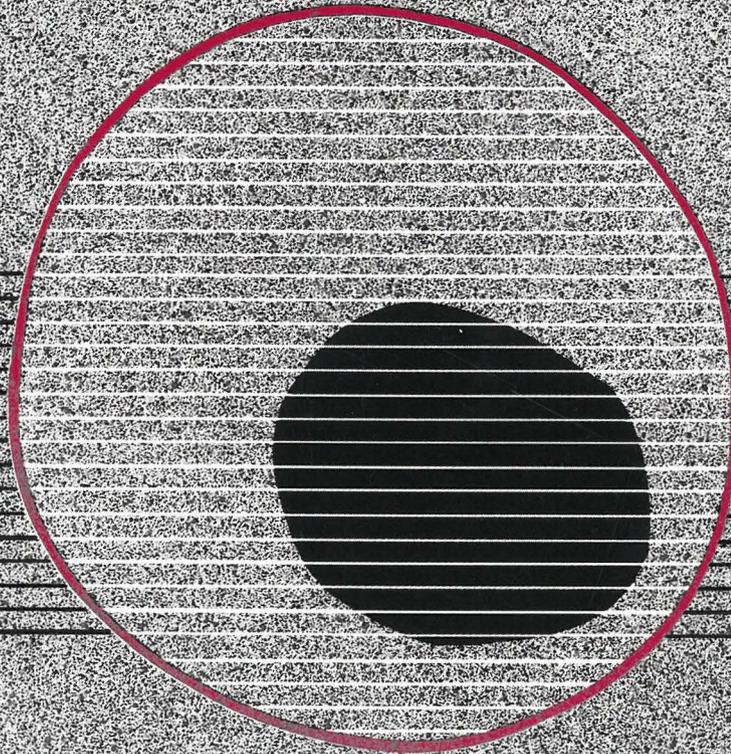


revisiones en

# CANCER

## TRATAMIENTO DE APOYO EN EL PACIENTE CANCEROSO II

VOL. 20, NUM. 1, 2006



ARAN

revisiones en

---

# CANCER

## SUMARIO

**VOL. 20**

**NÚM. 1**

Tratamiento quirúrgico de las metástasis vertebrales J. L. Cebrián Parra, A. Francés Borrego, C. León, P. Gallego Juncal, F. Marco Martínez, L. López-Durán Stern	1
El uso de catéteres intravenosos centrales en oncohematología J. Besalduch, A. Sampol	8
Intervención psicológica en pacientes con cáncer C. Yélamos Agua, B. Fernández Sánchez	14
Rehabilitación social del enfermo de cáncer B. Fernández Sánchez, C. Yélamos Agua	22
Papel de la enfermería ante el paciente con cáncer C. Vila	28
Evolución del lugar de fallecimiento en enfermos de cáncer: factores condicionantes J. Gustavo Catalán	32

# Tratamiento quirúrgico de las metástasis vertebrales

J. L. CEBRIÁN PARRA, A. FRANCÉS BORREGO, C. LEÓN, P. GALLEGO JUNCAL, F. MARCO MARTÍNEZ,  
L. LÓPEZ-DURÁN STERN

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

## RESUMEN

El tratamiento de los pacientes con metástasis vertebral actualmente presenta muchas controversias. Los avances en las pruebas radiodiagnósticas y en las técnicas quirúrgicas han mejorado mucho los resultados. Pese a esto, existe una falta de criterios clara que determine la estabilidad de la lesión y que nos permita indicar el momento de la cirugía. Se revisa el manejo quirúrgico así como los diferentes sistemas de estadificación para determinar el tratamiento quirúrgico más adecuado en este difícil campo de las metástasis vertebrales.

**PALABRAS CLAVE:** Metástasis. Vértebra. Técnicas quirúrgicas. Clasificación.

## ABSTRACT

*Treatment of patients with metastatic disease of the spine continues to be a challenging problem. Advances in imaging studies and surgical techniques have improved patient outcomes with operative intervention. However, the lack of a validated set of criteria to determine spinal instability makes patient selection for surgical intervention difficult. Multiple classification systems that assist surgeons in determining appropriate operative candidates have been proposed. We will review current information on the evaluation and treatment of metastatic disease of the spine and discuss classification systems that assist in determining appropriate operative candidates.*

**KEY WORDS:** *Metastatic disease. Spine. Surgical techniques. Classification.*

## INTRODUCCIÓN

Las metástasis óseas constituyen la neoplasia más frecuente del sistema esquelético. En EE.UU. se diagnostican aproximadamente 18.000 nuevos casos por año de metástasis vertebrales (1,2). Aproximadamente el 60% de estas metástasis son secundarias a cánceres de mama, pulmón, próstata y mielomas (3).

La columna vertebral es la localización más frecuente de implantes óseos metastáticos, siendo el responsable de un 30 a un 70% de todas las metástasis (4,5). Antes de los años 70 este problema se abordaba con una actitud fatalista por parte de los médicos. La asociación de dolor, mala calidad de vida y un pronóstico muy pobre cerraban las vías de cualquier tratamiento. Actualmente gracias al

aumento en la supervivencia de estos pacientes, el cirujano ortopédico es solicitado con más frecuencia para evaluar lesiones con riesgos de fracturas o fracturas ya establecidas con el fin de mejorar de forma significativa la calidad de vida. Sin embargo el manejo y tratamiento de las metástasis vertebrales continúa planteando serios problemas para el cirujano. Los avances realizados en el tratamiento médico, los estudios de imagen y la optimización de las técnicas quirúrgicas de escisión y estabilización son de gran ayuda para el cirujano, pero existe una importante falta de criterios adecuados que predigan la inestabilidad mecánica y el riesgo de compresión medular y que nos permitan indicar el momento de la cirugía así como decidir que técnica concreta es la más adecuada en cada paciente (6).

El uso de los bifosfonatos ha reducido sustancialmente la necesidad de intervenciones quirúrgicas sobre todo en la columna. A esto hay que añadirle la utilización de drogas anticancerosas cada vez más eficaces y selectivas. También la radioterapia juega un papel importante en el manejo de las metástasis óseas. Las indicaciones primarias de la radioterapia en el campo del dolor por lesiones musculoesqueléticas son el dolor óseo debido a la metástasis y compresión neurológica de la columna vertebral. Los índices de respuesta son tan altos como del 70 al 80% con una mejoría que se puede observar en el plazo de dos semanas. Sin embargo la radioterapia no protege de la progresiva evolución de una vértebra con un implante osteolítico del colapso, como tampoco se consigue una restauración espontánea de una vértebra colapsada espontáneamente ni de una inestabilidad de columna, en ausencia de tratamiento quirúrgico, con los tratamientos conservadores (7). Continúan existiendo un alto número de pacientes que presentan implantes vertebrales que no responden adecuadamente a estos tratamientos y que requieren soluciones quirúrgicas (7).

## DIAGNÓSTICO

### CLÍNICA

La forma más frecuente de presentación de la metástasis vertebral es el dolor. Suele ser un dolor progresivo que aumenta según crezca la lesión y se acompañe de inestabilidad arquitectural de la vértebra.

Los síntomas neurológicos de compresión suelen ocurrir de forma tardía en la evolución del paciente canceroso, pero cuando ocurren supone una merma importantísima en la calidad de vida del paciente. El déficit neurológico progresivo se produce generalmente por dos causas fundamentales: reemplazo de la vértebra por el tumor, con debilitamiento mecánico y fractura patológica que progresa lentamente, o por invasión y acumulación tumoral directa en el canal medular. Algún síntoma de debilidad motora puede presentarse hasta en el 76% de los pacientes con implantes vertebrales, de estos un 17% presentará una paraplejía en su evolución (8). Raramente la presentación clínica será la de una paraplejía aguda, sin patología compresiva previa, sin embargo un implante que produzca un déficit de compresión neurológica progresiva es una situación que requiere una evaluación médica urgente. Por otra parte, aquellos pacientes con déficit severo o rápidamente progresivo presentan un claro peor pronóstico (9).

### PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Las técnicas de radiodiagnóstico son especialmente importantes en el asesoramiento de estas lesiones. El ideal sería aquella prueba que presentara una sensibilidad y especificidad del 100%, sin embargo, ninguna técnica de imagen aislada presenta estas características, y con frecuencia es necesaria la realización de varias.

Las radiografías simples son de gran ayuda para una primera aproximación ante un paciente con dolor de espalda, por su accesibilidad y bajo coste. Permite diferenciar tres tipos de lesiones: osteolíticas, blásticas o mixtas. En el caso de lesiones osteolíticas que destruyan el hueso trabecular en menos de un 50%, estas pueden pasar desapercibidas con esta técnica de estudio (10).

La gammagrafía ósea con tecnecio es una prueba de despistaje muy útil, permitiendo la valoración de todo el esqueleto en una sola imagen; aunque hay que tener en cuenta el alto porcentaje de falsos negativos (mieloma múltiple, cáncer renal, tiroides) (11).

La tomografía axial computerizada (TAC) es de gran ayuda, especialmente para definir la integridad ósea. Junto con la resonancia magnética (RM) son generalmente las pruebas de elección para evaluar la técnica quirúrgica en este tipo de patologías, pues nos informan de la afectación ósea, la destrucción del muro posterior, la extensión de partes blandas así como la compresión medular, y otros datos como el diagnóstico diferencial con fracturas osteoporóticas, valorar la respuesta al tratamiento, etc. La RM presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 97% (12). Es por tanto un método de evaluación fundamental para el cirujano actualmente, antes de decidirse a intervenir.

El diagnóstico de confirmación se realiza mediante una biopsia. Pueden presentarse principalmente en dos formas: o bien el tumor de origen es conocido o bien es una lesión vertebral de origen desconocido sospechosa de ser un tumor. En este segundo caso debe realizarse la biopsia después de completar el estudio diagnóstico que incluye las pruebas de imagen de la lesión a biopsiar, TAC de tórax y abdomen y las pruebas de laboratorio adecuadas (13). Si el tumor primario ya es conocido puede no ser necesaria la realización de biopsias previas a la cirugía, salvo que se dude de la lesión vertebral con otras causas (fracturas osteoporóticas, osteomielitis). La biopsia puede realizarse a cielo abierto o bien percutánea. La biopsia percutánea ofrece una serie de ventajas entre las que destaca una menor contaminación y una menor morbilidad. Su principal inconveniente sería el presentar una menor tasa de diagnósticos por material insuficiente. Mink (1986) (14) en 153 biopsias percutáneas presenta una efectividad en el diagnóstico del 95%, con una tasa de complicaciones del 0,7%, derivadas del sangrado tras esta.

## EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes con metástasis vertebral es paliativo. El objetivo principal es procurar al paciente la máxima calidad de vida permitiendo estar libre de dolor y con una función neurológica normal. En muchos pacientes esto se puede conseguir con tratamientos quimioterápicos, hormonoterápicos, bifosfonatos o radioterapia. Sin embargo en determinados pacientes la mejor opción sigue siendo el tratamiento quirúrgico para mejorar y sobre todo no empeorar su calidad de vida.

## INDICACIONES

No existe un consenso claro sobre cuándo se justifica una intervención. Exponemos unas indicaciones quirúrgicas claramente aceptadas en la literatura en las metástasis vertebrales (15):

- Dolor intratable que no responde al tratamiento no quirúrgico.
- Afectación neurológica progresiva que continúa evolucionando, incluso después de la radioterapia.
- La presencia de tumores radiorresistentes.
- La necesidad de realizar una biopsia para conseguir un diagnóstico histológico.
- Descompresión del canal neural con exéresis del tumor a ese nivel.
- Inestabilidad de columna o gran destrucción vertebral.

*¿QUÉ CIRUGÍA ELEGIR PARA CADA PACIENTE EN FUNCIÓN DE SU SITUACIÓN?*

Ante la presencia de un implante tumoral en una vértebra, la principal dificultad es obtener criterios de selección que determinen el tipo de tratamiento requerido.

La clásica estadificación de las metástasis vertebrales de Harrington (1988) (16) divide a los pacientes en 5 grupos basados en la destrucción ósea y la afectación neurológica.

- Los pacientes de la clase I no tienen afectación neurológica ni sintomatología. Se diagnostica el implante por las pruebas de imagen
- Los pacientes de la clase II presentan afectación ósea sin colapso ni inestabilidad pero con una mínima afectación neurológica o dolor moderado.
- Clase III tienen una afectación neurológica mayor manteniendo la arquitectura ósea.
- Clase IV presentan colapso vertebral pero sin compromiso neurológico.
- En la clase V presentan colapso o inestabilidad vertebral y compromiso neurológico.

El tratamiento quirúrgico se consideraba generalmente para los pacientes pertenecientes a las clases IV y V. Esta clasificación adolecía de diferentes deficiencias. Sólo estudiaba la vértebra y no evaluaba al paciente en su conjunto. No es lo mismo un paciente con cáncer de pulmón en fase terminal, con múltiples metástasis óseas y viscerales, que una paciente con cáncer de mama que responde al tratamiento médico y con la presencia de un solo implante vertebral.

Tokuhashi (1990) (17) desarrolló un sistema de evaluación en los pacientes con implantes vertebrales que permitía evaluar el pronóstico y la esperanza de vida. Este sistema se basa en seis parámetros, cada uno con diferente ítem, con lo que permite obtener una puntuación que nos aproxima a un pronóstico del paciente y en base a esto a unas recomendaciones terapéuticas. Los seis parámetros son: situación general del paciente (pobre: 0 puntos, moderada: 1 punto, buena: 2 puntos); número de metástasis óseas extraespinales (mayor o igual a 3: 0 puntos, una o dos metástasis: 1 punto, nin-



Fig. 1. Paciente con cáncer de mama. Presenta un cuadro de compresión neurológica que no mejora con radioterapia. En el estudio con RM se observa implante patológico en cuerpo vertebral dorsal con compresión medular.

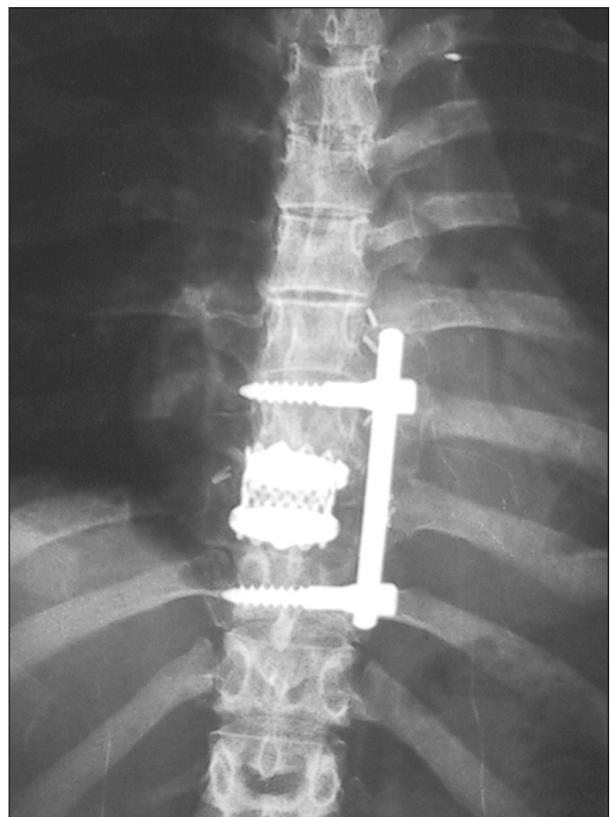


Fig. 2. Corporectomía de la vértebra y sustitución con cesta de Moss y osteosíntesis anterior.

guna: 2 puntos); número de metástasis vertebrales (mayor o igual a tres: 0, dos metástasis: 1, una: 2); metástasis viscerales (no extirpables: 0, extirpables: 1, no presenta: 2); tipo de cáncer primario (mala respuesta a la quimioterapia como pulmón o estómago: 0, medio como útero, hígado: 1, buena respuesta como mama o próstata: 2); y afectación neurológica (completa: 0, incompleta: 1 y sin afectación: 2). Basándose en este sistema de puntuación, en 64 pacientes obtuvo que aquellos pacientes con una puntuación mayor de 9 tenían una supervivencia mayor de 12 meses, en aquellos con una puntuación de 8 o menos su supervivencia era de menos de 12 meses; y aquellos con puntuación de 5 o menos, su supervivencia se reducía a menos de tres meses.

Tomita (2001) (18) propuso otro sistema de evaluación similar al anterior para permitir una estrategia de tratamiento frente a una metástasis vertebral. Utiliza sólo tres factores pronóstico: grado de malignidad del tumor primario (bajo: 1, moderado: 2, alto: 4); la presencia de metástasis viscerales (sin metástasis: 0, tratables: 2, intratables: 4); y la presencia de implantes óseos (único: 1, múltiples: 2). La suma de estos parámetros establece una puntuación pronóstica entre 2 y 10. En aquellos pacientes con puntuación entre 2 y 3 se prevé un mejor pronóstico y se recomienda una cirugía que permite un control a largo plazo de la metástasis (cirugía escisional o marginal). Para puntuaciones entre 4 ó 5, se recomienda cirugía marginal o intralesional para un control a medio plazo. Para puntuaciones entre 6 ó 7 el tratamiento quirúrgico debe de ser paliativo. Finalmente para puntuaciones entre 8 y 10 no se aconseja el tratamiento quirúrgico (18).

#### ¿LA LESIÓN ES INESTABLE?

Estos parámetros nos permiten evaluar qué tipo de cirugía a realizar en función del pronóstico, pero el cirujano se encuentra con otro problema a la hora de decidir el tratamiento quirúrgico, esto es determinar la presencia o no de inestabilidad de la columna. Actualmente no existe un sistema de evaluación apropiado para determinar si una columna con un implante es inestable y por tanto requiere tratamiento quirúrgico. Diferentes autores han propuesto criterios para definir este concepto.

El sistema de las tres columnas de Denis (1986) (19) utilizado para lesiones traumáticas de columna, en las lesiones tumorales está en entredicho (6).

Kostuik (1988) (20) propone un sistema de 6 columnas y considera inestable si están afectadas al menos tres columnas o si presenta una angulación mayor de 20°.

Asdourian (1990) (21) desarrolló un sistema de clasificación basado en la deformidad vertebral afectada por un cáncer de mama. Tipo I: afectación de la esponjosa del cuerpo vertebral; tipo II: colapso de uno o de los dos platillos; tipo III: deformidad cifótica o colapso simétrico completo y la presencia del signo "delta" (fragmento vertebral del muro posterior del cuerpo trasladado hacia el canal); y tipo IV: subluxación y traslación vertebral. Las tipo II y III presentan, para el autor, inestabilidad

axial que, si se acompaña de lesión de los elementos posteriores, es además una inestabilidad translacional. La tipo IV presenta inestabilidad translacional. Las guías generales de tratamiento que propone serían las siguientes: para las tipo I, quimioterapia, difosfonatos, radioterapia; para las inestabilidades axiales y translacionales (tipos II, III y IV) propone estabilización quirúrgica, con sus diferentes variantes, según cada caso.

Existen además unos criterios generales de exclusión, en cuanto al tratamiento quirúrgico. Estos son: si se presenta una afectación neurológica, esta debe ser de como máximo a dos niveles. Más niveles de afectación presentan unos resultados quirúrgicos con altas complicaciones y esperanzas de vida muy limitadas (22); el segundo criterio es que la lesión que comprima el saco dural esté claramente delimitada con las pruebas diagnósticas previas (RM y CT) (23); el tercer requisito es presentar una adecuada estabilidad en las vértebras proximales y distales a la lesión para conseguir una adecuada fijación (24).

Para evaluar el riesgo de colapso vertebral y por tanto los criterios para realizar una estabilización profiláctica de la lesión, Taneichi (1997) (25) analizó 100 metástasis osteolíticas vertebrales toracolumbares. Desarrolló unos criterios para determinar el riesgo de colapso. En las vértebras comprendidas entre T1 y T10, una afectación mayor del 50-60% del cuerpo, o una afectación del 30% del cuerpo más la afectación de los elementos posteriores, es indicativa de alto riesgo de fractura patológica. Los criterios en las vértebras comprendidas entre T10 y L5 serían: una afectación del 40% del cuerpo, o una afectación del 25% de este más la lesión de los elementos posteriores.

#### ¿QUÉ CIRUGÍA ELEGIR PARA ESTA LESIÓN VERTEBRAL? OPCIONES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dentro del tratamiento quirúrgico hay un amplio abanico de posibilidades, desde cirugías paliativas a grandes resecciones oncológicas. Dependiendo de la localización, extensión de la lesión y pronóstico del paciente se realiza un abordaje anterior, posterior o combinado de la vértebra, una descompresión del canal y/o una estabilización con osteosíntesis e injertos. La finalidad principal, como ya se ha expuesto, es evitar el dolor y la lesión neurológica. Para acometer estos la cirugía debe seguir estos objetivos: una descompresión del canal, realineación de la columna y una estabilización de esta (15,24).

Si se presenta una compresión medular, la laminectomía sola es sólo efectiva en el 30% de los pacientes, añadiendo además un factor iatrogénico seguro, como es la inestabilidad (26). La combinación de laminectomía junto con radioterapia parece no mejorar los resultados (27). Las descompresiones anteriores mediante corporectomía parecen presentar mejores resultados, en torno al 80% (28). Estos además no se ven afectados por la inestabilidad, pues la técnica requiere estabilización anterior mediante diferentes sistemas (metilmetracrilato, cestas de Moss, injerto autógeno o heterólogo, etc.).



Fig. 3. Fractura aplastamiento patológica de L1 por un cáncer de mama.

El abordaje posterior y fijación transpedicular puede ser efectivo en casos concretos como afectación tumoral sobretodo de los elementos posteriores o en tumores radiosensibles o en combinación con abordajes anteriores (29).

En las últimas décadas se ha realizado una evolución muy importante en las técnicas de estabilización y corrección de la deformidad de la columna desde los tallos de Harrington en 1962. Para las reconstrucciones anteriores tras corporectomías se ha utilizado clásicamente el metilmetacrilato que permite una estabilización inmediata acompañado de instrumentaciones anteriores. Este tiene el inconveniente de la falta de incorporación y de movilización a largo plazo. Para evitar las complicaciones potenciales del reemplazo de una vértebra se han desarrollado cuerpos protésicos a los que se les puede rellenar de injerto óseo como las cestas de Moss. Estas tendrían las ventajas de una inmediata estabilización y la posibilidad de incorporación al hueso receptor (15,24).

