

CÁNCER DE PULMÓN: Tratamiento y calidad de vida.



Fabio Franco Pérez, MD & Phd.

**Oncología Médica, Unidad de Cáncer de Pulmón.
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.**

AGENDA

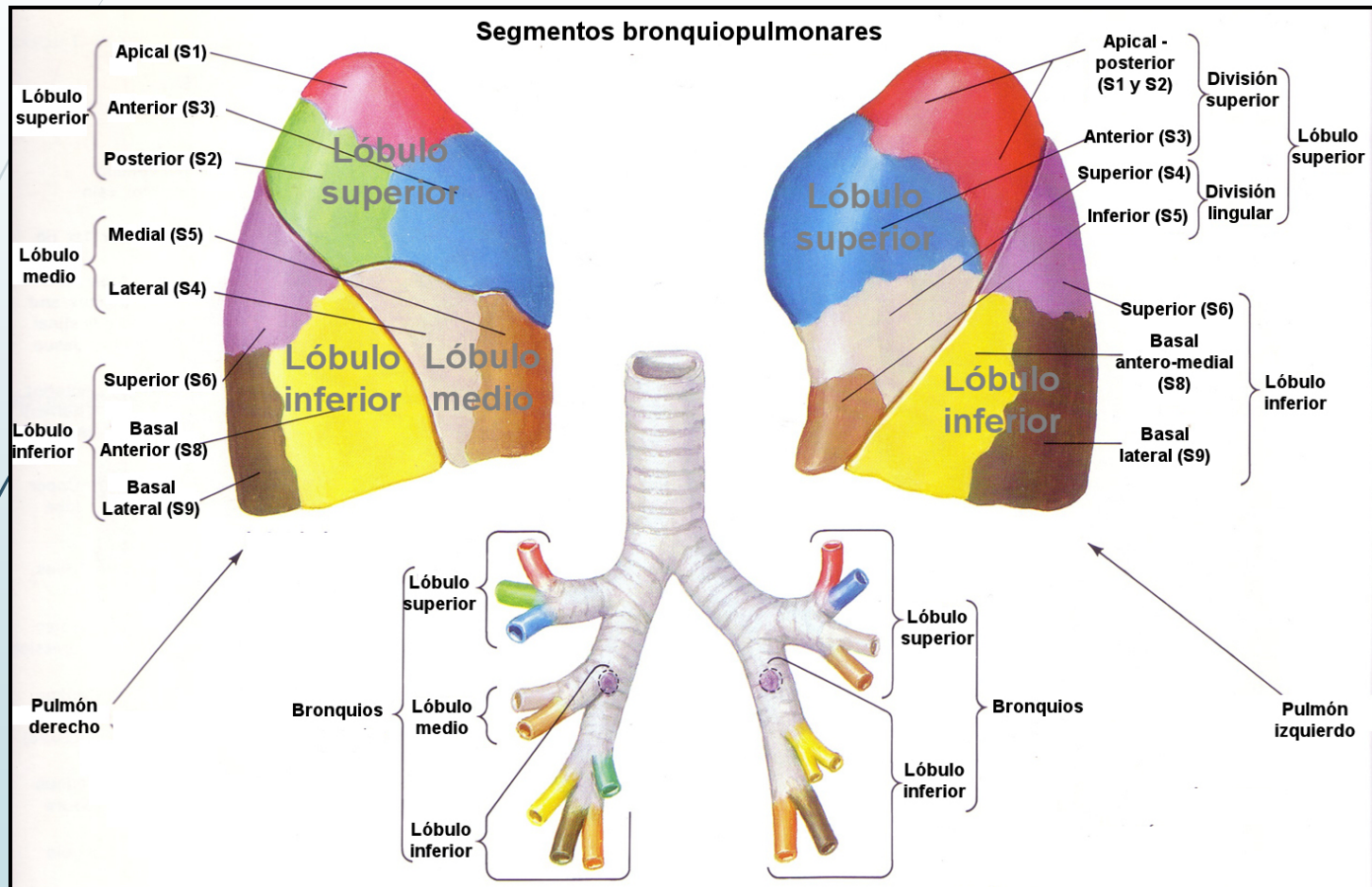
- Introducción.
- Epidemiología.
- Factores de riesgo.
- Diagnóstico.
- Tratamiento de los estadios localizados.
- Tratamiento de la enfermedad localmente avanzada.
- Tratamiento de la enfermedad metastásica.
- Nuevos horizontes.
- Calidad de vida.



INTRODUCCIÓN

- El término cáncer de pulmón (CP) o carcinoma broncogénico, se refiere a tumores malignos que se originan en las vías respiratorias bajas o el parénquima pulmonar.
- El 95% de todos los CP corresponden a CP de célula no pequeña y de célula pequeña.
- 2012: 1,8 millones de casos nuevos.
- La frecuencia absoluta y relativa del CP han aumentado dramáticamente.
- En 1953 el CP se convirtió en la causa más común de muerte por cáncer en hombres y desde 1985 lo es en el caso de las mujeres.
- Las muertes por cáncer de pulmón han comenzado a disminuir, lo que refleja una disminución en el tabaquismo.

INTRODUCCIÓN



EPIDEMIOLOGÍA

Estimated New Cases

			Males	Females			
Prostate	161,360	19%			Breast	252,710	30%
Lung & bronchus	116,990	14%			Lung & bronchus	105,510	12%
Colon & rectum	71,420	9%			Colon & rectum	64,010	8%
Urinary bladder	60,490	7%			Uterine corpus	61,380	7%
Melanoma of the skin	52,170	6%			Thyroid	42,470	5%
Kidney & renal pelvis	40,610	5%			Melanoma of the skin	34,940	4%
Non-Hodgkin lymphoma	40,080	5%			Non-Hodgkin lymphoma	32,160	4%
Leukemia	36,290	4%			Leukemia	25,840	3%
Oral cavity & pharynx	35,720	4%			Pancreas	25,700	3%
Liver & intrahepatic bile duct	29,200	3%			Kidney & renal pelvis	23,380	3%
All Sites	836,150	100%			All Sites	852,630	100%

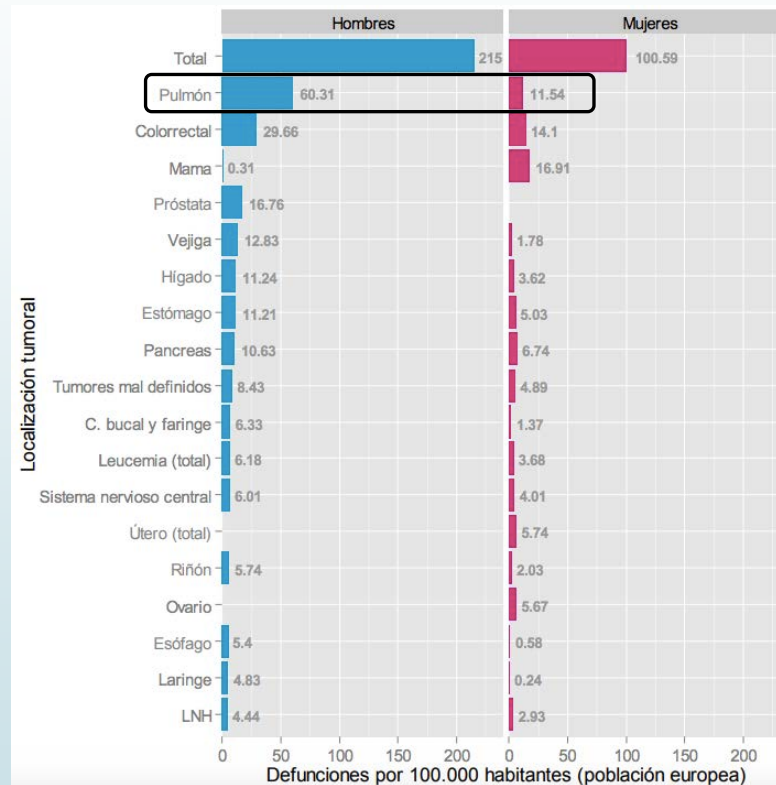
EPIDEMIOLOGÍA

Estimated Deaths

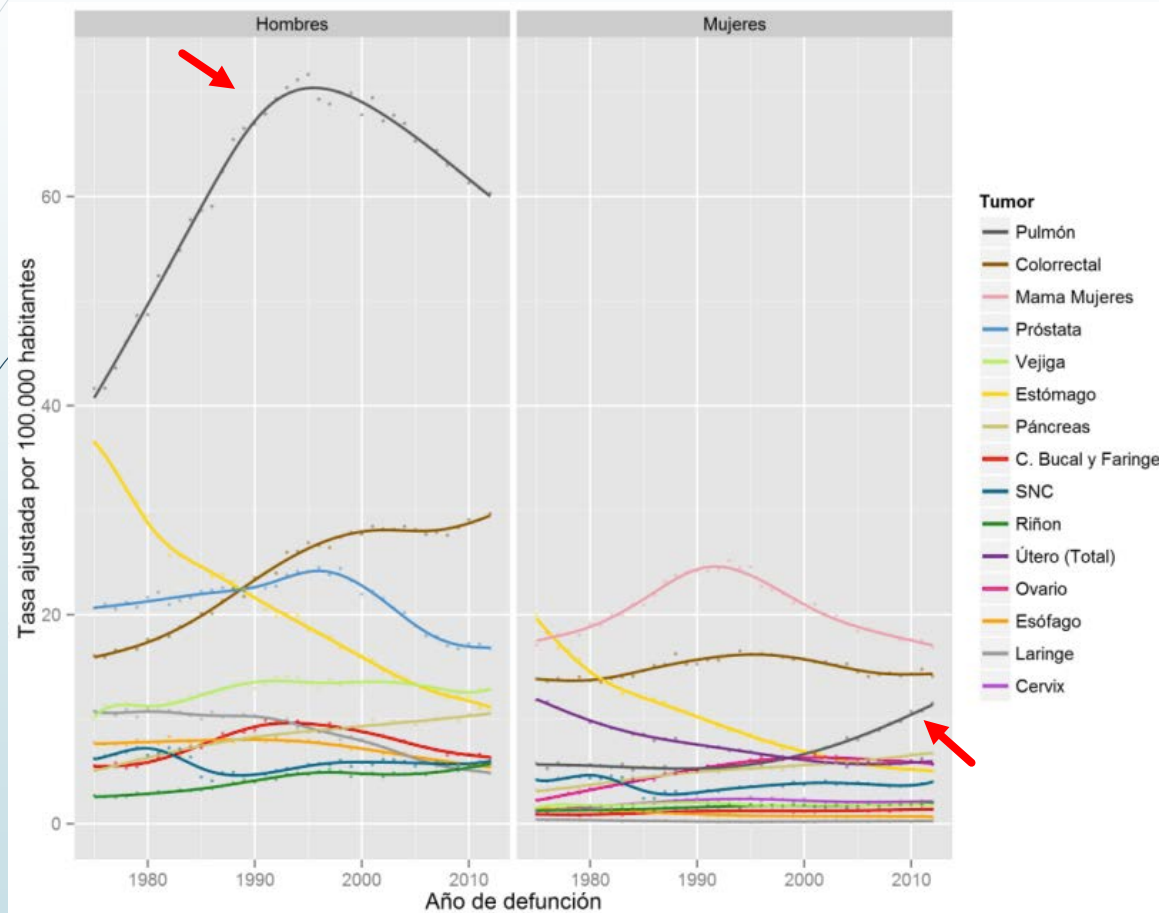
			Males	Females			
Lung & bronchus	84,590	27%			Lung & bronchus	71,280	25%
Colon & rectum	27,150	9%			Breast	40,610	14%
Prostate	26,730	8%			Colon & rectum	23,110	8%
Pancreas	22,300	7%			Pancreas	20,790	7%
Liver & intrahepatic bile duct	19,610	6%			Ovary	14,080	5%
Leukemia	14,300	4%			Uterine corpus	10,920	4%
Esophagus	12,720	4%			Leukemia	10,200	4%
Urinary bladder	12,240	4%			Liver & intrahepatic bile duct	9,310	3%
Non-Hodgkin lymphoma	11,450	4%			Non-Hodgkin lymphoma	8,690	3%
Brain & other nervous system	9,620	3%			Brain & other nervous system	7,080	3%
All Sites	318,420	100%			All Sites	282,500	100%

EPIDEMIOLOGÍA

Tasas ajustadas de mortalidad de los principales tumores en **España** en 2012.



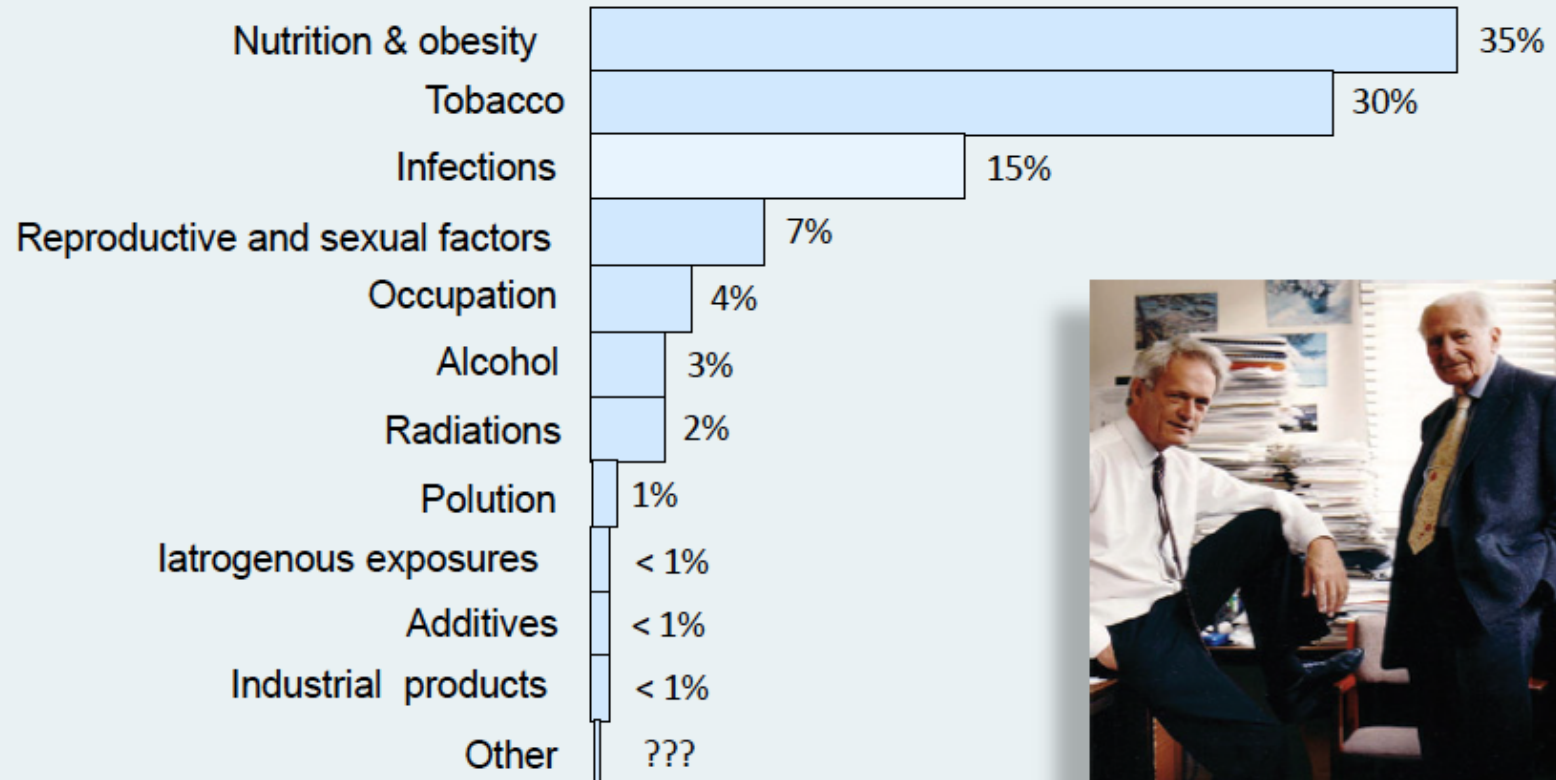
EPIDEMIOLOGÍA



Tendencia de la Mortalidad
por cáncer en **España** (1975-
2012)

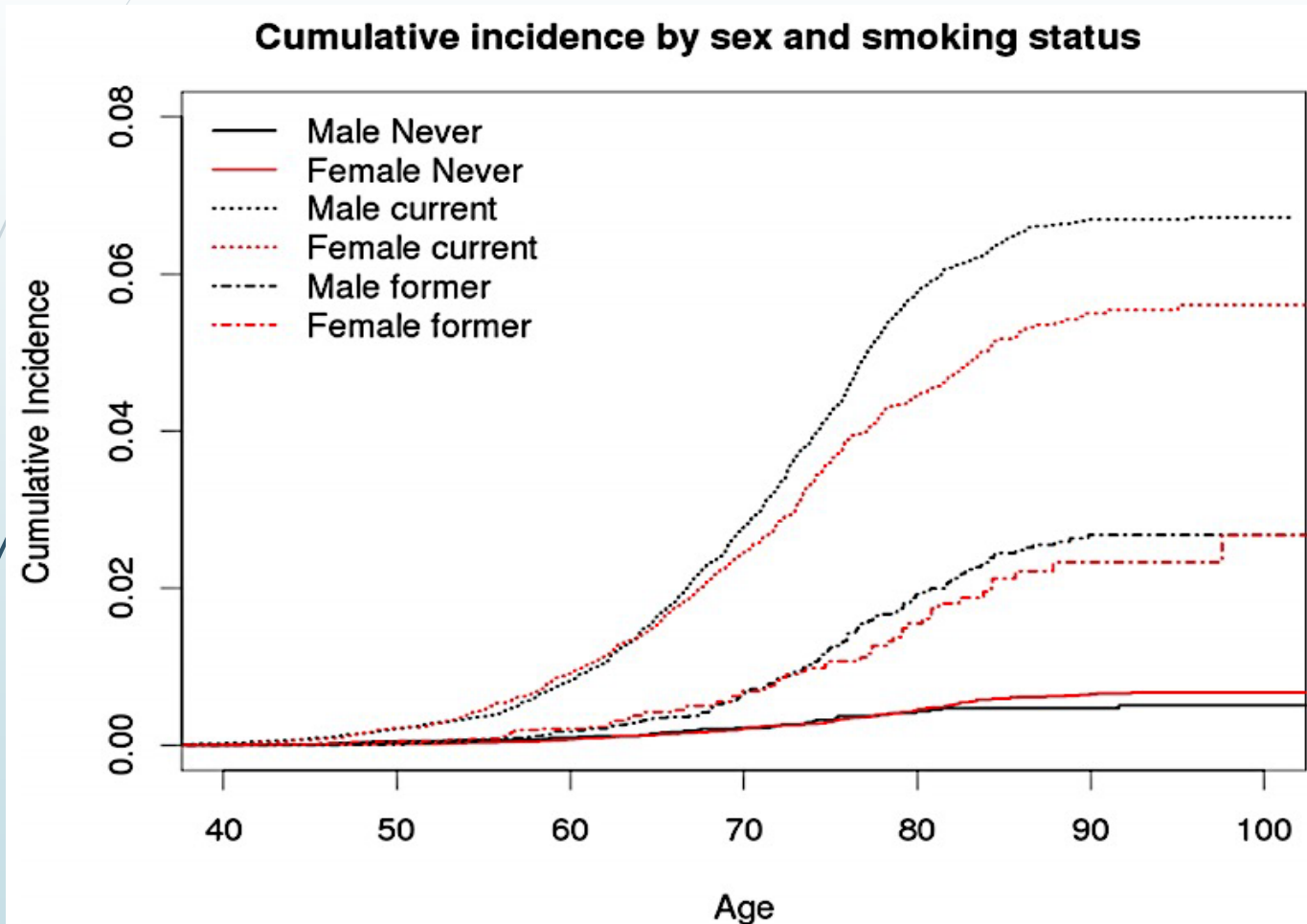
La situación del cáncer en España: 2015.

