes enfermedades.

A nivel cerebral, el componente emocional se asienta de forma mucho más intenso en el hemisferio derecho, que afecta fundamentalmente a la parte izquierda del cuerpo, es demasiado frecuente encontrar estadísticas de mujeres que tras una pérdida de un ser muy querido u otra experiencia traumática relacionadas con pérdidas muestre tras un año o dos microcalcificaciones en la mama izquierda.

Normalmente se obvia demasiado el componente emocional, sin darle el valor y el grado adecuado de importancia tanto en la posible aparición de la enfermedad como en su tratamiento y recuperación. No todo se cura con tratamientos médicos, si no abordamos las deficiencias personales, tanto de la persona enferma como de los profesionales de la salud para afrontar las crisis, estaremos perjudicando un proceso que podría ser más efectivo y constructivo.

Nuestros miedos demasiadas veces provienen de nuestras creencias y peligros que generamos en nuestra mente, nuestros hábitos ante los cambios pueden significar el mirar con mayor o menor perspectiva las situaciones de enfermedad o muerte que se nos presenten y vivirlas de formas muy diferentes.

Ante un diagnóstico dado es frecuente poder pensar en que esa persona no tendrá cura y sentir lástima y dolor, dirigiendo nuestras acciones hacia una “realidad” que creemos que tienen que aceptar. Demasiado frecuentemente se instalan alrededor de esa persona silencios estremeedores de quienes le rodean, mezclados con risas forzadas y dispersión ante lo que nadie sabe o puede afrontar porque nunca nos hemos preparado para ello ni ha significado a nivel educativo una de las prioridades vitales.

Esos silencios, disimulos y falsas esperanzas cargadas de gestos negadores de las mismas, provocan un aislamiento y falta de comunicación general muy perjudicial para el cerebro genere los mecanismos necesarios para modificar la situación.

Tan peligroso puede ser obviar la situación, como si nada estuviese ocurriendo como defender un “realismo” plagado de experiencias anteriores que no permita el darnos cuenta de que no lo sabemos todo, ni siempre ocurre lo que esperamos que ocurra. Hay mecanismos internos que causan cambios drásticos en la evolución de la enfermedad, con sorpresas inesperadas en la que la persona parece haber provocado una reacción muy favorable, pese a nuestras expectativas.

La literatura médica las contempla y valora demasiado poco y podría ayudarnos a ser más humildes en cuanto a que nunca sabemos lo que un ser humano puede generar o encontrar por otros medios diferentes a los nuestros.

Confiar en que la enfermedad puede llevar a cambios constructivos y sanos en la vida, a curaciones no esperadas o a una muerte diferente a la que estamos acostumbrados abre la puerta a una esperanza quizá no contemplada a menudo.

Los mecanismos y capacidades cerebrales no se están activando como elementos importantes en los tratamientos, esto hace perder un potencial muy valioso como elemento terapéutico. Ayudar a la persona enferma a que intervenga directamente, aunando sus capacidades con los estímulos sanitarios sería un camino de intervención más consciente con la vida.

Si no desmitificamos nuestros tabúes, como la muerte, las expectativas y la palabra *cáncer*, le seguiremos dando un poder de aniquilación. Desmitificar quita ese poder y acerca la posibilidad de la esperanza, algo que a todos nos corresponde por derecho vital.

¿Podríamos cambiar la palabra *cáncer* por otra nueva que no contenga todo un pasado trágico emocional? ¿Qué efectos produciría en nuestro cerebro?

Los procesos cerebrales y las capacidades naturales pueden ser activados para mejorar el proceso, disminuyendo o evitando efectos secundarios de los tratamientos, mejorando la inmunidad, el estado general y el ánimo, así como una mejor comunicación, esencial en estos momentos.

Existen en la actualidad muchos estudios científicos que han corroborado las importantes mejoras por la inclusión de técnicas como la relajación y la imaginación guiada en los protocolos de tratamientos, consiguiéndose excelentes resultados, con disminución significativa del número de casos de metástasis, mayor número de recuperaciones y también en otros casos muertes más dignas.

El desarrollo de habilidades emocionales y comunicativas en los sanitarios, así como la implicación y estimulación de recursos naturales en las personas enfermas, conforman un marco de mejoras muy importantes tanto en unos como en otros.