En cuanto a las instrumentaciones posteriores, su uso se ha ido adaptando a las necesidades, aplicando los cirujanos sistemas derivados generalmente de las deformidades escolióticas con el uso de tornillos pediculares o ganchos (*Cotrel*, *Dubousset*, *Texas Scottish Rite Hospital*, *ISOLA*, etc.) (15). Estas instrumentaciones permiten grandes correcciones y estabilizaciones de la columna tanto en pequeños como en grandes segmentos de esta.

Un protocolo general de tratamiento sería el siguiente: una lesión única o dos contiguas en los cuerpos ver-



Fig. 4. Control radiológico tras la realización de una cifoplastia de L1. Se puede observar la recuperación de la altura.

tebrales con una expectativa de vida mayor de tres meses y con compresión del saco dural suelen requerir descompresión y estabilización anterior. Si las expectativas son mayores de un año, probablemente sea necesario añadirle una instrumentación posterior con injerto óseo para conseguir una fusión, tras unos meses después de la radioterapia. Si se realiza una exéresis de más de dos vértebras o si están afectados los elementos posteriores, se requerirá además de la fijación anterior una estabilización posterior en el mismo acto quirúrgico o en una segunda etapa (30).

En los implantes que afecten sobre todo a los elementos posteriores, la descompresión y estabilización será posterior. Si existe una afectación de varias vértebras no contiguas, o afectación de múltiples vértebras con inestabilidad o dolor intratable y una expectativa mayor de tres meses, la indicación más adecuada será una estabilización posterior con una fijación larga (15).

#### VERTEBROPLASTIA Y CIFOPLASTIA

En este tipo de pacientes con un gran deterioro de su estado general, estas intervenciones presentan una alta tasa de complicaciones y de morbilidad. Para resolver esta situación en los últimos años se han desarrollado técnicas mínimamente invasivas mediante la introducción de polimetilmetacrilato en el interior de estas vértebras (31), aumentando la consistencia ósea de un cuerpo vertebral con un implante osteolítico. Estas técnicas

(vertebroplastia y cifoplastia) tendrían como objetivos un alivio inmediato del dolor y un reforzamiento de la vértebra para evitar el colapso disminuyendo de forma muy importante la agresividad de la cirugía.

La vertebroplastia se comenzó a utilizar en pacientes con fracturas osteoporóticas dolorosas en 1987 pero su uso no se ha generalizado hasta estos últimos años (32,33). Parece que el alivio del dolor en pacientes con metástasis es algo menor que en pacientes con fractura osteoporótica donde la mejora del dolor en las series es del 95% de los pacientes (34,35) y el riesgo de extravasación del cemento es alto, cerca del 40% (36). Así en un estudio realizado en 37 personas, 52 vértebras con metástasis, se obtuvo una mejoría del dolor en 24 pacientes. Tres de estos tuvieron radiculopatía transitoria por extravasación del cemento (37).

La cifoplastia es una técnica nueva que usa la combinación de una vertebroplastia con un balón modificado de angioplastia que se introduce previamente en la vértebra creando un espacio previo en esta, con lo que la introducción del polimetilmetacrilato se realiza a baja presión y en una cavidad creada.

Tiene potencialmente diferentes ventajas, incluida la de disminuir el riesgo de extravasación y el de recuperar la altura de la vértebra (7). Se han publicado últimamente diversos artículos utilizando este método en pacientes con lesiones metastásicas y mieloma en vértebras dolorosas con resultados alentadores. Así Dudeney (2002) (38) utiliza esta técnica en 55 vértebras con mieloma obteniendo una clara mejoría del dolor sin complicaciones. En este servicio estamos realizando esta técnica con resultados alentadores.

#### NUEVAS EXPECTATIVAS EN EL MANEJO QUIRÚRGICO

Como ya se ha visto, se han desarrollado sistemas de estadificación y clasificación, en los últimos años que nos orientan a determinar qué técnica es la más adecua-

da así como cuándo realizarla una individualización del tratamiento, sin bien estas nos son de gran ayuda, el cirujano necesita criterios más claros para definir en cada caso cuál es el tratamiento correcto.

Las metástasis vertebrales generalmente son tratadas en estadios ya avanzados. Una situación previa a la fractura patológica es la del implante óseo tumoral doloroso que todavía mantenga su integridad. En lesiones sin un claro compromiso de la integridad del hueso, el tratamiento con bifosfonatos presentará unos resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, remitiendo el dolor y disminuyendo la lesión. Pero por otro lado, un rápido desarrollo de la metástasis puede dar lugar a la fractura patológica y a la compresión neurológica. La cirugía profiláctica, previa a la fractura, aporta como principales ventajas: el ser técnicamente más fácil que frente a una fractura ya establecida, una morbilidad menor, una recuperación en menor tiempo, evitar el sufrimiento del proceso de la fractura en el paciente y el poder intervenirle en mejores condiciones, optimizando su situación antes de la cirugía. Serían necesarios métodos que nos permitan definir qué pacientes son subsidiarios de cirugías locales que prevengan el colapso (cifoplastia, vertebroplastia).

La metástasis vertebral sigue siendo un reto para los especialistas que intervienen en esta, siendo una patología donde se destaca la necesidad de equipos multidisciplinares que permitan como principal objetivo una mayor calidad de vida del paciente.

#### CORRESPONDENCIA:

J. L. Cebrián Parra  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Hospital Clínico San Carlos  
C/ Martín Lagos, s/n.  
28040 Madrid  
Fax: 913 303 636  
e-mail: juan\_luis\_cebrian@hotmail.com

#### BIBLIOGRAFÍA

- Goskalan ZJ. Spine surgery for cancer. *Curr Opin Oncol* 1996; 8: 178-81.
- Goskalan ZL. Transthoracic vertebrectomy for metastatic spinal tumors. *J Neurosurg* 1998; 89: 599-609.
- McLain RF, Weintin JN. Tumors of the spine. *Semin Spine Surg* 1990; 2: 157-80.
- Schaberg J, Gainer BJ. A profile of metastatic carcinoma of the spine. *Spine* 1985; 10: 19-20.
- Wong DA, Fornasier VL, MacNab I. Spinal metastases: the obvious, the occult, and the impostors. *Spine* 1990; 15: 1-4.
- O'Connor MI, Currier BL. Metastatic disease of the spine. *Orthopaedics* 1992; 15: 611-20.
- Lieberman IH, Dudeney S, Reinhardt MK. Initial outcome and efficacy of "kyphoplasty" in the treatment of painful osteoporotic vertebral compression fractures. *Spine* 2001; 26: 1631-8.
- Gilbert RW, Kim JH, Posner JB. Epidural spinal cord compression from metastatic tumor: Diagnosis and treatment. *Ann Neurol* 1978; 3: 40-51.
- Barcena A, Lobato RD, Rivas JJ. Spinal metastatic disease: Analysis of factor determining functional prognosis and the choice of treatment. *Neurosurgery* 1984; 15: 820-7.
- Edelstyn GA, Gillespie PJ, Grebbell ES. The radiologic demonstration of osseous metastases: Experiential observations. *Clin Radiol* 1967; 18: 158-62.
- Woolfenden JM, Pitt MJ, Durie BGM. Comparison of bone scintigraphy and radiography in multiple myeloma. *Radiology* 1980; 134: 723-8.
- Li KC, Poon PY. Sensitivity and specificity of MRI in detecting malignant cord compression and in distinguishing malignant from benign compression fractures of vertebrae. *Magn Reson Imaging* 1988; 6: 547-56.

13. Rougraff BT, Kneisel JS, Simon MA. Skeletal metastases of unknown origin: A prospective study of a diagnostic strategy. *J Bone Joint Surg* 1993; 75A: 1276-81.
14. Mink J. Percutaneous bone biopsy in the patient with known or suspected osseous metastases. *Radiology* 1986; 16: 191-6.
15. Asdourian P. Metastatic disease. En: Bridwell K, DeWald R. *Spinal surgery*. Washington: Ed Lippincott-Raven, 1997. p. 2007-50.
16. Harrington KD. Anterior decompression and stabilization of the spine as a treatment for vertebral collapse and spinal cord compression from metastatic malignancy. *Clin Orthop* 1988; 233: 177-97.
17. Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Toriyama S. Scoring system for the preoperative evaluation of metastatic spine tumor prognosis. *Spine* 1990; 15: 1110-3.
18. Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T. Surgical strategy for spinal metastases. *Spine* 2001; 26: 298-306.
19. Denis F. Spinal instability as defined by the three-column spine concept in acute spinal trauma. *Clin Orthop* 1986; 189: 65-76.
20. Kostuik JP, Errico JN. Spinal stabilization of vertebral column tumors. *Spine* 1988; 13: 250-6.
21. Asdourian PL, Mardjetko S, Rauschnig W. An evaluation of spinal deformity in metastatic breast cancer. *J Spinal Disord* 1990; 3: 119-34.
22. Kurdy NM, Kay PR, Paul AS, et al. The Huckstep nail. Stable fixation of mechanically deficient femoral bone. *Clin Orthop* 1995; 316: 214-20.
23. Redmond J, Spring DB, Munderloh SH, et al. Spinal computed tomography scanning in the evaluation of metastatic disease. *Cancer* 1984; 54: 253-8.
24. Wetzel T. Spine. En: Simon A, Springfield D. *Surgery for bone and soft-tissue tumors*. Philadelphia: Ed Lippincott-Raven, 1998: 649-70.
25. Taneichi H, Takeda N. Risk factors and probability of vertebral body collapse in metastases of the thoracic and lumbar spine. *Spine* 1997; 22: 239-45.
26. Black P. Spinal metastasis: Current status and recommended guidelines for management. Review. *Neurosurgery* 1979; 5: 726-46.
27. Constan JP, de Divitiis E, Donzelli R, et al. Spinal metastases with neurological manifestations. Review of 600 cases. *J Neurosurg* 1983; 59: 111-8.
28. Kostuik, J.P. Anterior spinal cord decompression for lesions of the thoracic and lumbar spine, techniques, new methods of internal fixation results. *Spine* 1983; 8: 512-31.
29. Bilsky MH, Boland P, Lis E, et al. Single-stage posterolateral transpedicle approach for spondylectomy, epidural decompression, and circumferential fusion of spinal metastases. *Spine* 2000; 25: 2240-9.
30. Weinstein JN. Surgical approach to spine tumors. *Orthopedics* 1989; 12: 897-905.
31. Bell RS. Treatment of axial skeleton bone metastases. *Clin Orthop* 2003; 415S: 198-200.
32. Lieberman I, Reinhardt MK. Vertebroplasty and kyphoplasty for osteolytic vertebral collapse. *Clin Orthop* 2003; 415S: S176-86.
33. Galibert P, Deramond H, Rosat P. Preliminary note on the treatment of vertebral angioma by percutaneous acrylic vertebroplasty. *Neurochirurgie* 1987; 33: 166-8.
34. Bai B, Jazrawi LM, Kummer FJ. The use of an injectable, biodegradable calcium phosphate bone substitute for the prophylactic augmentation of osteoporotic vertebrae and the management of vertebral compression fractures. *Spine* 1999; 24: 1521-6.
35. Barr JD, Barr MS, Lemsley TJ. Percutaneous vertebroplasty for pain relief and spinal stabilization. *Spine* 2000; 25: 923-8.
36. Jensen ME, Evans AJ, Mathis JM. Percutaneous polymethylmethacrylate vertebroplasty in the treatment of osteoporotic vertebral body compression fractures. Technical aspects. *Am J Neuroradiol* 1997; 18: 1987-04.
37. Weil A, Chiras J. Spinal metastases: Indications for and resus of percutaneous injection of acrylic surgical cement. *Radiology* 1996; 199: 241-7.
38. Dudeney S, Lieberman I, Renhardt M, Hussein M. Kyphoplasty in the treatment of osteolytic vertebral compression fractures as a result of multiple myeloma. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2382-7.

# El uso de catéteres intravenosos centrales en oncohematología

J. BESALDUCH, A. SAMPOL

*Servicio de Hematología y Hemoterapia. Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca*

## RESUMEN

Los catéteres venosos centrales (CVC) son indispensables en la práctica de la medicina moderna, especialmente en el área de la Oncohematología. Existen diversos tipos de CVC, según el número de vías, si son o no tunelizados, los reservorios implantados debajo de la piel y los rígidos para procesos de aféresis. Aunque estos catéteres permiten un acceso vascular cómodo, su uso va asociado a complicaciones, que provocan una elevada morbilidad. Las complicaciones más graves y frecuentes son las infecciosas y las trombóticas. La magnitud del tema viene condicionado por el gran número de CVC que se colocan al año, lo que implica un serio problema sanitario. Las complicaciones de los CVC, varían según el tipo, el material, el lugar de inserción y sobretodo de las medidas preventivas para reducirlas. Una vez producidas estas complicaciones, el manejo de las mismas será fundamental para solucionarlas o reducir las secuelas del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Catéteres venosos. Septicemia relacionada con el catéter. Trombosis relacionada con el catéter.

## INTRODUCCIÓN

Los catéteres intravasculares venosos son imprescindibles en la práctica de la oncohematología. No sólo sirven para la administración de fluidos, medicaciones, hemoderivados, nutrición parenteral y la determinación de la presión venosa central, sino que también son empleados para recoger muestras sanguíneas para análisis y para procesos de aféresis.

Existen diferentes tipos de catéteres adaptados a las necesidades concretas del paciente (Tabla I). Los podemos dividir entre catéteres de corta duración, entre los que debemos señalar a los no tunelizados de venas cen-

## ABSTRACT

*The use of Central Venous Catheters (CVC) is indispensable in modern medicine, particularly in Oncohematology units. There are many types of CVC: tunneled vs non-tunneled; numbers of lumens; totally implantable; and capables for apheresis or dialysis. Although these catheters provide necessary vascular access, their use is associated to infectious and thrombotic complications. The magnitude of the potencial for CVCs to cause morbidity and mortality is high, because the number of CVCs implanted annually. The related complications varied according the type, site of insertion and the preventive measures to avoid them. Once the complications had occurred, the management will be primordial to overcome them. The correct management of the complications will be fundamental to avoid sequelae.*

**KEY WORDS:** Venous catheteres. Catheter-related bloodstream infections. Catheter-related thrombosis.

trales y los implantados en venas periféricas y catéteres de larga duración entre los que destacamos los tunelizados (1) y los reservorios (2). También pueden ser considerados como catéteres de una, dos o tres vías. Otra diferenciación es la que define a los catéteres según su rigidez que los haga aptos a la práctica de aféresis o diálisis. Otra característica definitoria es la presencia de un manguito que los ancle al tejido subcutáneo en el caso de los tunelizados y si están o no impregnados de antibióticos o antisépticos.

Al ser elementos que rompen la barrera cutánea, una de las principales complicaciones, excluidas las de inserción (neumotórax, hemotórax, hemorragia, etc.),

TABLA I  
CATÉTERES USADOS PARA ACCESO VENOSO

<i>Tipo de catéter</i>	<i>Sitio de colocación</i>	<i>Longitud</i>	<i>Comentarios</i>
Periféricos (cortos)	Venas de la mano y antebrazo	< 8 cm	Flebitis. Raramente producen septicemias
Periféricos insertados en venas centrales	Fosa antecubital. Llegan a venas centrales	≥ 20 cm	Menor incidencia de infección que los centrales no tunelizados
Catéteres venosos centrales no tunelizados	Insertados percutáneamente en yugular interna, subclavia y femoral	≥ 8 cm	Producen la mayoría de septicemias relacionadas con el catéter
Catéteres tunelizados	Yugular interna, subclavia y femoral	≥ 8 cm	Manguito que impide la colonización. Menos riesgo de infección
Reservorios	Subcutáneos. Accesibles a través de la piel con aguja	8 ≥ cm	Riesgo bajo de septicemias relacionadas con el catéter. No necesidad de cuidado local. Precisan cirugía para retirarlos

será la infección, incluidas la del lugar de la inserción, la septicemia, la tromboflebitis séptica, la endocarditis además de otras infecciones metastásicas (abscesos pulmonares, cerebrales, osteomielitis), seguida de las complicaciones trombóticas (3,4). El uso de una técnica correcta junto al manejo adecuado del mantenimiento de los catéteres, conducirá a disminuir el riesgo relacionado con estos elementos. En este trabajo nos referiremos fundamentalmente a los catéteres venosos centrales (CVC).

#### ELECCIÓN DEL PUNTO DE INSERCIÓN

Los tres lugares de inserción de los CVC, son las venas subclavia, yugular interna y femoral. No hay contraindicaciones absolutas a la hora de elegir el sitio de punción. Sin embargo, la femoral no suele usarse debido a la mayor tasa de infecciones y trombosis en el adulto (5), a pesar de que en condiciones de urgencia vital es un lugar idóneo para poder practicar las maniobras de resucitación. Las vías más utilizadas son la subclavia y la yugular interna. En todos los casos deberá tenerse en cuenta la experiencia del responsable de la colocación. La elección también vendrá determinada por la existencia de alteraciones del lugar elegido, como antiguas trombosis, alteraciones linfáticas, radioterapia previa. Asimismo, deben tenerse en cuenta otras variables como la obesidad, patología cardíaca, arritmias, alteraciones pleurales y/o pulmonares y diátesis hemorrágica (6,7). En general, la inserción en la yugular interna es difícil en pacientes obesos y con alteraciones cervicales que impidan el correcto posicionamiento. La

colocación en subclavia debe valorarse cuidadosamente en aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria, debido al peligro de ocasionar neumotórax. Cuando es necesaria una vía para aféresis, la yugular interna o la femoral son las de elección por crear menos problemas que la subclavia (8,9). La subclavia tiene menor riesgo de infección y es más cómoda para el paciente; sin embargo tiene un índice de complicaciones relativamente alto. La yugular interna suele producir molestias en el paciente, la estética es desfavorable y tienen mayor incidencia de infecciones que la subclavia; sin embargo es fácil de colocar, puede guiarse con ecografía en la cabecera del enfermo.

El material del catéter debe tenerse en cuenta ya que el teflón la silicona y el poliuretano son más resistentes a la infección, ya que son más inmunes a la adherencia de microorganismos que el polivinilo y polietileno.

#### ELECCIÓN DEL TIPO DE CATÉTER

La mayoría de los pacientes que requieran una administración continuada de quimioterapia ambulatoria, sin ser subsidiarios de procesos agresivos, la elección del reservorio subcutáneo o Port-a-cath®, es una opción a tener en cuenta. En cambio, los pacientes que requieran una intervención aguda como un proceso de inducción a la remisión de una leucemia aguda o un trasplante de progenitores hematopoyéticos, la colocación de un catéter de dos o tres, tunelizado o no, es una necesidad. En los procesos en los que se requiera la aféresis de progenitores hematopoyéticos deberá tenerse en cuenta la posibilidad de insertar un catéter semirrígido tunelizado que permita los pro-

cesos de aféresis y que pueda utilizarse durante el trasplante si este se realiza inmediatamente. En caso de que el catéter no sea tunelizado, debe retirarse lo antes posible dado la alta probabilidad de infección. Otra circunstancia a tener en cuenta a la hora de elegir un determinado tipo de catéter será la duración prevista de la aplasia. En el caso de procesos de duración prevista de meses, incluyendo varios episodios de aplasia, la elección será la del catéter tunelizado (trasplantes alogénicos no emparentados o haploidentícos); en cambio, los demás procesos sólo requerirán la implantación de un catéter sin tunelización.

#### COMPLICACIONES EN EL MOMENTO DE LA COLOCACIÓN

A pesar de que la técnica de Seldinger es la más utilizada y provoca pocas complicaciones, las más frecuentes durante la colocación de los CVC suelen ser las vasculares, tanto la punción involuntaria de las arterias (subclavia, carótida), o el desgarro de las propias venas. De cualquier forma también pueden resultar dañadas las estructuras nerviosas perivasculares si la técnica no es correcta. También son posibles las arritmias cardíacas, producidas tanto por el contacto directo de la guía o la punta del catéter en la cavidad cardíaca, como la estimulación del glomus carotídeo, en la implantación yugular. Otra complicación potencial es el embolismo gaseoso, que puede evitarse siguiendo una técnica precisa y colocando al paciente en Trendelenburg. Durante la inserción los CVC, pueden colocarse en un vaso equivocado (homolateral/contralateral de la yugular interna, cruzar la innominada, la mamaria interna, la vena ázigos las venas superiores intercostales). La frecuencia de mala posición durante la inserción en subclavia es de un 5-25%. Por último, el neumotórax que puede darse hasta en un 5% de maniobras de colocación de la subclavia, es extremadamente raro en la yugular interna (10).

#### COMPLICACIONES TARDÍAS

*Migración del catéter:* cuando debido a causas físicas, movimientos, vómitos, tos, etc., el catéter se mueve de su colocación primitiva, normalmente tendiendo a salir.

La rotura del catéter puede producirse, sobretudo en aquellos catéteres colocados haciendo ángulo agudo entre la primera costilla y la clavícula. Al principio producirá un malfuncionamiento del mismo y a la larga incluso puede producir la rotura con emigración de la parte distal (11). En los reservorios, se puede producir la desconexión total entre el puerto y el catéter, bien por defecto técnico, bien por mala conexión o por presiones inapropiadas de la infusión. También en los reservorios, si la piel del paciente es extremadamente delgada o se utiliza de forma errónea la aguja Huber, puede producirse necrosis de la piel situada por encima del puerto.

#### COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Son las más frecuentes y tienen un gran impacto en la morbimortalidad de estos pacientes. Las infecciones relacionadas con el catéter pueden dividirse entre las locales y las asociadas a bacteriemias. Las locales se manifiestan sólo en la zona de inserción del catéter y se objetivan como infección de la zona cutánea en contacto con el catéter. Entre estas complicaciones deben distinguirse estos conceptos:

1. Colonización, cuando sin sintomatología de infección se detectan en cultivo de un segmento del catéter > 15 UFC (semicuantitativo) o > 10<sup>3</sup> (cuantitativo).

2. Infección: cuando se producen efectos clínicos además del aislamiento microbiológico de los gérmenes.

Las asociadas a bacteriemias, que se definen con un hemocultivo positivo junto a evidencia clínica y/o microbiológica de que el catéter es el origen de la infección.