FACTORES DE RIESGO



Causas no genéticas del cáncer de pulmón, Doll & Peto (1981)

FACTORES DE RIESGO



FACTORES DE RIESGO

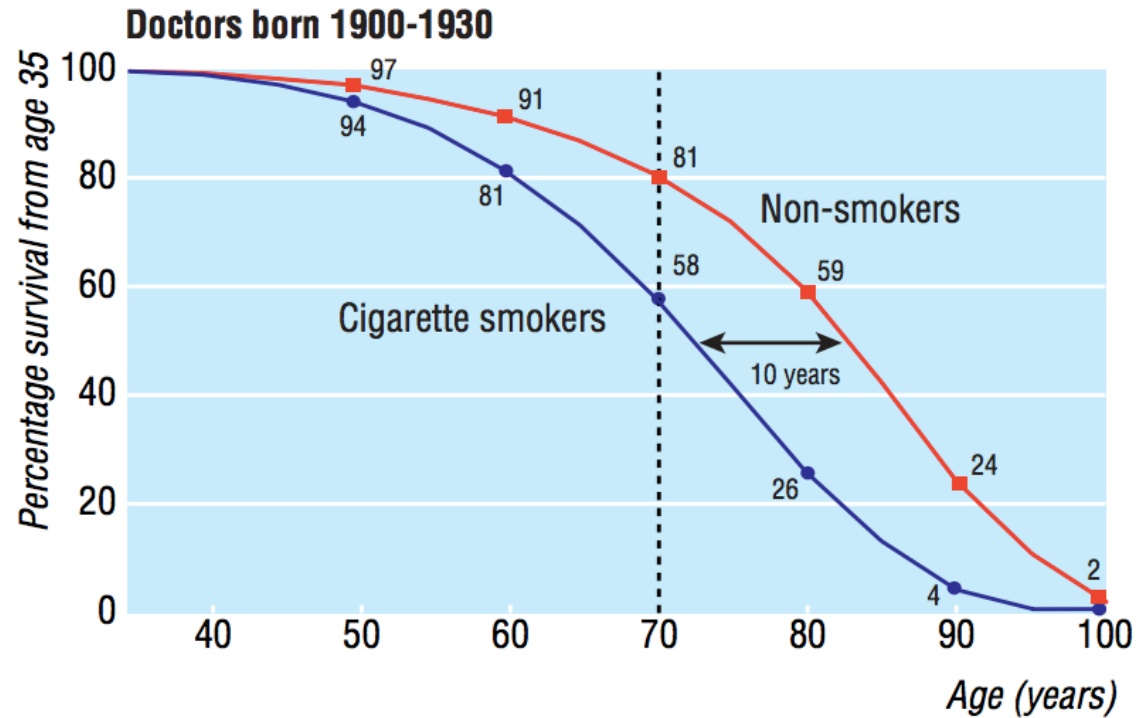
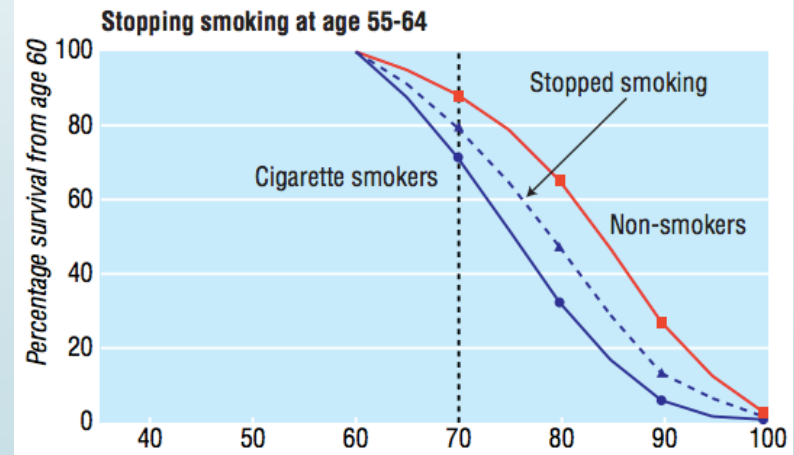
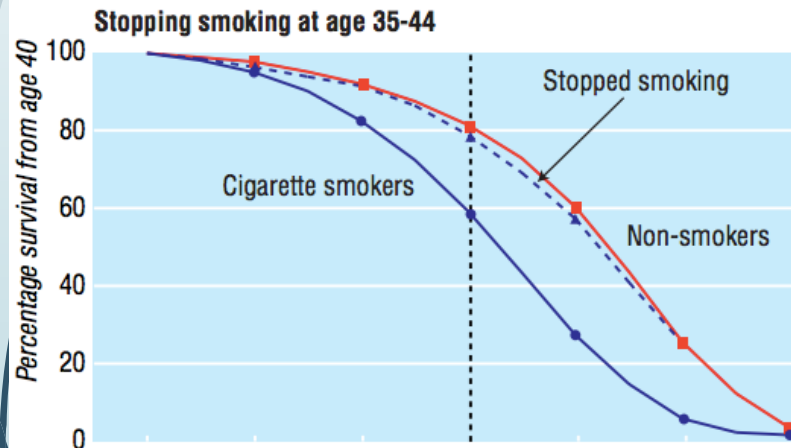
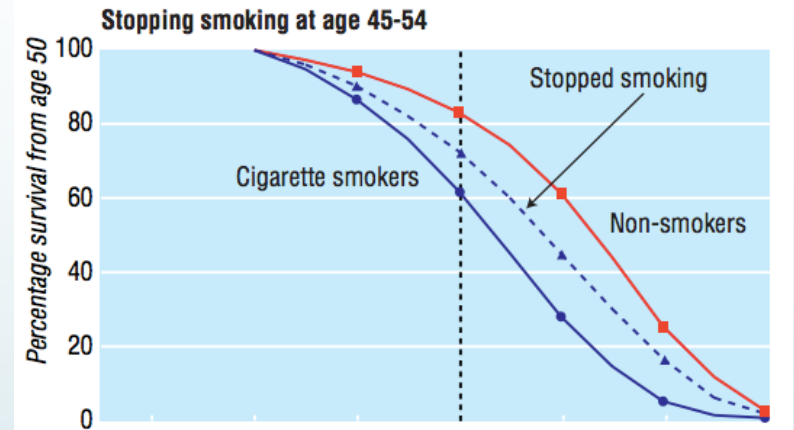
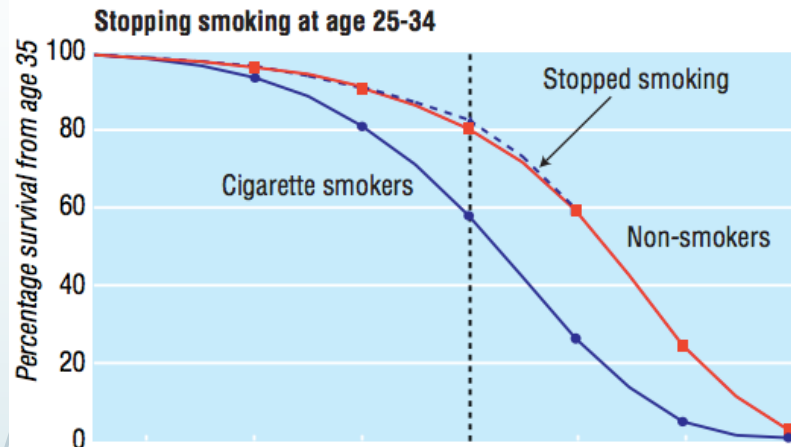


Fig 3 Survival from age 35 for continuing cigarette smokers and lifelong non-smokers among UK male doctors born 1900-1930, with percentages alive at each decade of age

Tabaquismo

BMJ. 2004;328(7455):1519.

FACTORES DE RIESGO



Efecto sobre la supervivencia al dejar de fumar.

BMJ. 2004;328(7455):1519.

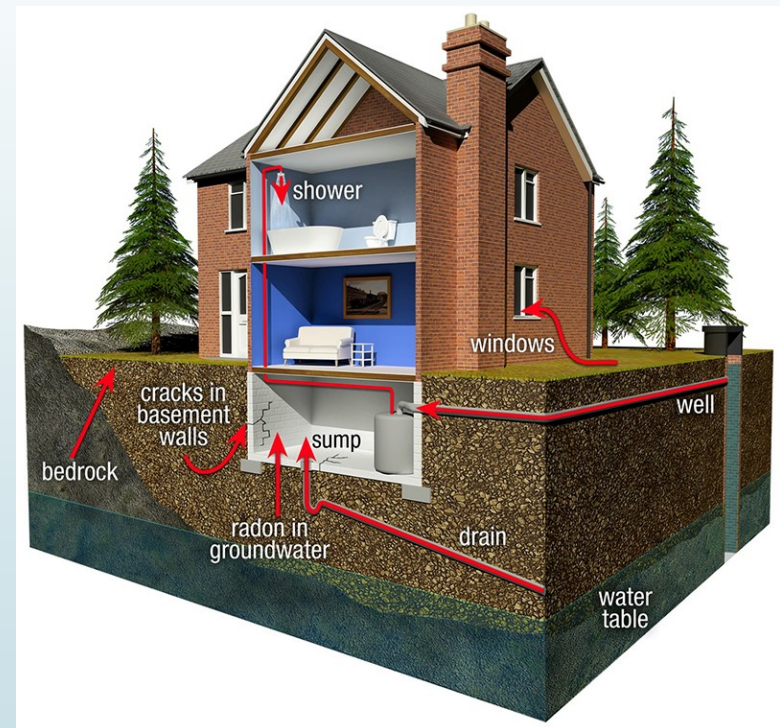
FACTORES DE RIESGO

- Radón es un gas noble, inodoro, incoloro e insípido de origen natural, ubicuo.
- Proviene de la descomposición del Uranio 238.
- Sus derivados de vida media corta, emiten partículas radioactivas alfa.
- El radón 222 comprende el 80% de todo el radón ambiental, siendo la fuente de radiación natural más importante, representando el 50% de toda la radiación que afecta al ser humano a lo largo de su vida.
- Declarado carcinogénico en 1987.



FACTORES DE RIESGO

- El Radón tiende a acumularse en edificaciones.
- La principal vía de penetración es el subsuelo.
- El factor más influyente es el sustrato geológico.
- Al ser más denso que el aire, tiende a estar más concentrado en pisos bajos y sótanos.
- La mejor forma de controlarlo, es una buena ventilación.

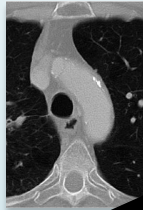


DIAGNÓSTICO

- La minoría de los casos se diagnostican en fase pre-sintomática.



Clínica (signos y síntomas)



Localización (Radiografía, TAC, PET)

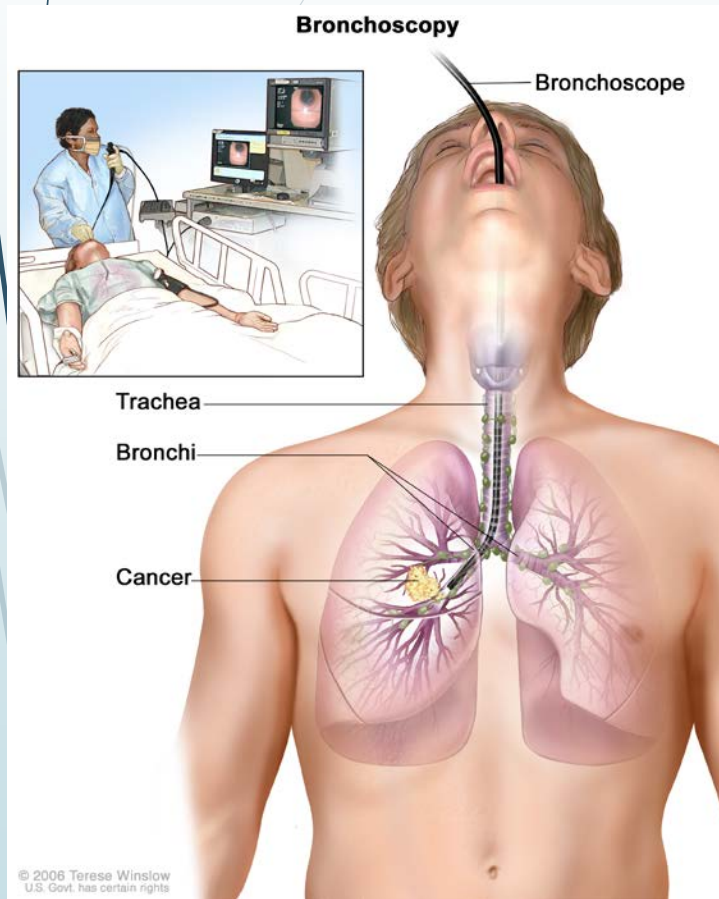
Diagnóstico histológico
(Broncoscopia punción, biopsia).

ESTADIFICACIÓN

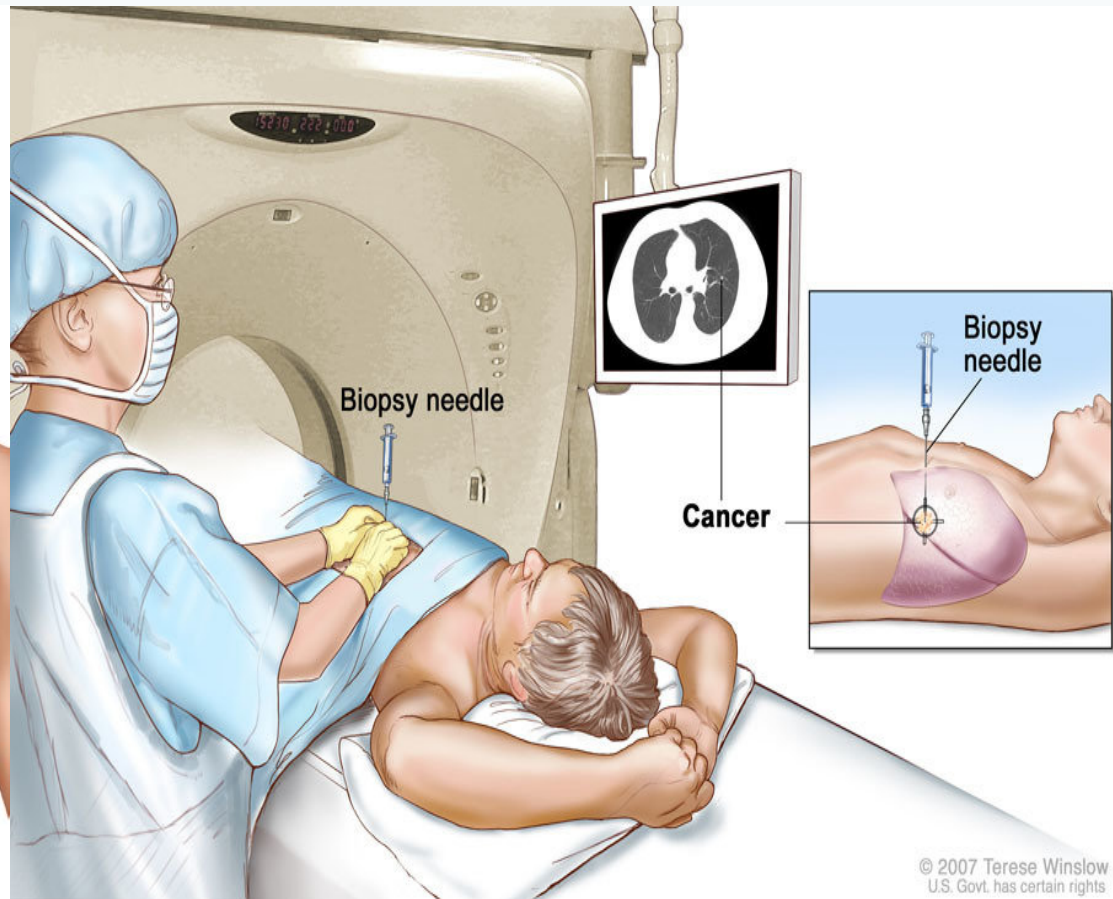
DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico definitivo del tumor se realiza con la revisión histológica.
- La técnica para la toma de biopsia dependerá de la localización y características radiológicas del tumor.
- Para la toma de decisión de tratamiento es fundamental realizar un estudio completo de diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