¿Cuándo dejamos de ser estimulantes y efectivos el personal sanitario? ¿Cuándo nos sentimos “quemados” y hemos perdido la esperanza? ¿Qué tipo de efectos provocamos?

Puede ocurrir que en una profesión lleguemos a determinadas deformaciones. Un policía podría llegar a ver delincuentes en la mayoría de las personas y su desconfianza llevarle a considerar a todos culpables mientras no se demuestre lo contrario. A nivel sanitario, en Oncología, podemos llegar a ver demasiadas muertes sin canalizarlas adecuadamente, esto puede provocar generalizaciones y desánimos con cierta indiscriminación.

¿Cómo eliminamos tensiones, miedos proyectados y dudas?

Un/a gimnasta tendrá que desarrollar diversas habilidades específicas, un actor o actriz, un empresario/a o experto/a en bolsa otras. ¿Qué habilidades necesitan los profesionales de la salud en Oncología?

La formación en habilidades y recursos emocionales en este sentido la considero indispensable a lo largo de los años académicos y en su defecto en postgrado y formación continuada, y no hablo de un curso de unos días, hablo de un proceso formativo continuado que permita el desarrollo e inte-

gración de habilidades emocionales necesario, con todo lo que ello conlleva.

Aprender a vivir y aprender a morir es una asignatura indispensable en todo ser humano, podemos aspirar a algo más que a resistirnos a los cambios: a sufrir y sobrevivir.

Bibliografía recomendada

1. Adams P. Humour and love: the origination of clown therapy. *PMJ* 2008. www.postgramedij.com.
2. Ader R, Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Annu Rev Psychol* 1993; 44: 53-85.
3. Allami N, Paulignan Y, Brovelli A, Boussaoud D. Visuo-motor learning with combination of different rates of motor imagery and physical practice. *Exp Brain Res* 2008; 184: 105-13.
4. Bakke AC, Purtzer MZ, Newton P. The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1131-7.
5. Bartolomeo P. The neural correlates of visual mental imagery: an ongoing debate. *ScienceDirect. Cortex* 2008; 44: 107-8.
6. Bennett MP, Lengacher C. Humor and laughter may influence health: III. Laughter and health outcomes. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; 5: 37-40.
7. Campbell S, MacQueen G. The role of the hippocampus in the pathophysiology of major depression. *J Psychiatry Neurosci* 2004; 29(6).
8. Carlson LE, Speca M, Kamala DP, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003; 65: 571-81.
9. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003; 65: 571-81.
10. Contreras F, Esguerra G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas-perspectivas en psicología* 2006; 2(2): 311-9.
11. De Lange FP, Roelofs K, Toni. Motor imagery: a window into the mechanisms and alterations of the motor system. *ScienceDirect. Cortex* 2008; 44: 494-506.
12. De Vries S, Mulder T. Motor imagery and stroke rehabilitation: a critical discussion. *J Rehabil Med* 2007; 39: 5-13.
13. Dean R. Humor and laughter in palliative care: an ethnographic investigation. *Palliat Support Care* 2004; 2(2): 139-48.
14. Donaldson VW. A clinical study of visualization on depressed white blood cell count in medical patients. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2000; 25(2): 117-28.
15. Ernst C, Olson AK, Pintel JP, Lam RW, Christie BR. Antidepressant effects of exercise: evidence for an adult-neurogenesis hypothesis? *Rev Psychiatr Neurosci* 2006; 32(2).
16. Fredrickson BL, Tugale MM. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on September 11th, 2001. *J Personal Social Psychol* 2003; 84(2): 365-76.
17. Fredrickson BL. El poder de los buenos sentimientos. *Mente y cerebro. Scientific American* 2004; 8: 74-8.
18. Gaggioli A, Morganti F, Walter R, Meneghini A, Alcaniz M, Lozano, JA, et al. Training with Computer-supported motor imagery in post-stroke rehabilitation. *Cyber Psychol Behav* 2004; 7(3).
19. Gentili R, Papaxanthos C, Pozzo T. Improvement and generalization of arm motor performance through motor imagery practice. *Neuroscience* 2006; 137: 761-72.
20. Hasón-Utley JJ, Martin S, Walters J. Athletic trainers' and physical therapists' perceptions of the effectiveness of psychological skill within sport injury rehabilitation programs. *J Athl Train* 2008; 43(3): 258-64.
21. Hayashi T, Tsujii S, Iburu T, Tamanaha T, Yamagami K, Ishibashi R, et al. Laughter up-regulates the genes related to NK cell activity in diabetes. *Biomed Res* 2007; 28(6): 281-5.
22. Hegarty M. Mechanical reasoning by mental simulation. *Trends Cogn Sci* 2004; 8(6).
23. Hernandez-Reif M, Field T, Ironson G, Beutler J, Vera Y, Hurley J, et