Los criterios de septicemia relacionada con el catéter de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas son cuando se realizan simultáneamente hemocultivos (12):

1. Cuando se aíslan los mismos gérmenes en sangre aislada del catéter y de una vena periférica.

2. Que estos gérmenes tengan el mismo patrón de sensibilidad antibiótica.

3. Una o dos de estas.

—> 15 CFU de la punta del catéter.

—El número de CFU aislados de la punta del catéter > 5 veces de las CFU de la vena periférica.

Los CVC de implantación femoral suelen infectarse frecuentemente si su colocación dura más de 72 horas. Las otras localizaciones no están libres de esta complicación, aunque no es tan frecuente. Los catéteres de grueso calibre, independientemente del lugar de colocación son los más vulnerables a esta complicación. Por ejemplo, los catéteres de aféresis deben colocarse únicamente para realizar estos procesos y retirarse una vez terminados, a excepción de los catéteres rígidos de aféresis tunelizados, que pueden conservarse mucho más tiempo.

Una forma especial de infección es la del túnel, en los CVC tunelizados, en los que la infección se produce en el tramo del CVC subcutáneo. El momento de la inserción del catéter es uno de los mecanismos más a tener en cuenta en la génesis de las infecciones. Otro elemento importante es el punto de inserción, ya que existe la posibilidad de contaminación por manipulación. También es posible la infección del catéter por contaminación hematógena a distancia. Aunque el tipo de los gérmenes que producen este tipo de infecciones han cambiado en el curso de los últimos años, los más frecuentes actualmente son: *Estafilococo coagulasa* negativo; enterococo; *Estafilococo aureus*; *Bacilos gram negativos*; *Candida spp*.

#### PATOGENIA DE LA INFECCIÓN

La forma más frecuente de infección en los catéteres no tunelizados es la migración de los gérmenes cutáneos









hacia el punto de inserción produciendo una colonización extraluminal. La contaminación del interior del catéter contribuye frecuentemente a la infección de los catéteres tunelizados o de los reservorios, mientras que la contaminación por las sustancias infundidas es una causa rara de infección. Por último, los catéteres pueden ser contaminados por siembra hematógena desde otros puntos de infección (13,14).

Dos de los factores más importantes a tener en cuenta para la infección de los catéteres son, por una parte, el material del que están compuestos y por la otra la virulencia del microorganismo. Así, los catéteres de teflón, poliuretano o elastómeros de silicona son más resistentes a la adherencia de microorganismos, que los fabricados en polietileno o cloruro de polivinilo. Algunos catéteres son más propensos a producir trombos, que es una de las causas de propensión a la infección (14,15).

#### ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS INFECCIONES DE LOS CATÉTERES

Es de extraordinaria importancia que la técnica de inserción del catéter se realice de forma aséptica, de la misma manera que el mantenimiento debe realizarse de una forma protocolizada por equipos entrenados (16). La manipulación del catéter puede llevarse a cabo tras un lavado de manos y si es posible además con guantes estériles y mascarilla. La entrada del catéter debe protegerse con un apósito oclusivo a ser posible transparente y untarse con solución de povidona yodada.

La elección del lugar de inserción es un tema a tener en cuenta. La inserción femoral está asociada con mayor tasa de complicaciones sépticas y trombóticas. Varios estudios señalan que la inserción yugular se asocia a mayor incidencia de infección (17,18).

La impregnación de los catéteres con antisépticos o antibióticos es un tema de debate. Algunos estudios han determinado que la impregnación con clorhexidina y sulfadiacina de plata reduce las infecciones (19,20). Asimismo, un estudio randomizado ha demostrado que los catéteres impregnados con Minociclina/Rifampicina, son menos vulnerables a la infección que los que no lo están (21). Sin embargo, en ocasiones se produce un aumento de la colonización por *Candida spp*, ya que las impregnaciones no tienen actividad fungicida.

La utilización de profilaxis antibiótica sistémica no ha demostrado beneficio en la reducción de este tipo de infecciones.

Por último, la oclusión de la luz del catéter con una solución de heparina o heparina más antibiótico, ha demostrado eficacia en pacientes neutropénicos con catéteres de larga duración (22). El periodo de tiempo para realizar los cuidados del catéter cuando no se usa, varían según el tipo de catéter. Los reservorios pueden ser cuidados con instilación de SF o heparina cada 45 días. Los demás catéteres deben ser cuidados cada 72 horas, aunque estos tiempos no se basan en estudios randomizados y son fundamentalmente empíricos.

#### RECAMBIO DE LOS CATÉTERES ANTE COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Así como existe la práctica generalizada que los catéteres periféricos deben ser cambiados cada 72 horas para evitar complicaciones, en los CVC de corta duración no existe una doctrina universal. Existen varios estudios que han comprobado que no se logra una reducción de las complicaciones infecciosas por el hecho de cambiar bajo guía los catéteres al cabo de un periodo determinado de tiempo en contra de hacerlo únicamente cuando se precisa por aparición de complicaciones (23).

En cuanto al cambio de los kits de administración, existen estudios que prueban que hacerlo cada 72 horas es una práctica segura, aunque cuando la sustancia a infundir es prona a facilitar el crecimiento microbiano como la emulsión lipídica o los productos hemáticos, debe cambiarse en cada ocasión (24,25).

El recambio de CVC con guía metálica, es una opción ante la retirada del CVC con inserción en otro lugar. Sin embargo está contraindicado en bacteriemias y en infecciones del lugar de inserción.

La infección de los reservorios y del túnel, implican la retirada de los catéteres. Asimismo, las infecciones fúngicas y/o de Gram negativos sea cual sea el tipo de catéter, requieren en la mayoría de los casos la retirada y sustitución. Asimismo, las septicemias relacionadas con el catéter, por otros organismos que no respondan al tratamiento antibiótico en 48-72 horas también requieren la retirada del catéter.

#### DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON CATÉTER (13)

##### *Recomendaciones generales:*

El cultivo de los catéteres debe realizarse cuando se sospecha infección relacionada con el catéter. El cultivo debe ser cuantitativo o semicuantitativo. Deben realizarse al menos un cultivo de sangre extraída de una vena periférica y un cultivo de sangre extraída a través del catéter.

##### *Recomendaciones específicas:*

###### —Catéteres venosos periféricos:

Si existe sospecha de infección del catéter, debe ser retirado y remitir la punta para cultivo. Además deben realizarse dos hemocultivos adicionales antes de comenzar el tratamiento antibiótico.

Si existen signos de infección local, deben realizarse tomas microbiológicas para cultivo.

###### —Catéteres centrales venosos no tunelizados:

No deben retirarse de forma rutinaria en pacientes con fiebre con buen estado general.

Deben retirarse y cultivarse cuando existen signos locales de infección en el punto de inserción o signos clínicos de sepsis.

En pacientes sin evidencia de infección persistente y con aislamiento de un estafilococo coagulasa negativo,

sin sospecha de complicaciones metastásicas el catéter se puede mantener con el tratamiento antibiótico específico.

Después de la retirada del catéter colonizado con el germen asociado a septicemia, si persiste la bacteriemia o funguemia o falta de mejoría tras la instauración de la terapia antibiótica específica (sobre todo tras 3 días de la retirada del catéter), debe buscarse de forma activa la endocarditis bacteriana y otras infecciones metastásicas.

Tras la retirada del catéter se puede insertar otro catéter después del comienzo de un tratamiento antibiótico adecuado.

—Catéteres centrales tunelizados y reservorios subcutáneos:

En infecciones complicadas deben ser retirados.

En infecciones no complicadas, puede intentarse la instilación de antibióticos específicos y mantenerlos in situ en el catéter cerrado (*antibiotic lock therapy*), junto a la administración de antibióticos sistémicos específicos, en infecciones intraluminales, siempre que no exista infección del túnel o de la piel que cubre el reservorio.

Si existe infección del túnel o de la piel que cubre el reservorio, deben retirarse manteniendo durante 7 días el tratamiento antibiótico sistémico.

Pueden reinsertarse este tipo de catéteres tras haber comenzado el tratamiento antibiótico específico.

De la misma forma el documento de consenso de las Sociedades Españolas de Quimioterapia, Hematología y Hemoterapia, Oncología Médica y de Medicina Interna (26), indica que los catéteres de larga duración deben ser retirados de forma inmediata cuando:

- Existe flebitis o celulitis en el trayecto subcutáneo.
- Criterios de sepsis grave.
- Metástasis sépticas.
- Existencia de factores de riesgo de colonización endovascular.

Mientras que las indicaciones de retirada diferida son:

—Persistencia de sepsis o de la bacteriemia después de 48 h de tratamiento antibiótico específico (incluyendo sellado del catéter).

—Bacteriemia por microorganismos asociados a una tasa alta de complicaciones metastásicas (*S. aureus* o *Candida spp.*) o sepsis grave (*P. aeruginosa*), o frente a los que no pueda disponerse de un régimen de tratamiento antibiótico apropiado para sellar el catéter.

#### COMPLICACIONES TROMBÓTICAS

Siguen en frecuencia a las infecciosas variando su incidencia, de acuerdo con la enfermedad de base y el tipo de catéter. Deben distinguirse la trombosis venosa producida en la vena de inserción del catéter y la trombosis intraluminal del mismo con bloqueo secundario. También puede producirse la trombosis que recubre al catéter como un guante. Por último puede formarse un trombo en la punta del catéter que actúe como una válvula que hace posible la infusión de fluidos pero imposible el reflujo.

Para evitar la trombosis venosa producida por la inserción de catéteres, se han probado diversas estrategias, como el uso de anticoagulantes orales a bajas dosis, el uso de heparina no fraccionada en infusión continua y heparina de bajo peso molecular s.c (27,28).

Dejando aparte la prevención de usar anticoagulantes, sobre todo en pacientes con trombocitopenia o coagulopatías, los estudios realizados para demostrar la disminución en la incidencia de trombosis han dado resultados contradictorios.

Una vez producida la trombosis de la vena en donde está alojado el catéter, el tratamiento consiste en la retirada del catéter y la administración de HBPM a dosis terapéuticas.

En cuanto a la oclusión del catéter por producción de trombos intraluminales o por el cúmulo de fibrina en el orificio de la punta del catéter, existen medidas profilácticas y tratamientos una vez que se han producido estas oclusiones.

La heparinización de la lumen del catéter cuando no está en uso, es una práctica bastante extendida, ya que además al disminuir la posibilidad de trombos intraluminales, disminuye también la incidencia de infección. La mayoría de centros utiliza una solución de heparina al 1% diluida en 10 con suero fisiológico (SF), mientras otros centros únicamente utilizan SF. Cada tipo de catéter precisará un volumen de relleno de acuerdo con el calibre.

#### DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA

Cuando se ha producido la obstrucción del catéter y no se pueden administrar fluidos o no se puede aspirar sangre por el mismo hay que distinguir entre las diferentes causas. Las causas no trombóticas pueden ser mecánicas, por precipitados de drogas. Una causa frecuente es el atrapamiento del catéter entre la clavícula y la 1ª costilla en el caso de la subclavia. Otra causa es la migración del catéter o la mala colocación. En general la punta del catéter debe estar en el tercio inferior de la vena cava superior a la entrada de la aurícula derecha. En ocasiones basta colocar bien el catéter para que vuelva a funcionar. Cuando la obstrucción se debe a un trombo se debe intentar salvar el catéter, siempre y cuando no esté infectado. En general se utilizan fibrinolíticos (uroquinasa 5.000 ui/1,8 ml), instilados en la luz del catéter a un volumen igual al del espacio de la lumen, que se dejan actuar por espacio de 20 minutos, tras lo cual se aspira. Si esto no funciona se puede intentar la desobstrucción con perfusión de fibrinolíticos (uroquinasa 40.000 ui/h x 12 h) a través del catéter (29). Si tampoco funciona la siguiente maniobra es el recambio del catéter utilizando una guía metálica.

#### CORRESPONDENCIA:

J. Besalduch  
 Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia  
 Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos  
 Hospital Son Dureta  
 Andrea Doria, 55  
 07014 Palma de Mallorca  
 Fax: 971 175 360  
 e-mail: jbesalduch@hsd.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hickman RO, Buchner CD, Clift RA, Sanders JE, Stewart P, Thomas ED. A modified right atrial catheter for access to the venous system in marrow transplant recipients. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 148: 871-5.
2. Brothers TE, von Moll LK, Niedenhuber JE, Roberts JA, Walker-Andrews Ensmingen WD. Experience with subcutaneous infusion ports in three hundred patients. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 166: 295-301.
3. Raad I. Intravascular-catheter-related infections. *Lancet* 1998; 351: 893-8.
4. Bona RD. Thrombotic complications of central venous catheters in cancer patients. *Semin Thromb Hemost* 1999; 25: 147-55.
5. Merrer J, De Jonghe B, Golliot F, Legrant JY, Raffy B, Barre E, et al. Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 700-7.
6. Goetz AM, Wagener MM, Miller JM, Muder RR. Risk of infection due to central venous catheters: effect of site of placement and catheter type. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19: 842-5.
7. Trotter SJ, Veremakis C, O'Brien J, Auer AI. Femoral deep vein thrombosis associated with central venous catheterization: results from a prospective, randomized trial. *Crit Care Med* 1995; 23: 52-9.
8. Trerotola SO, Kuhn-Fulton J, Johnson MS, Shah H, Ambrosius WT, Kneebone PH. Tunneled infusion catheters: increased incidence of symptomatic venous thrombosis after subclavian versus internal jugular venous access. *Radiology* 2000; 217: 89-93.
9. Macdonald S, Watt AJ, McNally D, Edwards RD, Moss JG. Comparison of technical success and outcome of tunneled catheters inserted via the jugular and subclavian approaches. *J Vasc Interv Radiol* 2000; 11: 225-31.
10. Sznajder JJ, Zveibil FR, Bitterman H, Weiner P, Bursztein S. Central vein catheterization: failure and complication rates by three percutaneous approaches. *Arch Intern Med* 1986; 146: 259-61.
11. Lafreniere R. Indwelling subclavian catheters and a visit with the "pinched-off" sing. *J Surg Oncol* 1991; 47: 261-4.
12. Mermel L., Farr B, Sherertz R, et al. Guidelines for the Management of Intravascular Catheter-Related Infections. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 32: 1249-72.
13. Gross PA, Barrett TL, Dellinger P, et al. Purpose of quality standards for infectious diseases. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis* 1994; 18: 421.
14. Mayhall CG. Diagnosis and management of infections of implantable devices used for prolonged venous access. *Curr Clin Top Infect Dis* 1992; 12: 83-110.
15. Maki DG, Ringer M. Evaluation of dressing regimens for prevention of infection with peripheral intravenous catheters: gauze, a transparent polyurethane dressing, and an iodophor-transparent dressing. *JAMA* 1987; 258: 2396-403.
16. Soifer NE, Borzak S, Edlin BR, Weinstein RA. Prevention of peripheral venous catheter complications with an intravenous therapy team: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 1998; 158: 473-7.
17. Goetz AM, Wagener MM, Miller JM, Muder RR. Risk of infection due to central venous catheters: effect of site of placement and catheter type. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19: 842-5.
18. Richet H, Hubert B, Nitemberg G, et al. Prospective multicenter study of vascular-catheter-related complications and risk factors for positive central-catheter cultures in intensive care unit patients. *J Clin Microbiol* 1990; 28: 2520-5.
19. Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections. *Ann Intern Med* 2000; 132: 391-402.
20. Veenstra DL, Saint S, Saha S, Lumley T, Sullivan SD. Efficacy of antiseptic-impregnated central venous catheters in preventing catheter-related bloodstream infection: a meta-analysis. *JAMA* 1999; 281: 261-7.
21. Darouiche RO, Raad II, Heard SO, et al. A comparison of two antimicrobial-impregnated central venous catheters. *Catheter Study Group. N Engl J Med* 1999; 340: 1-8.
22. O'Grady N, Alexander M, Dellinger E, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 35: 1281-307.
23. Cook D, Randolph A, Kernerman P, et al. Central venous catheter replacement strategies: a systematic review of the literature. *Crit Care Med* 1997; 25: 1417-24.
24. Maki DG, Botticelli JT, LeRoy ML, Thielke TS. Prospective study of replacing administration sets for intravenous therapy at 48- vs 72-hour intervals: 72 hours is safe and cost-effective. *JAMA* 1987; 258: 1777-81.
25. Hanna HA, Raad II. Blood products: a significant risk factor for longterm catheter-related bloodstream infections in cancer patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001; 22: 165-6.
26. Documento de Consenso. Sociedad Española de Quimioterapia, Asociación Española de Hematología y Hemoterapia, Sociedad Española de Oncología Médica y Sociedad Española de Medicina Interna. Tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres venosos de larga duración. *Rev Esp Quimioterap* 2003; 16: 343-60.
27. Abdelkefi A, Othman T, Kammoun L, et al. Prevention of central venous line-related thrombosis by continuous infusion of low-dose unfractionated heparin, in patients with haemato-oncological disease. A randomized controlled trial. *Thromb Haemost* 2004; 92: 654-61.
28. Mismetti P, Mille D, Laporte S, et al. Low molecular weight heparin (nadroparin) and very low doses of warfarin in the prevention of upper extremity thrombosis in cancer patients with indwelling long-term central venous catheters: a pilot randomized trial. *Haematologica* 2003; 88: 67-73.
29. Haire WD, Liebenman AP, Lund GB, Edney J, Wiczorek BM. Obstructed central venous catheters: restoring function with a 12 hour infusion of low dose unokinas. *Cancer* 1990; 66: 2279-85.

# Intervención psicológica en pacientes con cáncer

C. YÉLAMOS AGUA, B. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

*Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid*

## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad frecuente. Aunque no se puede hablar de un perfil psicopatológico concreto en el paciente de cáncer, se producen múltiples reacciones emocionales a lo largo del proceso de enfermedad que ocasionan un desajuste en la persona. Ansiedad y depresión son las más frecuentes.

El presente artículo es una revisión de la intervención psicológica realizada con los pacientes con cáncer en torno a siete preguntas clave. Analizaremos el porqué de la intervención psicológica, en qué consiste, cómo podemos diseñarla, cuándo, cómo y dónde debemos realizar dicha intervención así como quién debe proporcionarla para conseguir los mejores resultados.

La intervención psicológica desarrollada con los pacientes con cáncer es eficaz y tiene enormes beneficios para prevenir y/o mitigar los problemas emocionales del enfermo de cáncer y mejorar su calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** Intervención psicológica. Impacto psicológico. Cáncer. Calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades más frecuentes en España. Se estima que el número de nuevos casos en el periodo 1997-2000 ha sido de 162.000 por año. En términos de riesgo individual, 1 de cada 3 hombres y 1 de cada 5 mujeres serán diagnosticados de cáncer en algún momento de su vida. El cáncer se ha convertido en la primera causa de muerte en España desde 1999 con un total de 94.123 fallecimientos en 2003 (24% de todas las defunciones).

Del total de pacientes diagnosticados en nuestro país, la mitad sobrevivirán a su enfermedad más de cinco años (1).

## ABSTRACT

*Cancer is a frequent disease. Although it is not possible to define a specific psychopathological profile in cancer patients, this disease is associated with multiple emotional reactions that produce personal distress. Anxiety and depression are the most frequent signs.*

*The present paper is a review on the psychological intervention most frequently used in cancer patients. Additionally, seven key questions are posed. We will analyse the motivations for a psychological intervention, its bases, how can it be design; when, where and how such intervention should be performed, and what kind of professional should be involved to obtain an optimal outcome.*

*Psychological intervention is useful in cancer patients, and produce significant benefits, especially in terms of prevention of emotional distress and improved quality of life.*

**KEY WORDS:** *Psychological intervention. Psychological impact. Cancer. Quality of life.*

Con estos datos y considerando que el cáncer es una enfermedad frecuente, compleja, crónica en muchos casos, con un tratamiento difícil y agresivo y con una evolución y pronóstico inciertos, recibir un diagnóstico de cáncer y las implicaciones del mismo suponen un gran impacto no sólo físico sino también psicológico y social que afectará al enfermo y a su entorno familiar y social más cercano.

Los enfermos de cáncer suelen presentar de forma previa al diagnóstico los mismos trastornos psicológicos que el resto de la población. Sin embargo, diferentes estudios han establecido que entre un 30 y un 50% de las personas que padecen un cáncer presentan alguna alteración psicológica como consecuencia de su enfer-

medad. La problemática más frecuente es depresión y ansiedad (2), aunque no debemos olvidar las alteraciones del comportamiento, reacciones aversivas condicionadas y otro tipo de trastornos desadaptativos que se suceden a lo largo del proceso de enfermedad.

La intervención psicológica desarrollada con pacientes con cáncer ha demostrado ser eficaz (3), a pesar de la disparidad de enfoques, estrategias y metodologías utilizadas. Permite: a) reducir el malestar emocional y mejorar la adaptación a la enfermedad y los tratamientos, facilitando la adhesión terapéutica; b) aumentar el control sobre síntomas aversivos y efectos secundarios de los tratamientos, mejorando la calidad de vida de los pacientes; y c) favorecer, directa o indirectamente, una mayor supervivencia.

El presente artículo pretende hacer un análisis de la intervención psicológica realizada con los pacientes de cáncer. Para ello, trataremos de encontrar respuestas a siete preguntas clave. Analizaremos el *porqué* de la intervención psicológica, haciendo especial hincapié en el impacto emocional asociado al diagnóstico de cáncer, revisaremos en *qué* consiste la intervención psicológica, detallando cómo podemos diseñarla para conseguir los mejores resultados. Analizaremos el *cuándo* y el *cómo* de la intervención psicológica en pacientes con cáncer, detallando la eficacia de los tratamientos psicosociales para los pacientes de cáncer en función de los diferentes momentos de la intervención así como en función del formato de intervención. Se revisarán el *dónde* o el lugar idóneo para llevar a cabo la intervención psicológica así como *quién* debe proporcionarla para alcanzar los resultados más óptimos. Finalmente, se revisará el *para qué* de la intervención psicológica, analizando los resultados esperables de tal intervención.