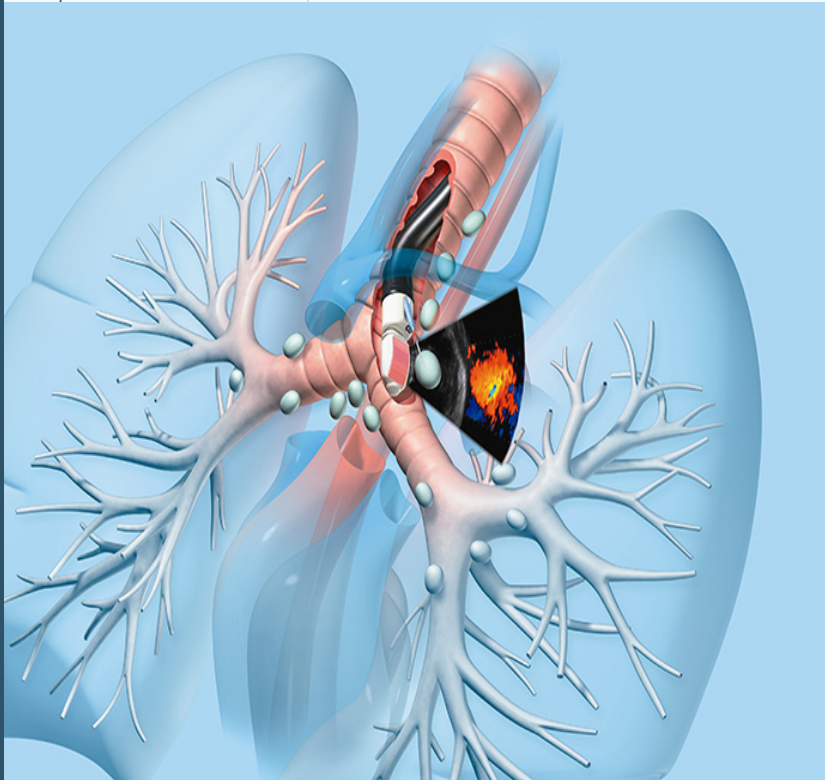


BRONCOSCOPIA

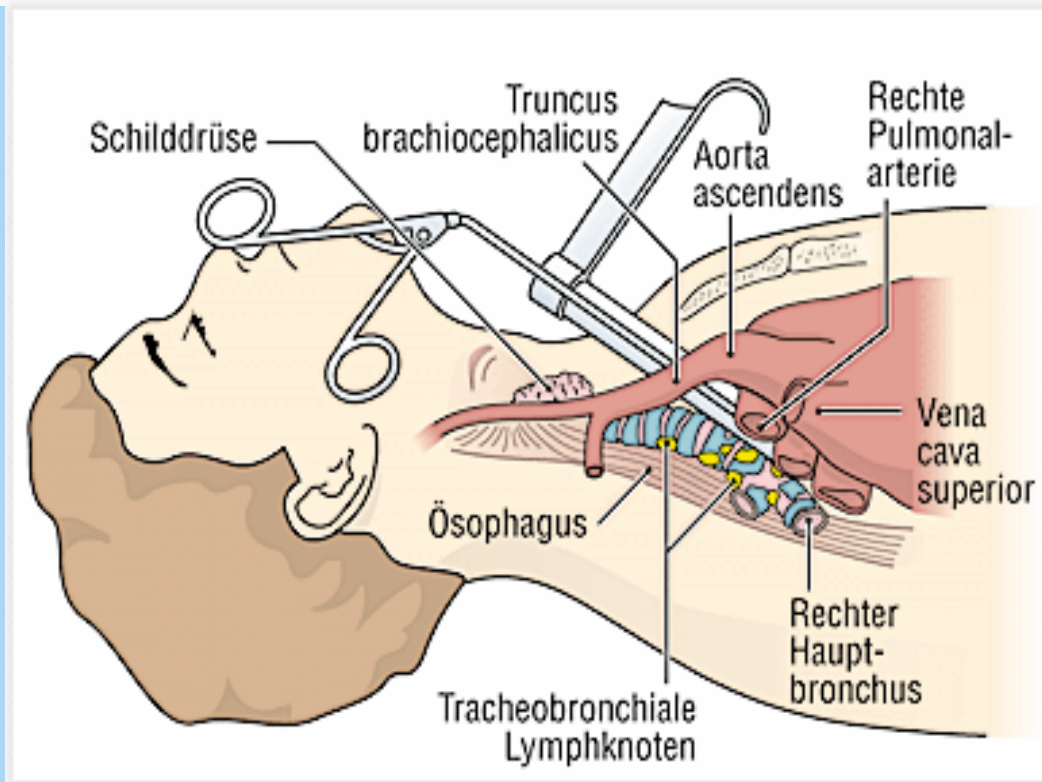


PAAF GUIADA POR TAC

DIAGNÓSTICO

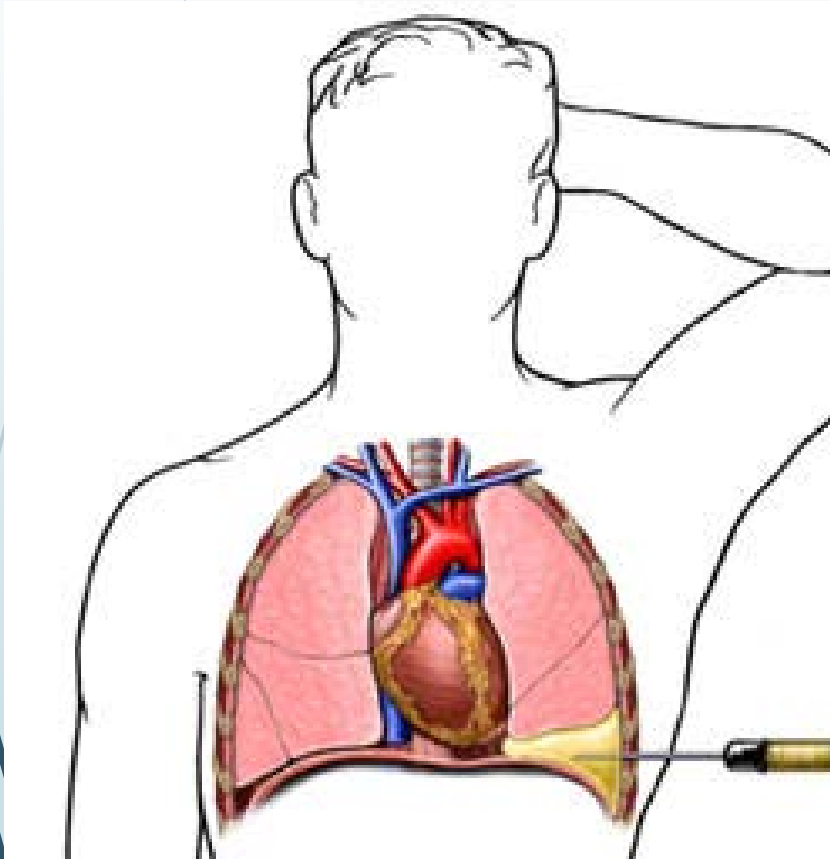


EBUS

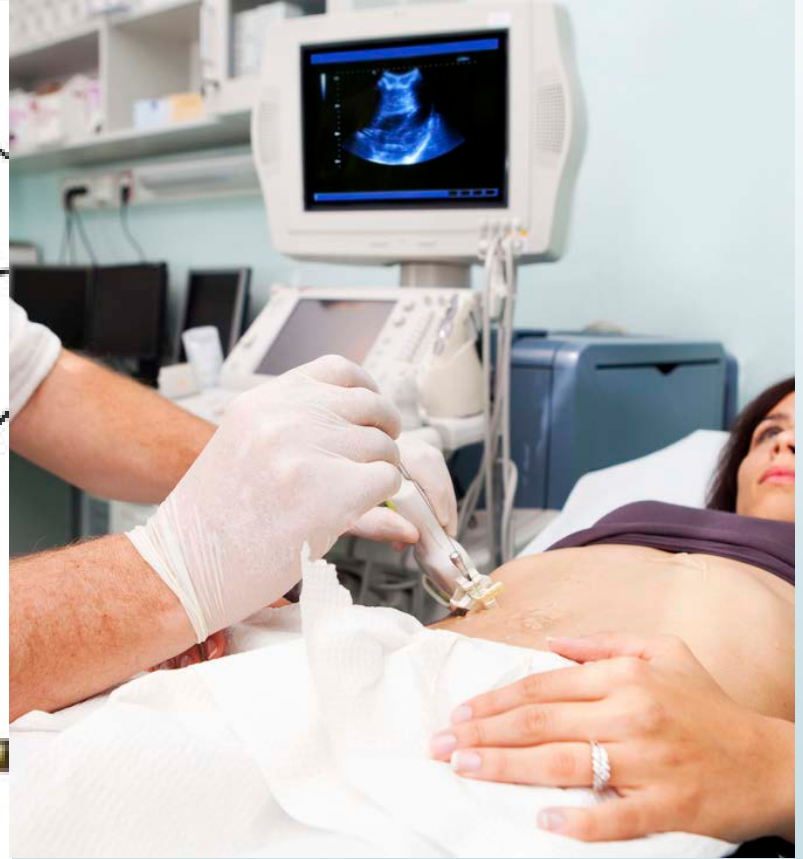


MEDIASTINOSCOPIA

DIAGNÓSTICO



TORACOCENTESIS



BAG GUIADA POR ECO

DIAGNÓSTICO

CÁNCER DE PULMÓN

CARCINOMA DE
PULMÓN DE
CÉLULA PEQUEÑA

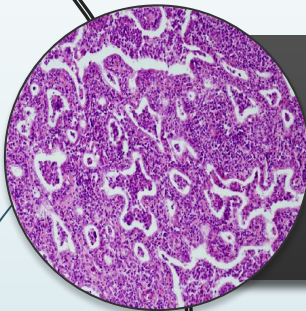
CARCINOMA DE
NO CÉLULA PEQUEÑA

1. Carcinoma de células pequeñas.
2. Carcinoma de células grandes.
3. Carcinoma adenoescamoso.
4. Carcinoma de célula grande.
5. Carcinoma sarcomatoide.

SON TUMORES DISTINTOS

TRATAMIENTO

- El tratamiento del cáncer de pulmón dependerá de factores diversos:



Del tumor: Tipo histológico, estadio, presencia o no de mutaciones.

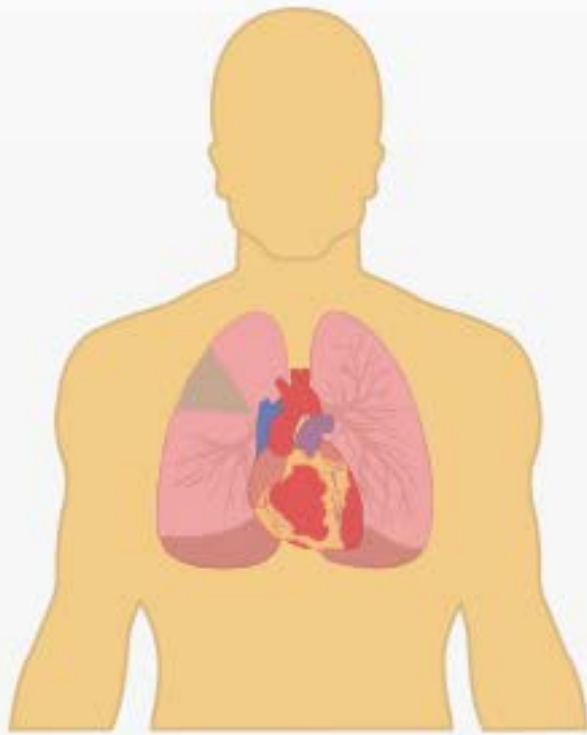


Del paciente: Edad, situación funcional, comorbilidades, preferencias.

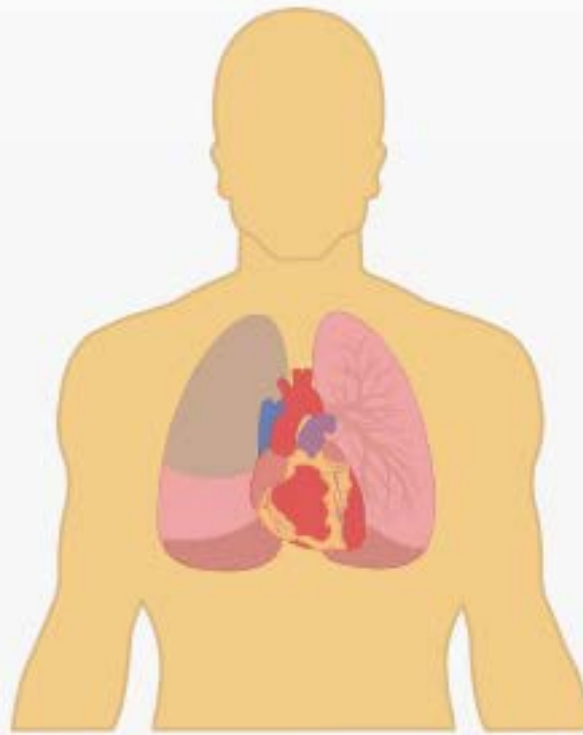
TRATAMIENTO



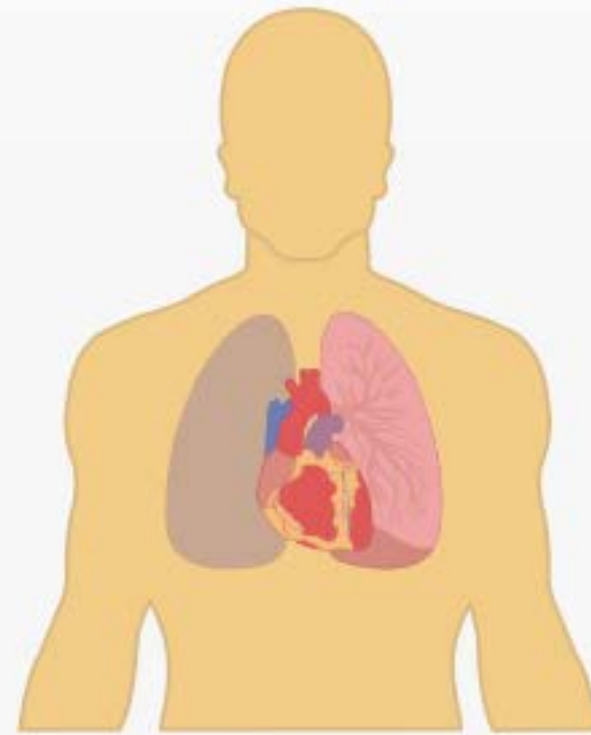
CIRUGÍA EN CÁNCER DE PULMÓN



Segmentectomía

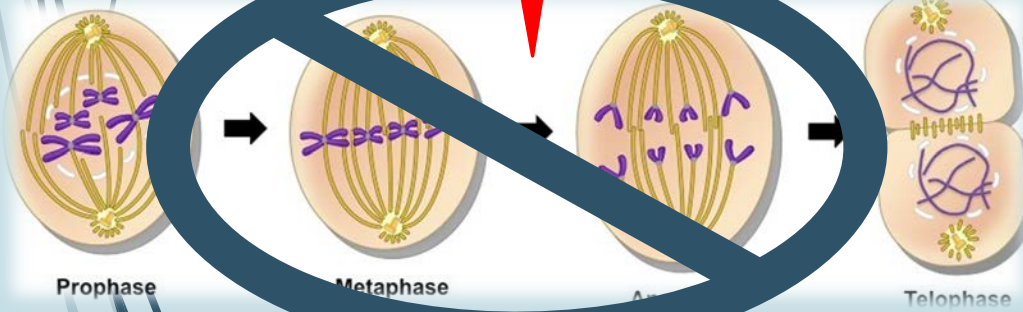
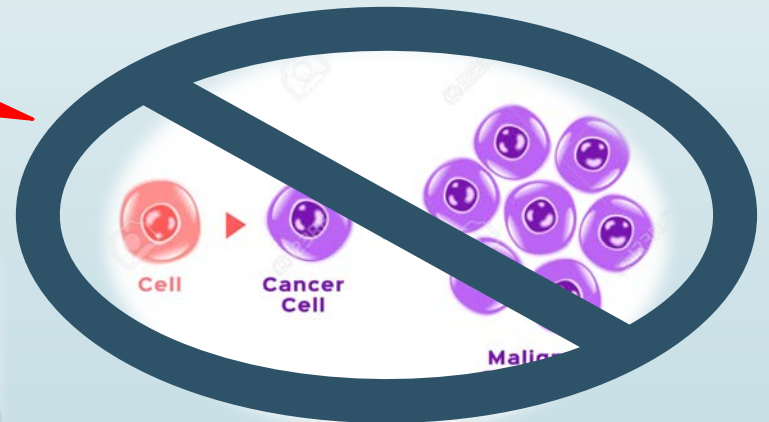


