

HPTAL. GALDAKAO-USÁNSOLO. OSAKIDETZA

**PROGRAMA SALUDABLE:
CUIDARME Y SENTIRME MEJOR DURANTE UNA
ENFERMEDAD ONCOLOGICA ES POSIBLE.**

INNOVONCO 2ª Edición

Dra. Isabela Díaz de Corcuera Frutos (Sº Oncología Médica)

29/05/2019

[En colaboración con los Sº de Oncología Médica, Hematología, Endocrinología y Nutrición, Psiquiatría, Rehabilitación e Investigación del Hptal de Galdakao-Usánsolo.]

1.-INTRODUCCIÓN

Describe brevemente las necesidades detectadas y qué pretendes cubrir con la implementación de tu proyecto, así como una descripción de su funcionamiento.

1.1 Necesidades detectadas: El tratamiento ofertado a los pacientes con cáncer en los hospitales es, fundamentalmente farmacológico, a pesar de que en los últimos años la evidencia científica¹ respalda otras intervenciones que podríamos englobar conjuntamente en el término de oncología integrativa. Estas disciplinas relacionadas con aspectos físicos, emocionales y espirituales del paciente, está demostrado que ayudan no sólo a un mejor control de los síntomas derivados de la enfermedad y del propio tratamiento, sino que favorecen una mejor calidad de vida (CV) y la implicación del paciente para el cuidado de su salud². Está descrito que hasta un 40% de los pacientes oncológicos utilizan alguna terapia complementaria y hasta un 70% no lo comunican a su médico^{3,4}. De esta manera, ajenas al sistema sanitario, no podemos evaluar la efectividad de estas intervenciones complementarias ni asegurar la seguridad de las mismas (programas ofertados por personal que puede ser no cualificado, intervenciones erróneas, consumo de productos que interfieren con la quimioterapia...)

Desde nuestra experiencia clínica y con la demanda cada vez mayor por parte de los pacientes oncológicos de un soporte fundamentalmente emocional y nutricional detectamos la necesidad de una oferta de otras medidas diferentes a la farmacológica y respaldadas por la evidencia científica^{5,6,7,8,9,10,11}, en un medio seguro como es el hospitalario, con el criterio de los especialistas implicados en su tratamiento, y que puedan de manera complementaria apoyar al paciente oncológico en el tránsito de esta enfermedad tan compleja, con el objetivo final de mejorar en todos los casos, su calidad de vida.

1.2 Qué se pretende cubrir:

Con este proyecto queremos aportar a los pacientes recién diagnosticados de una neoplasia sólida o hematológica, un programa integral complementario a los tratamientos oncológicos más convencionales, liderado por profesionales altamente cualificados en cada una de las áreas que comprenderá la propuesta: ejercicio físico (Rehabilitación), nutrición (Endocrinología y Nutrición) y bienestar emocional (Psiquiatría), en acción conjunta y coordinados por Oncología Médica.

Estas medidas, dotarían a los pacientes, en este proyecto piloto, de una información-educación adicional, lo que suponemos les permitiría tomar un papel más activo y responsable para su cuidado con un probable impacto favorable en su calidad de vida durante el proceso de la enfermedad y su tratamiento antineoplásico. Con la implementación del PROGRAMA SALUDABLE se pretende ofrecer a los pacientes un programa reglado de información complementaria al tratamiento farmacológico, con la

convicción de que la asistencia de los pacientes a sesiones sobre nutrición, ejercicio físico y soporte emocional conllevará un cambio de hábitos y adquisición de recursos personales para afrontar situaciones de posible distress emocional. Esto se traducirá en cambios en su calidad de vida y en sus niveles de ansiedad y depresión así como en menor utilización de servicios sanitarios a medio plazo (llamadas a la enfermera de apoyo, visitas a urgencias o a su médico de atención primaria, o un menor consumo de fármacos).