Todo ello nos permitirá corroborar los beneficios de la intervención psicológica frecuentemente dirigidos a que el paciente diagnosticado de cáncer mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico (4), con ausencia de problemas emocionales (ansiedad, depresión,...) y con la menor alteración posible en su vida social, laboral y familiar (5-7).

#### EL PORQUÉ DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER

Es necesario pararse a pensar brevemente en el término "cáncer" y el significado que todavía hoy día, tiene esta palabra en nuestra sociedad. El cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas. Todavía hoy sigue percibiéndose como una enfermedad traicionera, que conlleva un gran sufrimiento y dolor, que deteriora gravemente a la persona, y sobre todo, como una enfermedad destructiva que se asocia inevitablemente a la muerte.

Destacan tres aspectos que están relacionados directamente con el impacto psicológico del cáncer (8): a) el cáncer es sinónimo de muerte, a la vez que se asocian a él connotaciones de dolor, desfiguración y desesperanza; b) el cáncer no se trata como cualquier otra enfermedad sino como un predador perverso e invencible; y c)

un gran sector de nuestra población (políticos, economistas, periodistas, etc.) utilizan el cáncer como metáfora o sinónimo de todo lo malo y negativo que hay en nuestro entorno (9).

Es evidente que en la medida en que exista este pesimismo "difícilmente puede no transmitirse al paciente", intensificando, si cabe, su nivel de estrés (10).

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y problemas de comunicación en el enfermo y familiares. Confluyen una serie de circunstancias generadoras de malestar psicológico: las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de quimioterapia o radioterapia, sus efectos secundarios, las revisiones, etc. Son importantes situaciones de estrés para los enfermos y los familiares, aumentan en el paciente la sensación de pérdida de control, potenciando su angustia o sufrimiento y mermando su calidad de vida. Las demandas a las que se ve sometido el paciente y las personas de su entorno social son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos.

Asimismo, no debemos olvidar que la enfermedad no afecta al paciente como si este fuera una tabula rasa. La enfermedad se inscribe en un nivel más complejo conformado por otro grupo de factores: la personalidad previa y trastornos psicológicos anteriores, historia personal de situaciones vitales estresantes, competencias y capacidad de adaptación o aprendizaje ante ellas, nivel de apoyo interpersonal y recursos ambientales, sistema de valores culturales, éticos, espirituales o religiosos, etc. En la medida en que exista un trastorno previo de personalidad, mayor número de situaciones vitales estresantes vividas, escasos recursos de afrontamiento ante ellas y bajo apoyo social, peor será el estilo de afrontamiento y peor nivel de ajuste del paciente o del familiar ante el cáncer.

A pesar de que muchos enfermos diagnosticados de cáncer conseguirán adaptarse a su nueva situación sin intervención clínica, muestran síntomas de estrés relacionados con el cáncer o sus tratamientos (11). Aproximadamente el 47% experimentarán trastornos psicológicos y psiquiátricos (12) que les harán susceptibles de recibir apoyo psicológico (13,14).

La ansiedad, la depresión y los trastornos adaptativos del estado de ánimo son las psicopatologías más frecuentes entre los enfermos de cáncer. Existen estudios que han tratado de identificar la incidencia de alteraciones psicológicas en función de la patología tumoral. En un estudio (15) en el que participaron más de cuatro mil enfermos con cáncer se observó que el 43% de enfermos oncológicos de pulmón presentaba niveles elevados de angustia. A ellos les seguían los enfermos con tumores cerebrales (42,7%) y los que padecían linfoma de Hodgkin (37,8%). Con respecto a la sintomatología, el 30% de los enfermos presentaban somatizaciones, el 24% trastornos de ansiedad y el 18,7% trastornos depresivos.

Otros autores han intentado identificar la incidencia de trastornos psicológicos en función del tipo de tratamiento oncológico recibido, observándose mayores índices de ansiedad y depresión entre aquellos que reciben quimioterapia (30-40%) que entre los que reciben radioterapia (16).

Independientemente de la controvertida posibilidad de que el apoyo psicológico pueda contribuir o no a mejorar la supervivencia de los enfermos de cáncer, la intervención psicológica se ha mostrado eficaz para tratar y prevenir la aparición de trastornos psicopatológicos en los enfermos de cáncer y familiares. La intervención psicológica permite: a) reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas; b) facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo; c) promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento del cáncer; d) desarrollar estrategias de solución de problemas para ocuparse de los relacionados con el cáncer; e) facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros familiares; y f) estimular la participación en actividades y mejorar relaciones sociales (17).

Una vez que tenemos claro el porqué de la intervención psicológica, vamos a conocer en qué consiste.

#### EL QUÉ DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE CÁNCER

Antes de decidir el tipo de intervención a realizar, el psicólogo debe en primer lugar, evaluar, conocer cuál es la problemática que presenta el enfermo de cáncer o cuáles son sus principales necesidades.

El reconocimiento de problemas psico(pato)lógicos en enfermos con cáncer sólo es posible con una evaluación exhaustiva de su funcionamiento global (Tabla I). Entre los objetivos de dicha evaluación se encuentran: a) la detección e identificación de aquellos pacientes que requieren intervención psicológica, así como cuáles

son las áreas y necesidades específicas en estos enfermos con el fin de ofrecerles un tratamiento adecuado; y b) la identificación de aquellos factores médicos, psicológicos, sociales y personales de la historia del paciente que facilitan y aquellos que interfieren en su adaptación a la enfermedad y que contribuyen a su sufrimiento.

Indudablemente, la evaluación permitirá la definición de un plan terapéutico personalizado y eficaz y facilita el desarrollo de una relación empática con el paciente, favoreciendo su implicación en el proceso psicoterapéutico.

La evaluación psicológica del enfermo oncológico, además de ser multidimensional, ha de hacer uso de procedimientos tales como entrevistas (tanto con el paciente, familiar más cercano como con el equipo sanitario que atiende al enfermo), registros y auto-registros, medidas objetivas y cuestionarios e inventarios. Necesariamente ha adaptarse a la fase o momento de la intervención médica en que se encuentre el paciente, al tipo de cáncer, estadio y contexto, orientándose al análisis de las variables que son relevantes a los problemas de cada fase y a la situación específica de cada enfermo, ya que es muy diferente el caso de un paciente que está en proceso diagnóstico, del superviviente de cáncer o de un enfermo en fase terminal.

La valoración psico(pato)lógica del paciente oncológico no es fácil debido a que muchos síntomas pueden estar causados por el cáncer y a la complejidad que la intervención y sus tratamientos conllevan a nivel biológico y psicosocial.

La evaluación psicológica del paciente debe incluir además un diagnóstico clínico según criterios diagnósticos del DSM-IV (18), la planificación del tratamiento y las pautas para llevar a cabo un seguimiento psicológico siempre y cuando sea necesario y así lo desee el paciente (19). Dicha evaluación se recoge en un informe que se aconseja incluir en la historia clínica del paciente.

Los estudios muestran gran variedad de intervención psicológica, aunque en líneas generales son cuatro los tipos o categorías que han mostrado su utilidad con los pacientes con cáncer. Estas pueden ir desde la *intervención de carácter psicoeducativo* basada en la información y asesoramiento al enfermo y/o familia, el *entrenamiento en habilidades de afrontamiento*, el *apoyo emocional* y finalmente la *intervención psicoterapéutica* (20).

La *intervención psicológica de asesoramiento o psicoeducativa* es aquella intervención dirigida a dotar de información, orientación y ayuda en la toma de decisiones respecto a situaciones o problemas que surgen durante el proceso de la enfermedad. Se recomienda para facilitar el manejo de situaciones específicas tales como la adaptación al proceso de enfermedad y hospitalización, el inicio de los tratamientos oncológicos, etc. Ha de estar adaptada al tipo y a la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. Es una intervención breve, puntual, estructurada y didáctica. Se centra en la resolución de necesidades informativas, en la mejora del conocimiento de la enfermedad y de los recursos de ayuda y en tratar de facilitar la comunicación del enfermo con su entorno sociosanitario y familiar con el obje-

TABLA I

#### ÁREAS DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA (17)

- 
1. Estado funcional (actividad, independencia): capacidad para desplazarse, trabajar, llevar a cabo tareas domésticas o de autocuidado (higiene y arreglo personal), capacidad para hacer uso del tiempo libre, etc.
  2. Síntomas físicos asociados al cáncer: problemas causados por la enfermedad, dolor, respiración, movilidad, sueño, apetito, fatiga, función sexual, etc.
  3. Problemas causados por los tratamientos: reacciones a la cirugía; quimioterapia o radioterapia: náuseas, vómitos, fatiga, dolor agudo, etc.; reacciones a la hormonoterapia, etc.
  4. Síntomas psicológicos asociados: ansiedad, depresión, agresividad; afrontamiento o ajuste a la enfermedad; aprendizaje, memoria, atención; autoestima e imagen corporal; sexualidad, etc.
  5. Interacción social: relaciones con la pareja, familiares, amigos, compañeros de trabajo y otras personas del entorno social.
-

tivo de favorecer la adaptación al proceso de enfermedad y tratamiento.

El *entrenamiento en habilidades de afrontamiento* incluye entrenamiento conductual, manejo del estrés y terapia cognitiva. Debe estar adaptado a las necesidades del paciente (p.ej. entrenamiento en solución de problemas, manejo de las reacciones condicionadas aversivas a los tratamientos, entrenamiento en relajación, etc.). Es una intervención breve, continua, estructurada y centrada en la resolución de problemas. Sus objetivos son: incrementar el control del paciente sobre los efectos negativos de la enfermedad y su tratamiento, reduciendo la ansiedad asociada a estímulos concretos e incrementando la sensación de control sobre la situación de enfermedad y sobre la propia vida, y mejorar la calidad de vida del paciente de cáncer.

El *apoyo emocional* contribuye a reducir los niveles de malestar emocional al permitir la expresión de sentimientos (21). Ayuda al enfermo a reconocer sus emociones, facilita la expresión afectiva y le enseña el control de las mismas con el objetivo de disminuir el sufrimiento ante la enfermedad, favorecer una adaptación positiva, mejorar la autoestima, las relaciones interpersonales y la calidad de vida. Es una intervención más larga en el tiempo, continua, que emplea técnicas no directivas y centradas en las necesidades de apoyo y comprensión del enfermo.

Finalmente, la *intervención psicoterapéutica* se dirige al tratamiento de los trastornos psicológicos o desadaptativos como consecuencia de la enfermedad oncológica. Sigue en su mayoría una orientación cognitivo-conductual, aunque la psicoterapia de orientación dinámica, la psicoterapia humanista y la psicoterapia interpersonal tienen cabida en este contexto, junto a otras que han sido descritas para ser aplicadas concretamente en enfermos de cáncer: la terapia psicológica adyuvante y la psicoterapia expresiva grupal de apoyo. Cada una de ellas tendrá diferentes fines y se aplicarán en diferentes momentos durante el curso de la enfermedad, pero su objetivo siempre será el tratamiento de los trastornos psicológicos derivados de la enfermedad. La intervención psicoterapéutica es una intervención más larga en el tiempo, continua, que emplea tanto técnicas directivas como no directivas y está centrada en la problemática psicológica del enfermo como consecuencia de la enfermedad.

La investigación ha mostrado que todas estas intervenciones han sido útiles cuando se utilizan aisladamente, pero también han mostrado mayores resultados y más permanentes cuando se utilizan en combinación (22-25). Una posible explicación podría ser el hecho de que los pacientes están recibiendo múltiples herramientas (habilidades, recursos, etc.) con las que afrontar el cáncer (20).

#### EL CUÁNDO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Con independencia de los trastornos psicológicos y/o alteraciones cognitivas, conductuales y/o emocionales que presenten los enfermos de cáncer y sus familiares y

que pueden surgir a lo largo de todo el proceso de enfermedad y tratamientos, incluso una vez finalizados, la intervención psicológica se realiza principalmente en cinco fases que puede conllevar la enfermedad: a) *diagnóstico*; b) *tratamiento inicial*; c) intervalo libre de enfermedad/supervivientes; d) *recaída* y nuevos tratamientos; y por último, e) *fase terminal/tratamiento paliativo* (23).

En este sentido, es relativamente frecuente encontrar en la bibliografía intervenciones psicológicas centradas en las fases de la enfermedad que tienen lugar en el entorno hospitalario tales como el diagnóstico, el inicio de los tratamientos, la recidiva, etc., tendiendo a ignorarse las necesidades psicológicas de aquellos que han sobrevivido a un cáncer.

En la actualidad, el pronóstico para la enfermedad oncológica ha mejorado significativamente, debido al avance de los métodos de diagnóstico y tratamiento, lo que ha permitido que esta enfermedad sea en estos momentos conceptualizada como un trastorno crónico con tasas cada vez mayores de curación. Así, la evolución del estudio EURO CARE refleja que en el periodo 1990-94, España registraba una tasa de supervivencia a los 5 años del 44% en hombres y del 56% en mujeres, lo que supone una tasa global del 50% (1). Por ello, cada vez toma más importancia la intervención psicológica con los pacientes supervivientes al cáncer.

Aunque no existe acuerdo en la definición de este término, lo cierto es que cada vez es más necesaria la intervención con aquellas personas que han padecido un trastorno oncológico y llevan libres de tratamientos y de enfermedad un período mínimo de un año (26).

Parece evidente que la experiencia de haber sido diagnosticado, tratado o haber sobrevivido a un cáncer puede ir acompañada de problemas psicológicos para un importante grupo de individuos, como problemas de autoestima, de imagen corporal, sexuales o síntomas de depresión o ansiedad relacionados con el miedo a la recurrencia del cáncer y la confrontación con la propia mortalidad. Algunos investigadores han informado también de la presencia de síntomas relacionados con el estrés postraumático como conductas de evitación, pensamientos intrusivos y una marcada activación psicofisiológica en pacientes y supervivientes de diferentes tipos de cáncer. Estos síntomas son similares a aquellos descritos en individuos que han experimentado situaciones de extremo estrés como agresión, violación, situaciones de combate, desastres naturales u otras que implican una amenaza para la vida o la integridad física de uno mismo o de otros y que forman parte del trastorno de estrés (27).

Cada vez más es necesario hacer hincapié en las necesidades psicosociales a largo plazo de esta nueva y creciente población de individuos que ahora se enfrentan a nuevos retos, entre los cuales se encuentra disfrutar de la vida y adaptarse a ella habiendo padecido una enfermedad potencialmente mortal.

El impacto y las consecuencias emocionales de cada una de las fases de la enfermedad son distintos para el enfermo, por lo que también debe ser diferente la intervención psicológica a realizar y los objetivos de la mis-

ma. Hay autores que señalan que la fase de la enfermedad o el pronóstico puede ser el factor más crítico en la determinación de los fines y el formato de la intervención psicológica. En este sentido, ciertas modalidades de tratamiento han mostrado ser más eficaces en una fase de la enfermedad o en otras (28).

En este sentido, la intervención psicoeducativa es más efectiva durante el periodo inicial de la enfermedad, en las fases de diagnóstico y comienzo de los tratamientos, cuando las necesidades de información de los pacientes son más elevadas.

Sin embargo, para fases de la enfermedad más avanzadas tales como la recidiva e inicio de nuevos tratamientos, la intervención psicológica basada en el apoyo emocional puede ser más eficaz (29).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento a través de las técnicas cognitivo-conductuales tales como la relajación, manejo del estrés y afrontamiento cognitivo pueden ser más útiles durante la fase de tratamiento, y especialmente en tratamientos prolongados (30, 31).

La intervención psicoterapéutica debe ofrecerse siempre que el enfermo presente un trastorno psicológico derivado del proceso de su enfermedad e independientemente de la fase o proceso de enfermedad en el que se encuentre.

#### EL CÓMO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica con los pacientes de cáncer se ha desarrollado tanto con un formato individual como de grupo, aunque con mayor frecuencia se ofrece al enfermo atención psicológica de aplicación individual.

La intervención psicológica individual permite un acercamiento personalizado y ajustado a las necesidades del enfermo, asegura la confidencialidad, proporciona un entorno seguro en el que el enfermo pueda expresar sus miedos y emociones y aprender nuevas herramientas con las que afrontar el cáncer de un modo más adaptativo. La intervención psicológica individual es una forma eficaz de ayuda para los pacientes oncológicos y sus familiares. Se han realizado muchos estudios para avalar su eficacia o impacto sobre la recurrencia o la supervivencia, aunque han sido pocos los estudios bien controlados que lo han logrado (22,32).

Las intervenciones psicológicas grupales constituyen una modalidad terapéutica eficaz en la provisión de apoyo emocional y en la mejoría de la calidad de vida del enfermo con cáncer. En este artículo, hacemos referencia a la intervención psicológica en grupo conducida por profesionales y no por personas afectadas (grupos de autoayuda).

En la planificación de los grupos psicoterapéuticos es importante perseguir la mayor homogeneidad posible entre los participantes (fase diagnóstica, tipo de cáncer, etc.), lo que favorecerá el desarrollo de la cohesión grupal y facilitará el establecimiento de metas más concretas y de intervenciones más focalizadas.

El uso de esta modalidad psicoterapéutica se está extendiendo con rapidez significativa en el ámbito sanitario y se ampliará más aún, a medida que se vayan corroborando sus beneficiosos efectos, no sólo a nivel emocional sino también físico.

La intervención psicológica en grupo: a) facilita la adaptación psicosocial a la enfermedad, a sus tratamientos y a la supervivencia del cáncer; b) mejora la autoestima y el autoconcepto del paciente (33); c) reduce reacciones emocionales desadaptativas (ansiedad, depresión, ira, etc.) (34); d) permite compartir esperanzas y habilidades en el enfrentamiento al cáncer (35); y e) facilita la expresión emocional (36). En general, se ha demostrado que las intervenciones psicológicas grupales mejoran la calidad de vida del enfermo con cáncer en variables tales como estado de ánimo, afrontamiento, angustia y funcionamiento físico, además de aumentar la familiaridad del paciente con la enfermedad y sus tratamientos (37).

Aunque se han descrito numerosos tipos de grupos en oncología, pocos han sido los profesionales que han empleado diseños randomizados y prospectivos para demostrar los beneficios concretos de los diferentes modelos de intervención grupal (37). La mayor parte de las publicaciones acerca de la eficacia de grupos con enfermos oncológicos emplean un modelo de intervención basado en la psicoeducación, en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y en el apoyo emocional (38).

Las terapias de grupo tienen ciertas ventajas sobre la atención psicológica individual (Tabla II). Por ello, muchas revisiones se han focalizado en la eficacia de la intervención psicológica en grupo y en si es mejor que la intervención individual en la atención a los enfermos de cáncer. La intervención grupal ha mostrado frecuentemente ser tan eficaz, si no más, que la intervención individual (28).

TABLA II

#### VENTAJAS INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN GRUPO FRENTE A LA INDIVIDUAL

- 
- Óptima relación coste-beneficio. En un periodo breve de tiempo, se puede atender de forma simultánea a varios enfermos.
  - Normaliza la situación afectiva y física del enfermo.
  - Facilita el apoyo social.
  - Facilita el aprendizaje. El grupo permite observar otras formas de afrontar la enfermedad, otras reacciones emocionales ante la misma así como otras formas de afrontamiento.
  - Incrementa las habilidades sociales y mejora de la comunicación con los demás.
  - Enriquecimiento personal.
  - Incrementa la esperanza ante el testimonio de vida y lucha de otros.
- 

Dado el coste reducido de la terapia de grupo y el mayor número de pacientes que pueden ser tratados con esta modalidad de intervención, no es sorprendente que muchos investigadores identifiquen la terapia de grupo

como un buen recurso, en muchos casos el preferido, para tratar el malestar emocional en los pacientes de cáncer, especialmente en el entorno hospitalario, donde la carga asistencial es significativa y, en ocasiones, impide proporcionar la atención adecuada.

#### EL DÓNDE DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Actualmente en España, el ámbito más frecuente en el que se aplica la intervención psicológica es en el de las organizaciones no gubernamentales y fundaciones. Concretamente, la Asociación Española Contra el Cáncer tiene en su plantilla 165 psicólogos trabajando en la atención psicológica a los enfermos de cáncer y sus familiares (39), principalmente enfermos supervivientes y familiares del enfermo oncológico.

La realidad nos demuestra que la intervención psicológica debería comenzar desde el propio hospital, aunque todavía en nuestro país no son frecuentes las unidades de psicooncología ni el psicólogo es parte del servicio hospitalario de oncología. Un buen augurio para la ampliación de la intervención psicológica de aplicación hospitalaria será la aprobación de la Estrategia Nacional contra el Cáncer que está elaborando el Ministerio de Sanidad y Consumo y que se espera tenga una pronta aprobación.

En el hospital, la intervención psicológica con los enfermos oncológicos puede llevarse a cabo siguiendo el modelo de interconsulta o utilizando el modelo fundacional (40). Las diferencias entre ambos modelos de intervención se reflejan en la tabla III, y básicamente se centran en la concepción de la atención psicológica como servicio externo al que se solicita apoyo puntual o como un área más a cubrir dentro de la atención integral al enfermo de cáncer.

TABLA III

DIFERENCIAS ENTRE MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICO-ONCOLOGÍA (40)

	<i>Modelo interconsulta</i>	<i>Modelo fundacional</i>
Servicio	Externo	Integrado en Oncología
Clientes	Pacientes	Pacientes, familiares y equipo
Atención	Bajo solicitud	Bajo necesidad
Identificación	Puntual	Permanente
necesidades		
Actividades	Puntuales y esporádicas	Continua
Trabajo en equipo	No	Sí

La intervención psicológica con los pacientes de cáncer debe contemplarse dentro del modelo fundacional. Solamente así es posible ofrecer una atención continuada, disminuir el estigma de la intervención psicológica, trabajar en equipo, aumentar el rendimiento laboral e incrementar la satisfacción de todos los implicados en la atención oncológica.

#### EL QUIÉN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica a pacientes de cáncer debe ser realizada por un licenciado en Psicología (especialista en Psicología clínica) y con una adecuada formación en los aspectos psicosociales del cáncer. Es indispensable que los profesionales dedicados a la psicooncología dispongan del conocimiento y de los instrumentos necesarios para evaluar y tratar los trastornos psicopatológicos así como las reacciones emocionales desadaptativas debidas a la enfermedad (incluyendo los tratamientos médicos y/o oncológicos).