Lobectomía

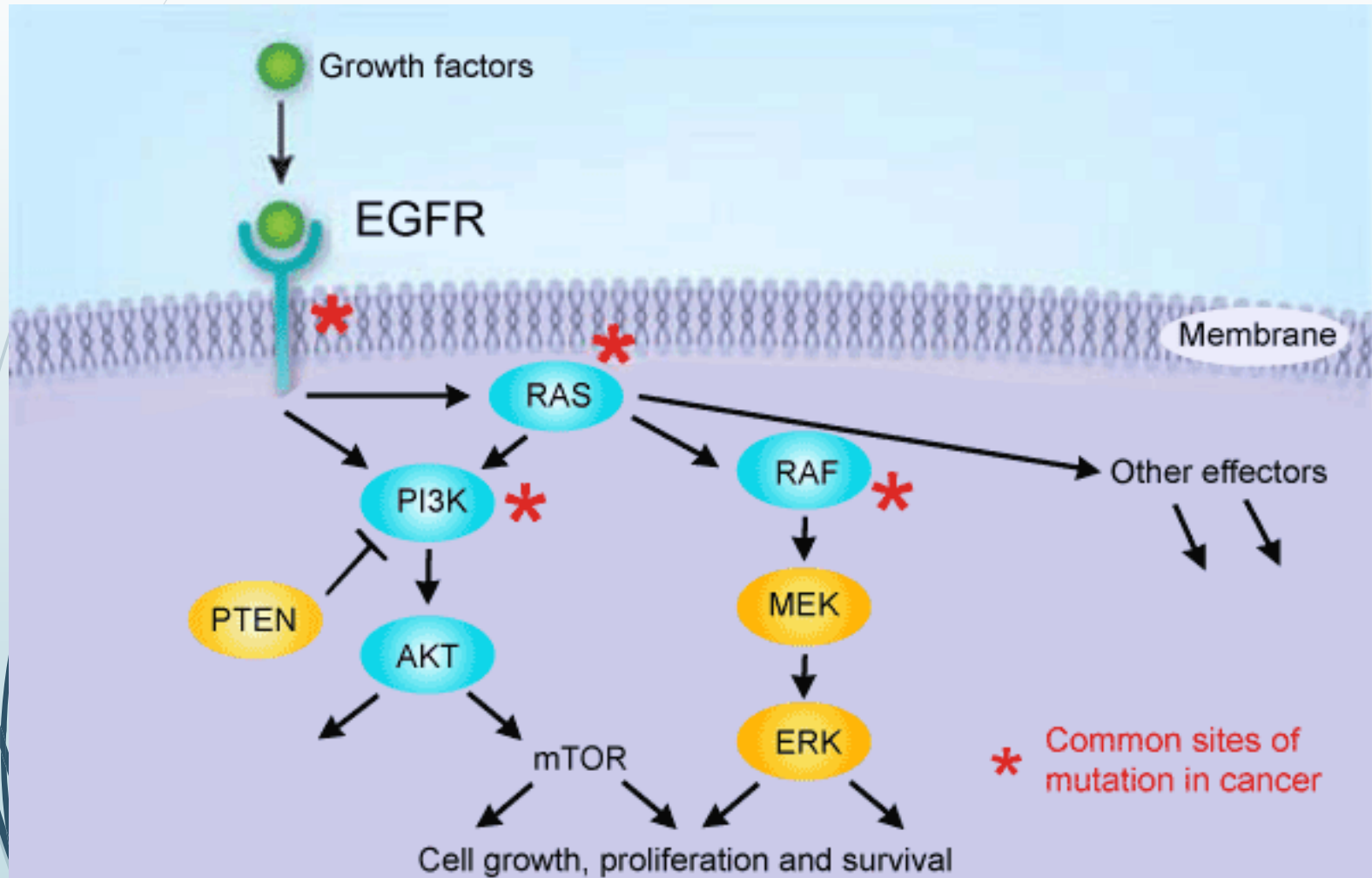


Neumonectomía

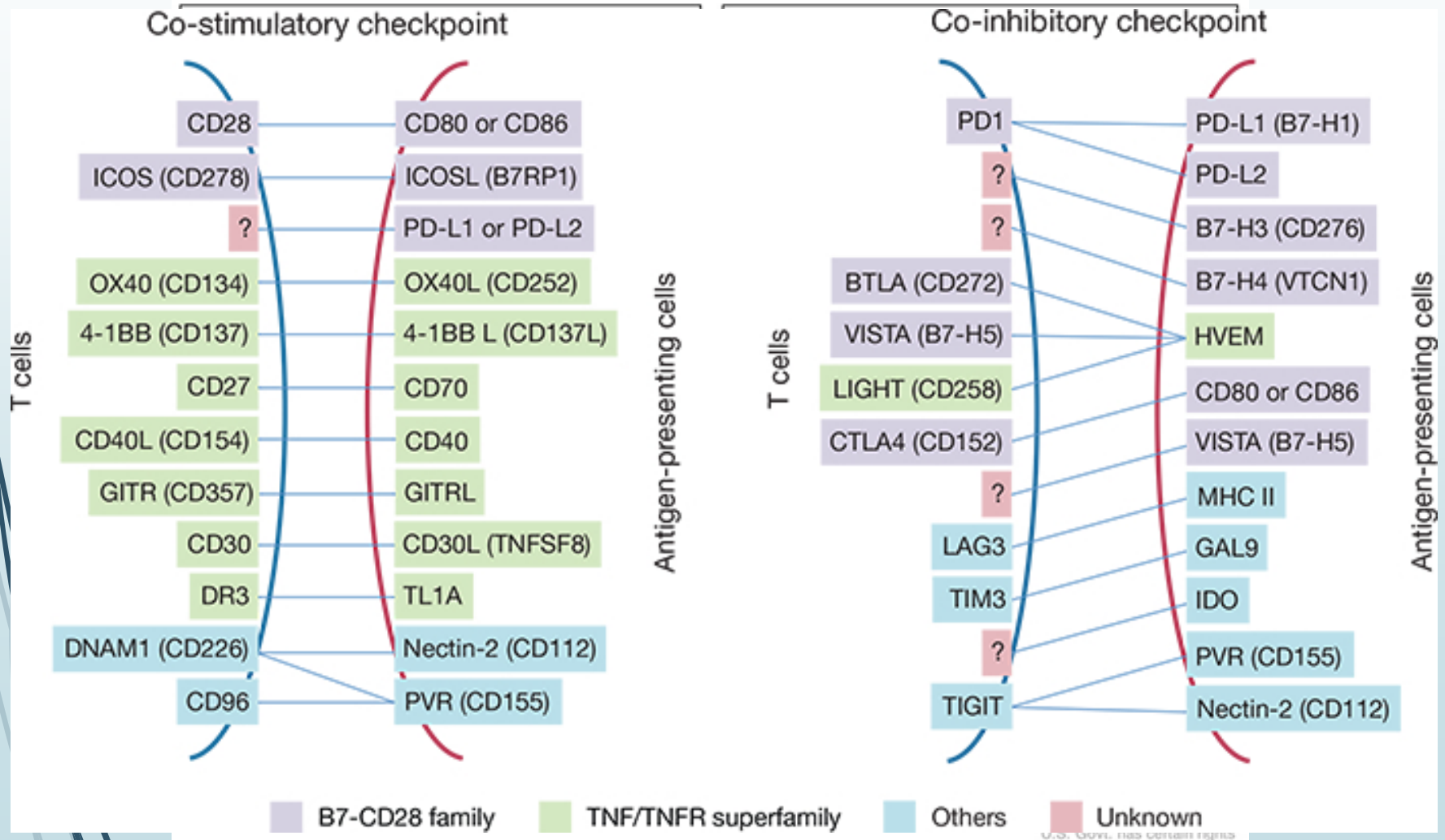
QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN



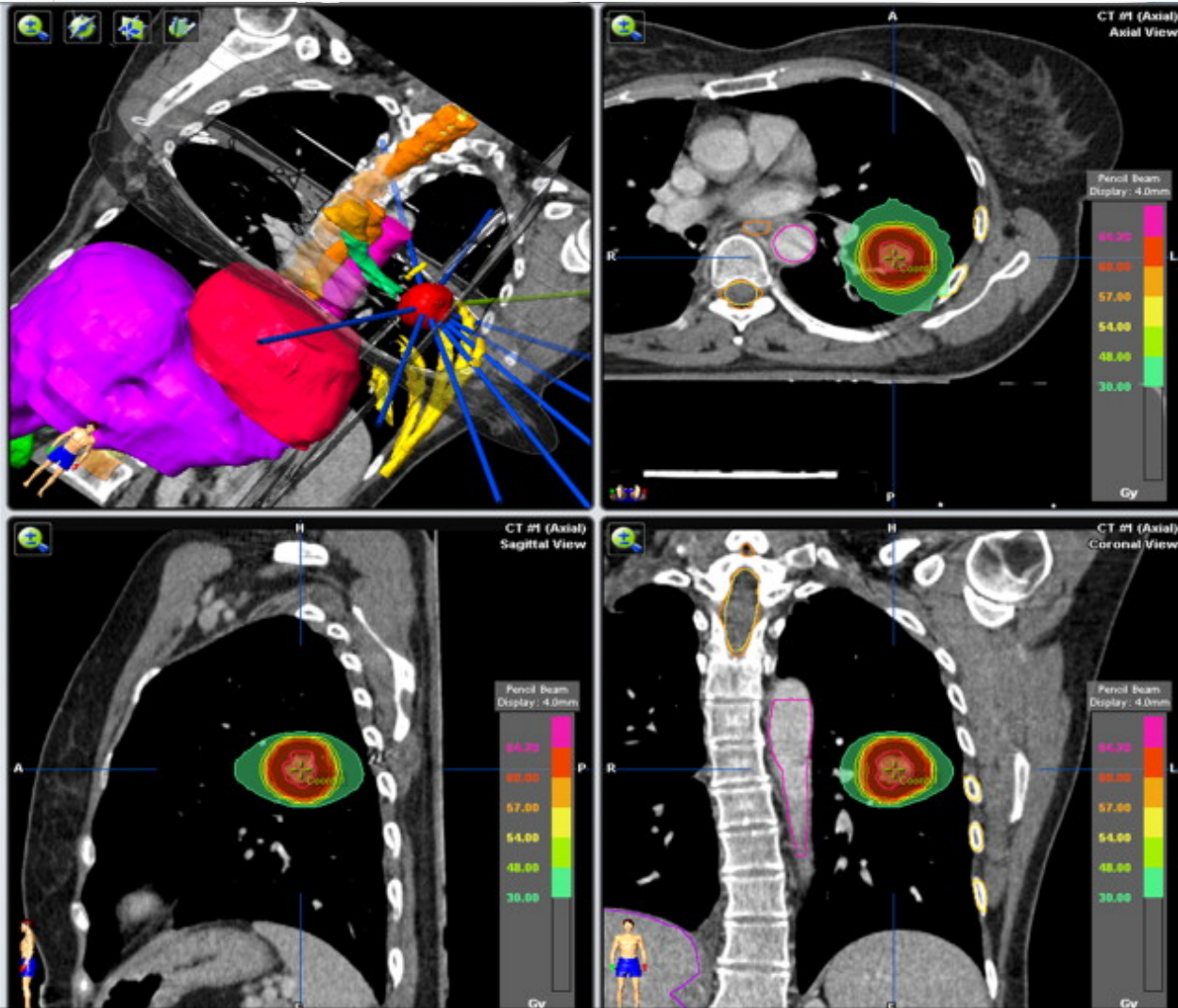
TERAPIA DIRIGIDA EN CÁNCER DE PULMÓN



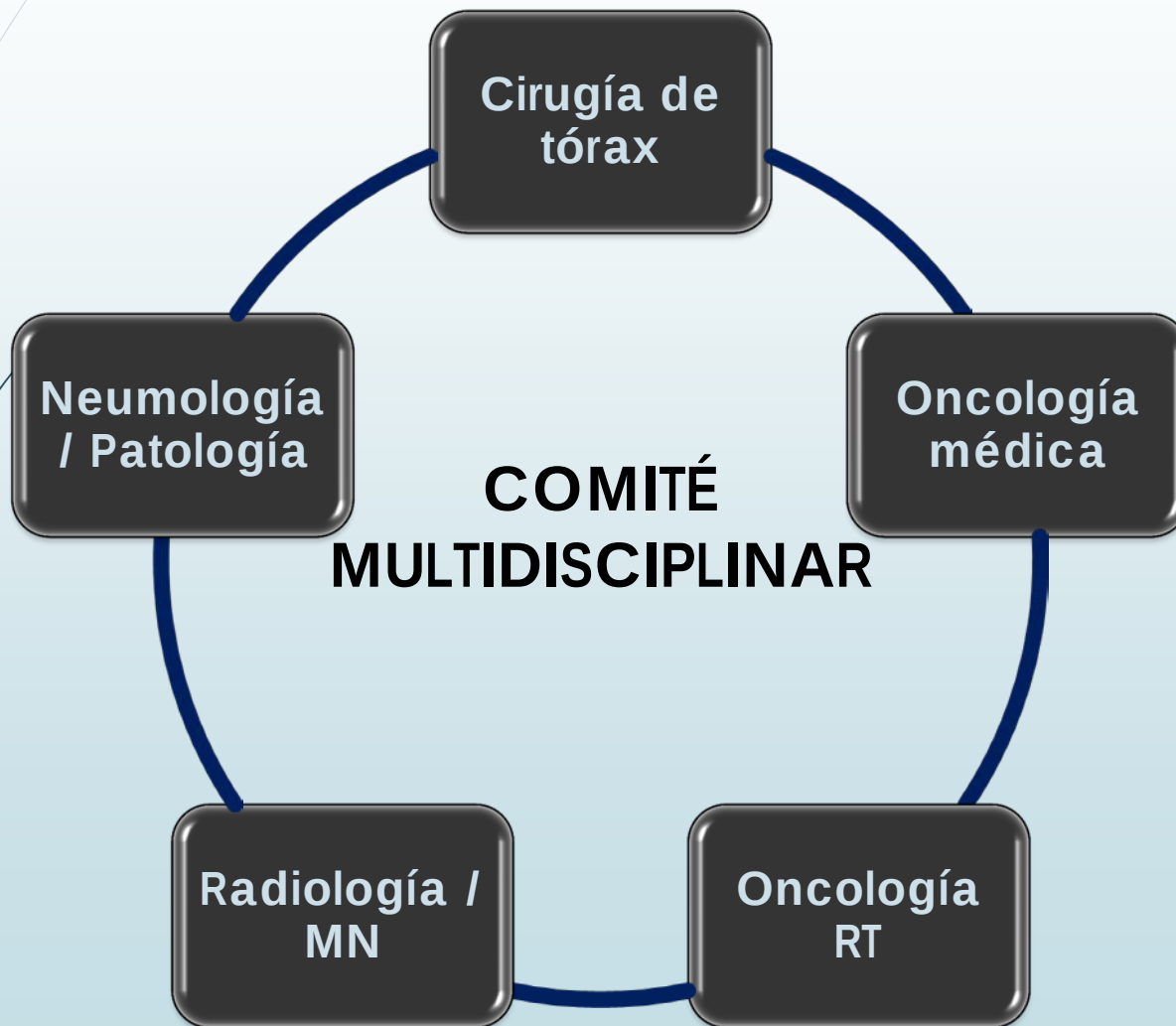
INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN



RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN



TRATAMIENTO



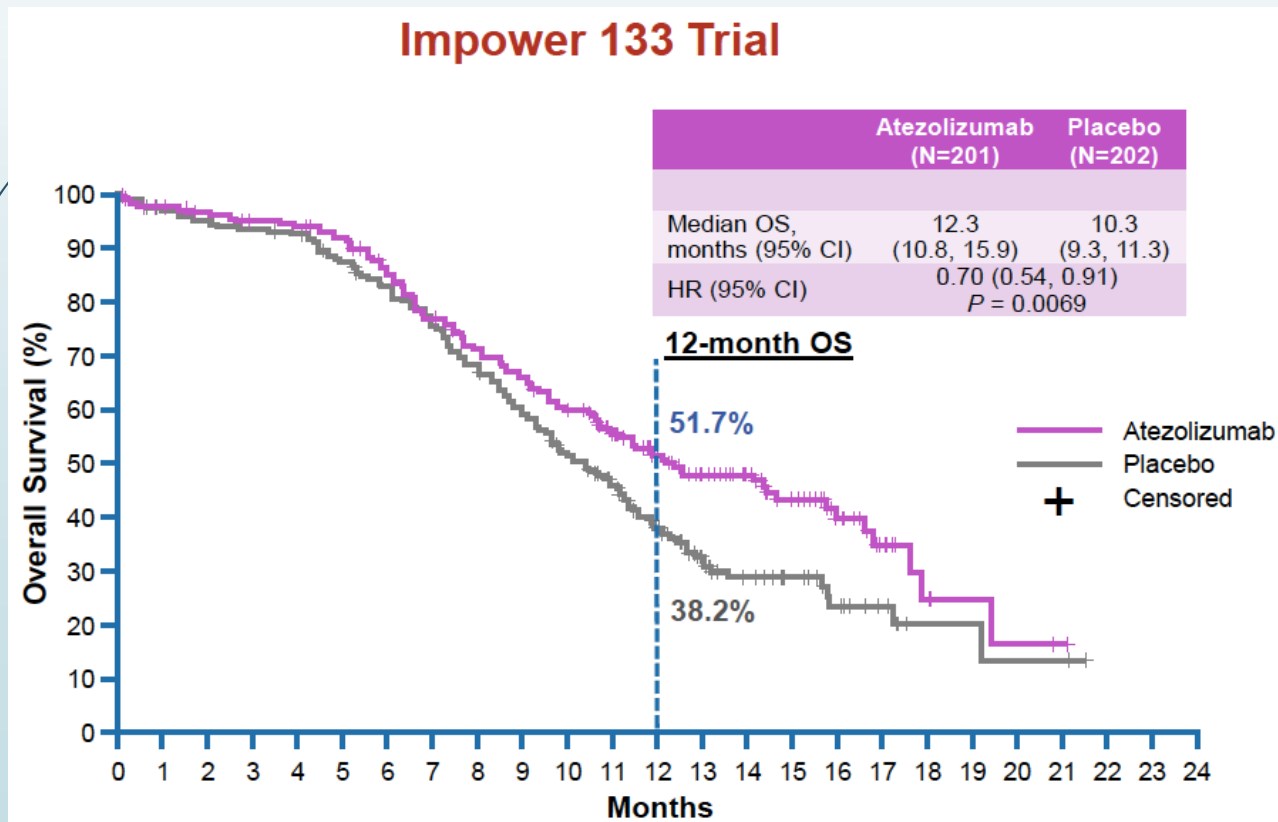
TRATAMIENTO DEL CPCP

- El CPCP es un tumor agresivo y de rápido crecimiento.
- Lo podemos dividir en dos grandes grupos:
 - Enfermedad limitada al tórax.
 - Enfermedad extendida.
- En ambos casos, el tratamiento se basa en QT con platino y etoposido.
- En los casos de enfermedad limitada al tórax, los pacientes que responden a la QT, deben recibir posteriormente RT torácica y RT cerebral profiláctica.