1.3 Descripción del funcionamiento

Hasta lo que hemos podido conocer, esta sería la primera experiencia en un hospital de la red sanitaria pública con pacientes onco-hematológicos y familiares. Desde las consultas de Oncología Médica y Hematología se presentaría el proyecto a pacientes recién diagnosticados de una neoplasia en estadios no curativos porque inicialmente consideramos que son los que más beneficio podrían obtener del proyecto. Una vez firmado el consentimiento informado, la enfermera de consultas externas procedería a la recogida de los datos generales del paciente, solicitud de análisis y a la entrega de las diferentes escalas de evaluación y calendario de actividades explicadas con detalle en los siguientes apartados. De esta manera, a través de sesiones grupales reducidas en el mes siguiente a la primera visita, pondríamos a disposición del paciente una información más detallada teórica y práctica sobre aspectos nutricionales y ejercicio físico, así como un apoyo psico-emocional desde el momento del diagnóstico, tanto individual como grupal mediante la creación de un grupo de acompañamiento especializado intrahospitalario.

2.-PROBLEMA ACTUAL

2.1 PROBLEMA ACTUAL

Define del modo más concreto posible el problema que existe actualmente y qué pretendes resolver con tu proyecto.

Alrededor del 40% de los pacientes con cáncer reconocen usar la medicina complementaria para el manejo de la clínica que pueden presentar con la intención de aliviar el dolor, reforzar su sistema inmune o disminuir los efectos adversos derivados del tratamiento entre otros². Esta progresiva demanda puede venir determinada porque a diferencia de la medicina convencional, muchas de estas terapias complementarias aportan una visión del paciente más global, incluyendo necesidades no sólo físicas, sino también psicológicas y espirituales¹². Sin embargo, la situación de vulnerabilidad del enfermo y el intrusismo que genera la ganancia económica de este nuevo mercado, son aspectos que pueden llevar a la confusión del paciente y determinar el uso de estas terapias en muchos casos no indicadas y que pueden complicar la adhesión al tratamiento convencional.

A través del proyecto, que hemos llamado “PROGRAMA SALUDABLE”, queremos integrar 3 aspectos fundamentales para el cuidado de la salud y del paciente, especialmente durante el tránsito de un proceso onco-hematológico, como son el nutricional, el físico y el emocional. El objetivo global sería proporcionar al paciente recién diagnosticado de una neoplasia, unas herramientas que le permitan tomar parte activa en el proceso de tratamiento de su enfermedad, individual pero también colectivamente de manera coordinada dentro del hospital. Pensamos que nuestro programa va a conseguir potenciar la salud emocional y mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

2.2 SOLUCION

Describe brevemente el proyecto, indicando quién, cómo y cuándo lo llevará a cabo.

Se trata de la implementación de un programa integral en oncología que se evaluará mediante un estudio cuasiexperimental, diseño antes-después. Se reclutarán pacientes de Oncología Médica y Hematología del hospital Galdakao-Usánsolo (HGU) que de forma voluntaria deseen participar del mismo. Podrán hacerlo pacientes de nuevo diagnóstico de cualquier neoplasia en estadio no curativo que mantengan un aceptable estado general, con puntuaciones menor o igual a dos de la escala funcional Performance Status (\leq PS2) para tomar parte de las actividades propuestas. El médico responsable presentará el programa y el paciente firmará un consentimiento para su inclusión. En ese momento se les entregará los primeros cuestionarios de valoración de calidad de vida, fatigabilidad y estado anímico junto con un calendario con las actividades y consultas programadas para charlas educativas sobre nutrición y actividad física y grupo de apoyo psico-emocional. Tras cada una de las actividades los pacientes completarán de nuevo los cuestionarios que se explican en el apartado “indicadores” que repetirán a los 3, y 6 y 12 meses con el objetivo de evaluar el impacto de la incorporación de cada una de estas estrategias.

3. POR QUE LLEVARLA A CABO?

Enfatizar la relación coste-beneficio del proyecto, describiendo de un modo conciso pero suficiente los costes del proyecto (recursos organizativos: económicos, materiales, humanos y tecnológicos) así como los beneficios que se derivan de la intervención (en términos económicos, sanitarios o sociales).