Cuando el psicólogo trabaja dentro de un modelo de atención integral o fundacional puede realizar las siguientes funciones: a) funciones asistenciales dirigidas a la atención psicológica del paciente con cáncer y su familia, así como a los miembros del personal sanitario que lo requieran; b) funciones docentes dirigidas a todos aquellos profesionales y voluntarios que trabajan en el cuidado del enfermo de cáncer y sus familias, c) funciones de investigación encaminadas a facilitar el avance del campo y a mejorar la actividad preventiva y asistencial.

A pesar de las aportaciones de la psicología a la oncología, la presencia profesional del psicólogo es todavía muy insuficiente en la sanidad pública y privada española en lo que respecta al cáncer, y permanece un cierto desconocimiento en el medio sanitario y social del papel del psicólogo en esta área (41).

#### EL PARA QUÉ DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La evidencia científica sobre la aplicación de la psicología al ámbito de la oncología avala resultados positivos tanto a corto como a medio y largo plazo. A corto y medio plazo, se han realizado múltiples estudios que cuentan con un respaldo empírico considerable y que han encontrado resultados positivos fundamentalmente en el ajuste emocional de los pacientes a la enfermedad, en la reducción de síntomas asociados a los tratamientos, en una adecuada adhesión a estos, en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones, en la recuperación del superviviente, en la calidad de vida del enfermo y su familia, así como en la prevención del síndrome de *burnout* en el personal sanitario.

De la revisión de los estudios que muestran resultados positivos de la intervención psicológica a largo plazo destacan especialmente dos, el estudio de Spiegel y cols. (32) y el estudio de Fawzy y cols. (22). Ambos estudios muestran efectos beneficiosos de la intervención psicológica sobre la supervivencia de los enfermos de cáncer, aunque el estudio de Spiegel fue posteriormente cuestionado desde un punto de vista metodológico por Fox (42). Actualmente estos estudios están siendo replicados, por lo que esperamos poder disponer en un plazo no muy largo de tiempo de nuevos datos acerca de la posible influencia de las intervenciones psicológicas en la evolución clínica y la supervivencia frente al cáncer (43).

Junto a estos importantes resultados derivados de la intervención psicológica en sí misma, sin embargo no debemos olvidar otros aspectos claramente relacionados con la economía de la salud. Las intervenciones psicológicas al paciente de cáncer proporcionan un considerable ahorro a largo plazo en los costes de nuestro sobrecargado sistema de salud, pudiendo disminuir: a) la frecuencia de los ingresos hospitalarios; b) la duración de la estancia hospitalaria; y c) la frecuencia de visitas del enfermo o los familiares a los centros de atención primaria, etc. Sin embargo, son pocos los estudios que se han realizado para evaluar los efectos de la intervención psicológica en relación con su coste-eficacia y sus implicaciones sobre la economía de la salud (28).

En conclusión, en base a los resultados disponibles y al mínimo coste económico que supone la intervención psicológica, existen suficientes motivos como para recomendar su aplicación de manera amplia y sistemática entre los pacientes de cáncer y sus familiares. La aplicación de la intervención psicológica así como informar a los pacientes sobre esta posibilidad resulta necesaria tanto desde un punto de vista estrictamente profesional como ético.

#### CONCLUSIONES

El diagnóstico, tratamiento, seguimiento y posible recaída de un cáncer son situaciones que, en general, suponen para los enfermos potenciales amenazas que suelen desencadenar un fuerte impacto psicológico negativo así como la aparición de trastornos emocionales y disminución de su calidad de vida.

La intervención psicológica se dirige a: a) aliviar y tratar los trastornos psicológicos y/o las alteraciones cognitivas, conductuales y/o emocionales de los enfermos de cáncer y familiares, que pueden surgir a lo largo del proceso de enfermedad, así como en la fase terminal; y b) apoyar y ayudar a los enfermos de cáncer y familiares en el afrontamiento de situaciones difíciles, facilitando la adaptación a la enfermedad y favoreciendo que la persona pueda alcanzar el nivel óptimo de calidad de vida que las circunstancias permitan.

No parece que exista un tipo de intervención psicológica claramente más eficaz (en todos los casos) para ayudar a los pacientes. Unos se beneficiarán más de intervenciones individuales, y otros, de la participación en grupo. Sí que parece que la intervención psicoeduca-

tiva es el procedimiento a seguir ante problemas de información y comunicación (especialmente en la fase diagnóstica), el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para mejorar el control de síntomas, efectos secundarios y problemas concretos de la vida cotidiana (fase de tratamiento), el apoyo emocional para los problemas emocionales y de relación interpersonal (recidiva e inicio de nuevos tratamientos) y la intervención psicoterapéutica para los trastornos psicológicos o desadaptativos como consecuencia de la enfermedad oncológica (fase de remisión principalmente). En cualquier caso, el tratamiento más efectivo para cada paciente será el que considere todas sus necesidades e intente cubrir las con todas las formas de intervención psicológica que sean necesarias (44).

La intervención psicológica debe ajustarse a un protocolo y estar incluida dentro de la historia del paciente en el hospital o en la institución o consulta en la que recibe la ayuda. En todo momento, la intervención psicológica ha de estar integrada en el equipo de atención médica de un modo inter/multidisciplinar, aspecto todavía deficitario en nuestro país. Los recursos públicos dedicados a programas de psicooncología en España son prácticamente inexistentes, a pesar de que las intervenciones psicológicas desarrolladas en pacientes de cáncer durante los últimos años se han mostrado eficaces.

Como conclusión, dado el volumen de la literatura disponible detallando la eficacia de distintos tipos de intervención psicológica para los pacientes en todos los puntos de la trayectoria de la enfermedad, parecería no ético no proporcionar estos servicios a los pacientes de cáncer. El objetivo es ambicioso, y generalmente los recursos disponibles no son los deseables, pero por ello, todos los profesionales que trabajamos con los pacientes oncológicos y sus familiares debemos dejar de luchar por acercarles este servicio que claramente ha resultado ser útil y eficaz.

#### CORRESPONDENCIA:

Carmen Yélamos Agua  
Asociación Española Contra el Cáncer  
C/ Amador de los Ríos, 5  
28010 Madrid  
e-mail: carmenyelamos@terra.es

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Situación del cáncer en España. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.
2. Maguire P. Managing psychological morbidity in cancer patients. *Eur J Cancer* 2000; 36: 556-8.
3. Andersen B. A behavioural model for psychological interventions. En Baun A y Andersen BL, eds. *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association, 2001. p. 119-30.
4. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology* 2000; 9: 11-19.
5. Andersen B. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 552-68.
6. Owen JE, Klapow JC, Kicken B, Tucker D. Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology* 2001 10: 218-30.

7. Padierna JA, Ariestegui E, Medrano J. Implicaciones psiquiátricas de los procesos oncológicos. *Oncología* 1994; 17/309: 62-71.
8. Sontag S. *Illness as metaphor*. Nueva York: Farrar, Straus & Girou, 1978. Traducción: La enfermedad y sus metáforas. Barcelona: Muchnik.
9. Bayés R. Aspectos psicológicos del enfermo de cáncer. El impacto psicológico del cáncer. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa C. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo de cáncer. Madrid: Ed. Panamericana, 1995. p. 29-39.
10. Holland JC. Psychological management of cancer patients and their families. *Prac. Psicol.* 1977; octubre: 14-20.
11. Steifel F, Die Trill M, Berney A, Núñez-Olarte JM, Razavi D. Depression in palliative care: A pragmatic report from the expert group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2001; 9: 477-88.
12. McDaniel JS, Nemeroff CB. Depression in the cancer patient: Diagnostic, biological and treatment aspects. En: Chapman CR, Foley KM y cols. editors. *Current and emerging issues in cancer pain*. Nueva York: Raven Press, 1993. p. 1-19.
13. Moorey S, Greer S, Watson M, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psychooncology* 1994; 3: 39-46.
14. Zabora JR, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28.
15. Gregory RJ, Jimerson DC, Walton BE, Daley J, Paulsen RH. Pharmacotherapy of depression in the medically ill: Directions for future research. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 36-42.
16. Die Trill M. La evaluación psicológica del enfermo oncológico infantil y adulto. En: Die Till M, ed. *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003. p. 313-64.
17. Cruzado JA, Labrador FJ. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Rev Cáncer (Madrid)* 2000; 14 (2): 63-82.
18. Persky VW, Kempthorne-Rawson J, Shekelle RB. Personality and risk of cancer: Twenty year follow up of the Western Electric Study. *Psychosom Med* 1987; 49: 435-49.
19. Die Trill M. La evaluación psicológica del enfermo oncológico infantil y adulto. En: Die Till M, ed. *Psicooncología*. Madrid: Ades Editores, 2003. p. 313-36.
20. Fawzy FI. Psychosocial Interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *Eur J Cancer* 1999; 35 (11): 1559-64.
21. Báez M, Blasco T, Fernández Castro J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología* 2003; 19 (2): 235-246.
22. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival six years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681-9.
23. Fawzy FI, Fawzy NW. Psychosocial aspects of cancer. In: Nixon D, ed. *Diagnosis and management of cancer*. Menlo Park, California, Addison-Wesley; 1982. p. 111-23.
24. Fawzy NW, Secher L, Giuliano AE, Evans S. The positive appearance center: an innovative concept in comprehensive psychosocial cancer care. *Cancer Pract* 1995; 3 (4): 233-8.
25. Fawzy FI, Fawzy NW, Wheeler JG. A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: an analysis of data from two studies. *Psychooncology* 1996; 5: 81-9.
26. Kornblith A. Psychosocial adaptation of cancer survivors. En: Holland J. *Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1998. p. 223-54.
27. Die Trill M, Vecino S. El superviviente de cáncer. En: Die Till M, ed. *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003. p. 126-41.
28. Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology* 2004; 13: 837-49.
29. Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: A review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer* 1999; 35: 1581-6.
30. Bottomley A. We are we now? Evaluating two decades of group interventions with adult cancer patients. *J Psychiat Ment Health Nurs* 1997; 4: 251-65.
31. Fawzy FI. A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Support Care Cancer* 1995; 3: 235-8.
32. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 14: 888-91.
33. Ferlic M, Goldman A, Kennedy BJ. Group counselling in adult patient with advanced cancer. *Cancer* 1979; 43: 760-6.
34. Gordon WA, Freidenbergs Y, Diller L, Hibbard M, Wolf C, Levine L, et al. Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *J Consult Clin Psychology* 1980; 48: 743-59.
35. Vachon ML, Lyall WA. Applying psychiatric techniques to patients with cancer. *Hosp Comm Psychiatry* 1976; 28: 582-4.
36. Parsell S, Taglarena EM. Cancer patients help each other. *Am J Nurs* 1975; 74: 650-1.
37. Spira JL. Group Therapies. En: Holland J, ed. *Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1998. p. 701-16.
38. Die Trill M. Psicoterapia de grupo. En: Die Till M, ed. *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003. p. 520-31.
39. Asociación Española Contra el Cáncer. Informe Anual 2004. Madrid, 2004.
40. Sanz J, Modolell E. *Oncología y Psicología. Un modelo de interacción*. *Psicooncología* 2004; 1 (1): 3-12.
41. Cruzado JA. La formación en Psicooncología. *Psicooncología* 2003; 0 (1): 9-19.
42. Fox BH. A hypothesis about Spiegel et al's 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival. *Psychooncology* 1998; 7: 361-70.
43. Borràs Hernández X, Bayés Sopena R. Psiconeuroinmunología y cáncer. En: Die Till M, ed. *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003. p. 692-705.
44. Font Guiteras A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I, editores. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Ed. Pirámide; 2003. p. 57-92.

# Rehabilitación social del enfermo de cáncer

B. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, C. YÉLAMOS AGUA

*Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid*

## RESUMEN

En la última década se han publicado diversas guías de práctica clínica, en Australia, Canadá y EE.UU., para regular el tratamiento psicosocial en personas con cáncer. Dichas guías definen la estructura y la dirección de las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer y sus familiares. En el presente artículo se realiza una exhaustiva revisión de las estrategias de apoyo psicosociales utilizadas, partiendo de la conceptualización y taxonomías de apoyo social, así como las evidencias sobre apoyo social y salud, y apoyo social y cáncer. Por último, se describe un modelo gradual de intervención psicosocial que perfila una estructura clara para la integración de estos servicios como una parte integrante de los cuidados en oncología.

**PALABRAS CLAVE:** Intervención psicosocial. Apoyo social. Malestar emocional. Cáncer. Calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer suponen una gran crisis vital que provoca un importante malestar emocional tanto en los pacientes como en sus familiares. Si bien es cierto que, con el paso del tiempo la mayoría de los enfermos diagnosticados tienden a ajustarse de forma satisfactoria a los cambios de su vida sin necesidad de ningún tipo de intervención clínica, aproximadamente el 35% experimentan un importante malestar emocional (1,2). La ansiedad, la depresión, los trastornos adaptativos del estado de ánimo y las alteraciones del comportamiento son los problemas que con mayor frecuencia se suceden a lo largo del proceso de enfermedad.

## ABSTRACT

*During the last decade various guides for clinical practice were published in USA, Canada and Australia, in order to regulate the psycho-social treatment of cancer patients. Such guides define the structure and aim of psycho-social interventions in cancer patients and their relatives. The present paper exhaustively reviews what kind of strategies are more frequently utilized for psycho-social support, considering the concept and taxonomies of social support, as well as the existing evidences on social support and health, and social support and cancer. Finally, a tiered model of psycho-social intervention is described, including a clear definition of its structure, and a procedure for the integration of such intervention in the oncology-care units.*

**KEY WORDS:** *Psycho-social intervention. Social support. Distress. Cancer. Quality of life.*

Existen numerosas evidencias que demuestran que las intervenciones psicosociales incrementan el bienestar, mejoran el ajuste y el afrontamiento de la enfermedad y reducen el malestar de las personas afectadas por cáncer (3-6). Así, se ha descrito un importante abanico de estrategias de intervención utilizando una gran diversidad de enfoques y metodologías, donde se incluyen la terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación, intervenciones psico-educativas, terapia de familia y de pareja, grupos de apoyo y apoyo social.

En este contexto, el apoyo social juega un papel fundamental en el bienestar de los sujetos, familias y grupos, especialmente ante situaciones vitales estresantes. Se han publicado recientemente numerosos estudios

que relacionan el apoyo social con la salud física y psicológica y se ha señalado que favorece la salud, bien porque se relaciona negativamente con el comienzo de las enfermedades o bien porque facilita la recuperación del paciente con algún tipo de trastorno.

En el presente artículo se realiza una exhaustiva revisión de las estrategias de apoyo psicosociales utilizadas, partiendo de la conceptualización y taxonomías del apoyo social, así como de las evidencias sobre apoyo social y salud, y apoyo social y cáncer. Para finalizar, se describirá un modelo gradual de intervención psicosocial que determina la estructura y las etapas que permiten ajustar la intervención psicosocial a los niveles y naturaleza del malestar de los pacientes de cáncer. De esta forma, se facilita la incorporación de estos servicios como una parte integrante de los cuidados en oncología.

#### CONCEPTO Y TAXONOMÍA DE APOYO SOCIAL

La teoría y práctica del apoyo social resultan de gran interés no sólo para la rehabilitación de cualquier patología sino también para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y la calidad de vida. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (1986, págs. 72-76) reconoce explícitamente la relevancia de los sistemas de apoyo social para mejorar la calidad de vida y la salud de las personas (7).

El apoyo social es clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias, especialmente en los momentos de transición, crisis o acontecimientos vitales estresantes (8,9), entendiendo por evento vital todo aquel acontecimiento para el cual el individuo no tiene una respuesta adaptativa funcional inmediata.

A pesar de que su uso práctico es antiguo, el tema del apoyo social emerge con más fuerza en las dos últimas décadas en el ámbito de la psicología comunitaria. El concepto surgió al revisar la literatura de los años setenta que padecía evidenciar una asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas como desintegración social, movilidad geográfica o estatus matrimonial. Derivó de modelos de salud epidemiológica y pública acerca de la enfermedad, que luego fueron aplicados en el ámbito de la psicología. En esos estudios se detectó que el elemento común de esas situaciones era la ausencia de lazos sociales adecuados o la ruptura de las redes sociales previamente existentes.

El concepto de apoyo social ha sido utilizado con diversas acepciones en función del ámbito de aplicación. Así se ha utilizado como red social, como contactos sociales significativos, como posibilidad de tener personas confidentes a las que se pueden expresar sentimientos íntimos y como compañía humana.

Para Caplan (10) las personas tienen una gran variedad de necesidades específicas que son satisfechas a través de las relaciones interpersonales duraderas, desarrollando y manteniendo un sentimiento de bienestar e involucrándose en un rango de relaciones que satisfacen dichas necesidades. El apoyo social también se ha definido como la unión entre individuos o entre individuos

y grupos que mejora la competencia adaptativa para enfrentar los desafíos, tensiones y privaciones a corto plazo. En este marco, se ha destacado su carácter de intercambio de recursos entre dos individuos, percibidos uno como proveedor y el otro como receptor, con el fin de mejorar el bienestar del receptor (11).

Otra definición de apoyo social frecuentemente utilizada en la literatura es la que lo conceptualiza como la ayuda real o percibida que el individuo deriva de las relaciones interpersonales tanto en el plano emocional como en el instrumental para una situación específica (12). Respecto a la percepción del apoyo social, la mayoría de los autores enfatizan la importancia de este factor, ya que la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida. Por lo tanto se puede hablar de la objetividad y subjetividad del concepto, diferenciando el apoyo social obtenido y el apoyo social percibido; ambos son fundamentales para la persona y repercuten sobre su bienestar.

En general, hay tres tipos de apoyo que aparecen en casi todas las taxonomías y que son reconocidos por casi todos los autores. Estos son apoyo emocional, instrumental e informacional (Tabla I).

TABLA I

- 
- El apoyo emocional se ha definido como sentimientos de ser amado, de pertenencia, de intimidad y de disponibilidad de alguien con quien hablar. Diferentes estudios revelan que este tipo de apoyo es el más importante para fomentar y mantener la salud y el bienestar.
  - El apoyo instrumental se ha definido como la prestación directa de ayudas o servicios (ayuda doméstica, ayudas económicas, cuidado de niños, etc.). Resulta bastante efectivo para incrementar el bienestar individual cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada, pero puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de estar en deuda.
  - El apoyo informacional es un proceso a través del cual las personas buscan información o consejo para resolver sus problemas.
- 

#### APOYO SOCIAL Y SALUD

Se han publicado numerosos estudios que relacionan el apoyo social con la salud física y psicológica de los individuos. En este sentido, se ha mostrado una acción claramente protectora del apoyo social ante la aparición de trastornos físicos y psíquicos (13). No obstante, el impacto del apoyo social sobre síntomas psíquicos puede ser diferente del impacto en síntomas físicos (14).

Desde estos primeros estudios, se ha producido un gran interés por determinar si la relación positiva entre salud y apoyo social se debe a que este relaciona negativamente con el comienzo de enfermedades o bien a que facilita la recuperación del paciente con algún tipo de trastorno. Esto ha dado origen a dos hipótesis: la de efectos directos o la de acción amortiguadora.

La hipótesis de los efectos directos sostiene que el apoyo social fomenta la salud, independientemente del nivel de estrés. El hecho de estar integrado en un grupo (redes sociales, grupo de amigos, familia, clubs) facilita experiencias individuales positivas como la autoestima, afecto positivo, control sobre el medio. Estas experiencias protegen a los sujetos de trastornos físicos y emocionales a través de mecanismos psicobiológicos. También se han destacado efectos directos en cuanto a la recuperación de la salud, dado que un apoyo social adecuado facilitaría la promoción de conductas sanas, como la posibilidad de orientar a los sujetos a asistencia médica; en la etiología de las enfermedades para mejorar la autoestima, etc.

Según la hipótesis de la acción amortiguadora, en condiciones de estrés elevado, el apoyo social protege a los individuos de los efectos negativos del estrés sobre el estado de ánimo y el funcionamiento psicológico, facilitando los procesos de afrontamiento y adaptación, reduciendo así la posibilidad de enfermedad física o mental. El apoyo social puede reducir el impacto del estrés de tres formas: eliminando o reduciendo el propio estresor; reforzando la capacidad del individuo para hacer frente al estresor; o bien atenuando la experiencia de estrés una vez que se ha puesto en marcha.

El análisis de los estudios realizados al respecto indica que los efectos directos aparecen en investigaciones en las que se utilizan medidas estructurales del apoyo social, es decir, cuando lo que se evalúa es el estado civil, la pertenencia a grupos, la integración en una red social, etc. Sin embargo, se evidencian los efectos amortiguadores en los estudios en los que se conceptualiza el apoyo según sus dimensiones funcionales, en concreto cuando se evalúa la disponibilidad de recursos que pueden ayudar a los individuos a responder a los eventos vitales estresantes (15).

En resumen, en las últimas décadas se ha realizado un número importante de trabajos que sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social (16). También se han arrojado indicios referidos a que los individuos con pareja estable, amigos y familia que les proporcionan recursos materiales, tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre. En definitiva, a pesar de que hasta el momento no es posible establecer una relación causal, la combinación de datos derivados de experimentos con animales, investigaciones sociopsicológicas y entrevistas sugieren que el apoyo social contribuye de manera significativa en la salud de los sujetos.

En este contexto, el análisis de los posibles efectos negativos del apoyo social sobre la salud (relaciones e interacciones destructivas) es relativamente reciente. Algunos de estos trabajos han evidenciado que, bajo ciertas circunstancias, el apoyo social puede tener efectos negativos. Así, se ha observado que el apoyo familiar puede incrementar los efectos del estrés. En líneas generales, el apoyo social presenta efectos positivos y negativos, tanto en el receptor como en el proveedor (Tabla II).

TABLA II

	<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
Receptor	Gratificación de la necesidad de afiliación Incremento de sentimientos de pertenencia y seguridad Mejora de la autoestima Menor sentido de responsabilidad personal ante la situación	Disconformidad con la ayuda Aumento de la tensión y/o estrés Falta de espacio psicológico para tomar decisiones y pérdida de control sobre el acontecimiento Sentimientos de deuda
Proveedor	Sentimientos de valoración Sensación de eficiencia Mejora de la autoestima	Coste material y psicológico Sensación de vulnerabilidad Claudicación emocional por excesivas demandas del receptor

Un hecho destacable en torno al ámbito de apoyo social y salud es que las investigaciones sobre estrés, afrontamiento y apoyo social se han traducido en programas prácticos de intervención y prevención, lo que redundará en la mejora de la calidad de vida de las personas.