TRATAMIENTO DEL CPCP

NOVEDADES EN CPCP (QT+IT):

1. Carboplatino + Etopósido + Atezolizumab: Estudio Fase III.



TRATAMIENTO DEL CPCP

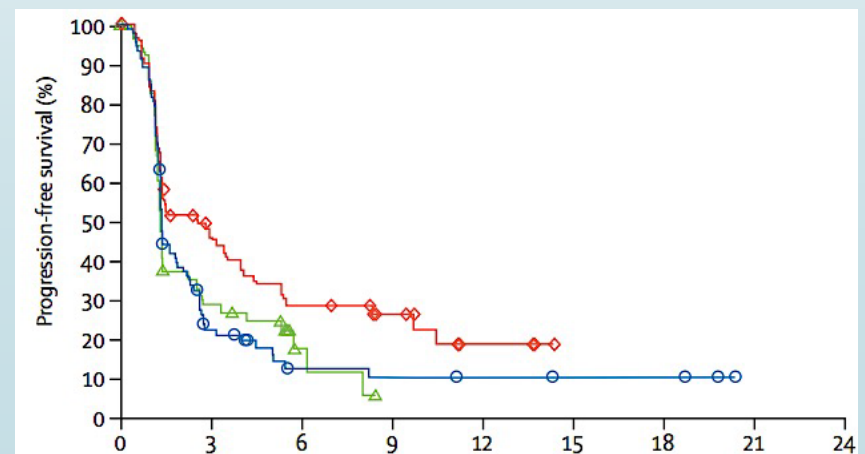
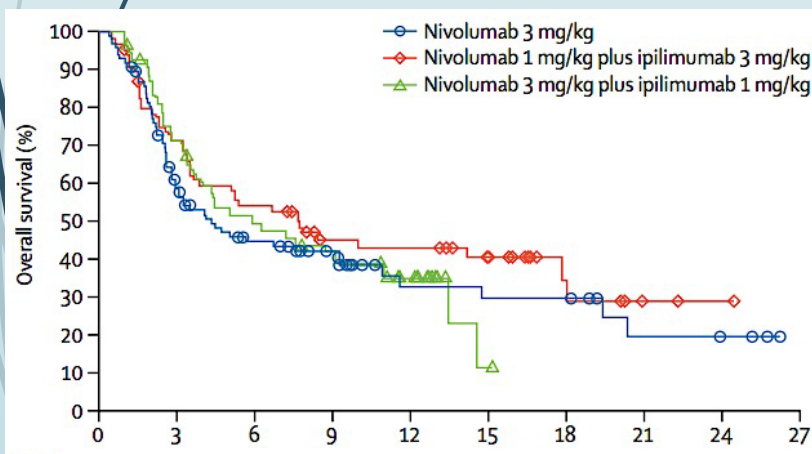
NOVEDADES EN CPCP (QT):

1. **Lurbinectedina (PM1183) + Doxorrubicina:** Estudio Fase Ib en recaída.
 - Buena actividad en términos de tasa de respuesta, control de síntomas y de supervivencia libre de progresión.
 - La toxicidad hematológica es controlable.
 - Actualmente hay 2 estudios fase III abiertos: ATLANTIS y BASKET.
2. **Etirinotecan pegilado (NKTR-102):** Estudio Fase II.
 - Buenas respuestas en pacientes refractarios.
 - Pendiente de resultados de SG.

TRATAMIENTO DEL CPCP

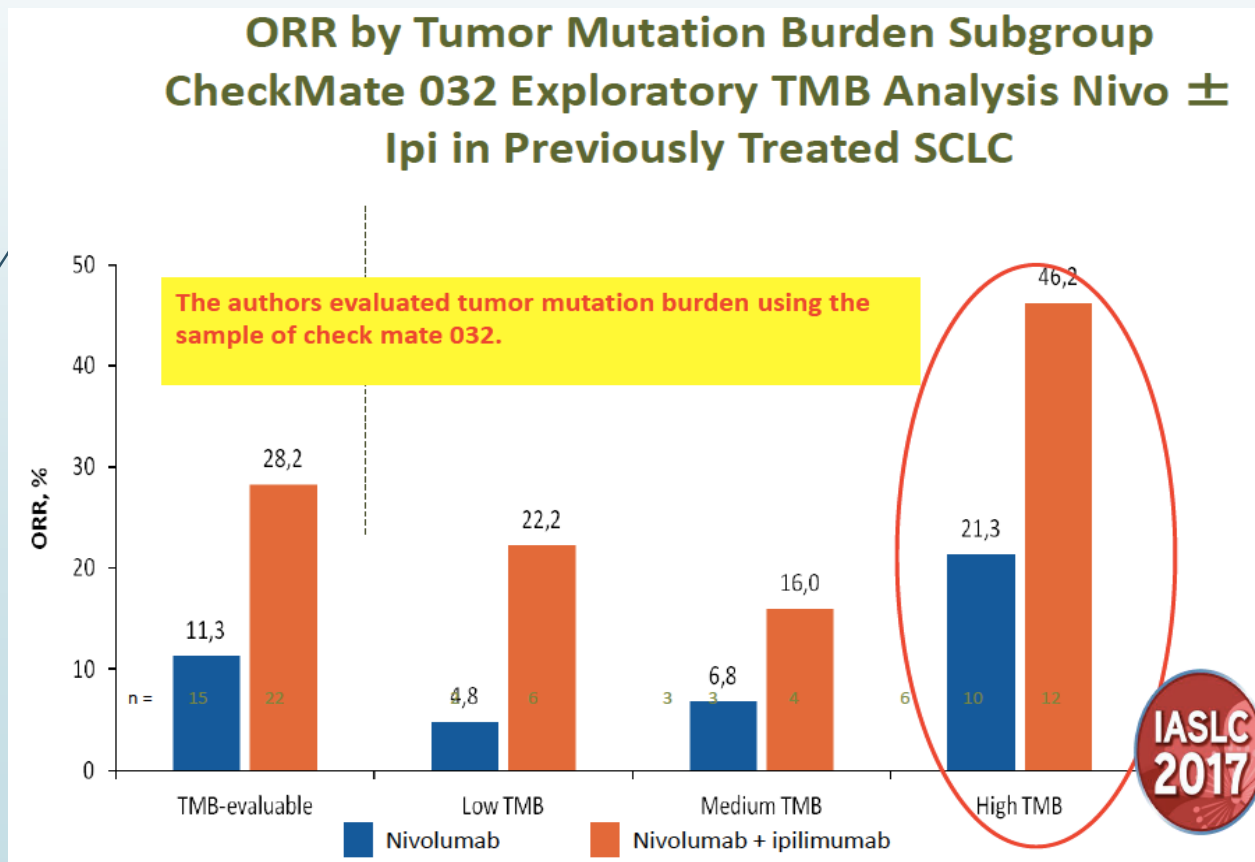
NOVEDADES EN CPCP (IT):

1. **CheckMate 032:** Estudio Fase I/II con Nivolumab/Ipilimumab.
 - Evaluó la eficacia de la IT en pacientes con CPCP en recaída tras QT.
 - Se ha demostrado que son fármacos eficaces y prometedores, pero los datos se deben corroborar en un estudio fase III.



TRATAMIENTO DEL CPCP

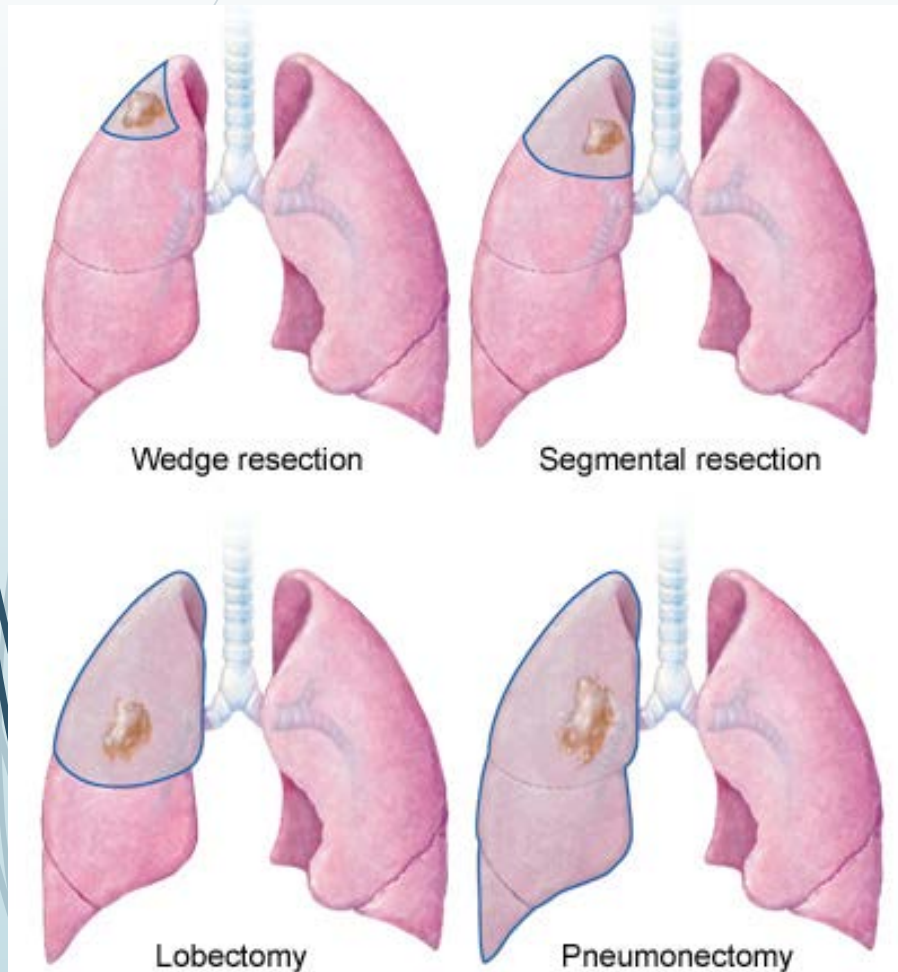
NOVEDADES EN CPCP (IT):



TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

- El CPNCP localizado operable comprende los estadios I, II y IIIA.
- La decisión de manejo de cada caso debe tomarse de forma consensuada en un comité multidisciplinar.
- La mayor parte de los casos son susceptibles de ser operados tras el diagnóstico.
- Algunos pacientes con estadio IIIA pueden recibir tratamiento preoperatorio de QT (neoadyuvante) y posteriormente ser operados.
- La indicación de QT o RT posterior a la cirugía, dependerá de cada caso de forma individualizada (TNM, afectación extracapsular ganglionar, R, etc).

TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO



Los resultados oncológicos de la cirugía de cáncer de pulmón son iguales tanto para cirugía abierta como por vía toracoscópica.

Las preguntas clave son:

- ¿Es operable?
- ¿El paciente se quiere operar?
- ¿El cirujano lo puede operar?

TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

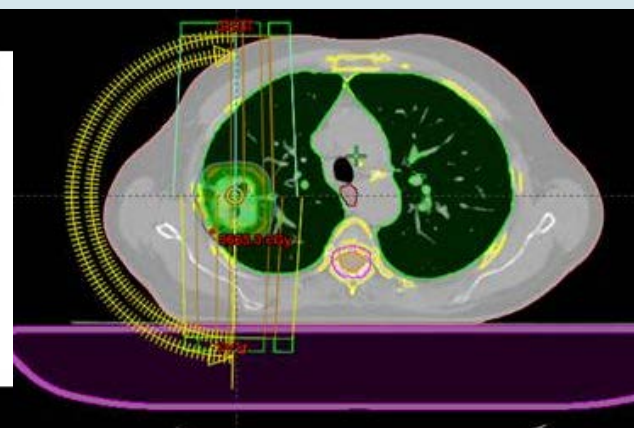
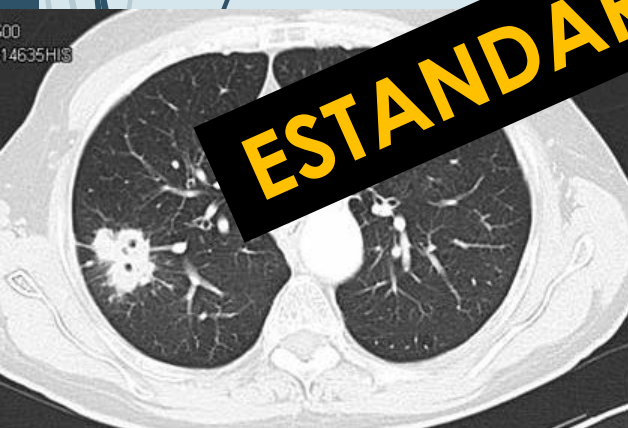
NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE RT:

- En cuanto a pacientes no operables, podrían tratarse con RT.
- Pacientes T1-2 N0.
- SABR mejor que RT convencional.
- SABR menos tóxico.

ESTANDAR PTES NO OPERABLES: SABR



INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LUNG CANCER



TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

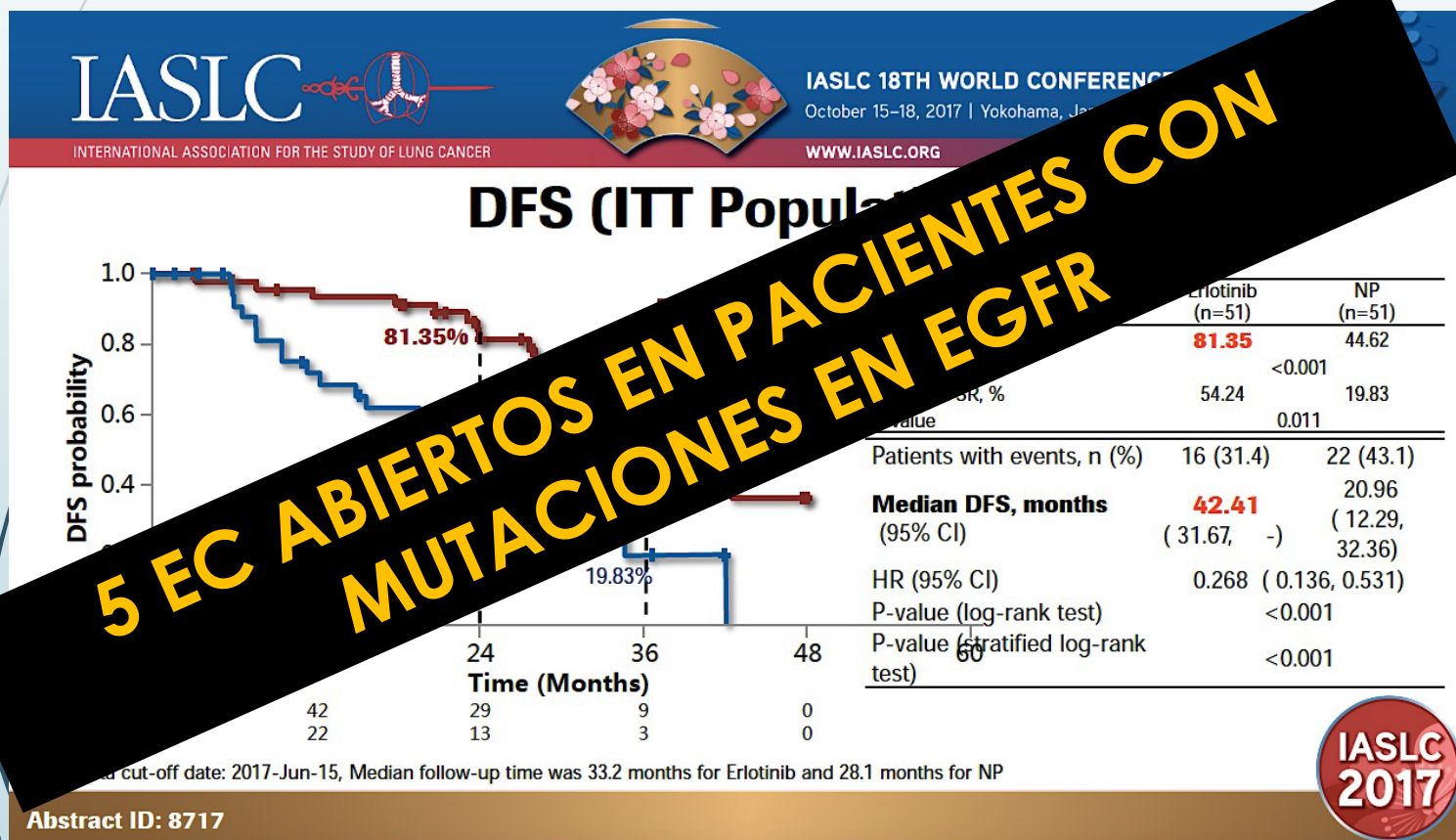
NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE QT ADYUVANTE:

ESTUDIOS QUE COMPARAN CIRUGÍA VS CIRUGÍA + QT				
Esquema	Nº ensayos	Nº pacientes		
Platino + A. Vinca	9	1208		0.84 (0.64-1.05)
Platino + VNR	4			0.82 (0.70-0.97)
Platino + Taxano		171		0.77 (0.57-1.05)
Platino +		344	355	0.90 (0.92-1.13)
		689	686	0.79 (0.63-0.93)
	1	41	42	1,79 (1.00-3.20)
tegafur	7	1191	1199	0.76 (0.74-0.90)

ESTANDAR: ADYUVANCIA CON PLATINO, HR: 0.86 (0.81-0.96)

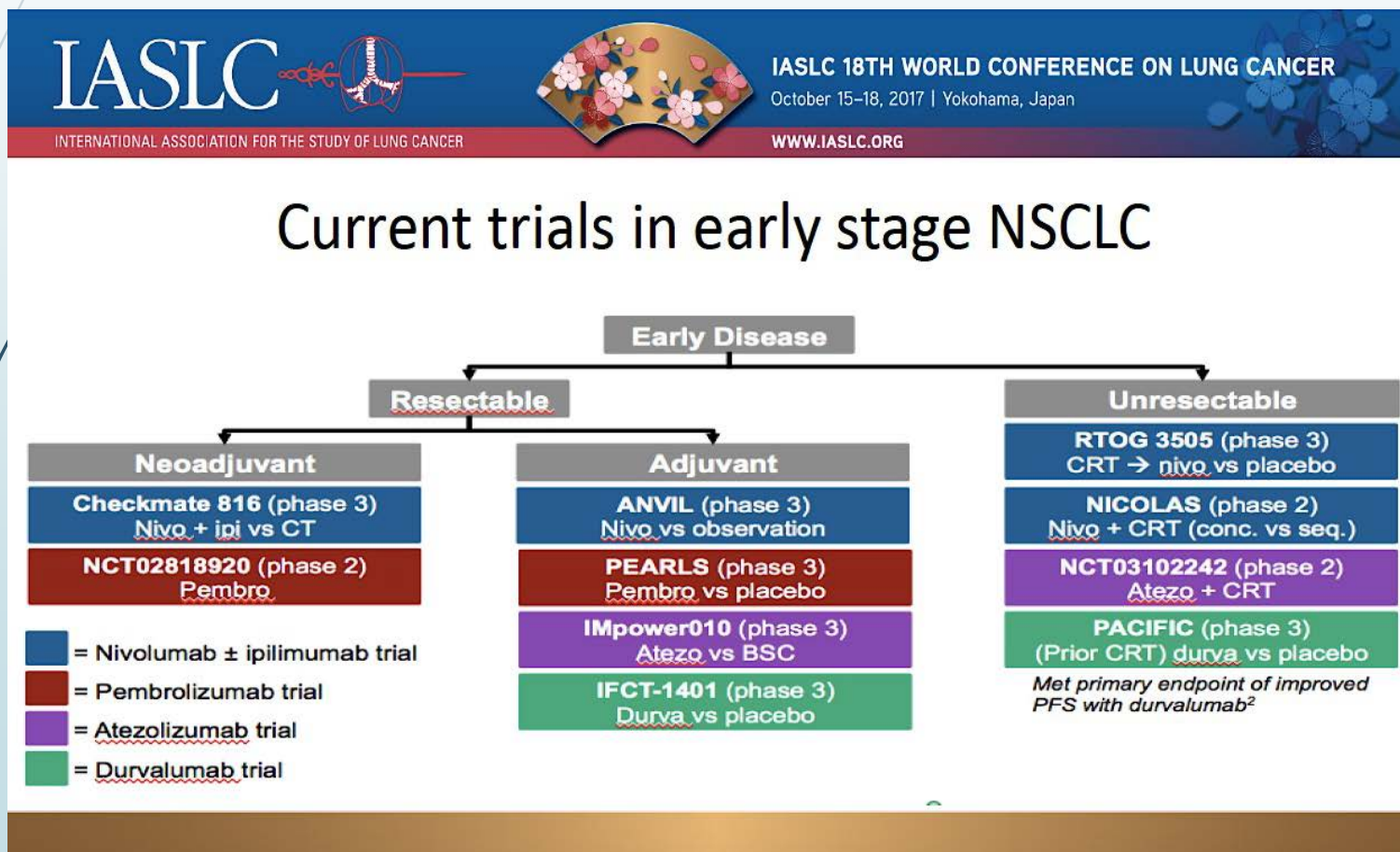
TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE QT ADYUVANTE:



TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE IT ADYUVANTE:



TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

- Estadios IIIB de la 7ª ed del TNM y los IIIB y IIIC de la 8ª ed.
- Son tumores con afectación ganglionar bilateral mediastínica.
- Pueden ser tumores no operables.
- La cirugía no aporta beneficios en supervivencia.