- al. Natural killer cells and lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. *Intern J Neuroscience* 2005; 115: 495-510.
24. Lacourse MG, Orr ELR, Cramer SC, Cohen MJ. Brain activation during execution and motor imagery of novel and skilled sequential hand movement. Elsevier. *Neuroimage* 2005; 27: 505-19.
 25. Lengacher CA, Bennett MP, Gonzalez L, Gilvary D, Cox CE, Cantor A, et al. Immune responses to guided imagery during breast cancer treatment. *Biol Res Nurs* 2008; 9: 205. DOI: 10.1177/1099800407309374.
 26. Lotze M, Halsband U. Motor Imagery. *J Physiol* 2006; 99: 386-95.
 27. Marshall GD Jr, Agarwal SK. Stress, immune regulation, and immunity: applications for asthma. *Allergy Asthma Proc* 2000; 21.
 28. McEwen BS. Stress and hippocampal plasticity. *Ann Rev Neurociencia* 1999; 22: 105-22.
 29. Mellet E, Petit L, Mazoyer B, Denis M, Tzourio N. Reopening the mental imagery debate: lessons from functional anatomy. *Neuroimage* 1998; 8: 129-39.
 30. Moore CW. The impact of humor on patients with cancer. *Clinic J Oncol Nurs* 2005.
 31. Mulder T. Motor Imagery and action observation: cognitive tools for rehabilitation. *J Neural Transm* 2007; 114: 1265-78.
 32. Nice to know you: positive emotions, self-other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. Waugh CE, Fredrickson BL. *J Posit Psychol* 2006; 1(2): 93-106.
 33. Padgett DA, Glaser R. How stress influences the immune response. *Trends Immunol* 2003; 24(8).
 34. Papadelis C, Kourtidou-Papadeli C, Bamidis P, Albani M. Effects of imagery training on cognitive performance and use of physiological measures as an assessment tool of mental effort. *ScienceDirect. Brain and Cognition* 2007; 64: 74-85.
 35. Penson RT, Partridge RA, Rudd P, Seide MV, Nelson HE, Chabner BA, et al. Laughter: the best medicine? *The Oncologist* 2005; 10: 651-60. www.theoncologist.com.
 36. Reid MR, Drummond PD, Mackinnon LT. The effect of moderate aerobic exercise. *Int J Sports Med* 2001; 22(2): 132-7.
 37. Sanz Ortiz J. El humor como valor terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2002; 199(19): 734-7.
 38. Segerstrom SC. Optimism and immunity: do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain Behav Immun* 2005; 19: 195-200.
 39. Lee AL, Ogle WO, Sapolsky RM. Stress and depression: possible link to neuron death in the hippocampus. *Bipolar Disord* 2002; 4: 117-28.
 40. Torres Jiménez A, Robert A, Tejedor A, Boget T, Pérez de los Cobos J. Indefensión aprendida y dependencia de sustancias. *Trastornos adictivos* 2006; 8(3): 168-75.
 41. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Personal Social Psychol* 2004; 86(2): 320-33.
 42. Valdimarsdottir Hb, Stone AA. Psychosocial factors and secretory immunoglobulin A. *Crit Rev Oral Biol Med* 1997; 8(49): 461-74.
 43. Vázquez C. La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo* 2006; 27(I): 1-2.
 44. Walter LG, Heys SD, Walter MB, Ogston K, Millar ID, Hutcheon AW, et al. Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *Eur J Can* 1999; 35(13): 1783-8.
 45. Walter LG, Walter MB, Ogston K, Heys SD, ah-See AK, Millar ID, et al. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *Br J Can* 1999; 80(1/2): 262-8.