#### APOYO SOCIAL Y CÁNCER

Como ya se ha detallado en el punto anterior, el apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante. En concreto, numerosas investigaciones muestran que el apoyo social está relacionado con el malestar emocional en pacientes de cáncer (17-20).

De Leeuw y cols. (21) analizan cómo los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen que enfrentarse no sólo a un diagnóstico amenazante para su vida, sino también, y como consecuencia del tratamiento, a una apariencia física desfigurada y a la pérdida o deterioro de funciones importantes. En este contexto, examinan la influencia del apoyo social en la sintomatología depresiva de estos pacientes. Los datos muestran que el apoyo recibido está asociado con más sintomatología depresiva de base, mientras que el apoyo disponible implica menor severidad de los síntomas depresivos. Esta relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos era especialmente notable en pacientes con pocas quejas de salud.

Algunos estudios realizados sobre la influencia del apoyo social en el ajuste a la enfermedad de pacientes con cáncer de pulmón muestran resultados muy variados (22,23). Hechos similares encontramos en el trabajo realizado por Walter y cols. (24) donde se analizan los síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de pulmón y su relación con una variedad de estilos de afrontamiento y de diferentes

tipos de apoyo social. Los resultados señalan que los síntomas depresivos correlacionan negativamente con la edad del individuo y positivamente con el apoyo instrumental directivo, pero la severidad de los síntomas de depresión no correlaciona con las escalas de soporte social. Se entiende por apoyo instrumental directivo cuando se asume la responsabilidad de la toma de decisiones en detrimento del receptor del apoyo.

Levy y cols. (1985), realizaron un estudio con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (estadios I y II) y encontraron que el apoyo social percibido predecía el afrontamiento adecuado a la enfermedad. Otros trabajos realizados con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama han revelado que el apoyo social mitiga el malestar emocional derivado de la enfermedad (25,26). La mayoría de los trabajos realizados únicamente han examinado las relaciones entre apoyo social y ajuste al cáncer de mama en mujeres de raza caucásica de clase media. Sin duda, este hecho limita la generalización de los hallazgos encontrados. En este sentido, Friedmand y cols. (27) examinan estas relaciones con una muestra de mujeres con cáncer de mama de diversas etnias. Los resultados sugieren que el papel que juegan las expectativas positivas y la satisfacción con el soporte social en la calidad de vida de las mujeres hispanas, afro-americanas y caucásicas con cáncer de mama es similar. La hipótesis de que el apoyo social podría explicar la varianza en el funcionamiento psicológico fue sólo apoyada parcialmente por los datos. La satisfacción con el apoyo disponible de familia y amigos explicaba significativamente la varianza con respecto al bienestar socio-familiar. Sin embargo, el estatus matrimonial, otro indicador del apoyo social, no estaba relacionado con ninguna de las medidas. Esto difiere de los resultados de Parker y cols. (28) que hallaron que el estatus matrimonial y el apoyo social percibido estaban relacionados con el funcionamiento emocional de las pacientes.

Devine y cols. (29) examinan la asociación entre el apoyo social y el nivel de pensamientos intrusivos y de evitación en pacientes que reciben una vacuna experimental para el tratamiento de melanoma metastático y cáncer metastático de células renales. Los datos evidencian que el apoyo social se asocia negativamente con el malestar emocional y positivamente con la calidad de vida. Se observó también que apoyo social y el nivel de pensamientos intrusivos/evitación en el comienzo del tratamiento eran predictores tanto del malestar emocional como de la calidad de vida un mes después de finalizado el tratamiento. Así, en los pacientes con apoyo social pobre y altos niveles de pensamientos intrusivos/evitación se observaba un elevado malestar emocional y una pobre calidad de vida. Sin embargo, no se observaba ningún tipo de asociación entre pensamientos intrusivos/evitación y ajuste a la enfermedad en los pacientes que presentaban altos niveles de apoyo social. Estos resultados sugieren que el apoyo social amortigua la relación negativa entre pensamientos intrusivos/evitación y ajuste psicológico.

Los trabajos que examinan la importancia del apoyo social en familiares de cáncer arrojan resultados similares. Norberg y cols. (30) analizan la relación entre ansiedad, búsqueda de apoyo como estrategia de afrontamiento y apoyo social percibido en madres y padres de niños diag-

nosticados de cáncer. Tanto en los padres como en las madres se encontró una relación positiva de moderada intensidad entre el comportamiento de búsqueda de apoyo y el apoyo social percibido. El nivel de ansiedad correlacionaba negativamente con el apoyo percibido y con la búsqueda de apoyo, aunque en el caso de este último la relación es mucho más débil. La intensidad de la relación entre apoyo social y ansiedad es superior en el caso de las madres que en el de los padres.

Sin duda, todos estos datos apoyan la necesidad de evaluar el apoyo percibido por los pacientes de cáncer, así como la necesidad de desarrollar y evaluar con mayor detalle los beneficios de las intervenciones para incrementar el nivel de apoyo interpersonal, los recursos ambientales y facilitar el procesamiento cognitivo y la adaptación de los pacientes a la enfermedad.

#### MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CÁNCER

El reconocimiento de las intervenciones psicosociales como una parte integrante de los cuidados en oncología ha derivado en una gran oferta de servicios dirigidos al enfermo y sus familiares desarrollados por organizaciones no gubernamentales.

La enorme multiplicación de información científica, sobre este tema, ha generado la necesidad de disponer de criterios unánimemente aceptados y de facilitar la posibilidad de adoptarlos y llevarlos a la práctica asistencial en el ámbito de la psico-oncología. Con este objeto, en la última década se ha publicado diversas guías de práctica clínica, especialmente en Australia, Canadá y EE.UU., para regular el tratamiento psicosocial en personas con cáncer. Dichas guías recogen un conjunto de recomendaciones elaboradas en base a las evidencias científicas disponibles, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados psicosociales más adecuados en oncología. En definitiva, definen la estructura y la dirección de las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer y sus familiares.

Sin embargo, aún no se ha establecido un modelo operativo que indique cómo los servicios sociales de base pueden enlazar con los servicios hospitalarios y cómo estos se pueden adecuar a las actuales recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica de intervención psicosocial. En este sentido Hutchison y cols. (31) proponen un modelo gradual de intervención psicosocial, donde se definen los pasos y la toma de decisiones para ajustar las estrategias terapéuticas a los niveles y naturaleza del malestar emocional del paciente.

El modelo gradual de intervención psicosocial se basa en el concepto de ajuste de tratamiento, *triage*, que consiste en seleccionar a los pacientes de acuerdo con sus características o necesidades para derivarlos al tratamiento más adecuado de forma inmediata, como una extensión de los modelos de *screening*. La rutina del *screening* aplicada a la intervención psicosocial resulta efectiva a la hora de superar las dificultades existentes en la detección de los pacientes que necesitan una intervención y para evaluar el nivel y el tipo de necesidad, de este modo se puede ofrecer la intervención más adecua-

da a cada caso en particular (32). Ello permite maximizar la utilización y la calidad de la atención de los servicios de atención psicosocial, lo que ha sido apoyado por las diferentes guías de práctica clínica (33-35).

El modelo de intervención gradual se ha descrito como un enfoque válido para resolver uno de los problemas más frecuentes en los servicios de atención psicosocial como es el hecho de que se encuentran infrautilizados. Las razones que se han argumentado para explicar la escasa utilización de estos servicios han sido variadas: el temor de los pacientes a ser estigmatizados; la baja conciencia por parte de los profesionales sanitarios sobre la importancia de este tipo de cuidados; y las dificultades que encuentran estos últimos para derivar a cada paciente a la intervención más adecuada (36-39).

Las investigaciones realizadas en otros ámbitos de atención clínica, como es la intervención conductual con familias, han descrito las diferentes etapas o niveles de atención que se contemplan en el modelo. Aplicando dichas fases al campo de la oncología estableceríamos 5 niveles de apoyo.

El nivel 1 o atención universal se dirige a todas las personas afectadas por cáncer con un nivel mínimo de malestar emocional que únicamente necesitan información y consejo. Las estrategias utilizadas en este nivel incluyen información general sobre la enfermedad, información acerca de los tratamientos y pautas para minimizar los efectos secundarios. Los servicios más adecuados para ofrecer este tipo de intervención son: los equipos de atención primaria, las líneas de ayuda telefónica y los materiales impresos, electrónicos o audiovisuales relacionados con el cáncer y los recursos de ayuda disponibles.

El nivel 2 o apoyo breve (1 ó 2 sesiones) (40) se dirige a pacientes con bajo o moderado malestar emocional. Se utiliza la intervención psicológica de asesoramiento o psico-educativa y los grupos de apoyo mutuo. Las intervenciones psico-educativas son aquellas que incluyen estrategias de orientación y ayuda en la toma de decisiones respecto a situaciones o problemas que se derivan del proceso de enfermedad. Se centran en la resolución de necesidades informativas específicas y en facilitar la comunicación del enfermo con su entorno sociosanitario y familiar. Las posibles áreas de intervención son: tomas de decisiones sobre tratamiento, comunicación con los profesionales y la familia, resolución de problemas específicos, afrontamiento de emociones y apoyo social.

El nivel 3 o apoyo amplio (de 3 a 5 sesiones), para enfermos con niveles de estrés moderado. Se focaliza en intervenciones de *counseling* con entrenamiento en habilidades de afrontamiento que incluyen entrenamiento conductual, entrenamiento en relajación y terapia cognitiva. Las diferentes intervenciones pueden desarrollarse bajo un enfoque individual o grupal.

El nivel de apoyo 4 o atención especializada dirigida a pacientes con niveles de malestar psicológico severo. Se constituye como una intervención intensiva de duración variable entre 5 y 12 sesiones que pueden desarrollarse con formato individual o grupal. Se emplean tanto técnicas directivas como no directivas y se focaliza en la problemática psicológica del paciente como consecuencia de la enfermedad. Las posibles áreas de intervención son: trastornos de ánimo, ansiedad, problemas en la sexualidad, etc.

El nivel 5 o atención aguda se dirige a casos complejos con niveles de malestar severos o múltiples problemas. En estos casos se requiere una intervención aguda desarrollada por un equipo multidisciplinar de profesionales de salud mental. Las posibles áreas de intervención son: problemas psicopatológicos severos, ideación suicida, trastornos de la personalidad, problemas graves de pareja, etc.

## CONCLUSIONES

A lo largo de los últimos años se ha generado un gran cuerpo documental que evidencia una importante relación entre factores psicosociales y la presencia o no de enfermedades. En este sentido, la variable de apoyo social ha mostrado una acción claramente protectora ante la aparición de trastornos físicos y psíquicos. A pesar de que hasta el momento no es posible establecer una relación causal, la combinación de datos derivados de experimentos con animales, investigaciones socio-psicológicas y entrevistas sugieren que el apoyo social contribuye de manera significativa en la salud de los sujetos.

Asimismo, la literatura refiere que aquellas personas diagnosticadas de cáncer presentan un menor malestar emocional y una mayor adaptación al proceso de enfermedad y tratamiento si poseen vínculos sociales o familiares que les permitan afrontar de manera menos amenazante su enfermedad. Las intervenciones basadas en el apoyo social tienen efectos positivos en el bienestar de los pacientes diagnosticados de cáncer porque movilizan los recursos informales promoviendo la participación, aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés e incrementan la autorresponsabilización y las competencias personales.

Desde el ámbito de la psico-oncología se debe seguir desarrollando procedimientos de intervención que mejoren la atención psicosocial de los enfermos y sus familiares, pero esto sólo puede hacerse con ciertas garantías en el marco de una intervención integrada de los distintos profesionales implicados en el tratamiento del cáncer. Por esta razón, cada vez es más evidente la necesidad de la creación de servicios de atención psicosocial, conectados y en estrecha relación con los restantes profesionales, que permitan proporcionar la intervención más adecuada a cada caso particular de una forma clara y estandarizada. En este contexto, el modelo gradual de intervención psicosocial ofrece un enfoque para desarrollar la atención psicológica desde una perspectiva comunitaria, donde se ajusta el nivel de intervención a los niveles de malestar emocional y resulta fácil de integrar en los diferentes servicios del sector.

CORRESPONDENCIA:  
Belén Fernández Sánchez  
Asociación Española Contra el Cáncer  
C/ Amador de los Ríos, 5  
28010 Madrid  
e-mail: belen.fernandez@aecc.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moorey S, Creer S, Watson M, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psychooncology* 1994; 3: 39-46.
2. Zabora JR, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantodosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28.
3. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening: Needs, method and models. *J Psychosom Res* 2003; 55: 403-9.
4. Cunningham AJ. Adjuvant psychological therapy for cancer patients: Putting in on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology* 2000; 9: 367-71.
5. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A metaanalysis of randomised experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101-8.
6. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: A meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 179-86.
7. Fernández-Ríos L, Cornes JM. Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En: Buela-Casal G, Fernández-Ríos L, Carrasco TJ, ed. *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide, 1997.
8. Cooke D, et al. Examining the definition and assessment social support: A resources for individuals and familias. *Fam Rel* 1988; 37: 211-6.
9. Mc Cannell K. Missing Links: an empirical investigation of network variables in high-risk familias. *Fam Rel* 1985; 34: 557-60.
10. Caplan G y Killilea M. Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. Grune and Stratton, Ed. New York, 1976
11. Shumaker S, Brownell A. Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues* 1985; 40 (4): 11-36.
12. Sepúlveda R, Troncoso M, Álvarez C. Psicología y salud: el papel del apoyo social. *Revista Médica de Santiago* 1998; 1 (2): 154-62.
13. Henderson S. Social relationships, adversity and neurosis. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 391-8.
14. Cohen S y McKay G. Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En: Brawm A, Singer JE, Taylor ST, ed. *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, 1984.
15. Martín A, Chacón F, Martínez M. *Psicología comunitaria*. Textos Visor. Barcelona, 1988.
16. Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, Baer J, Kamaeck T. Social support and smoking Cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54 (4): 447-53.
17. Glanz K, Lerman C. Psychosocial impact of breast cancer: a critical review. *Ann Behav Med* 1992; 14 (3): 204-12.
18. Moyer A, Salovey P. Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Ann Behav Med* 1996; 18 (2): 110-25.
19. Hann D, Baker F, Denniston M. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *J Psychosom Res* 2002; 52 (5): 279-83.
20. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: The nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20 (14): 3137-48.
21. De Leeuw JRJ, De Graeff A, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. *Psychooncology* 2000; 9 (1): 20-8.
22. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nishiwaki Y, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Support Care Cancer* 1998; 6 (3): 281-6.
23. Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H. Depresión and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21 (1): 69-77.
24. Walter MS, Zona DM, Fisher EB. Depressive symptoms alter lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psychooncology*. 2005 (in press).
25. Koopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, Spiegel D. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 101-11.
26. Trunzo JJ, Pinto BM. Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 805-11.
27. Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psychooncology* 2005; 15 (in press).
28. Parker PA, Baile WF, De Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictor of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-oncology* 2003; 12: 183-93.
29. Devine D, Parker PA, Fouladi RT, Cohen L. The association between social support, intrusive thoughts, avoidance and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology* 2003; 12 (5): 453-62.
30. Norberg AL, Lindbland F, Boman K. Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psychooncology* (in press), 2005.
31. Hutchison SD, Steginga SK, Duna J. The tiered model of psychosocial intervention in cancer: A community based approach. *Psychooncology*, 2005 (in press).
32. Zabora JR. Screening procedures for psychosocial distress. En *Psycho-Oncology*, Holland JC (ed). Oxford University Press: Oxford; 653-61.
33. Canadian Association of Psychosocial Oncology. Standards: Canadian Association of Psychosocial Oncology. 1999. Canadian Association of Psychosocial Oncology. Toronto, Canada.
34. National Breasts Cancer Centre, National Cancer Control Initiative. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer, 2003. National Health and Medical Research Council. Camperdown, NSW.
35. National Comprehensive Cancer Network. Practice guidelines in oncology. 2002. National Comprehensive Network Inc.
36. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening: Needs, methods and models. *J Psychosom Res* 2003; 55: 403-9.
37. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; 47: 388-99.
38. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994; 70: 767-70.
39. Sollner W, DeVries A, Steixner E. How successful are oncologists in identifying patients distress, perceived social support, and needs for psychosocial counseling? *Br J Cancer* 2001; 84: 179-85.
40. Sander MR. Triple p-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Chile Family Psychol Rev* 1999; 2: 71-90.

# Papel de la enfermería ante el paciente con cáncer

C. VILA

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

## RESUMEN

La Enfermería Oncológica (EO), a través de su organismo científico la SEEO (Sociedad Española de Enfermería Oncológica) ha sabido posicionarse frente a los nuevos retos en el cuidado de pacientes con cáncer y ha elaborado, tras debates de grupos de expertos, dos documentos clave:

- “Estándares de la práctica de la enfermería oncológica”.
- “Las competencias enfermeras en el cuidado del paciente con cáncer”.

En ellos se definen aspectos clave de los cuidados en cáncer desde una perspectiva enfermera: definir el rol profesional, la importancia de los autocuidados, el impacto de nuevas tecnologías, la convergencia tecnológica, la continuidad asistencial y la importancia de los nuevos conocimientos en biología molecular y genoma humano para el desarrollo de la especialidad.

**PALABRAS CLAVE:** Estándares de la práctica. Aspectos clave. Paciente con cáncer.

## ASBTRACT

*Oncology infirmery through its scientific organisation the SEEO (Sociedad Española de Enfermería Oncológica), has been able to confront the new challenges in cancer patient care and has now developed, after several meetings with specialist groups, two important documents:*

- “Standard of practise for Oncology Infirmery”.
- “Key skills for cancer patient care nurses”.

*In both guidelines, –key aspects in cancer care from a nursery point of view– are well defined such as: the professional role, the importance of patient self-care, the impact of new technologies, and the importance of our increased knowledge in both molecular biology and the human genome.*

**KEY WORDS:** *Standard of practice. Key skills. Cancer patient.*

## INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Sanidad presentó en agosto de 2005 un informe sobre la situación del cáncer en España. La incidencia estimada es de 162.000 nuevos casos diagnosticados por año y el informe reconoce algunas deficiencias, ya que no todas las comunidades autónomas tienen el mismo nivel de desarrollo en lo que se refiere a registros de tumores. Pero la cifra ya es suficientemente

elocuente y parece evidente que la suma de muchos esfuerzos será necesaria para hacer frente al problema del cáncer, entre ellos, el de la enfermería oncológica.

En números anteriores de esta misma revista he tenido la oportunidad de ir analizando la posición y avances de la EO a lo largo de estos últimos años en la prestación de cuidados y en su desarrollo profesional.

Las innovaciones que se han ido produciendo en la especialidad de oncología han impulsado también cam-

bios profundos en la atención de enfermería a pacientes diagnosticados de cáncer.

Los avances logrados en este nuevo milenio han constituido retos que la EO ha sabido asumir y que han servido de estímulo para continuar avanzando en conocimientos y optimización de los cuidados. En este sentido, la evolución de la EO está recogida en documentos de consenso elaborados en el seno de su sociedad científica, la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO).

#### *¿QUÉ RECOGEN ESTOS DOCUMENTOS?*

La actitud de enfermería y su posición clara ante esta nueva etapa de la oncología.

El siglo XX finalizó con un espectacular logro para la investigación en biología molecular que es el avance en la comprensión de los mecanismos moleculares que hacen que una célula normal se transforme en una célula cancerosa. Esto ha permitido conocer nuevas dianas y diseñar nuevos fármacos más específicos y con menos efectos secundarios para el paciente, es decir, se logran dos importantes objetivos: eficacia y una mejor calidad de vida.

De forma paralela, la EO ha asumido el reto de adaptación a las nuevas estrategias terapéuticas que se utilizan actualmente, en la publicación "Enfermería Oncológica", la revista oficial de la SEEO se puede analizar esta evolución.

Por otro lado, desde un punto de vista sociológico, algo ha cambiado también de forma notable: el paciente oncológico ha cobrado un protagonismo primordial y está cada vez más informado. Las nuevas demandas de los pacientes y su entorno familiar, en cuanto a asistencia e información, también exigen nuevas fórmulas en la relación enfermería-paciente.

Otro factor a considerar es la multiculturalidad, un fenómeno creciente, que exige revisar algunos de sus roles tradicionales y adaptarlos a esta nueva realidad.

#### ESTÁNDARES DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Para hacer frente a las nuevas exigencias, la enfermería oncológica ha elaborado, tras un largo proceso de trabajo de grupos de expertos, un documento denominado "Estándares para la práctica de la enfermería oncológica". Este documento editado por la SEEO precisa que enfermería presta servicios específicos y que estos representan una clara contribución en la lucha contra el cáncer.

Resulta esclarecedor revisar una vez más los fundamentos filosóficos que animan el documento y que señalan con precisión la orientación de unos cuidados muy específicos, que pretenden ofrecer la máxima calidad asistencial y aspiran a la excelencia.



#### *Estándares de la práctica de la enfermería oncológica*

1. Los individuos afectos de cáncer son individuos con necesidades personales que tienen derecho a vivir su vida de forma plena y morir con dignidad. El objetivo primordial de la atención se centra en responder a las necesidades individuales.

2. Identificar las necesidades de los enfermos consultando con ellos y respetando sus elecciones es la manera más efectiva de garantizar una atención de calidad y de preservar la autonomía del individuo.

3. Todos los enfermos de cáncer tienen derecho a recibir el mejor tratamiento, cuidados y apoyo disponibles, con independencia de las diferencias sociales, políticas y económicas.

4. Debe alentarse y, en su caso enseñar a los enfermos y a sus familiares a participar activamente en el establecimiento y la consecución de objetivos realistas para sí mismos.

5. Enfermería desde iniciar y fomentar un enfoque interdisciplinar en la asistencia a enfermos con cáncer.

6. Las/os enfermeras/os deben contribuir a la promoción de la salud y la prevención del cáncer. La promoción de la salud y la educación no son exclusivas de la Atención Primaria. Continúa con los propios enfermos de cáncer en cualquier ámbito.