ESTANDAR: RT/QT.

TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO:

PACIFIC: Phase III, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter, International Study

- Patients with stage III, locally advanced, unresectable NSCLC who have not progressed following definitive platinum-based cCRT (≥ 2 cycles)

- 18 years or older
- WHO PS score 0 or 1
- Estimated life expectancy of ≥ 12 weeks
- Archived tissue was collected

All-comers population

1–42 days
post-cCRT

R

Durvalumab
10 mg/kg q2w for
up to 12 months
N=476

2:1 randomization,
stratified by age, sex,
and smoking history
N=713

Placebo
10 mg/kg q2w for
up to 12 months
N=237

Co-primary endpoints

- PFS by BICR using RECIST v1.1*
- OS

Key secondary endpoints

- ORR (per BICR)
- DoR (per BICR)
- Safety and tolerability
- PROs

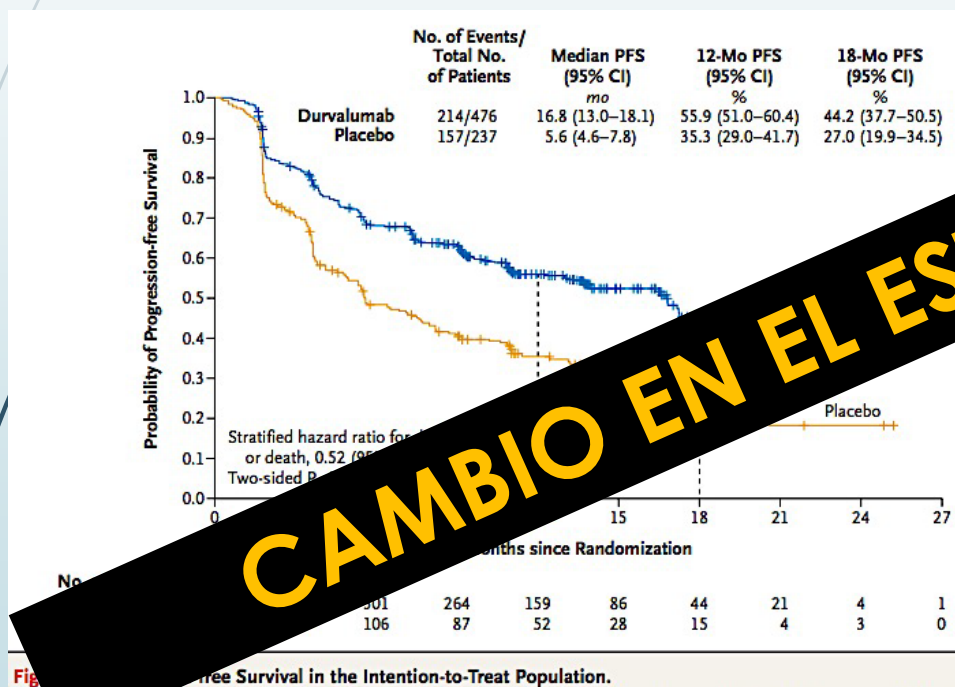


IASLC

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LUNG CANCER

TRATAMIENTO DEL CPNCP LOCALIZADO

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO:



mantenimiento con durvalumab tras respuesta a QT-RT incrementa la SLP en 11 meses sin deterioro de la calidad de vida

TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV



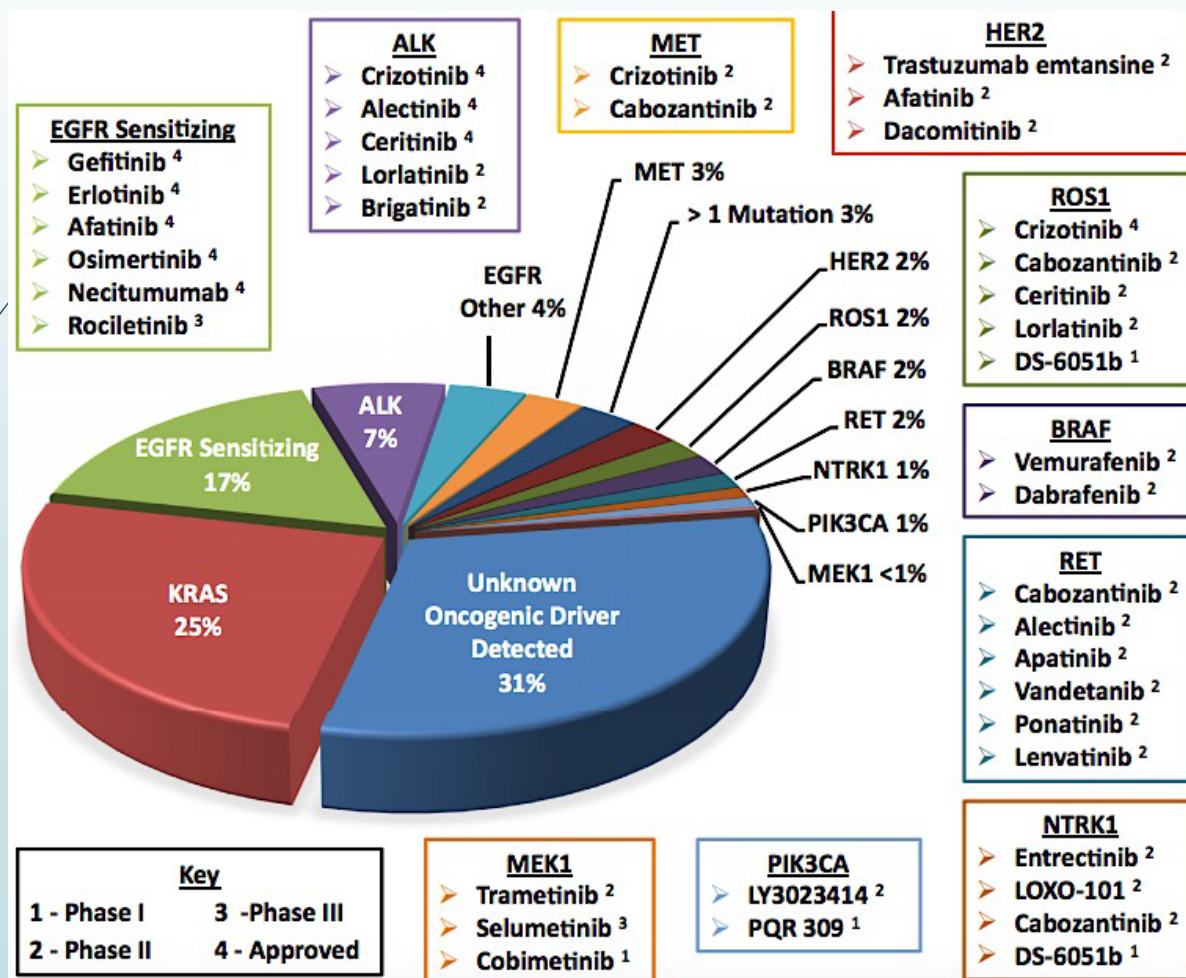
TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (QT 1ª línea):

- El tratamiento de QT sigue siendo el pilar de manejo en > 80% de pacientes sin mutaciones “driver”.
- La QT es el estándar de pacientes mutados que progresan a TKIs sin posibilidad de tratamiento de mutaciones de resistencia.
- Actualmente podemos seleccionar el tipo de QT más adecuada según el tipo histológico.
- **PEMVITASTART:** Es factible iniciar de forma simultánea la Vit B12 y Ác fólico con la QT con Pemetrexed, sin aumento de la toxicidad.

TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (TKIs 1ª línea):



TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

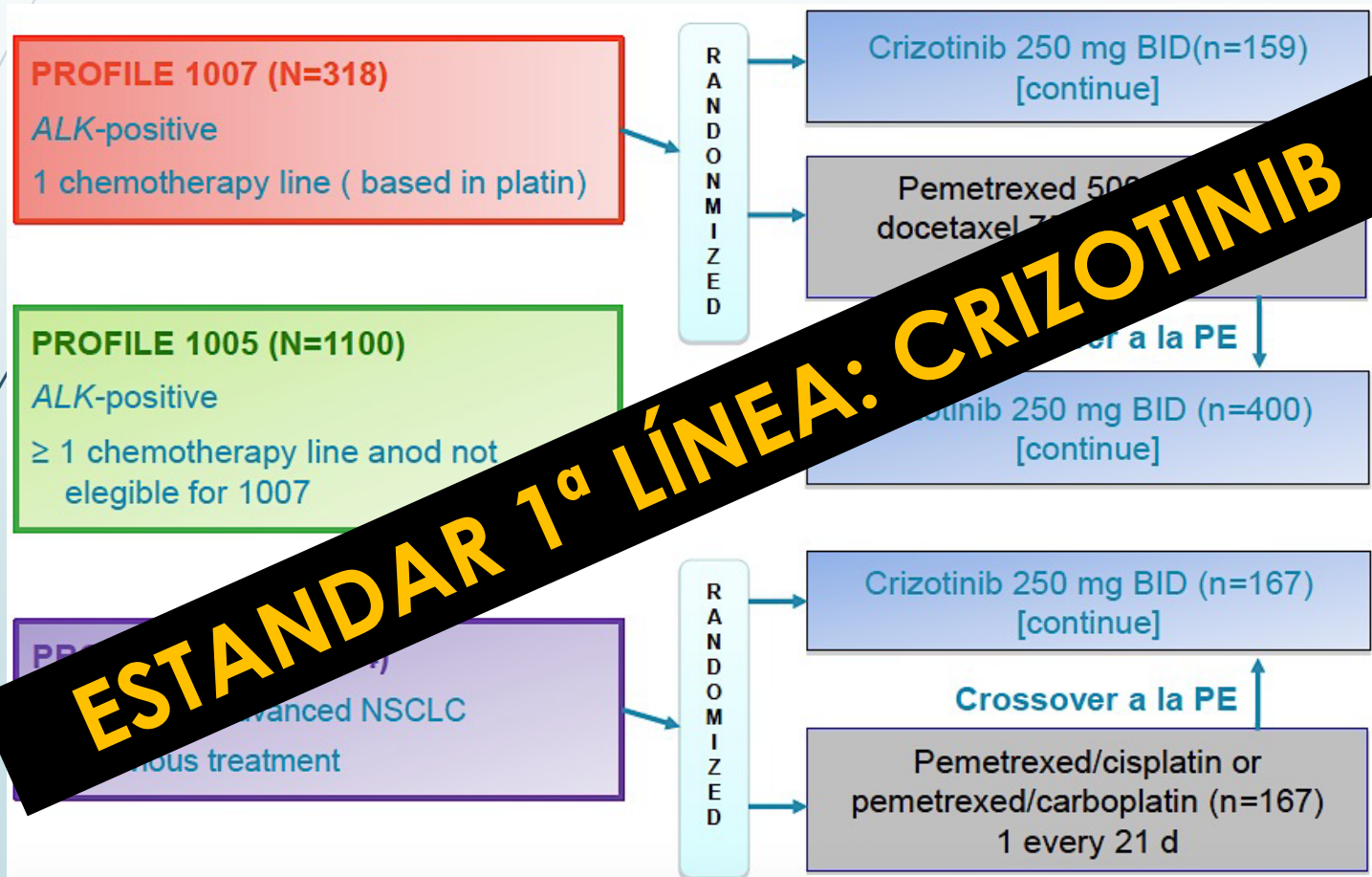
NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (TKIs 1ª línea EGFR):

- **FLAURA TRIAL:** Osimertinib vs TKI de 1ª generación en 1ª línea.
- Estudio positivo para SLP con OS 18,9 meses.
- No hay datos aún.
- Análisis de biomarcadores: Alta concordancia en la detección de EGFR en plasma y tejido tumoral.
- Aumenta el uso de BL en pacientes elegibles para 1ª línea con Osimertinib.

NO CAMBIA EL ESTANDAR

TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

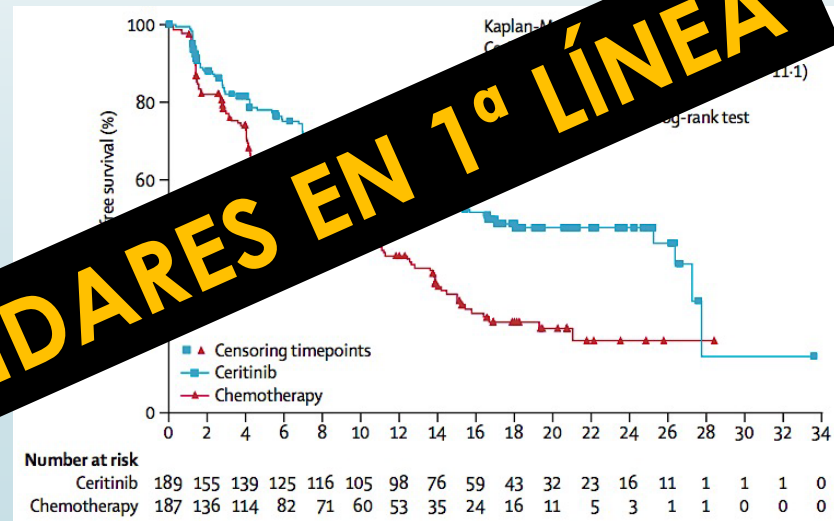
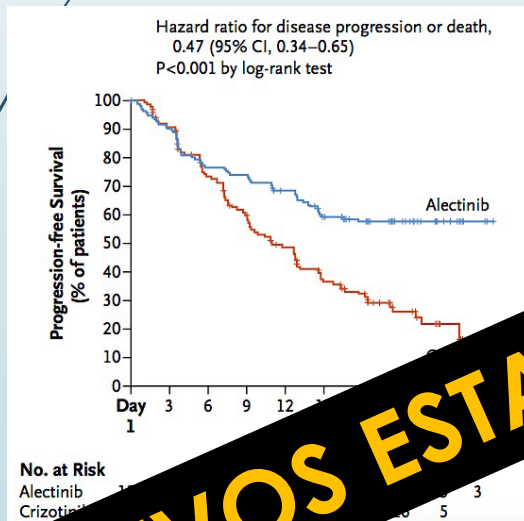
NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (TKIs 1ª línea ALK):



TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (TKIs 1ª línea ALK):

- ALEX TRIAL: Alectinib vs Crizotinib en 1ª línea (estudio positivo).
- ASCEND4: Ceritinib vs QT en 1ª línea (estudio positivo).



NUEVOS ESTANDARES EN 1ª LÍNEA

med 2017; 377:829-838

Lancet 2017;389:917-929

TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (1ª línea IT):

➤ KEYNOTE-024:

- Pembrolizumab en CPNCP con PD-L1 positivo (estudio fase III).

- RR 45% a 200mg dosis fija.

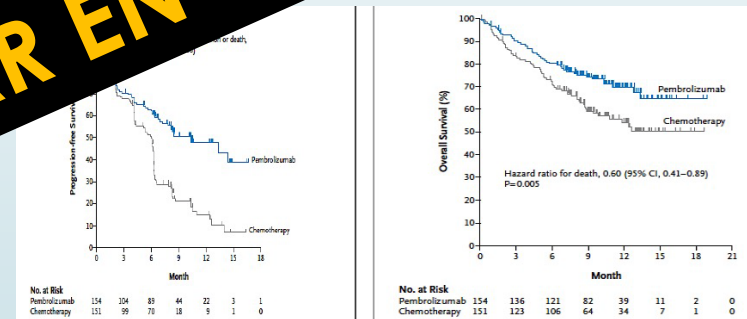
- Respuestas duraderas.

- Menor toxicidad.

- Aumento de SLP y SG.

- Resultados de SG consistentes con los visto en KN-001.