A pesar de que en un primer momento el programa consumirá recursos, sobre todo humanos, relativos a la necesidad de contar con personal cualificado que organice las charlas y las sesiones de apoyo emocional, ejercicio físico y nutrición, así como espacios en el hospital durante las sesiones, pensamos que a medio plazo (un año tras la intervención inicial), los pacientes presentarán cambios en su CV y en su nivel de ansiedad y depresión. Hipotetizamos que el coste de la intervención va a conducir a un beneficio relacionado con el

bienestar de estos pacientes. Es por ello que vamos a recoger información sobre todos los costes del proceso de manera que podamos calcular el coste monetario de la ganancia en CV y en el estado anímico de los pacientes.

El valor del programa en cuanto a aspectos sanitarios será evaluado mediante la administración de cuestionarios antes y después del mismo a los pacientes que los asistan. Para ello se medirá la CVRS, el estado de ánimo y escala de apoyo social de Duke.

Respecto a los aspectos sociales, pensamos que la intervención se traducirá en beneficios no solo sanitarios para el propio paciente sino que repercutirá en los cuidadores de los mismos. Lo evaluaremos mediante la escala de carga del cuidador de Zarit, que será cumplimentada por los cuidadores antes y al final de la intervención, y a los seis meses y al año, así como los niveles de ansiedad y depresión en estas personas cuidadoras con la escala HADS.

4. ¿EN QUE CONSISTE LA INNOVACION? DEFINICION DEL PROYECTO EN DETALLE

Definir con detalle quién, cómo y cuándo desarrollará el proyecto (requiere definir correctamente los circuitos asistenciales, criterios de inclusión, plazos, etc.).

1.-INTERVENCIÓN

En el “PROGRAMA SALUDABLE” participarán los servicios de Oncología Médica, Hematología, Rehabilitación, Endocrinología y Nutrición y Psiquiatría del Hospital de Galdakao-Usánsolo.

En un primer paso, los médicos de Oncología y Hematología seleccionarán a los pacientes en las primeras visitas y les presentarán el proyecto. Una vez firmado el consentimiento informado, el paciente pasará a contactar con la enfermera de consultas externas del Sº de Oncología Médica, quien recogerá los datos generales del paciente y entregará los cuestionarios y la información correspondiente a las actividades programadas y que se desarrollan a continuación.

En el proyecto podrán participar los pacientes afectos de una neoplasia sólido-hematológica candidatos a tratamiento quimioterápico pero sin intención curativa, menores de 70 años y con PS ≤ 2 , que no hayan recibido tratamiento previo, con parámetros analíticos dentro de la normalidad o alteraciones G1 (Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0;)¹³, autosuficientes, sin limitaciones importantes de movilidad, deglución o sensitivo-cognitivas, y con la sintomatología por su enfermedad de base neoplásica controlada.

A continuación se detalla la intervención a desarrollar por cada servicio

a) REHABILITACION: se proponen 2 sesiones teórico/prácticas, una tercera práctica y otra cuarta de refuerzo a lo largo del mes siguiente a la visita de inclusión en el estudio. En

la parte teórica se trabajarán aspectos como el beneficio de la actividad física en el paciente con cáncer, tipos de ejercicio aeróbico, de entrenamiento de fuerza y de flexibilidad, así como ejercicios de relajación; posibles síntomas de alarma que desaconsejarían continuar con una actividad física y otras recomendaciones básicas. La sesión práctica consistiría en ejercicios de respiración abdomino-diafragmática, estiramientos, ejercicios suaves de fortalecimiento extremidades superiores e inferiores, y ayuda a la planificación de un programa de entrenamiento físico. La medición de la efectividad de la intervención se realizara a través del test de velocidad de marcha de 6 metros, de la escala de fatigabilidad FACIT-F, la situación funcional habitual a través del performance status (PS) (ver anexos) y la escala de calidad de vida EORTC-QLQ-C30.

b) NUTRICION: la intervención consistiría en una sesión grupal inicial (coincidiendo con la 2ª sesión de ejercicio para no duplicar las visitas) donde se explicará la importancia de la desnutrición y de la pérdida de masa muscular, y se aportarán consejos nutricionales para abordarlo o tratar de retrasar su aparición. También se tratarán temas como la suplementación nutricional oral o la nutrición artificial, y se enseñarán estrategias para detectar la disfagia. La valoración de la desnutrición se realizara a través de los criterios GLIM¹⁴ recogidos en la historia (edad, sexo, raza, peso, talla, evolución ponderal, circunferencia braquial, reducción de la ingesta o malabsorción, PCR). También se recogerán los parámetros analíticos de desnutrición: colesterol total, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, proteína transportadora de retinol (RBP), linfocitos y transferrina. La presencia de disfagia se evaluará mediante sospecha clínica. Según estos datos, se realizará una intervención nutricional individual acorde a las necesidades del paciente.