7. La investigación es primordial para mejorar la atención en oncología. Somos conscientes de nuestra responsabilidad a la hora de iniciar investigaciones y de apoyar a nuestros compañeros en esa línea.

8. Como profesionales cualificados, somos responsables de nuestras acciones.

9. Los conocimientos disponibles acerca de los cuidados en oncología, deben ser accesibles e intercambiables entre todos los enfermeros de Europa.

10. La formación permanente convierte a las/os enfermeras/os en punto de apoyo para los enfermos y sus familias. Asimismo, esa formación otorga la responsabilidad de informar a la sociedad acerca del cáncer, su prevención y su tratamiento.

La evolución de la EO en los últimos años ha tratado de ser coherente con estos principios, los cuales han sido inspiradores de algunas medidas políticas adoptadas en los hospitales y esto ha redundado en mejoras en la atención a los pacientes.

La figura del paciente con cáncer y su entorno animaron este documento con el fin de mejorar los cuidados de enfermería.

Pero hay otras perspectivas a considerar.

#### COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

En los últimos veinte años, los servicios de oncología del país se han multiplicado, su estructura ha mejorado con la creación de unidades asistenciales donde un gran número de profesionales se coordinan para prestar una atención cada vez más integral a los pacientes con cáncer.

El documento elaborado por SEEO "Competencias en la enfermería oncológica" define las cualidades específicas recomendables para el ejercicio de la profesión en unidades de oncología.

Las enfermeras constituyen un grupo numeroso del personal que conforma estas unidades, por tanto, su influencia es definitiva para la obtención de resultados.

#### ¿DÓNDE ESTÁ PRESENTE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA?

En la unidad de preparación de citotóxicos, hospital de día, hospitalización, cuidados paliativos, radioterapia, atención domiciliaria, unidad de protocolización e investigación, consejo genético, recientemente en consultas de enfermería oncológica y seguramente en el futuro ampliará su espectro de actuación.

EO dispone de una base firme de conocimiento de técnicas, fármacos, manejo de toxicidad y utilización de nuevas tecnologías que, a lo largo de los años, ha cristalizado en un cuerpo específico de conocimientos para ofrecer cuidados en cáncer.

El último esfuerzo de la SEEO elaborando este documento va dirigido a optimizar la atención a los pacientes exigiendo niveles de conocimiento crecientes a la EO.

El objetivo fundamental es tratar de dar una respuesta profesional y de calidad cuando se prestan cuidados en cáncer.

El segundo objetivo es promover cuidados de enfermería sistematizados, organizados y que tiendan a la individualización según las necesidades de cada paciente.

También se han considerado las implicaciones éticas y legales de la actuación enfermera.

La SEEO ha establecido estas competencias tras analizar y evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes que la EO debe poseer o desarrollar en el tiempo.

Idealmente se trata de inspirar un desarrollo correcto de la práctica en el sentido técnico, ético y científico.

Es bien sabido que incluso en países donde la enfermería tiene un gran desarrollo académico, resulta complicado definir "enfermera/o especialista", según se consideren aspectos como educación, práctica o investigación. Aglutinar todos los enfoques es complicado.

No obstante, tras arduas sesiones de debate en el seno de SEEO, en el que ha participado una amplia representación las/os enfermeras/os que prestan cuidados en la actualidad en distintos servicios de oncología (cirugía, radioterapia, hospitalización, consultas, hospital de día, cuidados paliativos y atención domiciliaria), se ha conseguido un documento, reflexionado en profundidad, analizando aspectos fundamentales:

1. Actitudes.
2. Conocimientos.
3. Habilidades.

Con esta base se han definido tres niveles para Enfermería Oncológica:

1. Novel.
2. Avanzado.
3. Experto.

La propuesta de SEEO debería trasladarse a la práctica y lograr que en los distintos departamentos exista un porcentaje balanceado de enfermeras de los tres niveles.

Así, estos documentos, "Las competencias enfermeras en el cuidado de paciente con cáncer" junto con el de "Estándares de la práctica de la enfermería oncológica" deberían contribuir a orientar la configuración de los servicios de oncología en cuanto a dotación de enfermería.

#### ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA

Lamentablemente, la publicación del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería en el BOE de fecha 6 de mayo de 2005, acatada por Colegios Provinciales de Enfermería y Consejo General de Enfermería de España, no incluye la Enfermería Oncológica como especialidad.

A pesar de esta desafortunada y nada estimulante realidad, muchas de las/os enfermeras/os que prestan cuidados en oncología y cuya experiencia es larga y probada su capacidad en este campo, se consideran especialistas en espíritu y seguirán luchando por obtener el reconocimiento adecuado de su situación a nivel administrativo.

#### CONCLUSIÓN

Los retos de Enfermería Oncológica para el siglo XXI parecen claros:

—Aglutinar y coordinar esfuerzos y nuevos conocimientos para prestar cuidados de calidad garantizada a los pacientes diagnosticados de cáncer.

—Alcanzar niveles óptimos de humanización y excelencia en los servicios de oncología.

—Potenciar la educación sanitaria y la prevención, con participación enfermera, desde la atención primaria.

—Continuar luchando por conseguir, esperemos que en un futuro no lejano, enfermeras/os especialistas en oncología.

CORRESPONDENCIA:

Concha Vila  
Servicio de Oncología Médica  
Supervisora de Enfermería  
Hospital Clínico San Carlos  
C/ Martín Lagos, s/n  
28040 Madrid

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Mooney K.H. Promoting Professional Oncology Nursing Practice through position papers. *Seminars in Oncology Nursing* 2004; 20: 74-88.
2. Estándares en la práctica de la Enfermería Oncológica. Ed. SEEO, 1997.
3. Jornadas de Trabajo sobre las Competencias Enfermeras Oncológicas. Ed. SEEO, 2005.
4. Standards of Care Roles in Oncology Nursing. Role Competencies. Canadian Association of Nurses in oncology. [Internet.cos.ca.cano/web/en.2005](http://Internet.cos.ca.cano/web/en.2005)
5. European Oncology Nursing Society. A Core Curriculum for a Post-Registration Course in Cancer Nursing. 2ª ed. 1999.
6. Informe Sanidad. La radiografía del cáncer en España. *Internet. Elmundosalud* /2005/08/. 2005.
7. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 9: 2.

# Evolución del lugar de fallecimiento en enfermos de cáncer: factores condicionantes

J. GUSTAVO CATALÁN

*Sección de Oncología. Hospital General de Mallorca*

La cobertura asistencial para la población de edad avanzada, constituye un problema social de primera magnitud. La necesidad de dar respuesta a unos requerimientos sociosanitarios crecientes y cualitativamente diferenciados, genera unos costos que pronto pueden ser insostenibles (1-4).

La situación, descrita como de extrema gravedad por todos los economistas y expertos sanitarios, no se ha producido sin embargo de modo fortuito. Un complejo entramado de factores, con distinto peso en cada época, ha determinado sucesivas tendencias, básicamente condicionadas por imperativos macroeconómicos, en el lugar de atención y eventual fallecimiento de los enfermos crónicos y/o terminales.

## SOCIOLOGÍA DEL PROCESO DE MORIR: DEL DOMICILIO AL HOSPITAL

La muerte domiciliaria, común hasta bien avanzado el siglo, constituía el fin lógico en una sociedad con precarios recursos técnicos e impregnada de sentido trascendente.

Como hecho cotidiano, aceptado individual y colectivamente, se hallaba fuertemente ritualizado, proporcionando elementos para el reequilibrio en el universo familiar.

Esa familiaridad social con el proceso de morir, comienza a perderse con el advenimiento de cambios profundos en la estructura social y productiva, que modifican los patrones al uso, iniciándose el alejamiento de las «verdades últimas».

El entramado social se redefine, retroalimentándose de comportamientos y nuevas formas de vida que

dificultan la asunción de la muerte o el lastre de la vejez en su proximidad. La aglomeración urbana, la emigración o el cambio de un modelo familiar consanguíneo a otro nuclear son, entre otros fenómenos propios de la sociedad de consumo, factores que van a contribuir a la descontextualización del proceso de morir.

Para la pervivencia de los valores que sustentan el nuevo estado de bienestar, no basta sin embargo el olvido; la decadencia psicofísica y la muerte, testigos omnipresentes e incómodos, deberán ser, además de relegados, delegados.

Con anterioridad, se delegó en la fe la garantía de futuro, y ello hacía tolerable la presencia del fin a moribundo y allegados. Ya entrado el siglo, el progresivo laicismo precisa de nuevos recursos amortiguadores, y la tecnología recibirá, en una nueva latría, la angustia que antes fue motor para la creencia en lo sobrenatural (5), pero con una ventaja añadida, la de potenciar, por su propios condicionantes, el alejamiento físico del proceso de morir.

Para la nueva estabilidad, basada en estereotipos (el «*keep smiling*» del «*new style of life*» americano), la sociedad, que ha cambiado sus primeros miedos por otros, es permeada ahora por un nuevo instrumento de control y poder, el poder sanitario, investido de atributos *quasi* eclesiales.

La conciencia de finitud, presuntamente desestabilizadora y con alto potencial subversivo en una sociedad temerosa y que genera crecientes desigualdades, es ahora acallada mediante el recurso de la desdramatización que produce el alejamiento del enfermo (6), y así, el desplazamiento institucional de la muerte, fomentado por el espectacular desarrollo tecno-sanitario de la sociedad científica, viene a convertirse en característica estructural de la sociedad occidental en la segunda mitad del siglo.

## LA MUERTE HOSPITALARIA Y ALTERNATIVAS

El cambio del domicilio (1ª fase) por el hospital (2ª fase) como lugar de atención –en ocasiones solamente ubicación– de enfermos crónicos y terminales, es sobradamente conocido por los profesionales sanitarios y patente en numerosos estudios (7-9), a pesar de reconocerse la frecuente inadecuación del modelo para dar respuesta a determinadas necesidades (10-12).

Sin embargo, la contestación social al “hospitalcentrismo” sólo se convertirá en clave de cambio una vez que el aumento de demanda se revele insostenible en los análisis de costo-beneficio. El desmesurado crecimiento del gasto sanitario será decisivo para la reorientación (3ª fase), produciéndose la transferencia desde los hospitales a variados modelos asistenciales alternativos, no siempre con la adecuada infraestructura como para garantizar una atención de calidad a estos enfermos.

Progresivamente, la «descarga hospitalaria desorganizada» irá dando paso a formas más reglamentadas (4ª fase, de «descarga organizada», en nuestro análisis). Se generaliza la discusión abierta sobre calidad de vida y se investigan asistencias alternativas, constituyendo

de nuevo el domicilio un recurso sanitario de primera magnitud para los enfermos en fase avanzada y/o terminal (5ª fase) y cerrándose de este modo el ciclo.

La evolución expuesta, esquematizada en la tabla I, es paradigmática en el caso de la enfermedad oncológica.

## EL MODELO DEL CÁNCER

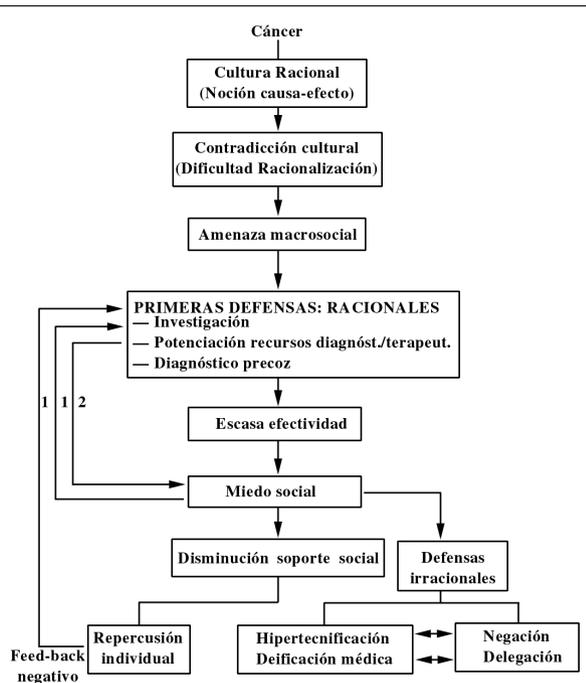
La enfermedad cancerosa posee connotaciones que trascienden su dimensión biológica, enfrentado a sociedad e individuo con sus miedos íntimos. Nuestra sociedad, basando en buena parte su estabilidad en una concepción continuista entre presente y futuro, ha elaborado, y tal vez en el caso del cáncer de modo más manifiesto, vías de adaptación y tolerancia a la amenaza, al igual que ocurre con la propia muerte.

Como puede apreciarse en la tabla II, el cáncer constituye una amenaza macrosocial de difícil conjuro. Su origen incierto, alta incidencia o escaso control por el individuo en cuanto a su evolución –es considerada como inevitablemente fatal por el 50-70% de la pobla-

TABLA I  
EVOLUCIÓN SOCIOLÓGICA DEL PROCESO DE MORIR

<i>Cronología</i>	<i>Proceso</i>	<i>Causas</i>
Antes S. XX	Conocimiento muerte propia Familiaridad social Ritualización Aceptación Protagonismo Irrelevancia sanitaria ↓	Familia consanguínea Muertes tempranas Trascendencia: modelo ontológico Escaso desarrollo tecnológico
Sociedad industrial	Fragmentación rituales Noción de ruptura Inexperiencia Preeminencia sanitaria ↓	Cambios estructura social y productiva Disminución idea trascendencia Desarrollo sanitario
Segunda mitad siglo XX	Descontextualización Ocultación ↓ Cambio en la delegación colectiva e individual ↓ Muerte institucional ↓	Distintos valores: primacía del presente Guerra mundial Temores individuales y colectivos  Comunicaciones de masas Laicismo Preservación estabilidad social  Progreso tecnológico Amortiguador social
Años 70	↓ Evolución modelos alternativos ↓	Envejecimiento población Aumento costos Distrés sanitario
Años 80	↓ Heterogeneidad de alternativas	Cambios sensibilidad social Complejidad análisis eficacia/eficiencia Sistemas políticos Diversidad objetivos

TABLA II



ción en muchas en cuestras de opinión (13-15)– son, entre otros, motivos que dificultan su asunción racional.

En una cultura en la que prima la noción de causa-efecto, la falta de redundancia con las expectativas constituye la esencia de la angustia (16), reforzada muchas veces por sectores de amplia influencia social. En efecto:

—La información sobre avances en el conocimiento de agentes inductores y/o promotores no es seguida de acciones contundentes por parte de los poderes públicos, lo que les resta credibilidad.

—Los medios de difusión se hallan impregnados de negativismo en sus mensajes (17,18). La frecuente utilización de sinónimos y eufemismos (18-21) contribuye a consolidar el carácter mítico de la enfermedad.

—El propio estamento sanitario adopta con frecuencia posturas de determinismo biológico, por ignorancia o erróneas convicciones (13,20,21).

Tampoco el dispositivo sanitario, en relación al control del cáncer, ha producido resultados capaces de modificar sustancialmente la percepción social de esta enfermedad.

Ello amplifica el terror de grupo, que por una parte influenciará negativamente las actitudes individuales, lastrando todavía más la eficacia de la estrategia científica, y por otra conducirá al establecimiento de defensas colectivas irracionales.

Todo lo anterior se maximiza en la vivencia del periodo terminal. En los estadios finales de la enfermedad, son frecuentes los procesos de relegación-delegación que se citaban, y abarcando las esferas física, psíquica y social: el recurso de la transferencia hospitalaria corre parejo con el bloqueo en la comunicación o los sesgos informativos (22), como nuevos mecanismos de protección colectiva.

El mantenimiento del equilibrio social parece exigir la subordinación del derecho individual; el individuo enfermo

permanece socializado, mientras no suponga una amenaza para el grupo amplificando los temores propios. Cuando su condición psico-física y requerimientos hagan ya inviables los recursos comunes (trivialización, negación...), el elemento perturbador tiende a ser físicamente ocultado, cambiándose la sobreprotección psíquica por la física (hospitalización), en una nueva forma de legitimar el sistema.

#### ALTERNATIVAS AL HOSPITAL EN EE.UU.

La tercera fase, de «descarga hospitalaria indiscriminada», en la que prima el imperativo económico sobre otras consideraciones, se ejemplifica en EE.UU. en la década de los setenta. Es anterior a la difusión del movimiento *Hospice* inglés e instrumentaliza sesgadamente la noción de calidad de vida, cuando esta suele brillar por su ausencia en las instituciones con bajas exigencias oficiales sobre la idoneidad de las prestaciones, de bajo costo y escasas garantías técnicas, que se utilizan como aliviadero hospitalario (23).

La población mayor de 65 años consume en EE.UU. el 31% del presupuesto sanitario y el 40% de los días de hospitalización en su conjunto (1). Desde la implantación de los programas federales *Medicare* y *Medicaid* en 1985, el presupuesto sanitario estatal no deja de crecer, siendo consumido desproporcionadamente por una población de avanzada edad y afecta en buena parte por enfermedades crónicas en fase avanzada. Los reembolsos a enfermos de cáncer que vivieron únicamente dos años, representan el doble de lo gastado por los que sobrevivieron más tiempo (2).

Es el propio aparato económico-industrial sanitario (24), amenazado por el exceso de inversión, el que se ve así impelido, frente a la evidencia de la ineficiencia del modelo (no la eficacia, elemento que sólo más tarde se incorporará a la dialéctica del cambio), a establecer sucesivos programas de contención del gasto (3,25-27) y búsqueda de alternativas para la atención de enfermos avanzados.

El protagonismo es cedido de nuevo (28), siquiera en forma parcelar, a usuarios y familiares, que con insuficientes recursos de decisión, serán otra vez partícipes de una nueva conspiración social que entraña asimismo ocultación y delegación, pero esta vez sin respaldo tecnológico. Será el domicilio sin asistencia organizada, centros geriátricos o el «*Nursing Home*», el modelo institucional de mayor auge en esa época.

En 1973, su número de camas supera en una relación 1,3/1 a las disponibles en hospitales de agudos (23). Se trata en general de instituciones con ánimo de lucro –para ese mismo año sólo el 10% pertenecen al estado, siendo el 74% de propiedad privada y el resto de organizaciones altruistas– que absorben progresivamente una mayor proporción del gasto sanitario (29).

Mientras que en esos años el aumento de demanda asistencial no modificará significativamente el porcentual hospitalario (Fig. 1), es evidente, como se aprecia en la misma figura, el cambio del domicilio hacia el *Nursing*, que aumenta sus beneficios económicos disminuyendo los costos (personal escaso, asistencia médica

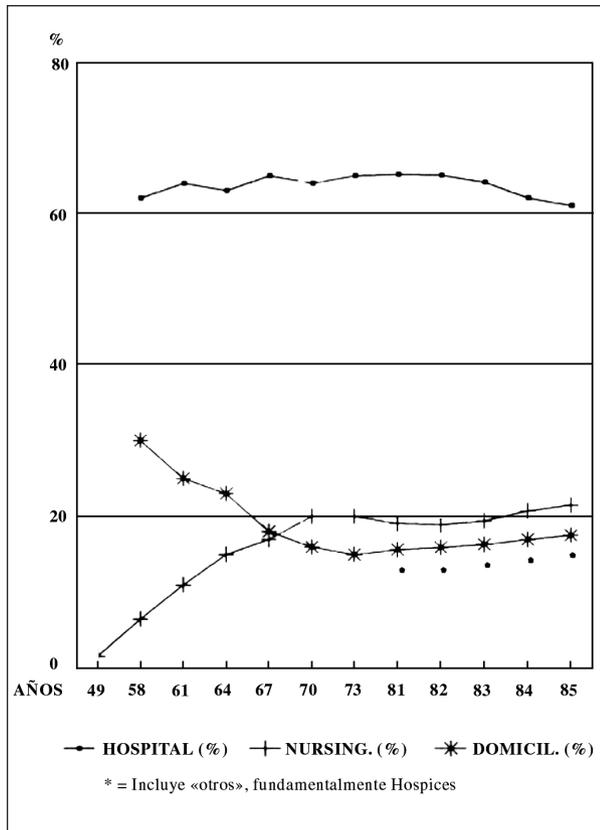


Fig. 1. EE.UU.: cambios en el lugar de muerte.

casi inexistente, sólo 2/3 de las instituciones ofrecen cuidados de enfermería) (7,23,30).

En los años 80 disminuirá ligeramente el uso hospitalario y cambiará la oferta extrahospitalaria, creciendo en menor cuantía la utilización del *Nursing* y aumentando el uso de otros recursos para enfermos terminales (Fig. 1). Ello vendrá motivado fundamentalmente por:

—La implantación de un nuevo sistema de pago prospectivo en los hospitales de agudos (DRG) (31), que redistribuye de nuevo los modos de atención sanitaria para enfermos crónicos y terminales.

—La incorporación masiva de iniciativas fundamentadas en los programas *Hospice* (32,33).

—La promulgación en 1982 de la ley TEFRA, que permite a *Medicare* la financiación de estos programas.

#### UNA NUEVA FILOSOFÍA DE ATENCIÓN: EL MOVIMIENTO HOSPICE

Inspirándose en las tradiciones de los *Hospices* de finales del siglo XIX, el modelo moderno se inicia en el *St. Christopher Hospice*, inaugurado en Londres en julio de 1967 y que incorpora dos años después el «*Home Care*» dependiente de la institución (34).

El *Hospice* internacionaliza un concepto de nuevo cuño, el «cuidado de soporte». El programa, que pretende procurar «cuidado físico, psíquico, social y espiritual al enfermo terminal y a sus familiares» (35), comienza a complementar la óptica económica con otra de tinte ético,

promoviendo el reconocimiento de unos requerimientos específicos que no son satisfechos por el hospital o instituciones asilares.

Así, mientras en EE.UU. los *Nursing Home* proliferan, se desarrollan en el Reino Unido estos programas, que extienden progresivamente su acción al domicilio. Su reconocida eficacia hará posible tanto el incremento de la financiación oficial en su lugar de origen, como una creciente implantación en ultramar. En EE.UU. se crea en 1977 la Organización Nacional de *Hospices*, que incluye ya a más de 500 en 1980, y alrededor de 1.200 en 1983 (36).