NUEVO ESTANDAR EN 1ª LÍNEA



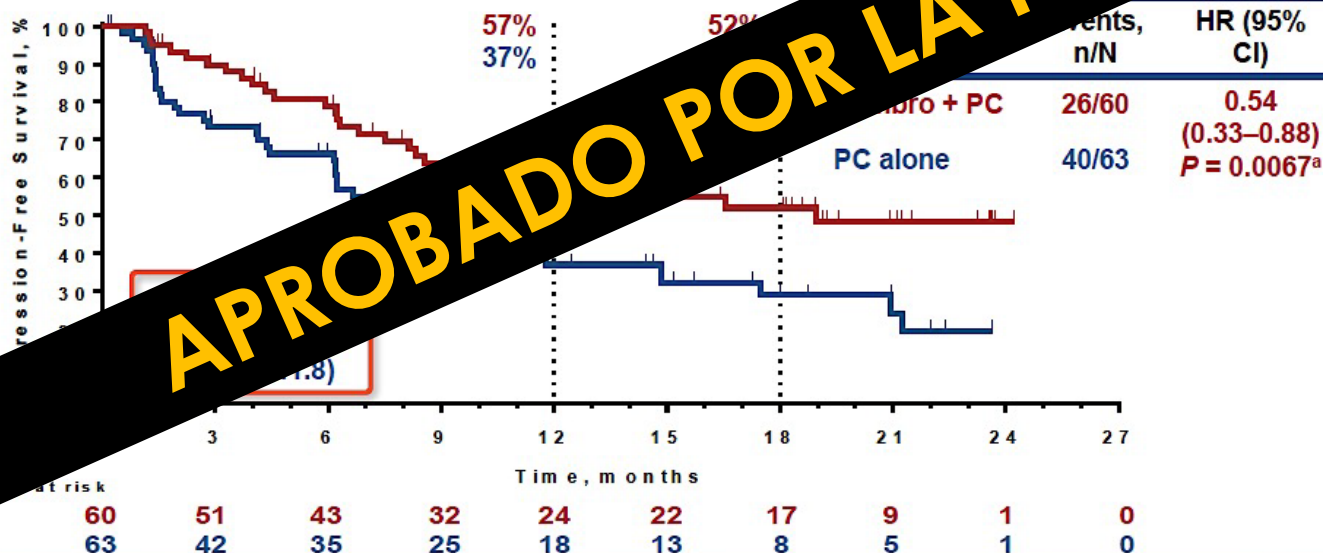
TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (1ª línea IT):

- KEYNOTE-021 cohorte G:
- Pembrolizumab + Carboplatino/Pemetrexed.

Progression-Free Survival

(RECIST v1.1 by Blinded, Independent Co)



^aP value is descriptive (one-sided $P < 0.025$).

Data cut-off: May 31, 2017.

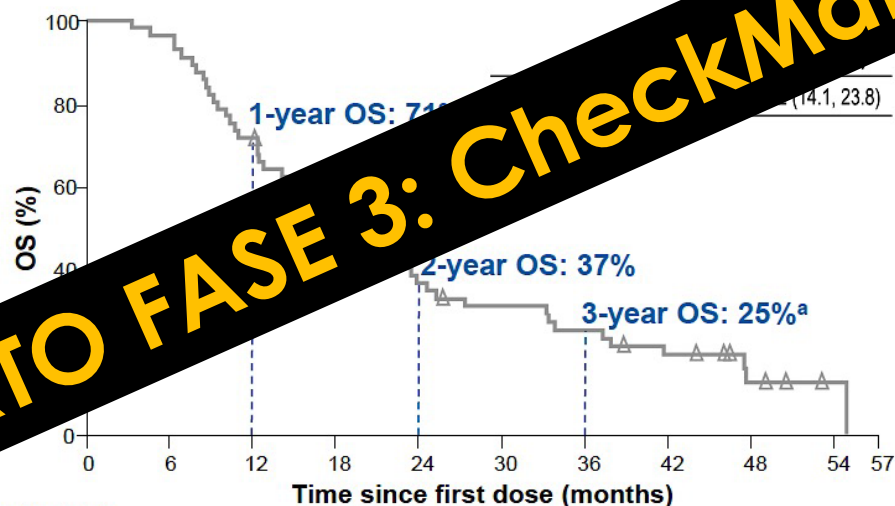
TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (1ª línea IT):

- CheckMate- 012: Nivolumab + Doblete de platino.
- Buenos resultados en SV con toxicidad controlable.

CheckMate 012: First-Line Nivolumab + Chemotherapy in NSCLC

3-Year KM Estimates of OS Rates



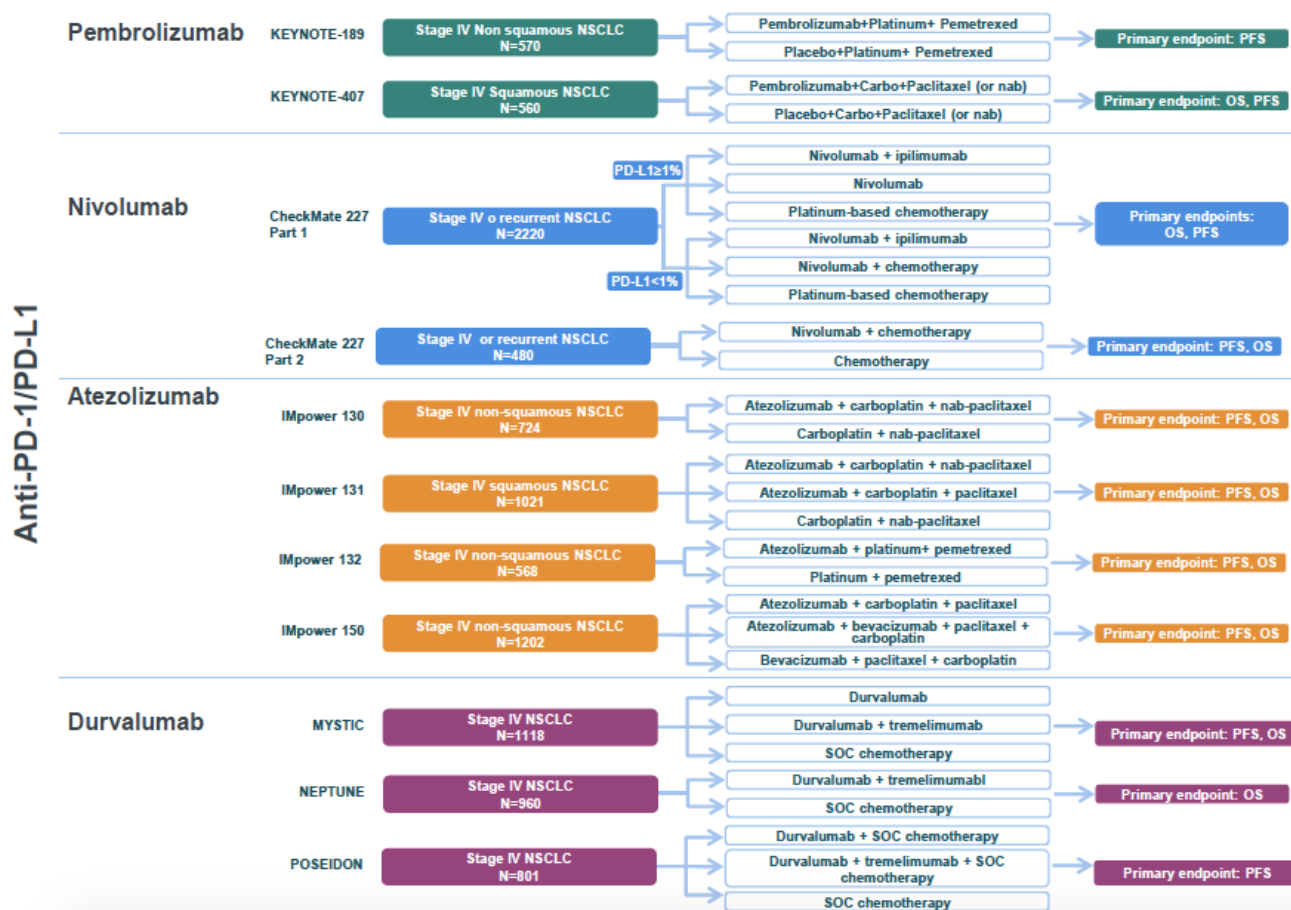
- 3-year KM estimates of OS rates by chemotherapy regimen: nivolumab + pemetrexed-cisplatin (non-SQ only), 27%; nivolumab + paclitaxel-carboplatin (any histology), 32%; nivolumab + gemcitabine-cisplatin (SQ only), 8%

ABIERTO FASE 3: CheckMate-227

TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (1ª línea IT):

Selected phase 3 combination studies with immune checkpoint inhibitors in 1st-line advanced NSCLC



TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (2ª línea y posteriores):

► La 2ª y subsiguientes líneas dependerá de:

1. Histología: Escamoso / No escamoso.
2. Estado molecular: Mutado / No mutado.
3. Situación del paciente.
4. Tipo de progresión.
5. Preferencias del paciente.

TRATAMIENTO DEL CPNCP ESTADIO IV

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO (2ª línea y posteriores):

Printed by fernando franco on 11/24/2017 5:28:32 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2017 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2018 Non-Small Cell Lung Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

SENSITIZING EGFR MUTATION POSITIVE⁹⁹

SUBSEQUENT THERAPY^{mm,rr}

Consider local therapy^{rr}

[See Subsequent](#)

Printed by fernando franco on 11/24/2017 5:28:32 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2017 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2018 Non-Small Cell Lung Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

Printed by fernando franco on 11/24/2017 5:28:32 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2017 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2018 Non-Small Cell Lung Cancer

ALK REARRANGEMENT POSITIVE⁹⁹

FIRST-LINE THERAPY^{mm}

ADENOCARCINOMA, LARGE CELL, NSCLC NOS

Printed by fernando franco on 11/24/2017 5:28:32 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2017 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2018 Non-Small Cell Lung Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

SQUAMOUS CELL CARCINOMA

INITIAL CYTOTOXIC THERAPY

ALK
rearrangement
positive

SUBSEQUENT THERAPY^{mm,bbb}

SUBSEQUENT THERAPY^{mm,bbb}

Systemic immune checkpoint inhibitors (preferred)
• Nivolumab (category 1)^{ccc} or pembrolizumab (category 1)^{ww,ddd} or atezolizumab (category 1)^{ccc}
or
Other systemic therapy:^{ww}
• Docetaxel or pemetrexed or gemcitabine or ramucirumab + docetaxel

→ Progression^{fff}

S 0-2

S 3-4

Best supportive care
[See NCCN Guidelines for Palliative Care](#)

Progression → See Subsequent therapy, above

Tumor response evaluation^{bbb}

Continuation maintenance^{bbb}
• Bevacizumab (category 1)
• Pemetrexed (category 1)
• Bevacizumab + pemetrexed^{eee}
• Gemcitabine (category 2B)
or
Switch maintenance^{bbb}
• Pemetrexed
or
Close observation

→ Progression, see Subsequent therapy, above

Progression levels ≥1%, as determined by an FDA-approved test. If not previously given, options for PS 0-2 include (nivolumab, pembrolizumab, or atezolizumab), docetaxel (category 2B), gemcitabine (category 2B), or ramucirumab + docetaxel (category 2B); options for PS 3-4 include best supportive care. Options for further progression are best supportive care or clinical trial.

clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN.

NSCL-27

^{mm}See Targeted Therapy for Advanced or Metastatic Disease (NSCL-J).

^{ww}If not previously given.

^{bbb}See Systemic Therapy for Advanced or Metastatic Disease (NSCL-J).

^{ccc}If pembrolizumab not previously given.

^{ddd}Pembrolizumab is approved for patients with NSCLC tumors with PD-L1 expression levels ≥1%, as determined by an FDA-approved test.

^{eee}If not already given, options for PS 0-2 include (nivolumab, pembrolizumab, or atezolizumab), docetaxel (category 2B), gemcitabine (category 2B), or ramucirumab + docetaxel (category 2B); options for PS 3-4 include best supportive care. Options for further progression are best supportive care or clinical trial.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Version 1.2018, 11/17/17 © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2017. All rights reserved. The NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN.

NSCL-28

Y.. ¿qué pasa con la calidad de vida del paciente con cáncer de pulmón?

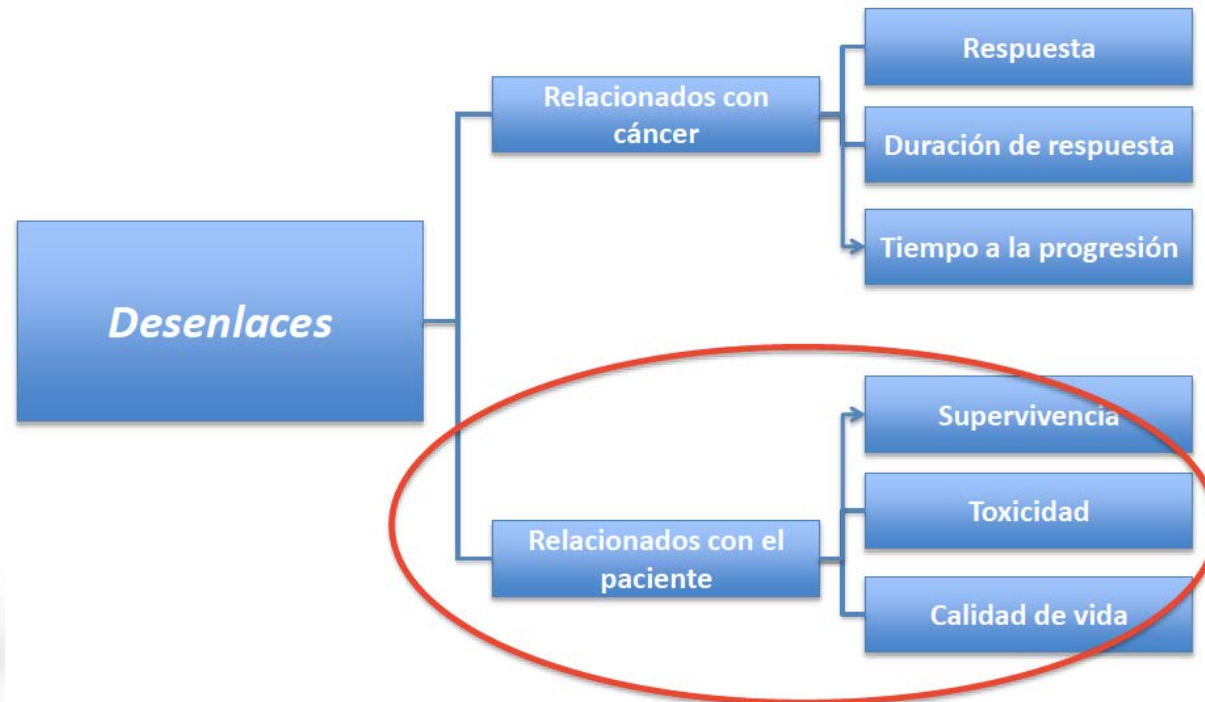
- Es fundamental en el manejo del paciente oncológico, no solo aumentar la supervivencia sino también la calidad de vida.
- El solo hecho de ser diagnosticado de una neoplasia maligna, puede alterar de forma significativa la calidad de vida del paciente y de su familia.
- Los factores que influyen en la calidad de vida del paciente incluyen factores propios del paciente, su situación basal, comorbilidades, aspectos psicológicos, factores relacionados con el tumor, los tratamientos y las posibles toxicidades.

¿qué es calidad de vida en oncología?



Concepto multidimensional que considera el impacto del cáncer y su tratamiento en los componentes físicos, psicológicos y sociales en el paciente.

¿es importante la calidad de vida -QoL-?



ASCO, 1995

Es de fundamental en el paciente en general y más aún en el oncológico, dado que refleja no solo como se siente la persona física, sino también psicológicamente.

¿herramientas de valoración de la calidad de vida?

Durante los últimos 7 días, yo...	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
39 Me he sentido tan valioso como los demás	1	2	3	4	5
40 Me he sentido capaz de enfrentar mi diagnóstico	1	2	3	4	5
41 Me he sentido libre	1	2	3	4	5
42 Me he sentido seguro en mi hogar	1	2	3	4	5
43 Me he transportado de un lugar a otro libremente (ej. Conduciendo, usando transantiago)	1	2	3	4	5
44 He sentido que los demás me permiten ser independiente	1	2	3	4	5
45 Estoy seguro de mí mismo	1	2	3	4	5
46 Me reconozco a mí mismo	1	2	3	4	5
47 He tenido una idea clara de lo que quiero y lo que NO quiero	1	2	3	4	5
48 He tenido control sobre mi vida	1	2	3	4	5

¿Está usted actualmente trabajando de manera remunerada y/o voluntaria?

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es Sí responda las siguientes 4 preguntas

Durante los últimos 7 días, yo...	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
49 Me he sentido seguro con mis habilidades en el trabajo	1	2	3	4	5
50 He cumplido con los requerimientos del trabajo	1	2	3	4	5
51 He estado satisfecho con la calidad de mi trabajo	1	2	3	4	5
52 He sido confiable en el trabajo	1	2	3	4	5

¿Está usted actualmente estudiando?