c) PSIQUIATRIA: la propuesta se basa en una sesión grupal de acogida de 1 hora de duración para los pacientes recién diagnosticados, orientada a aliviar el impacto inmediato producido por el diagnóstico, con el propósito de ayudar a reactivar y ampliar las capacidades y los recursos de las personas afectadas para afrontar su nueva realidad de manera adaptativa. El contexto grupal puede ayudar a disminuir la sensación de aislamiento y desconexión, ofrecer una guía e información por parte del terapeuta, y facilitar el altruismo, cohesión, así como una mayor socialización y aprendizaje interpersonal. Paralelamente se informará a los pacientes acerca de la posibilidad de integrarse en un grupo de mantenimiento, con una sesión mensual (1,30 h) y cuyo propósito sería dar mayor continuidad y profundidad al trabajo inicial, de forma que se posibilite un apoyo emocional continuado a lo largo del tiempo en una enfermedad que a menudo requiere dificultosos y prolongados tratamientos. Así

mismo se posibilitará a aquellos pacientes que lo necesiten, un espacio de atención psicológica individual. La medición de estas intervenciones se realizará a través de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), de Zigmond y Snaith y la de calidad de vida de la EORTC-QLQ-C30.

2.-MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Hipótesis general:

- 1.- La implementación del “PROGRAMA SALUDABLE” en pacientes con reciente diagnóstico de cáncer onco-hematológico se traducirá en una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y en menores niveles de ansiedad y depresión.
- 2.- Los cuidadores de los pacientes que asistan al programa presentarán menos niveles de ansiedad y depresión, así como menos carga que al inicio de la intervención.

Hipótesis secundarias:

- a)RHB: la información, planificación y supervisión del ejercicio físico en el programa ayudará a facilitar la adherencia a las recomendaciones y evitar la inactividad.
- b)Endocrinología y Nutrición: la información y educación nutricional permitirá un mantenimiento y mejoría del peso y del aporte calórico además de efectos beneficiosos en la pérdida de apetito durante el proceso de enfermedad así como en el aspecto emocional, la disnea y en la calidad de vida global¹⁰
- c)Psiquiatría: el apoyo grupal e individual ayudará a mejorar la adaptación subjetiva del paciente al proceso de enfermedad.
- d)No conocemos el coste de la intervención

Objetivos Generales

- 1.- Comparar las puntuaciones del EORTC-QLQ-C30 así como el cambio en las puntuaciones del HADS antes y a los 3, 6 y 12 meses tras la intervención.
- 2.-Comparar el cambio en los niveles de ansiedad y depresión y de carga entre los cuidadores antes y a los 3, 6 y 12 meses tras la intervención.

Objetivos Secundarios:

- a)RHB: medir la actividad física antes y a los 3, 6 y 12 meses tras la intervención mediante un registro de la adherencia la ejercicio y su repercusión en la velocidad de marcha, fatiga (escala FACIT-F) y calidad de vida.
- b)Endocrinología y Nutrición: valorar el grado de desnutrición y presencia de disfagia a los 3, 6 y 12 meses de la intervención

- c) Psiquiatría: el apoyo grupal e individual ayudará a mejorar la adaptación subjetiva del paciente al proceso de enfermedad medido a través de una escala analógica referenciando el grado de ayuda con la intervención.
- d) Medir el coste de la intervención

Para la evaluación del programa se propone un estudio quasiexperimental, diseño antes-después, en el que se reclutaran pacientes con reciente diagnóstico de cáncer diagnosticados en el servicio de oncología y o hematología en el HGU.

Criterios de elegibilidad:

-Criterios de inclusión:

Pacientes caucásicos afectados de una neoplasia sólido-hematológica candidatos a tratamiento quimioterápico pero sin intención curativa recién diagnosticados.