De este modo, Inglaterra expande por el mundo anglosajón un nuevo enfoque de «asistencia total», que implica a enfermo y entorno familiar, y que contribuye decisivamente a la progresiva sensibilización social respecto a las reales necesidades de estos enfermos.

También se debe en buena parte a este movimiento (4ª fase en nuestro análisis), la recuperación del domicilio (5ª fase) como recurso asistencial, siempre y cuando en el mismo se disponga de los adecuados apoyos.

El abordaje integral del enfermo de cáncer avanzado, será desde esos años una preocupación creciente e irreversible que impregnará el quehacer sanitario, aunque con una práctica desigual según países, y que no se subordinará a determinado modelo asistencial.

En efecto, el movimiento *Hospice* impulsa un cambio de actitud socio-sanitaria, pero además demuestra, en su evolución, que no constituye el único modelo posible.

La construcción de nuevos *Hospices* decrecerá en los años siguientes, al no demostrar sustanciales ventajas si el tipo y estilo de cuidado preconizado por ellos es prestado en hospitales generales con unidades preparadas para esta nueva filosofía de atención. Se asiste así a la creación de «unidades hospitalarias de cuidados paliativos» o «equipos de soporte» hospitalarios, que extienden asimismo su acción al domicilio, siguiendo el modelo del *St. Thomas Hospital* en Inglaterra; «*Home Care*» exclusivo; sin apoyo hospitalario, u otras variantes, y tanto en EE.UU. como en Canadá (11).

La coexistencia de variadas formas de asistencia no hospitalaria, favorecerá la mejora del cuidado, aunque no de modo general. Junto a programas acreditados, la forzada descarga hospitalaria a que obliga la legislación seguirá alimentando en EE.UU. *Nursing Homes* a la antigua usanza (37), y promoviendo la inversión privada en organizaciones de cuidado domiciliario de bajo costo.

#### EUROPA Y EL ESTADO ESPAÑOL

El gasto sanitario es preocupación extensiva a todo el mundo occidental, y tanto en los países con «democracia de mercado» (ejemplo límite en EE.UU.), como en aquellos con «democracia presupuestaria» (países escandinavos, Inglaterra, Francia, etc.).

Aunque siempre inferior a EE.UU., su incontenible aumento (aprox. 7,5% del PIB como media en los países de la CEE) inspira una variada normativa de contención con obvia influencia en los modos de atención a enfermos en fase avanzada.

En ciertos países, además de Inglaterra, existen alternativas al hospital, y algunas de ellas con muchos años de funcionamiento: en Francia, el «*Santé Service*» se estableció en 1958 como organización que provee servicios de cuidado domiciliario (38); sin embargo, se menciona expresamente su imprecisa regulación, así como su mayor desarrollo en el terreno psiquiátrico que para otras patologías.

También en Suecia es cada vez mayor el número de enfermos tratados a domicilio (39). No obstante, y globalmente, Europa continental no ha desarrollado en la medida del mundo anglosajón una estructura sanitaria alternativa, y los estudios de calidad para enfermos crónicos y terminales son escasos (40).

Aun reconociéndose la excesiva simplificación, y en relación a la planificación de la atención para enfermos de cáncer avanzado, podría situarse a Europa, y en mayor medida a España, en la 3ª fase de «descarga hospitalaria desorganizada». Por motivos culturales (41), económicos o de otra índole, hay todavía tendencia a limitar el control de calidad únicamente a la actividad hospitalaria (40).

En el Estado español se asume prácticamente durante los primeros cuarenta años de siglo el mismo esquema organizativo establecido en la Ley de 1855. No existirá un Ministerio de Sanidad, en toda la historia del país, hasta la última década, con un único precedente, y de escasa duración, en 1936.

Los avatares políticos de los últimos 50 años han determinado una sanidad ineficiente y desigual, y aunque desde la década de los sesenta se introducen elementos en el sistema que lo aproximan al resto de países europeos (Ley de Bases de la S.S. en 1967, Ley de Financiación en 1972), siguen manteniéndose peculiaridades, tanto en el modo de financiación como en su dinámica centralista y con escasa participación de las delegaciones provinciales.

A partir de 1976 se inicia una descentralización aún sin culminar, por lo que la necesaria coordinación de recursos no se ha producido todavía en el conjunto del Estado.

Esta evolución de la política sanitaria, someramente descrita, ha generado numerosas disfunciones que siguen vigentes:

—La inversión en sanidad sigue siendo inferior a países homologables de nuestro entorno: todavía en nuestros días, más de un punto por debajo de la media de los países de la C.E.E.

—El patrón de funcionamiento mixto (directo, a través de recursos propios, e indirecto, mediante conciertos), ha mediatizado el sistema, sesgando su desarrollo con muchos de sus vicios y pocas de sus ventajas.

—La distribución de recursos entre provincias y comunidades, registra los mayores desequilibrios de toda Europa.

Con todo, el sector hospitalario ha corrido mejor suerte que la asistencia primaria, cuyas limitaciones, a pesar de su mejora en los últimos años, son sobradamente conocidas.

En esta perspectiva se encuadra la situación asistencial de los enfermos en fase avanzada. La demanda de aten-

ción hospitalaria, como consecuencia de una política educativa, preventiva y asistencial de primer nivel tradicionalmente deplorable, colapsa las unidades, cuya capacidad de absorción se ve además limitada por enfermos de larga estancia, cuestión esta ya publicada por el autor en relación a enfermos de cáncer (9).

Sin embargo no se dispone, salvo excepciones, de líneas de transferencias institucional o a domicilio organizadas, y la descarga hospitalaria, a falta de adecuada planificación y sin alternativas, depende de factores coyunturales o de la buena voluntad de los usuarios, sin que los poderes públicos afronten decididamente esa problemática ampliando, al igual que en otros países, el abanico de recursos ofertados.

A pesar de que en la Ley General de Sanidad (abril, 1986) y que en su artículo 18.3 se incluye la asistencia domiciliaria entre las actuaciones sanitarias, no existe un serio desarrollo ulterior. La asistencia geriátrica organizada es prácticamente inexistente; el número de camas para enfermos crónicos, excluyendo las psiquiátricas, no alcanza siquiera el 1/1.000 hab., cifra límite con el subdesarrollo, y las experiencias en tratamiento extrahospitalario de pacientes terminales no pasan de lo anecdótico.

Salvo en Cataluña, seguramente la comunidad con mayores realizaciones en este ámbito (Programa «*Cronicat*»: *Vida als anys*, de la Generalitat, y progresiva implantación de programas de atención domiciliaria; modelo asistencial en la comarca de Osona, creación de la *Societat Catalano Balear de Cures Palliatives*, etc.), otras experiencias (Hospital Gregorio Marañón en Madrid; Cantabria, dependiente del Hospital de Valdecilla) (42) son aisladas y no hacen sino confirmar la ausencia de datos que permitan una evaluación rigurosa, epidemiológica y económica del problema.

#### EL LUGAR DE MUERTE EN NUESTRO MEDIO: VARIABLES CONDICIONANTES

La importancia que el dispositivo sanitario tiene en la determinación del lugar de atención durante el periodo terminal se desprende de todo lo anterior. No obstante, ese condicionante estructural, históricamente cambiante, como se ha descrito, viene en cada época modulado por otros, propios del enfermo y su entorno o dependiente de la propia enfermedad. Un resumen de los que se citan puede apreciarse en la tabla III.

La interrelación entre ellos conforma variados patrones de actitud y comportamiento, individual y social, no extrapolables de país a país, y justifica estudios en ámbitos diferenciados, cultural y organizativamente.

Ante la escasez de trabajos de estas características en nuestro medio, se elaboró por el autor, formando parte de un equipo, un cuestionario que fue contestado en domicilio, y tras el fallecimiento, por los cuidadores primarios (familiares que habían asumido la responsabilidad del cuidado en ausencia de médico o enfermera) de 335 enfermos muertos por cáncer en hospital o domicilio, durante el periodo abril-1984 a agosto-1986, en la isla de Mallorca (43).

TABLA III

FACTORES CON PROBABLE INFLUENCIA	
Propios de la enfermedad	Tipo de tumor Síntomatología Tipo de tratamiento
Propios del enfermo	Edad Sexo
Estructurales	Características de la red sanit. Tipo de cobertura económica Posibilidades de ingreso
Demográficos	Ámbito (rural/urbano) Estado civil Educación
Sociales	Nivel económico Estructura familiar Presencia de cuidador Características del cuidador: Edad Sexo Cuidado compartido Empleo
Culturales y otros	Actitudes sociales Información-Comunicación

Aun a pesar del carácter insular, no parece que la estructura sanitaria difiera sustancialmente de la existente en el resto del Estado, siendo asimismo el tamaño muestral, que representaba el 17% del total de muertes por cáncer en el mismo periodo, suficiente como para considerar relevantes los hallazgos y aptos para su comparación con los que se citan en la literatura.

## DISTRIBUCIÓN DEL LUGAR DE FALLECIMIENTO

Fallecimiento en domicilio, el 38,5% de enfermos correspondientes a la muestra total (n = 441), porcentaje que aumenta al 45% para la subpoblación de la que se localizó cuidador (n = 335). Si se considera, siguiendo a McCusker (44) el «cuidado centrado en domicilio»

(duración del último ingreso hospitalario inferior a una semana), la cifra alcanza el 77%.

Cualquiera de los porcentajes es netamente superior al de áreas que han potenciado sistemas de atención alternativos a la hospitalización convencional y que estimulan el uso domiciliario.

## VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN UN MODELO CASUAL

Mediante análisis discriminante y a partir de 18 variables seleccionadas como supuestamente causales de lugar de muerte, se obtuvo una función, que con 8 variables (Tabla IV) clasifica correctamente al 72,67% de la muestra respecto al lugar de fallecimiento. El perfil obtenido, para los grupos hospitalario y domiciliario, no era discordante con las significaciones obtenidas en el análisis univariante previo.

## VARIABLES SANITARIAS

Tendían a la muerte domiciliaria, al igual que en otros estudios (44-46) los enfermos portadores de tumores de evolución más prolongada, asociados significativamente con el sexo femenino.

En cuanto a los síntomas, se relacionaban con el criterio hospitalario aquellos que provocan mayor distrés a enfermo y/o familiares, o de mayor dificultad de control.

## VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Sexo femenino, residencia rural y presencia de hijos, aportan en su conjunto un 57,5% de la explicación que ofrece el modelo causal.

Las mujeres, portadoras de «tumores lentos», predominaban además en la subpoblación de procedencia insular, de mayor soporte familiar frente al grupo inmigrante. También sería indicador del grado de soporte el número de hijos, presentando evidentes diferencias hacia el hospital los enfermos sin hijos.

Sin embargo, es la variable correspondiente a «lugar de residencia» la que aportó mayor coeficiente al modelo, con una relación 20:1 respecto al número de hijos y

TABLA IV

## TENDENCIA

Variable	Domicilio	Hospital	Coficiente
Sexo del paciente	Mujeres	Varones	-0,466
Residencia	Rural	Urbano	1,804
Núm. hijos	Alto	Bajo	-0,088
Nivel económico	Alto-M. Alto	Bajo-M. Bajo	0,318
Previsión de muerte	Sí	No	-0,934
Síntomas padecidos	Alt. Sueño, Disnea, dolor	Disnea, dolor	
	Fiebre, vómitos	Hemorragia	0,120
Experiencia cuidador	Positiva	Negativa	0,205
Ámbito laboral	No trabajaba	Trabajaba	-0,163
Constante			-2,384

3,8:1 con el sexo del enfermo. La magnitud de la tendencia domiciliaria para el medio rural podría explicarse, junto a otras razones, por el predominio de una población estable, con valores tradicionales y un tipo de familia –consanguínea– con mayor capacidad de soporte.

#### OTRAS VARIABLES DE SOPORTE

Un mayor nivel económico favorece la muerte domiciliaria en la muestra analizada –posibilidad de cuidado compartido–, lo que confirma los datos de Mor (47). También la actividad laboral del cuidador se relaciona con el lugar de fallecimiento (relación inversa entre trabajo y tiempo disponible para el cuidado), ya que la dependencia laboral del cuidador favorece la tendencia hospitalaria.

Cabe resaltar el significativo papel de la mujer como cuidadora (respecto a los varones, en proporción superior a 3:1), y ello tanto en hospital como en domicilio y cualquiera que sea el ámbito de residencia. Cuando la mujer trabaja, es también ella la más afectada en su vida laboral por la enfermedad del familiar (54% vs 37% en el caso de varones).

#### OTROS FACTORES RELACIONADOS

Se mostró también relación entre la muerte domiciliaria y la certidumbre de próximo fallecimiento por parte del cuidador. Ello resaltaría el papel de la información médica como variable en ocasiones de peso en la elección de lugar de muerte. En todo caso, y como también se muestra en el estudio, esta elección es hurtada la mayoría de veces al enfermo.

Por último, la experiencia de cuidado aparece como más positiva para el grupo de cuidadores domiciliarios, sin que sea posible determinar con seguridad si ello supone una actitud diferencial previa para el grupo que decidió este lugar.

#### CONSIDERACIONES FINALES: UN MODELO MEDITERRÁNEO

Para el marco muestral investigado, el porcentaje domiciliario constituye uno de los más altos citados en

la literatura, con cifras que oscilan entre el 13 y el 20%, y supera a la suma de las muertes ocurridas en domicilio e instituciones otras que el hospital de agudos en otros países.

Tras comprobarse que los datos son extrapolables al conjunto de la población fallecida por cáncer durante un año en la isla, ello nos coloca (y no hay motivos para suponer grandes diferencias con el resto del Estado) en situación pareja a la existente en el mundo anglosajón hace más de 20 años.

A pesar de la dudosa equidad y –en la práctica constatada– precariedad con la que se presta todavía la asistencia domiciliaria a estos enfermos (48), la amplia aceptación de esta, significativamente mayor en el medio rural, sugiere una actitud social todavía acorde con modos de cuidado hasta hace poco tiempo en regresión en otros países.

Habiéndose demostrado que la activación de programas domiciliarios produce un gradual aumento de muertos en casa, la adecuada planificación creemos que aumentaría el flujo, máxime en un medio sociocultural propicio. La integración de experiencias de otros lugares podría acelerar el proceso de adecuación de recursos a las necesidades reales, evitando planificaciones fallidas y cubriéndose a corto plazo la exigencia de asistencia específica para esta subpoblación.

Hoy por hoy, sin embargo, la permanencia en casa se hace posible a expensas del voluntarismo familiar, con escaso apoyo y a través de la utilización preferente de la mujer como cuidadora. Esta situación, social e individualmente injusta, es la que permite la estabilidad de un sistema sanitario que de otro modo sería desbordado por la demanda.

Siendo factores con impacto negativo sobre la muerte domiciliaria, precisamente algunos de los que la sociedad ha generado como precio al desarrollo (emigración y ruptura de lazos sociales, pluriempleo, familia nuclear, vivienda reducida, laboralización de la mujer, inflación y erosión del ahorro,...), cualquier planificación sanitaria respecto al tema será inoperante si no se dimensiona socialmente.

La obtención de una función discriminante y con capacidad predictiva de lugar de fallecimiento para estos enfermos, permite disponer de una primera herramienta, obviamente mejorable atendiendo a la naturaleza pluricausal de la elección, para la planificación sanitaria, que sólo desde una perspectiva multidimensional podrá contribuir a que el enfermo terminal recupere el derecho a elegir en libertad el lugar para morir.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Yancik R, Ries LG. Caring for elderly cancer patients. *Cancer* 1989; 64 (1): 335-41.
2. Bayer R, Callahan D, Fletcher J, Hodgson T, Jennings B, Monsees D, et al. The care of the terminally ill: morality and economics. *N Engl J Med* 1983; 309 (24): 1490-4.
3. Schwartz WB. The regulation strategy for controlling hospital costs: problems and prospects. *N Engl J Med* 1981; 305 (21): 1249-55.
4. Ruschlin HS, Morris JN, Eggert GM. Management and financing of long-term care services. *N Engl J Med* 1982; 306 (2):101-106.
5. Colodrón A. Assaig sobre la vida i la mort. Col. «que cal saber». Ed. Teide 1ª ed. 1982; 25-44.
6. Aries Philippe. La muerte en Occidente. Ed. Argos Vergara, 1ª ed Oct 1982.
7. Portnoi VA. A health care system for the elderly. *N Engl J Med* 1979; 300 (24): 1387-90.
8. Isaacs B, Gunn J, Mc Kechan A, Mc Millan I, Neville Y. The

- concept of predeath. *Lancet*. May 1971; 1115-8.
9. Pons O, Garau I, Terrasa J, Catalán JC, Benito E, et al. Mortalidad en la hospitalización oncológica. Estudio comparativo en dos centros hospitalario públicos. *Oncología* 1987; 10 (3): 57-61.
  10. Krant MJ, Beiser M, Adler G, Johnston L. The role of a hospitalbased psychosocial unit in terminal cancer illness and bereavement. *J Chron Dis* 1976; 29: 115-27.
  11. Mount BM. The problem of caring for the dying in a general hospital: the palliative care unit as a possible solution. *CMA Journal* 1976; 115: 119-21.
  12. Hinton J. A comparison of places and policies for terminal care. *Lancet*. January 1979; 29-33.
  13. Brooks A. Public and professional attitudes toward cancer: a view from Great Britain. *Cancer Nurs* 1979; 2 (6): 453-60.
  14. American Cancer Society. Public attitudes toward cancer and cancer tests. *Cancer J Clin* 1980; 30 (2): 92-8.
  15. Richardson A, Woolcott JF. A social survey of community attitudes to cancer in Western Australia. *Int J Health Educ* 1967; 10: 141-4.
  16. Shands HC. The informational impact of cancer on the structure of the human personality. *Ann NY Acad Sci* 1986; 125: 883-9.
  17. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnick Ed. SA Barcelona 2ª ed. 1981.
  18. Catalan JG, Recober A, García A, Roca M, Avellá A et al. Imagen popular y actitud social frente al cáncer en Mallorca. Premio Investigación «Ciudad de Palma» 1986. No publicado.
  19. Cassileth BR, Lief HI. Cancer: a biopsychosocial model in «The cancer patient: social and medical aspects of care». Cassileth BR, Lea and Febiger. Philadelphia 1979; 17-31.
  20. Box V. Cancer: Myths and misconceptions. *J Royal Soc Health* 1984; 104 (5): 161-6, 170.
  21. Martin BA, Belcher JV. Influence of cultural background on nurses' attitudes and care of the oncology patient. *Cancer Nurs* 1986; 9 (5): 39, 230-7.
  22. Catalán JC. La información al hombre con cáncer. *Oncología* 1979; 3: 45-9.
  23. Kane RL, Kane RA. Care of the aged: old problems in need of new solutions. *Science* 1978; 200: 913-9.
  24. Elola Somoza FJ. Democracia y sistema sanitario. *Gaceta Sanit* 1989; 3 (13): 472-5.
  25. Iglehart JK. Medicare begins prospective payment of hospitals. *N Engl J Med* 1983; 308 (23): 1428-32.
  26. Stern RS, Epstein AM. Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups. *N Engl J Med* 1985; 312 (10): 621-7.
  27. Mc Carthy CM. DRG five years later. *N Engl J Med* 1988; 318 (25): 1683-6.
  28. Radovsky SS. US medical practice before Medicare and now. Differences and consequences. *N Engl J Med* 1990; 322 (4): 263-7.
  29. Schneider EL. Teaching Nursing Homes. *N Engl J Med* 1983; 308 (6): 336-7.
  30. Campion EW, Bang A, May MI. Why acute care hospitals must undertake long-term care. *N Engl J Med* 1983; 308 (2): 71-5.
  31. Schramm CJ, Gabel J. Prospective payment. Some retrospective observations. *N Engl J Med* 1988; 318 (25): 1681-3.
  32. Parkes CM, Parkes J. «Hospice» versus «Hospital» care. Reevaluation after 10 years as seen by surviving spouses. *Postgrad Med J* 1984; 60: 120-4.
  33. Potter JF. A challenge for the Hospice movement. *N Engl J Med* 1980; 302 (1): 53-5.
  34. Levy MH. Hospice: the end of the beginning. *Semin Oncol* 1985; 12 (4): 486-7.
  35. Hadlock DC. The Hospice: intensive care of a different kind. *Semin Oncol* 1985; 12 (4): 357-67.
  36. Kane RL, Bernstein L, Wales J, Leibowitz A, Kaplan SA. Randomised controlled trial of hospice care. *Lancet* 1984; 890-4.
  37. Sager MA, Easterling DV, Kindig DA, Anderson OW. Changes in the location of death after passage of medicare's prospective payment system. *N Engl J Med* 1989; 320 (7): 433-9.
  38. Goldberg J, Chigot B, Poli F, Condotti AM. Cost-economic analysis of cancer treatment and research programs in home care. Satellite Symposium. ECC05. London. September 1989.
  39. Rotstein S, Mattson A, Wallin S. The development of home care oncology programmes. Satellite Symposium. ECC05. London. September 1989.
  40. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Ed Masson. Barcelona. Mayo 1988. p. 142.
  41. Palouzie AM. Aspects of the European dying process. *Soc Sci Med* 1985; 20 (8): 851-3.
  42. Sanz Ortiz J, Barcelo JR. Cuidados paliativos en la Sección de Oncología del Hospital de Valdecilla. Barcelona. 5th European conference on Clinical Oncology. Londres 1989. Poster G-222. Abstract n° 3149.
  43. Catalán JG. Epidemiología de la fase terminal en enfermos de cáncer. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Sept. 1990. Mc Cusker J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. *J Chron Dis* 1984; 37 (5): 377-85.
  44. Mc Cusker J. Where cancer patients die: an epidemiologic study. *Public Health Rep* 1983; 98 (2): 170-6.
  45. Polissar L, Severson RK, Brown NK. Factors affecting place of death in Washington State, 1968-1981. *J Commun Health* 1987; 12 (1): 40-55.
  46. Mor V, Hiris J. Determinants of site of death among hospice cancer patients. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 375-85.
  47. Pons O, Catalán JG, Avellá A, Recober A, Carbonero JM, et al. El soporte asistencial a los enfermos de cáncer fallecidos en su domicilio en Mallorca. *Gaceta Sanit* 1990; 4 (17): 65-9.