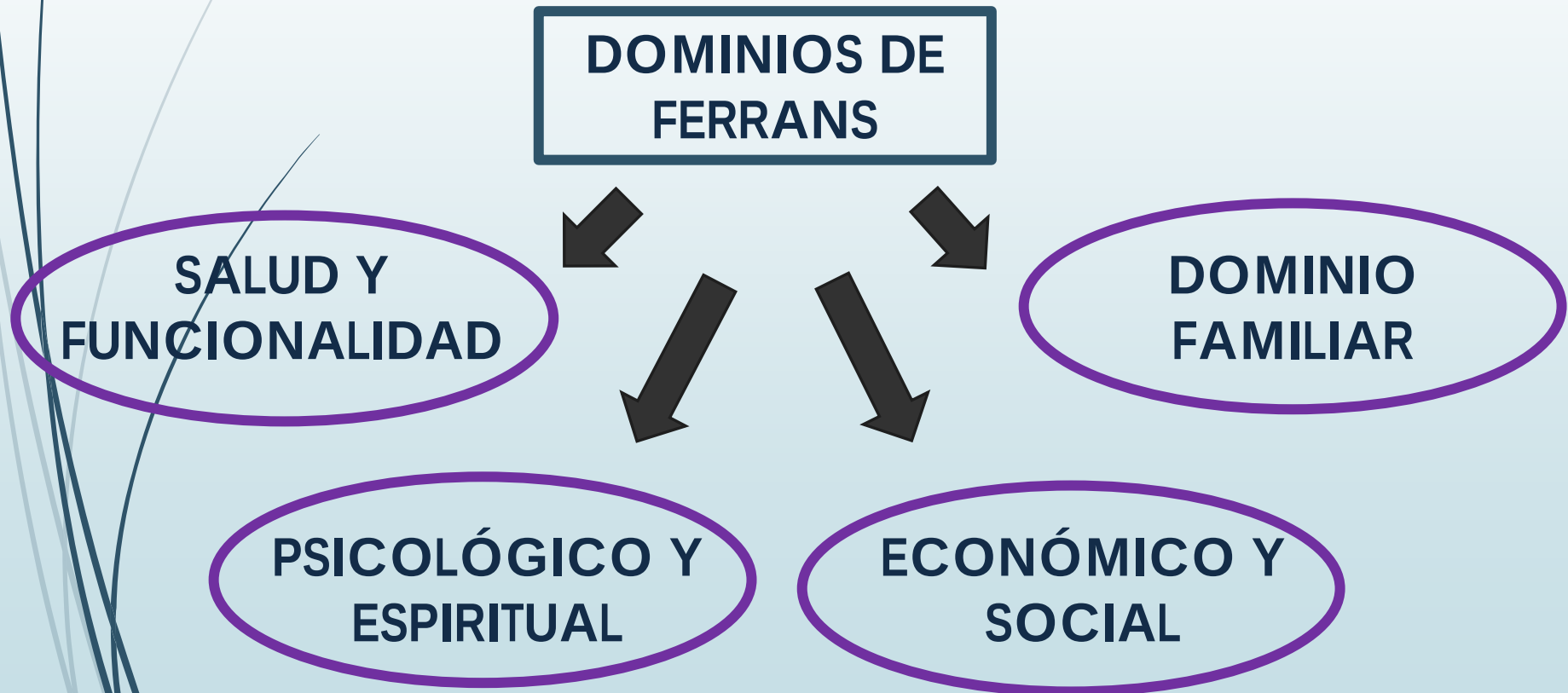
Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es Sí responda las siguientes 4 preguntas

Durante los últimos 7 días, yo...	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
53 He disfrutado mis estudios	1	2	3	4	5
54 Me he sentido seguro de terminar mis estudios	1	2	3	4	5
55 He mantenido mi rendimiento habitual	1	2	3	4	5
56 He organizado mis actividades educativas adecuadamente	1	2	3	4	5



¿qué información debe tener un instrumento de valoración de la calidad de vida?



¿cómo mejorar la calidad de vida del paciente oncológico?



¿cómo mejorar la calidad de vida del paciente oncológico?

- Recomendaciones médicas y farmacológicas, control de síntomas.
- Recomendaciones de estilos de vida saludable, nutrición y ejercicio.
- Apoyo psicológico y emocional.
- Acompañamiento al cuidador.



MANEJO DE SÍNTOMAS Y CONTROL DE TOXICIDADES.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO

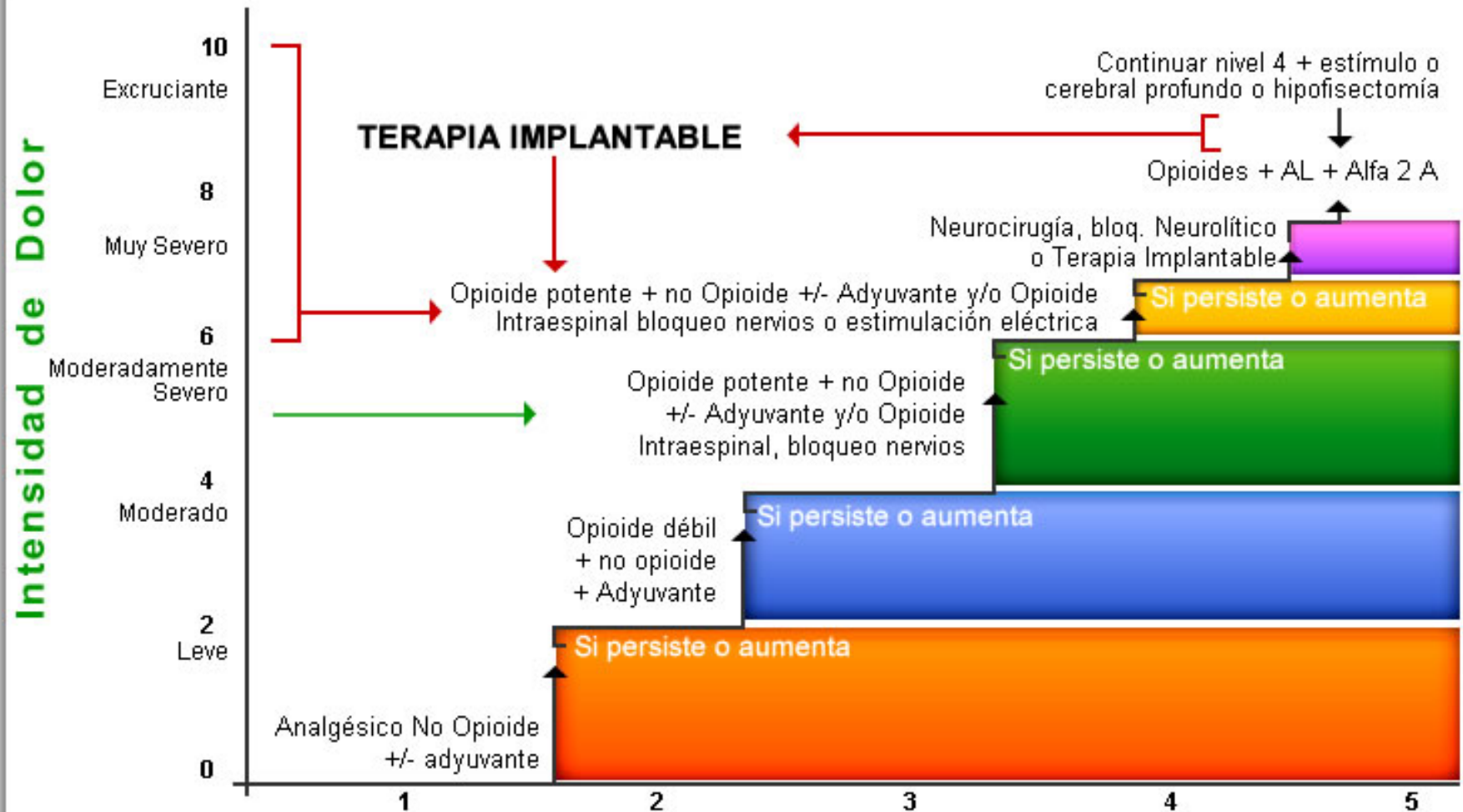
Cronología	Dolor agudo. Dolor crónico. Dolor irruptivo.
Etiología	Por efecto directo del tumor. Asociado al tratamiento antineoplásico. Sin relación con el tumor ni su tratamiento.
Patogenia	Dolor nociceptivo somático. Dolor nociceptivo visceral. Dolor neuropático. Dolor psicógeno/psicosocial.

Para elegir la analgesia es necesario:

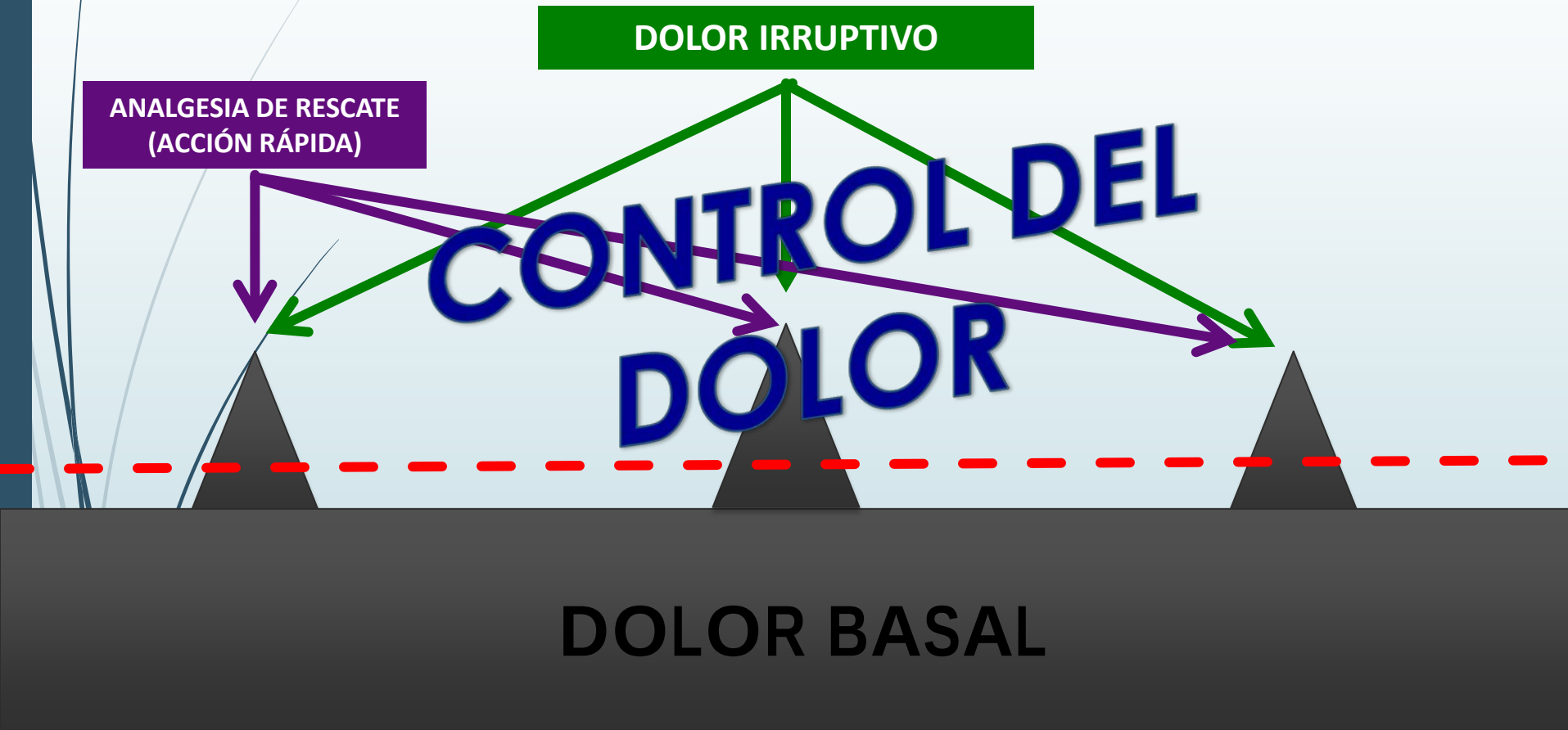
- Conocer el tipo de dolor.
- Conocer el tipo de paciente, alergias, comorbilidades, analgesia basal o previa y limitaciones.
- Saber reconocer la necesidad de uso de coadyuvantes y rotación de fármacos.
- Realizar un examen físico completo.



MANEJO DE SÍNTOMAS Y CONTROL DE TOXICIDADES.



MANEJO DE SÍNTOMAS Y CONTROL DE TOXICIDADES.



MANEJO DE SÍNTOMAS Y CONTROL DE TOXICIDADES.

➤ MANEJO DE LA MUCOSITIS LEVE-MODERADA:

- Adecuada hidratación oral.
- Enjuagues con anestésicos tópicos (nistatina tópica o antifúngicos orales si candidiasis).
- Vitamina E 200-400 mg/día.
- Analgesia oral, ocasionalmente requiere el uso de mórficos.

➤ Consejos para pacientes:

- Higiene bucal adecuada, usar un cepillo suave y evitar colutorios con alcohol.
- Evitar alimentos ácidos, amargos, picantes, muy salados o muy condimentados.
- Evitar los alimentos calientes.
- Evitar verduras crudas, frutas verdes, bebidas gaseosas.

MANEJO DE SÍNTOMAS Y CONTROL DE TOXICIDADES.

➤ MANEJO DE LAS NVIQT:

- Hacer comidas frecuentes pero poco abundantes y poco grasas.
- No mantener el estómago vacío, beber al menos 2 litros de líquido/día.
- Comer en un lugar ventilado y evitar los olores intensos.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos.
- Evitar comidas muy calientes.
- Puede usar especias para eliminar el sabor metálico en la boca.
- Mantenga una correcta higiene bucal.
- No consumir bebidas alcohólicas, tabaco y limitar las bebidas gaseosa.

EJERCICIO FÍSICO Y CÁNCER



CUIDANDO AL CUIDADOR

EL CUIDADOR



VALORACIÓN

- Afrontará cambios:
- Salud física
 - Salud psíquica
 - Conflictos familiares
 - Decisiones de temas legales

PERFILES

CUIDADORES CLÁSICOS
Normalmente el rol de cuidador principal era asumido por el cónyuge del paciente, de edad madura

E-CUIDADOR
Perfil algo más joven, hija/o, nuera, nieto/a



SOBRECARGA

- ESTRÉS LABORAL**
Ningún tiempo libre propio
- ESTRÉS AFECTIVO**
Carencia psicológica de afecto
- INADECUACIÓN PERSONAL**
Atención desmedida y sin ayuda
- VACÍO PERSONAL**
Carencia física cuando ha fallecido



AYUDAR AL CUIDADOR

INTERVENCIONES EMPÍRICAS VALIDADAS
Psicoeducativas, psicoterapéuticas y multicomponente

OTRAS INTERVENCIONES

De respiro, basadas en las nuevas tecnologías, programas de autoayuda, grupos de ayuda mutua, ayuda económica, intervenciones en residencias, programas de formación, campañas divulgativas, etc

CUIDADOR PRINCIPAL

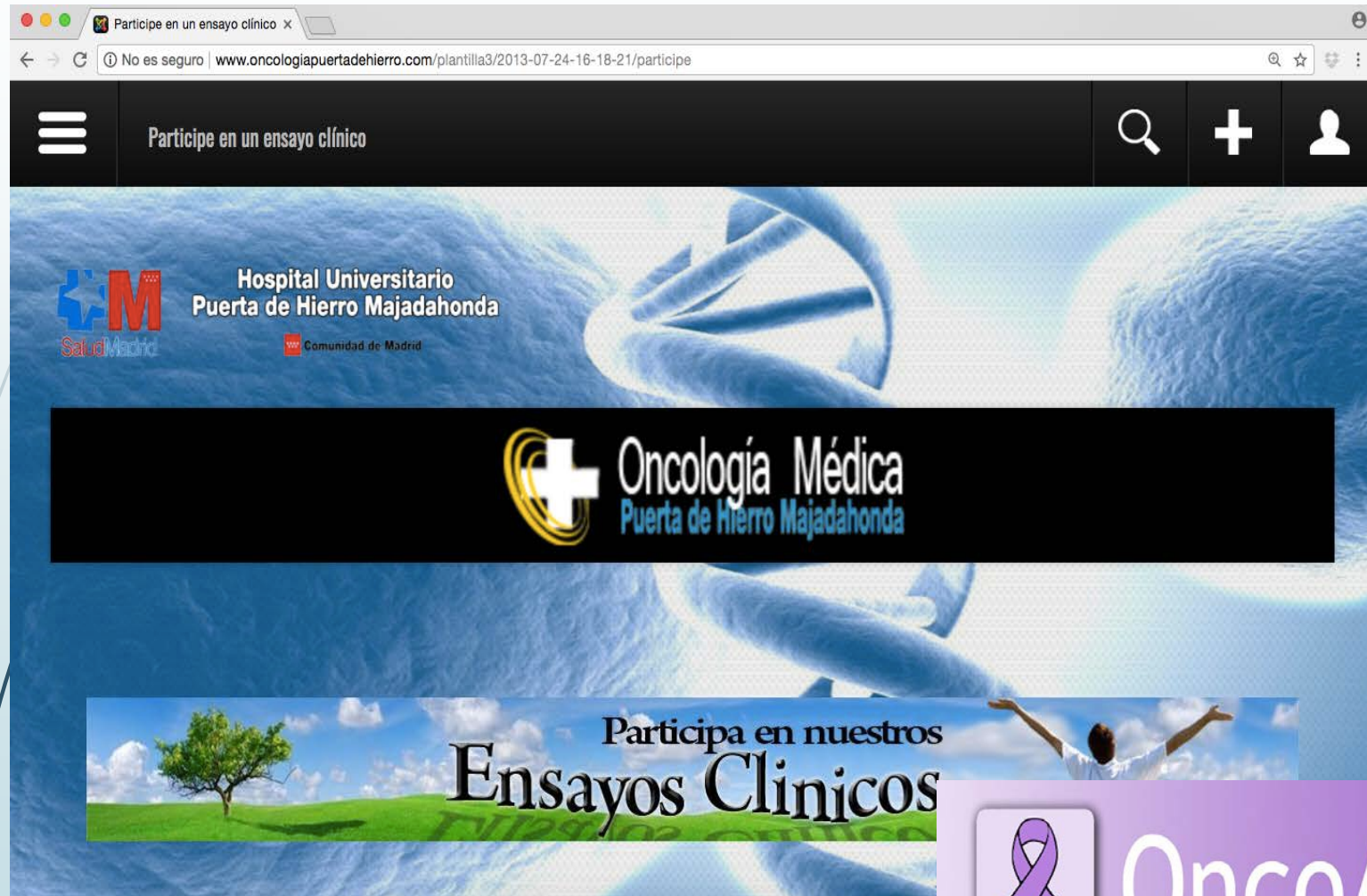
El cuidador principal es aquella persona que desde el primer momento se va a ocupar de la atención del paciente en mayor cantidad e intensidad de tiempo.

Para que la terapia sea útil debe existir una estrecha conexión entre el cuidador y el médico

Atender a un familiar con alzhéimer implica la reasignación de nuevas tareas, recursos económicos y de la vida cotidiana.



ACOMPañAMIENTO Y SOPORTE ADICIONAL



OncoApp

Oncología Puerta de Hierro

ACOMPañAMIENTO Y SOPORTE ADICIONAL





GRACIAS!