-Criterios de exclusión:

Edad >70 años

PS >2

Institucionalización

Tratamientos QT previos

Parámetros analíticos con alteraciones >G1 (CTCAE, v5.0)¹³.

Dependencia para las actividades de la vida cotidiana

Limitaciones importantes de movilidad, deglución o sensitivo-cognitivas,

Mal control de la sintomatología derivada de su enfermedad de base neoplásica.

-Pérdidas:

Fallecimientos durante el periodo de seguimiento,

Derivaciones a otros servicios,

Cambios de domicilio

Cálculo del tamaño muestral: Bedard G et al.¹⁵ han determinado que la diferencia mínima importante para el EORTC QLQ-C30, varía desde 7,2 unidades en la escala de funcionamiento físico a 23,5 en la de dolor, con desviación estándar de 0,5. Por SU Parte, Carson SS et al, utilizan una diferencia mínima importante para el HADS de 1,5 puntos¹⁶. Así, con el tamaño muestral esperado para este estudio, que es en este trabajo piloto de 7 pacientes al mes, esperamos reclutar 84 pacientes en un año, suficientes para responder a los objetivos principales del estudio. Se ha calculado con Granmo V7.11.

VARIABLES:

Sociodemográficas:

- Edad

- Sexo
- Presencia de cuidador

Antecedentes médicos.

- Comorbilidades
- Antecedentes psiquiátricos
- Hábitos tóxicos
- Tratamientos

Historia oncológica.

- Tipo de tumor
- Tiempo hasta diagnóstico
- TNM
- Tipo de tratamiento quimioterápico
- PS

De resultado: ver apartado indicadores

Se realizará un análisis exploratorio de datos de la muestra a estudiar: se hallarán medias (desviaciones estándares) y medianas (rango intercuartílicos) para variables continuas y frecuencias (porcentajes) para variables categóricas.

Con el fin de evaluar los cambios evolutivos de las puntuaciones del EORTC QLQ-C30 y del cuestionario HADS en el paciente a lo largo del seguimiento del estudio, se desarrollarán modelos longitudinales. La variable resultado será la puntuación obtenida en los cuestionarios. Como variables explicativas, serán las correspondientes a las sociodemográficas y antecedentes médicos así como la historia clínica del paciente. Se realizará un análisis univariante para determinar el efecto crudo de los factores de exposición. Aquellas que presenten un p-valor $<0,20$, se introducirán en un análisis longitudinal multivariante. Mediante el procedimiento *backward* se identificarán los factores independientes. De manera análoga se evaluarán los cambios en la RHB, y parámetros evaluados por los especialistas en Endocrinología.

En cuanto a la determinación de los factores predictores de las puntuaciones reportadas por los cuidadores, se aplicará la misma metodología empleada en la muestra de los pacientes.

Limitaciones: N pequeña. Subjetividad de las variables objeto de estudio.

Consideraciones éticas El proyecto será evaluado por las comisiones de investigación de los centros y será evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) acreditado. Se seguirán las leyes sobre datos de carácter personal asegurando que el tratamiento de datos personales se realizará de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a personas identificadas o identificables (RGPD 2018).

5. INDICADORES

Describir en qué términos podrían medirse los beneficios de esta intervención, tanto directos (mejoras de la morbilidad y mortalidad) como indirectos (mejora de la motivación y formación del personal, reducción de incidencias, etc.).

Escala ZARIT¹⁷: Cuestionario de carga del cuidador de Zarit. La versión corta de la ZBI se componía de 12 ítems y dos dominios, personal y de rol. Cada pregunta se anota en la escala Likert de cinco puntos de 0 a 4 (nunca -casi siempre) siendo las altas puntuación representan mayor sensación de carga. Rango de puntuación : 0-48.

Escala de Apoyo Social de Duke-UNC-11: Destaca por su sencillez y brevedad y evalúa el apoyo percibido, no el real. Se trata de un cuestionario autoadministrado multidimensional que consta de 11 ítems que se agrupan en dos dimensiones, apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía) y apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse). La escala de respuesta es de tipo Likert con puntuaciones del 1 (“mucho menos de lo que deseo”) al 5 (“Tanto como lo deseo”). En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32 (apoyo social percibido bajo)¹⁸.

Escala FACIT-F (Fatigue Scale): el objetivo de la escala es evaluar problemas específicos de calidad de vida relacionados con la fatiga en pacientes con cáncer. El FACIT-F se desarrolló originalmente para evaluar la fatiga asociada con la anemia¹⁹.

Escala HADS²⁰ : Estado del ánimo según el cuestionario HADS: Es un cuestionario autoaplicado integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia. La puntuación total de los síntomas de HADS varía de 0 (mejor) a 42 (peor) y hubo una diferencia mínima clínicamente importante de 1,5.

EORTC QLQ C30²¹ El EORTC QLQ-C30 específico para el cáncer consta de 30 ítems pertenecientes a cinco escalas funcionales (situación física, función de roles, función emocional, función cognitiva, función social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos), seis escalas de un solo ítem (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades económicas) y un ítem de salud global. Se ha propuesto una puntuación resumen del QLQ-C30 como la media de todas las puntuaciones de

funcionamiento y síntomas, excepto los problemas financieros y la escala de salud global, y se ha demostrado que tiene una sensibilidad al cambio igual o incluso superior que los puntajes originales de la escala QLQ-C30.

Indicadores específicos:

1.-Rehabilitación: Mantenimiento de la actividad física durante el tratamiento mediante un cuestionario diseñado ad-hoc y escala FACIT-F.

2.- Endocrinología y Nutrición:

Criterios GLIM: edad, sexo, raza, peso, talla, evolución ponderal, circunferencia braquial, PCR, reducción de la ingesta o malabsorción.

Parámetros analíticos de desnutrición: colesterol total, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, RBP, linfocitos, transferrina.

3.-Psiquiatría

HADS y EORTC QLQ-C30, escala analógica de ayuda de la intervención, escala ZARIT.

4.- Costes de la intervención: A) relativos al sistema sanitario: recursos humanos (oncólogo, enfermería, psicooncólogos, psiquiatras, rehabilitadores, fisioterapeutas, endocrinos), reserva de salas, material fungible (fotocopias, software), B) relativos al paciente: viajes al hospital, dietas.

Cronograma y plazos:

2019

Septiembre-diciembre: Trámites para la obtención del informe favorable del comité de ética Reuniones del equipo investigador para la creación de las hojas de recogida de datos y BBDD. Responsabilidad de la IP con los colaboradores de los servicios implicados y un data manager.

2020

Enero

Inicio del reclutamiento de pacientes en las consultas de oncología médica y hematología.

Febrero-Marzo

Reclutamiento de pacientes.

Inicio de las sesiones grupales de RHB, psiquiatría y endocrinología y nutrición. La intervención de rehabilitación dura un mes, con cuatro sesiones de periodicidad semanal por parte de rehabilitación. La sesión de nutrición coincidirá con la segunda jornada de rehabilitación y la de psiquiatría con la primera, junto con las sesiones mensuales de mantenimiento. La responsabilidad será de la IP y de las responsables de los subprogramas correspondientes.

Recogida de datos clínicos y cuestionarios basales por parte de la enfermera de oncología con la ayuda de la data manager.

Abril-Junio

Continúa el reclutamiento y sesiones correspondientes a los pacientes reclutados en Febrero-marzo, así como la recogida de datos basal.

Inicio del seguimiento a tres meses de los primeros pacientes incluidos

Julio-Setiembre

Reclutamiento. Sesiones

Análisis preliminares de resultados del seguimiento a tres meses.

Septiembre

Inicio del seguimiento a seis meses de los primeros pacientes incluidos.

Octubre-diciembre

Reclutamiento. Sesiones. Seguimiento

Análisis preliminares de resultados del seguimiento a seis meses.

2021

Enero-febrero:

Fin del reclutamiento. Sesiones. Seguimiento.

Marzo-Diciembre: seguimiento al año. Presentación de resultados en congreso nacional de la especialidad.

2022

Enero-Febrero: Seguimiento de los últimos pacientes incluidos.

Marzo.-Junio: Limpieza y depuración final BBDD.

Julio-Setiembre: Análisis finales.

Diciembre: Edición de resultados.

6. CIERRE

Resumen de conclusiones con una frase convincente que actúe como eslogan del proyecto.

CONCLUSIONES:

-La evolución de la oncología se encamina a un tratamiento multidisciplinar que englobe no sólo los aspectos físicos, si no también emocionales y espirituales del paciente, desde una perspectiva integradora.

-Se vuelve necesario, ante la cada vez mayor demanda por parte de los pacientes, un apoyo y educación para la salud durante la enfermedad onco-hematológica en el ámbito hospitalario.

-Es imprescindible la colaboración entre los diferentes especialistas para poder poner a disposición del paciente todos los recursos con los que contamos con el fin de mejorar su calidad de vida durante la enfermedad.

-El papel de los cuidadores resulta imprescindible para el apoyo y cuidado del paciente onco-hematológico por lo que debería ser obligado valorar una atención especial para con ellos durante el proceso.

PROGRAMA SALUDABLE: CUIDARME Y SENTIRME MEJOR DURANTE UNA ENFERMEDAD ONCOLOGICA ES POSIBLE.

7. ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

- 1-. **Cramer, H.**, et al., Integrative oncology: best of both worlds-theoretical, practical, and research issues. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013. 2013: p. 383142.
- 2-. **Verhoef, M.J.**, et al., Reasons for and characteristics associated with complementary and alternative medicine use among adult cancer patients: a systematic review. *Integr Cancer Ther*, 2005. 4(4): p. 274-86
- 3-. **Arndt V**, Koch-Gallenkamp L, Jansen L et al. Quality of life in long-term and very long-term cancer survivors versus population controls in Germany. *Acta Oncol*. 2017 Feb;56 (2):190-197.
- 4-. **Dy, G.K.**, et al., Complementary and alternative medicine use by patients enrolled onto phase I clinical trials. *J Clin Oncol*, 2004. 22(23): p. 4810-5
- 5-. **Seely, D.M.**, L.C. Weeks, and S. Young, A systematic review of integrative oncology programs. *Curr Oncol*, 2012. 19(6): p. e436-61.
- 6-. **Casla Barrio S**, Alfaro Gamero J. Exercise oncology. From theory to the practice. *European Journal of Human Movement* 2018; 41: 24-48.
- 7-. **Rock CL**. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2012; 62: 243-274.
- 8-. **Arends J**, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. febrero de 2017;36(1):11-48.
- 9-. **Reig García-Galbis M**. Nutrición enteral en el estado nutricional del cáncer; Revisión. *Nutr Hosp*. 1 de octubre de 2015;(4):1408-16.
- 10-. **Baldwin C**, Spiro A, Ahern R, et al. Oral Nutritional Interventions in Malnourished Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 7 de marzo de 2012;104 (5):371-85.
- 11-. **Cunnigham AJ**, et al. How psychological therapy may prolong survival in cancer patients: new evidence and a simple theory. *Integrative Cancer Therapies* 3(3); 2004 p 214-229.
- 12-. **Mumber MP**. *Integrative oncology: an overview*. In: Rakel D, ed. *Integrative Medicine*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.
13. https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf.
- 14-. **Cederholm T**, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. GLIM Working Group. *Clin Nutr*. 2019 Feb;38 (1):1-9.
- 15-. **Bedard G** et al. Minimal important differences in the EORTC QLQ-C30 in patients with advanced cancer. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2014 Jun;10(2):109-17.

- 16-. **Carson SS**, Cox CE, Wallenstein S, et al. Effect of Palliative Care-Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016 Jul 5;316(1):51-62.
- 17-. **Martín M**, Salvadó I, Nadal S, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 1996 (6), pp. 338-46.
- 18-. **Bellón J.A**, Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC11. *Atención Primaria*, 1996 (18), 153-163.
- 19-. **Cella D**. Lai JS, Chang CH. Peterman , et al. Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. *Cancer* 2002; 94:528-38.
- 20-. **Quintana JM**, Padierna A, Esteban C, at al. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(3):216-21.
- 21-. **Aaronson NK**, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85(5):365-76.